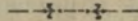


GAZETA LEKARSKA

I. PRZYCZYNEK DO NAUKI O ROZPOZNAWANIU ZANIKOWEGO NIEŻYTU ŻOŁĄDKA (*gastritis atrophicans*).

Przez

Mikołaja Rejchmana.



Dość często dają się słyseć skargi chorych na pewną dolegliwość, złożoną z trzech jednocześnie występujących objawów, mianowicie: z nieprzyjemnego uczucia w brzuchu, z nudności i ze zwracania (*regurgitatio*) wodnistego płynu. Zwykle najpierw zjawia się uczucie bolesne w brzuchu, prawie jednocześnie powstają nudności, a w kilka minut potem chory zwraca wodnisty płyn i na tem cały objaw się kończy. Niekiedy nudności poprzedzają na kilka minut zjawianie się nieprzyjemnego uczucia w brzuchu.

Syndrom ten występuje napadami, mniej lub więcej często się powtarzającymi. Rzadko zjawia się codziennie, daleko częściej co kilka dni, a rzadziej w dłuższych odstępach czasu. Najczęściej niepokoi chorych w nocy. Bezpośrednio po jedzeniu nigdy nie występuje, lecz zjawia się przed przyjęciem pokarmu, albo w kilka godzin po jedzeniu.

Co się tyczy szczególnych cech pojedynczych, składających się na ten zbiór, objawów, to zauważyć należy, co następuje.

Nudności nie są nigdy zbyt wydatne, trwają dłużej, niż inne objawy; ustępujący ze zwróceniem wodnistego płynu, nie powtarzają się aż dopiero przy następnym takimże samym napadzie.

Nieprzyjemne, bolesne uczucie w brzuchu ma szczególny charakter. Wszyscy prawie chorzy określają je w ten sposób: że doznają uczucia, „jakby się coś w brzuchu przekreśliło“. Wyjątkowo tylko uskarżają się na „ściskanie“. To nieprzyjemne uczucie umiejscawia się w górnej części brzucha, najczęściej tuż nad pępkiem, rzadziej w środku pomiędzy pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym, a najrzadziej w dołku podsercowym. Zajmuje ono małą stosunkowo przestrzeń.

Zwracania (*regurgitatio*) bywają jednorazowe, albo kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu się powtarzają. Najczęściej bywają one jednorazowe: chory od razu zwraca cały płyn, poczem zaraz napad ustaje. Ilość zwróconego płynu bywa rozmaita. Najczęściej wynosi ona 50—60 ctm. sześć, rzadko

100 ctm. sześć. Smak płyn ten posiada, jak mówią chorzy, surowej, nieco słonawej wody. Zapachu szczególnego niema. Z wyglądu i z gęstości jest podobny do mętnej wody. Po przecedzeniu jest zupełnie przezroczysty. Górna warstwa świeżo zwróconego płynu bywa zazwyczaj pienista. Po dłuższym staniu tworzy się na dnie naczynia warstwa bardziej mętna. Drobnowidz wykrywa w tym płynie pojedyncze leukocyty i gdzieś tam komórki nabłonkowe, płaskie i słupkowe. Odczyn płyn ten posiada ługowy. Zagotowany w jednych przypadkach mętnieje, w innych nie mętnieje. Kwas octowy wywołuje w nim na zimno wyraźne zmętnienie. Nie zawiera on ani ptyaliny, ani pepsyny. Nie trawi krochmalu, ani ciał białkowych.

Na zasadzie powyżej opisanych własności przyjść musimy do przekonania, że ten płyn, przez chorych zwracany, stanowczo nie jest ani śliną, ani zubożonym sokiem żołądkowym. Czem on jest właściwie, objaśnić nas mogą przyszłe dokładne badania chemiczne. Z mego tymczasowego badania wynika, że płyn ten zawiera czasem białko surowicze i prawdopodobnie zawiera stale śluz, być więc może, iż jest w przeważnej liczbie przypadków czystą, bardzo wodnistą wydzieliną śluzową, a w rzadszych przypadkach mieszaniną wydzieliną śluzową żołądka z cieczą, przesiąkającą, wskutek szczególnych, sprzyjających temu warunków, z naczyń do wnętrza tego narządu.

Badając dokładnie chorych, którzy powyższy syndrom przedstawiają, łatwo się przekonać, że wszyscy oni są dotknięci zupełnym zniesieniem wydzielania soku żołądkowego (*achylia gastrica*), że sprawa trawienia żołądkowego zupełnie się u nich nie odbywa. Czasami u niektórych z tych chorych, w pierwszych okresach choroby, zjawia się jeszcze od czasu do czasu nieznaczna wydzielina soku żołądkowego, ale w każdym razie w ilościach ograniczonych, tak, że w zawartości pokarmowej żołądka tylko ślady związanego kwasu solnego i ślady zaledwie albumoz jesteśmy w stanie wykryć. Badając przez czas dłuższy tego rodzaju chorych, przekonać się możemy, że i ta nieznaczna wydzielina soku żołądkowego ulega stopniowemu zanikowi.

Wiemy bardzo dobrze, że takie zniesienie wydzielania soku żołądkowego, pomijawszy inne bardzo rzadkie przypadki, może zależeć od 3-ech spraw chorobowych, mianowicie: od raka żołądka [albo od charłactwa rakowego wogóle — bez względu na umiejscowienie nowotworu], od zaniku błony śluzowej i od nerwicy wydzielniczej żołądka, będącej jednym z przejawów ogólnej neurastenii.

Mając na uwadze to, że chorzy, przedstawiający opisywany syndrom, cierpią na żołądek od bardzo dawna [10-ciu dokładnie przezemnie obserwowanych w ostatnich latach chorych podało czas choroby od roku do 9 lat], że są to ludzie po największej części w późniejszym wieku [1 — 34 lata, 1—41 lat, 1 — 44 lata, 1 — 46 lat, 2 — 48 lat, 1 — 53 lata, 1 — 54 lata, 1 — 61 lat, 1 — 63 lata], że choroba — a przynajmniej najwidoczniejsze, spowodowane przez nią zaburzenie, t. j. zniesienie wydzielania soku żołądkowego — trwa stale i niezmiennie, że są to chorzy, nie należący wcale do kategorii neurasteników żołądkowych, że nakoniec kilkoletnia obserwacja pozwala na sta-

nowcze wyłączenie nowotworu złośliwego, mając to wszystko na względzie, dojść musimy do przekonania, że omawiani chorzy dotknięci są sprawą zanikową błony śluzowej żołądka.

Nie wątpię o tem, że jeżeli się komu przypadkowo nadarzy badanie pośmiertne, to ono potwierdzi sprawiedliwość mego zapatrywania.

Ponieważ przy żadnej innej chorobie żołądka nie spotykamy powyżej opisanego syndromu, przeto uważać go musimy za znamionujący, t. j. patognomoniczny objaw zanikowego nieżytu żołądka (*gastritis atrophicans*).

Nie w każdym jednakże przypadku tej choroby syndrom ten obserwowac się daje. Napotyka się chorych, niewątpliwie dotkniętych zanikowym nieżytem żołądka, którzy nigdy przedtem nie mieli napadów przekręcania w brzuchu, nudności i wodnistego zwracania. Fakt ten jednakże nie dowodzi, żeby ci chorzy nigdy już potem syndromu tego nie przedstawiali. Obserwujemy zazwyczaj chorych, a przynajmniej ich większość, przez krótki tylko okres czasu — brak jakiegoś objawu w tym okresie nie jest dowodem, że objaw ten nigdy występować nie będzie. W każdym razie zjawianie się omawianego syndromu jest niewątpliwą oznaką istnienia zanikowego nieżytu żołądka, brak zaś tego syndromu nie wyłącza tego cierpienia.

Tak samo jak anatomiczne zmiany błony śluzowej żołądka, przy t. zw. nieżycie zanikowym, nie powstają od razu, lecz rozwijają się stopniowo, powoli, tak również i ten syndrom z początku występuje rzadziej i z mniejszym stopniem nateżenia, wskutek czego rzadko bywa w tym okresie przez chorych zauważony. Z drugiej strony, przy zupełnie rozwiniętym zaniku, wzmiankowany syndrom ustępuje często na pewien czas, bez widocznej do tego przyczyny. Również odpowiednie leczenie [dyeta, przepłukiwania żołądka, kwas solny] jakkolwiek nie poprawia zasadniczych zmian anatomicznych, to jednakże usunąć na pewien czas może ten zbiór objawów, bardzo ważny dla różniczkowego rozpoznawania chorób żołądka.

Kończąc niniejszą pracę, miło mi wspomnieć o tem, że kol. CHELMOŃSKI w artykule p. t.: „O zwracaniach w ogóle i zwracaniach płynów wodnistych w szczególności. Przyczynek do patologii żołądka“, zamieszczonym w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. T. 84. 1888 r., opisuje przypadek zanikowego nieżytu żołądka, w którym to przypadku, jak widać z podanej symptomatologii, występował syndrom, powyżej przezemnie opisany. O jednej z części składowych tego syndromu, mianowicie o zwracaniach wodnistego płynu, CHELMOŃSKI mówi: „iż płyn taki zbierać się może w żołądku w zanikowej postaci nieżytu żołądkowego“.

II. ASTHMA VESICALE.

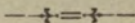
PRZYCZYNEK DO POWSTAWANIA DYCHAWICY U STARCÓW

przy niedostatecznem opróżnianiu się pęcherza moczowego.

Skreślił

D-r med. Józef Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 1].

Spostrzeżenie III. Pan Z., urzędnik, lat 56, zasięgał kilkakrotnie mej porady z powodu duszności, występującej przeważnie w postaci napadów. Napady te zjawiały się głównie w nocy, wśród spokoju, bez żadnej widocznej przyczyny. Chory nadmieniał, iż przechodziły nieraz całe tygodnie, w których pomimo dużego zajęcia, wchodzenia na wysokie piętra, żadnej duszności nie doznawał i w ogóle czuł się bardzo dobrze. Z drugiej znowu strony zdarzały się tygodnie, w których pomimo względnego spokoju duszność wielce mu dokuczala i nie pozwalała mu nieraz w nocy pozostawać w łóżku w pozycji leżącej. W takim okresie niezdrovia doświadczał częstego kołatania serca i trwogi przysercowej (*anxietas praecordialis*).

W wieku młodym przechodził gościec stawowy i syfilis. Warunki życia dość ciężkie: rodzina liczna, zajęcie służbowe, wyczerpujące fizycznie i moralnie.

Przy badaniu znalazłem niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty w stanie zupełnego zrównowżenia. Lewa komórka znajdowała się w stanie dość znacznego przerostu. Tętno 72, miarowe, szybkie. Umiarkowana rozemda płuc. Żadnych objawów zastoinowych ze strony płuc, ani też wątroby nie można było stwierdzić. Mocz wydzieliał się w ilości 2000 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1012—1014, białka, ani wałeczków nerkowych [pomimo wielokrotnego badania] nie zawierał. Obrzęku kończyn dolnych nie było.

Z początku, nie mogąc znaleźć w ustroju dostatecznych zmian, wyjaśniających źródło owych napadów duszności, skłonni byliśmy do uważania je za pochodzące z układu nerwowego. Zapisywaliśmy więc c horemu brom, później, ze względu na znaczną miążdżycę tętnic, brom z jodkiem sodu, lecz bez widocznego skutku. Zdawało się nam nawet jakby przy użyciu ostatniego leku dychawica stawała się częstszą. Próby ze strofantem, narkotykami nie wypadły także pomyślnie.

Po pewnym upływie czasu, stan pacjenta znowu się poprawił, a polepszenia tego nie umieliśmy sobie dostatecznie wytłómaczyć. Chory, czując się dobrze, przez dłuższy czas nie zgłaszał się do mnie. Wreszcie przed kilku tygodniami wezwany zostałem przez kol. Gr. na naradę do dawnego chorego, który zapadł na ostrą mocznicę. Od rodziny dowiedzieliśmy się, iż w osta-

tnim czasie czuł się niedobrze, narzekał na duszność, bóle głowy, zawroty, nudności, mizerniał, aż w końcu, po niespokojnej nocy, stracił zupełnie przytomność, której już później nie odzyskał.

Następnego dnia wystąpiło niezupełne porażenie prawej połowy ciała (*hemiparesis dextra*), które po kilkunastu godzinach przeszło w zupełny bezwład. Nerw twarzowy prawy uległ również porażeniu. Żrenice prawie od samego początku nie oddziaływały na światło, lewa zaś była nieco szerszą od prawej. Prócz tego szczękościsk, sztywność w karku. Polykanie bardzo utrudnione. Wkrótce po wystąpieniu objawów mózgowych zrobiono upust krwi, podano środki czyszczące, lecz żadnego polepszenia nie zauważono. Tętno z początku zwolnione, niemiarowe stało się później częstszem z wyraźnymi przestankami; 3-go dnia choroby rytm skurczów serca był znowu prawidłowym, a tętno uderzało około 100 razy na minutę. Piątego dnia wystąpiła zapasć z dusznością, z osłabieniem serca, sinicą, tak, iż należało kamforę, eter pod skórę wstrzykiwać. Wieczorem tegoż dnia stwierdzono zapalenie płuc opadowe, które też po 48 godzinach chorego o śmierć przyprawiło.

Ponieważ od blizkich pacyenta dowiedzieliśmy się, iż od kilku dni bardzo mało moczu oddawał, zaraz więc po zasłabnięciu założono cewnik, za pomocą którego wydobyto około litra moczu. I w następnych dniach uskuteczniiano opróżnianie pęcherza 2 razy dziennie w podobny sposób. Szczegółowe badanie tego moczu nie wykazało ani białka, ani też wałeczków nerkowych, ani też żadnych morfologicznych części składowych, któreby wskazywały na nieżyt pęcherza, lub wogóle dróg moczowych. Ilość mocznika wynosiła tylko 7 grm. *pro mille*, oddziaływanie moczu było kwaśne, ciężar właściwy 1012.

Dzięki szczególnemu zbiegowi okoliczności byliśmy w stanie od kolegi GR. zasięgnąć niektórych szczegółów, dotyczących stanu dróg moczowych, które nam dopiero całą zagadkę wyjaśniły. Okazało się więc, że już przeszło od roku chory miewał różne dolegliwości, zależne od zatrzymywania się moczu w pęcherzu. Głównym powodem zaś tego stanu był znaczny przerost gruczołu krokowego i następcze rozciągnięcie pęcherza. O ile chory systematycznie, za pomocą cewnika, opróżniał sobie pęcherz, o tyle nie doświadczał żadnych zaburzeń ze strony oddechania, czuł się wówczas zdrowym, zdolnym do pracy. Przeciwnie skoro o należyte opróżnianie pęcherza nie dbał, co nie raz całę tygodnie trwało, wówczas dokuczała mu duszność, niepokój serca i t. p., których patogenezy nie umieliśmy sobie objaśnić. Chory o cierpieniu tem zupełnie zamilczał, nie upatrując żadnego związku pomiędzy niem a dychawicą. Z tego też powodu zasięgał naprzemian to kolegi GR. to mojej porady. W ostatnich miesiącach wszelkich starań o pęcherz zaniedbał, a przy tem, pomimo znacznej duszności, pomocy lekarskiej nie wzywał.

Spostrzeżenie IV. Pan K., lat 67, urzędnik, uskarża się na duszność, która mu głównie w nocy dokucza, wskutek czego sypiać nie może. Dychawica rozpoczyna się zwykle wieczorem od męczącego kaszlu, przyczem, pomimo znacznych wysiłków, wydziela bardzo mało śluzowej plwociny. Nad ranem duszność zmniejsza się i wtedy dopiero chory jest w stanie zasnąć w pozycji leżącej.²

Przed kilku laty kilkakrotnie zasięgał mej porady z powodu obrzęku kończyn dolnych, duszności, występującej głównie przy ruchu. Wówczas to stwierdziliśmy istnienie przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, które rozwinęło się na tle miażdżycy tętnic i brzusznej pełnokrwistości. Płuca znajdowały się w stanie rozedmy średniego stopnia. Cierpienie nerek należało wyłączyć.

Z biegiem czasu, czy to pod wpływem odpowiedniego leczenia, czy też wskutek stopniowo wytwarzającego się przerostu lewej komórki wspomniane powyżej objawy chorobowe zaczęły ustępować, niemiarowość tętna pozostała wprawdzie, lecz chory czuł się przytem niezłe, i o ile nie przekraczał przepisów dyetetyki, cieszył się względnie niezłym zdrowiem.

Dopiero od kilku miesięcy zaczął się czuć gorzej, stracił apetyt, narzekał na różne przypadłości gastryczne, przyczem wychudł i pożółkł. Jednocześnie zaczęła mu dokuczać duszność, o której powyżej wspomnieliśmy. W ciągu dnia chory miał dość swobodny oddech, mógł nawet odbywać dłuższe przechadzki, gdy tymczasem wieczorem, a zwłaszcza w nocy najmniejszy ruch już wywoływał przyspieszenie oddechu. Jakkolwiek stan układu oddechowego i krwiobiegu nie można było nazwać prawidłowym (*emphysema, myocarditis chronica, arhythmia*), jednakże wobec braku rozszerzenia serca, zastojów i obrzęków trudno nam było ową duszność policzyć tylko na karb zбоcezeń w czynności płuc lub serca. Nerki spełniały swą funkcję prawidłowo, moczu wydzielał się w dostatecznej, nawet zwiększonej ilości [około 2500 ctm. sześć. na dobę], nie zawierał nigdy białka, ani walczków nerkowych.

Pewnej nocy miałem sposobność przekonania się o rodzaju duszniczy, o jakiej mi chory ciągle wspominał. Nie była to ani dychawica oskrzelowa, ani też sercowa, lub obrzęk płuc, lecz zbliżała się najbardziej do CHEYNE-STOKES'a. Niekiedy znowu ruchy oddechowe zdawały się być prawidłowymi, a pomimo tego chory narzekał na ciężar w piersiach, na brak powietrza, stawał się niespokojnym. Wśród tego z rzadka, co kilka minut, lub też po dłuższej przerwie robił głębokie wdechy, skarżąc się wszakże i wówczas, że nie może dostatecznie wciągać powietrza. Słowem, dychawica ta miała więcej cechy subiektywnej, niż obiektywnej astmy.

Obserwując wtedy chorego, zauważyłem, iż tenże dość często uczuwa potrzebę oddawania moczu, który też w dość znacznej ilości wydziela [w ciągu nocy około 1½ litra, reakcyi kwaśnej], nie zawierającego ani białka, ani cukru, o niskim ciężarze właściwym, z małą ilością mocznika. Wówczas dopiero dowiedziałem się, iż chory już od dawnego czasu zauważył pewne zaburzenia w czynności pęcherza moczowego. Występują one w nocy, w ciągu dnia zaś znikają i polegają głównie na częstem i utrudnionem oddawaniu moczu. Od chwili, w której czuje potrzebę oddania moczu, aż do chwili pokazania się strumienia z cewki moczowej, upływa więcej czasu, niż to dawniej bywało; sam strumień nie przerywa się, ani się nie skręca. Badanie przez kiszkę, jak również przez powłoki brzuszne, wykazało, iż gruczoł krokowy znajduje się w stanie dość znacznego przerostu. Przerost ten stał się przyczyną rozciągnięcia pęcherza, a więc i niedostatecznego opróżniania się tako-

wego. W kwadrans po oddaniu moczu przez samego chorego można było jeszcze około 500 ctm. sz. za pomocą cewnika wydobyć, pozostawiwszy jeszcze pewną część moczu w pęcherzu.

Od chwili systematycznego zakładania cewnika 1—2 razy dziennie, stan chorego zaczął się szybko poprawiać: objawy gastryczne najprzód ustąpiły, dychawica zaś zjawiała się coraz rzadziej i to w słabszym stopniu, odżywianie szybko się poprawiało, tak, że chory po upływie 3 tygodni powrócił do dawnego, względnie dobrego stanu. Dodać tu winniśmy, iż ilość dobową moczu zmniejszyła się do 1200—1500 ctm. sześciennych.

Spostrzeżenie V. Do pana R., lat 64 liczącego, wezwany zostałem w połowie marca 1892 r. z powodu duszności i obrzęku kończyn dolnych, które przed kilku tygodniami wystąpiły i mocno zaniepokoiły chorego. Dotychczas cieszył się dobrem zdrowiem, życie prowadził bardzo czynne, pracował dużo umysłowo, w lecie zaś z powodu pełnokrwistości brzusznej, wyjeżdżał corocznie na kurację już to do Karlsbadu, już też do Maryenbadu.

Przedewszystkiem zauważył on, że przy chodzeniu łatwo się męczy, że mu brak oddechu, później spostrzegł obrzmienie kończyn dolnych, w końcu zaś obrzęknięcie twarzy, zwłaszcza powiek. W ostatnich dniach duszność zaczęła mu nawet wśród spokoju, w nocy dokuczać, pozbawiając go snu.

Chory średniej budowy, dobrego odżywiania z dostatecznym podkładem tkanki tłuszczowej. Tętno powierzchowne nieco stwardniałe, tętno 80, napięte, duże. Oddech 30. Kończyny dolne w stanie umiarkowanego obrzęku.

Granice płuc nieco obniżone, zwłaszcza z przodu. Uderzenia wierzchołkowego nie czuć. Tępość serca rozpoczyna się na 5 żebrze, wymiar poprzeczny powiększony w kierunku na lewo. U podstawy tony czyste, głośnie, zwłaszcza 2 ton aorty. U wierzchołka słychać słaby szmer skurczowy. Wątroba nieco powiększona, brzuch wzdęty, skłonność do zaparcia stołca. Mocz wydziela się w ilości litra na dobę, odczynu kwaśnego, ciężaru właściwego 1018, zawiera nieco białka 0,05% i dość liczne wałeczki szklistawe.

Z powodu dużego ciśnienia, istniejącego w układzie tętniczym, nie można było myśleć o stosowaniu naparstnicy, zaleciliśmy więc spokój, dietę mleczną, środki czyszczące i jodek sodu. Co do rozpoznania, to najbliższem wydało nam się przypuszczenie, że mamy do czynienia z przewlekłym śródmiążdżowym zapaleniem nerek, na tle ogólnej miażdżycy tętnic. Pod wpływem powyższego sposobu leczenia zauważyliśmy pewne, choć, trzeba przyznać, nieznaczne polepszenie w pierwszych dniach. Później stan chorego zaczął się pogarszać, duszność w nocy więcej mu dokuczała, ilość moczu zmniejszyła się do 600 ctm. sześciennych na dobę, aż wreszcie wystąpił napad ostrej mocznicy. Przybywszy do chorego zastałem go w silnej ekscytacji: zrywał się z łóżka, mówił bez związku, chwilami tylko względną przytomność odzyskiwał. Duszności obiektywnej nie można było stwierdzić, oddech był swobodny, tylko częstszy. Tętno było mocno napiętem, o pełnej, dużej fali, około 100—110 na minutę. Działalność serca była wzmoczoną, a 2 ton aorty odznaczał się siłą i dźwięcznością.

Od rodziny chorego dowiedzieliśmy się, iż od 16 godzin moczu zupełnie nie oddawał. Po założeniu cewnika przekonaliśmy się, iż mamy do czynienia z anurią, gdyż pęcherz moczowy był zupełnie pustym. Wtedy zaleciliśmy ciepłą kąpiel, środki czyszczące, mając na względzie i upust krwi, gdyby objawy napływu krwi do głowy i bezmocz nie ustępowały. Po zastosowaniu powyższych środków chory kilkakrotnie zaczął miewać pobudzenia do oddawania moczu, aż wreszcie oddał go w ilości 150 ctm. sześć. Mocz ten zawierał dość znaczną ilość drobnego, twardego piasku, złożonego głównie z kwasu moczowego. Wkrótce też i stan ekscytacji nerwowej zaczął ustępować, chory odzyskał przytomność; w następnych zaś dniach wydzieliał około 500—600 ctm. sześć. moczu na dobę. Narzekał zaś głównie na ból w okolicy lewej nerki, a zwłaszcza w przebiegu lewego moczowodu, doznając przytem napierania na mocz i bólu w końcu prącia.

Po upływie 2 tygodni objawy powyższe ustąpiły zupełnie, dobową ilość moczu dochodziła do 1200 ctm. sześć., obrzęki znikły, jak również i białko, tętno stało się mniej napiętem i rzadszem. Duszności żadnej chory nie doświadczał, sypiał dobrze, a czując się zupełnie zdrowym, powrócił do zajęcia służbowego. Pracował po kilkanaście godzin dziennie umysłowo, odbywał dłuższe przechadzki, nie doznając zmęczenia, lub braku oddechu. Sprawność mięśnia sercowego była bez zarzutu. Szmer słyszalny u wierzchołka nie był stałym i w swem natężeniu liczne przedstawiał wahania.

Stan taki trwał około 6 miesięcy, poczem chory zaczął narzekać na częste parcie na mocz, czemu zwykle jakiś ból w końcu członka towarzyszył. W nocy, przy spokoju, leżeniu dolegliwości te znikaly, przy ruchu zaś wzmagaly się. Prof. K. stwierdził wówczas istnienie kamieni w pęcherzu moczowym, które też w kilku odstępach czasu skruszył, uwolniwszy tym sposobem pacjenta od przykrych objawów. Po roku chory zaczął znouwu uskarżać się na krótki oddech, który głównie w nocy dawał się mu we znaki, występując niekiedy nawet w postaci napadu dychawicy, jakby sercowej. Kończyny dolne zaczęły nieco nabrzmiwać, a w moczu pokazały się ślady białka. Chory stracił apetyt, narzekał na odbijanie, niesmak w ustach i t. p., objawy gastryczne. Wtedy zakomunikował mi, iż już od pewnego czasu doznaje w nocy częstego napierania na mocz, a choć przytem bólu właściwie nie czuje, jednakże mocz oddaje z pewnym wysiłkiem i w większej, aniżeli dawniej, ilości. Przez noc wydziela około $1\frac{1}{2}$ —2 litrów, w ciągu zaś dnia, przy ruchu mniej i znacznie swobodniej, niż w nocy.

Mając już na myśli powyżej opisane przypadki, skierowałem zaraz moją uwagę na stan gruczolu krokowego. I rzeczywiście, badanie przez kışkę wykazało, iż gruczoł ten, zwłaszcza lewy jego zraz był znacznie powiększony. Pęcherz znajdował się w stanie rozciągnięcia i nie opróżniał się należycie. Przy systematycznem wydalaniu moczu za pomocą cewnika, objawy powyższej przytoczone, zaczęły szybko znikać. Chory wkrótce odzyskał dawne zdrowie, które tylko wtedy pogorszało się, skoro cewnika nie zakładał. Po upływie dwóch lat nastąpiła wybitna zmiana w stanie pacjenta. Po letniej kuracji w Karlsbadzie i następnym pobycie w Szwajcaryi, powrócił do War-

szawy w pierwszych dniach października 1896 r. bardzo zmieniony i tak osłabiony, że z wagonu zaledwie mógł wysiąść. Wychudł znacznie. Cera stała się żółtawą, oczy pozbawione były blasku, z wyrazem znużenia. W płucach, ani w sercu nie byliśmy w stanie żadnych zmian chorobowych wykazać. Tętno około 90—100, dość mocno napięte, miarowe. Chory uskarżał się na częste napieranie na mocz, połączone z bólem. Badanie wykazało obecność białka w ilości 0,23‰, mocznika 10,2 grm. *pro mille*. Oddziaływanie kwaśne. Ilość dobową moczu 1150. Osad duży, szaro-białawy, kłaczkowaty, zawierał:

1) najwięcej komórek podobnych do bezbarwnych krążków krwi [komórki ropne i w nałej części komórki śluzowe]. Komórki ropne zalegają gęsto każde pole mikroskopowe. Miejscami są one wyraźnie stłuszczone;

2) trochę płaskich komórek nabłonkowych z pęcherza moczowego;

3) trochę komórek nabłonkowych okrągławych i owalnych z moczowodów i miedniczek nerkowych.

Laseczników Koch'a, walczków nerkowych, ani czerwonych ciałek krwi w osadzie nie znaleziono. Oprócz zaburzeń ze strony pęcherza moczowego (*cystitis purulenta*), stwierdziliśmy istnienie różnych przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, a mianowicie utratę łaknienia, odbijanie i rozwolnienie. Wskutek złuszczenia nabłonka język stał się suchym i przyjął barwę malinową. Później dowiedzieliśmy się, iż jeszcze w czasie pobytu za granicą chory miał różne objawy gastryczne, jak również dreszczyki, a nawet gorączkę, lecz nie zwracał na nie uwagi. Oprócz uregulowania diety, podania oleju rycynowego, zaczęto, z porady prof. K., codziennie przepłukiwać pęcherz roztworem kwasu borowego. Do wewnętrznego zaś użytku zaleciliśmy salol [3 razy dziennie po 15 gran]. Poprawa, jaką tym sposobem osiągnęliśmy, nie była znaczną i trwała krótko. Po kilkunastu dniach nastąpiło znowu pogorszenie: oddawanie moczu stało się częstszym i bolesniejszym, tak, że zmuszeni byliśmy zaprzestąć przepłukiwania pęcherza. Należało się więc tylko ograniczyć na opróżnianiu pęcherza za pomocą cewnika 2 razy dziennie. Jakkolwiek chory oddawał około 1500—2000 ctm. sześć. na dobę, można było jeszcze wydobyć około 600 ctm. sz. moczu rezydualnego. Badanie tego ostatniego wykazało: oddziaływanie kwaśne, ciężar właściwy 1006, mocznika 8,1‰, białka 0,4‰. Osad duży, szaro-żółtawy zawiera: 1) najwięcej komórek ropnych; 2) trochę płaskich komórek nabłonkowych z dróg moczowych; 3) trochę komórek nabłonkowych okrągławych, owalnych, jajowatych i t. p., z moczowodów i miedniczek nerkowych; 4) bardzo wiele drobnoustrojów, punkcikowatych, które leżą na polu drobnowidzowym pojedynczo i gromadkami i często przypominają drobnoustroje ropotwórcze. Walczków nerkowych nie znaleziono.

Ogólny stan chorego budził również poważne obawy. Pacjent przeważnie pozostaje w łóżku, rzadko tylko podnosi się i to na krótko. Przytomność, choć zachowana, jednak jakby przyciemniona, wskutek czego chory trudno się orientuje, niechętnie na zapytania odpowiada, o wielu rzeczach zapomina. Wogóle przygnębienie umysłowe staje się z każdym dniem wyraźniejszym, sennaść większa, oczy błędne. Łaknienie zmniejszone, nawet, rzecz można, wstręt do

jedzenia, chory broni się od przyjęcia wszelkich, nawet płynnych pokarmów. Kilka razy nie tylko w ciągu dnia, lecz i w czasie nocy wstaje, jakby bezwiednie, siada na łóżku i w tej pozycji 1—2 godzin pozostaje. Zdaje się, jakby mu to pewną ulgę w oddechaniu sprawiało, choć wyraźnej duszności nie można się dopatrzeć. Tętno ciągle dość mocno napięte, duże, około 80, w czasie zaś nieznacznego rozgrzania ciała dochodzi do 100. Tętno serca zupełnie czyste, u wierzchołka serca słychać niekiedy obok 1-go tonu słaby szmer. Obrzęku kończyn niema.

W ostatnich 3 dniach przed śmiercią, która nastąpiła 20 października 1892 r., chory już nikogo nie poznawał, mocz bezwiednie pod siebie oddawał. Ciągła śpiączka. Oddech zbliżał się do typu CHEYNE-STOKES'a.

Co do ciepłoty, to w przebiegu choroby tylko raz jeden była ona podniesioną do 38,2°, zwykle zaś była niższą, niż normalnie, —bo wahała się pomiędzy 36°—37°. Sądząc z opowiadania chorego, można było przypuścić, że w samym początku zdarzały się znaczne podwyższenia ciepłoty, poprzedzane silnymi dreszczami.

Przypadek powyższy na szczególną zasługuje uwagę z tego względu, iż przedstawia nam różne objawy chorobowe, stosownie do rodzaju zaburzeń, jakie miały miejsce w przyrządzie moczowym. I tak, skoro wskutek zatkania moczowodów złożami patologicznymi nastąpiła zapalna anurya, mieliśmy ostrą mocznicę z silnem pobudzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Później wystąpiły na jaw zaburzenia właściwe kamieniowi pęcherza, które potwierdziły pierwotne nasze przypuszczenie, co do źródła bezmoczności. Z biegiem czasu uwydatniły się objawy niedostatecznego opróżniania się pęcherza wskutek przerostu gruczolotu krokowego, w postaci mocznicy przewlekłej [zaburzenia ze strony oddechania]. Wreszcie z przyczyny ropnego zapalenia pęcherza mieliśmy do czynienia ze sprawą zakaźną, samozakażeniem (*autoinfectio*), które wielce różniło się od poprzedniej fazy choroby, t. j. samozatrucia.

[D. n.]

III. O NEURASTENII PERYODYCZNEJ

(neurastenia peryodyczna, kołowa i naprzemienna).

(*Neurasthenia periodica, circularis et alternans*).

Napisał

D-r Teodor Duin.

lekarz ordynujący w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

— * — * —
[Dokończenie. — Patrz Nr. 1].

Następujący przypadek odnosi się już niewątpliwie do neurastenii kołowej (*circularis*) z jasno wyrażonymi objawami przygnębienia i podniecenia.

IV. N. N., lat 50, obywatel ziemski. Brat jeden nerwowy, cierpiał w podobny sposób, jak nasz pacjent, tylko w mniejszym stopniu; po za tem rodzina zdrowa. Chorób organicznych N. N. nie przechodził żadnych; dopiero w ostatnim [1897] roku wystąpiły objawy dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Choroba nerwowa N. N. wybuchła kilkanaście lat temu. Pacjent, jak powiada, kupił wtedy z niewielkim kapitałem majątek ziemski, obarczony znacznymi ciężarami. Aby wyjść z tego położenia, wziął się nadzwyczaj gorliwie do pracy i parę lat bez najmniejszego wytchnienia pracował. Pierwszy napad choroby trwał tylko 2 tygodnie, poczem rok był zupełnie swobodny. Następnie napady robiły się coraz częstsze i dłuższe, tak, iż trwały po parę miesięcy. Jako napady chorey uważa tylko stan przygnębienia, dla otoczenia jednak stany podniecenia jeszcze bardziej były przestraszające. Fazę przygnębienia chorey opisuje następującymi słowami: cierpień fizycznych nie miałem żadnych, lecz gorsze od największych cierpień były rozpaczliwe myśli, które mię trapiły, a zawsze jedne i te same, t. j. przewidywania rzeczy, mogących zrujnować gospodarstwo, a tem samem sprowadzić ruinę materyalną. To było powodem, że najgorzej czułem się w domu; wyjazd z domu przynosił mi ulgę, jednak przygnębienia w zupełności nie usuwał. Nie mogłem znosić widoku żony i dziecka, gdyż wtedy ciągle miałem na myśli, jaka ich czeka przyszłość, jeżeli będę zrujnowany; również nie mogłem widzieć nikogo z osób, zarządzających gospodarstwem, bo myśli moje wtedy stawały się jeszcze czarniejsze. Powodu do tej rozpaczki istotnego nie było żadnego: stan gospodarstwa pod każdym względem był świetny i z interesów wyszedłem zupełnie. Po za domem czułem się spokojniejszy, to też zawsze marzyłem, aby sprzedać majątek. Taki stan trwał parę do kilku miesięcy. W tym czasie sen był bardzo dobry, chorey spał dużo, może nawet zbyt wiele. Bólów głowy nie doświadczał żadnych, również nie było żadnych niepokojów serca lub obaw innych nad te, które odnosiły się do stanu majątkowego. Powoli chorey się uspokajał, przygnębienie mijało i w przeciągu paru dni chorey wpadał w stan podniecenia. Wtedy już ani myślał o sprzedaży majątku, cały czas zajmował się, ciągle był w ruchu, nie chciał nigdy spocząć, nie jadał, każdej roboty, nawet najmniejszej sam chciał dopilnować. Po nocach prawie nie sypiał, najwyżej 4—5 godzin, lecz ciągle chodził, wynajdując sobie jakieś zajęcia. Dochodziło do tego, iż żona na noc zamykała go na klucz, aby go zmusić do spania, wtedy chorey wyskakiwał przez okno i o godzinie 3 wychodził już na pole lub na pastwiska. Taki stan podniecenia trwał znowu parę miesięcy, lecz zawsze krócej, niż przygnębienie.

Po kilku latach trwania choroby, kiedy ostatni napad przygnębienia trwał kilka miesięcy, chorey sprzedał majątek i przeniósł się do Warszawy. Wtedy chorey, widząc, iż mu już nie może grozić ruina, albowiem kapitał ma w ręku, bardzo prędko się uspokoił i od tego czasu jest zdrow. Istotnie chorego obserwuję stale i żadnych objawów nerwowych od tego czasu nie widuję.

Ostatni przypadek jest typem neurastenii naprzemiennej (*alternans*). Zasługuje on na uwagę przez to, że długi czas podlegał szczegółowej obserwacyi

po części mojej, a jeszcze więcej kol. STANISŁAWA MARKIEWICZA, któremu za-
wdzięczam nadzwyczaj dokładne notatki o przebiegu choroby.

V. N. N., lat 87, chrześcianin pochodzenia semickiego, pod względem
organicznym zupełnie zdrowy, bez żadnych oznak somatycznych zwyrodnienia.
Rodzice zdrowi, bez zaburzeń w sferze psychicznej. Matka zmarła na tyfus
brzuszny, ojciec umarł w 70-ym roku życia po udarze mózgowym. W rodzeń-
stwie żadnych psychoz, ani oznak zwyrodnienia, u jednego syna neurastenii
płciowa, u jednego siostrzeńca *impotentia psychica*, u bratanek płasawica (*cho-
rea*). N. N. wychowywał się w warunkach bardzo pomyślnych, bez wysiłków
fizycznych, albo umysłowych; zdolności wielkie. Wykształcenie jednostronne
(*humaniora*), zajmowanie się praktyczną stroną życia, zaniedbanie ćwiczeń fizy-
cznych, rozpieszczenie, skutkiem tego nadwrażliwość czuciowa i bólowa.
Ożenił się wczesnie, miał 8 dzieci, życie rodzinne bardzo szczęśliwe. Całe ży-
cie poświęcone li tylko zajęciu fachowemu, któremu do 60 roku życia oddawał
się z zamiłowaniem i z bardzo pomyślnym wynikiem finansowym. Przemogi
umysłowej nie było, robota przychodziła mu z łatwością, co lato chory odpoczy-
wał. Po 60 roku życia zajęcie pozostało to samo, lecz bardzo znacznie
zmniejszone. Od 5-ciu lat chory niczem się nie zajmuje. Jednostronne wy-
chowanie sprawiło, że chory, ograniczywszy, a następnie porzuciwszy swoje
zajęcie, nie umiał sobie wcale wypełnić życia, z kąd niewątpliwie wynikało
zbyteczne zaobserwowanie się własną osobą i najtrzywialniejszymi potrzebami
fizycznymi.

Lat temu 50 tyfus brzuszny. Od młodości skłonność do rozwolnień, która
w późniejszym wieku ustąpiła. Objawów nerwowych [bólów głowy, zawrotów,
nerwo-bólów, drgawek] nigdy nie było. Odżywianie dobre, chory wyglądał
zawsze młodziej, niż z jego wieku by wypadało. Nadużyć żadnych nie było.

Choroba obecna N. N. powstała nagle przed laty 8 [w 79-ym roku życia]
pod wpływem trwogi. Wskutek nieuwagi pacyenta, instytucya, której prze-
wodniczył, narażona była na znaczną stratę, a on na jej pokrycie. Obawa
trwała kilkanaście godzin. Pod wpływem trwogi chory zaczął oddechać nad-
zwyczaj prędko, twierdząc, że inaczej nie może, co jednak nie było prawdą,
albowiem chory, odwróciwszy swoją uwagę mową, oddechał zupełnie prawidłó-
wo. Aczkolwiek obawa straty okazała się nieuzasadnioną, to jednak smutny
nastrój umysłowy [którego dotychczas nigdy nie bywało] oraz zaburzenia
w oddechaniu trwały jeszcze dwie doby, poczem chory powrócił do zwykłego
stanu. Nowy napad smutku i przyspieszonego oddechania (*tachypnoea*) powró-
cił już bez przyczyny po paru tygodniach i od tego czasu powtarzał się coraz
częściej.

Cykliczność choroby N. N. od owego początku po dziś dzień trwa, ale
typ okresów przez pierwsze 3 — 4 lat był inny, niż obecnie. Otóż dawniej
po napadzie przygnębienia, trwającym 24 — 36 godzin, przychodził okres pod-
niecenia z odcieniem niepomiernej wesołości, trwający do 12 godzin, a nastę-
pnie dłuższa, kilkodniowa faza stanu prawidłowego. Długość całego cyklu
trzech faz bywała różna. Stopniowo typ ten zmienił się na inny, obecnie
trwający. Cykl składa się z dwóch faz mniej więcej jednakowej długości

[24—36 godzin] po sobie wciąż przychodzących: z fazy przygnębienia i fazy wesołego podniecenia. Fazy „równej“ albo niema wcale, albo jest bardzo krótka; jest to raczej zakończenie jednej z owych dwóch faz głównych. Chory powiada: „czuję, że napad—faza przygnębienia—już mija, ale jeszcze nie przeszedł zupełnie“, albo mówi: „jestem zdrow, mam się dobrze, ale czuję, że już napad się zbliża, jakoś jestem bez humoru“.

Objawy, znamionujące obie fazy choroby, ulegały w ciągu lat małym zmianom. Fazę przygnębienia, którą chory sam nazywa napadem, cechował zawsze i cechuje bardzo znamienny stan psychiczny. Chory nie jest posępny, jak melancholicy, owszem skłonny jest do wywnętrzań, do mówienia, ale mówi tylko o sobie, o swym okropnym stanie, o swym smutku, który stara się usprawiedliwić sztucznie wyszukiwanymi przyczynami; wciąż się bada i każe się badać, zapewnia, że mu brak tchu, że nie może mówić, że nie widzi, nie słyszy, że jeść nie może. To wszystko wszakże jest albo złudzeniem chorobowem, albo nawet udawaniem w celu obudzenia litości, o co choremu bardzo chodzi. Chory zapewnia zawsze, że dany napad jest najmocniejszy, że teraz na pewno umrze, pyta się „czy ja jeszcze żyję“, błaga lekarza zawsze o skrócenie życia. Te niby samobójcze zachcenia pozostają w rażącej sprzeczności z ciąglem zajęciem się swoją osobą: chory je dużo, ogląda ciągle swe stolce, wymaga, aby mu parę razy dziennie tętno badano, język oglądano, brzuch mąciano, jednym słowem, wciąż zajmuje swoją osobą wszystkich, a szczególnie lekarzy.

Władze umysłowe w fazie przygnębienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego, są jednak jakby zawieszane. Chory zapewnia, że nie może ani czytać, ani rozmawiać i istotnie dzień cały nic nie robi, a zapewnianie w każdym napadzie, pomimo przebycia ich setki, że wieczora nie dożyje, zdradza braku krytyki. Chory całą swą chorobę odnosi do nieprawidłowości trawienia, a mianowicie do oddawania stolca, aczkolwiek żadnej koincydencji pomiędzy napadami a wypróżnieniami niema.

Zachowanie się chorego robi na wszystkich wrażenie rozmyślnej przesady w manifestowaniu pewnych istotnych uczuć patologicznych.

W sferze uczuciowej N. N. objawia się brak absolutny altruizmu, obojętność dla rodziny, egoizm, robiący przykre wrażenie.

Wola N. N. jest mocno upośledzona; nie może się zdobyć na najblahszą czynność [pokrajanie jedzenia, zapięcie ubrania i t. d.] i każe się wyręczać. W związku z tym stoi nadzwyczajna wrażliwość na sugestję szczególnie ze strony lekarza, chociaż oddziaływanie to nie odnosi się do sfery sądu, myślenia lub uczuć, lecz raczej do pewnych przepisów lekarskich, które, mając sobie zalecone, chory wykonywa z machinalną regularnością i uporem chorobliwym.

Pamięć nie przedstawia nic szczególnego. Wnioskowanie, sąd krytyczny, o ile nie dotyczy choroby, zachowany. Idei niedorzecznych, natrętnych nie bywało.

Sen nie szczególny, chory wprawdzie w dzień często się przesypia, a nocą śpi do 1 lub 2 godzin. Później śpi tylko z przerwami, a każde przebudzenie bywa

dla niego bardzo przykre; zdaje mu się bowiem, że już nie żyje lub, że wkrótce umrze. Nadto chory stale miewa bardzo przerażające sny [widzi umarłych, dopuszcza się przestępstw, traci majątek], o których na jawie zawsze mówi ze wstrętem i przerażeniem.

Intonacja mowy wyraża boleść, smutek, głos bywa cichy, pod wpływem jednak najbliższej przyczyny chory wpada w rozdrażnienie i wtedy krzyczy, grozi pięściami, a nawet bije. Wyraz twarzy przygnębiony, smutny.

Objawy, znamionujące fazę podniecenia, są następujące: uczucie zadowolenia, optymizm, wyrażający się w wyrazie twarzy, intonacji głosu, w ciągłym, nieusprawiedliwionym śmiechu. Czuje się wybornie; wchodzącego doń lekarza wita głosem podniesionym z radością w oczach: dziś niech doktor idzie sobie precz, mam się dobrze, doskonale. Chory jest nadzwyczaj rozmowny, mówi dużo, płynnie, z ożywieniem. Wyraża się wytwornie, pragnie być słuchanym, nigdy nie powie nic, co by zdradzało brak sensu, przeciwnie mówi dowcipnie, logicznie. Często jednak zachowuje się bez taktu, mówi rzeczy, mogące być przykre dla obecnych, zadaje niedelikatne pytania, lubuje się w opowiadaniach nieprzyzwoitych. Apetyt równie dobry jak w fazie przygnębienia.

Jeżeli faza podniecenia zacznie się koło południa, a trwa zwykle 24—30 godzin, wtedy podczas należącej do niej nocy chory śpi krótko, ale dobrze, o czem nazajutrz z przyjemnością wspomina. Czasami faza podniecenia zaczyna się od tego, że chory kładzie się do łóżka zrozpaczony, a jednak śpi dobrze. Wtedy należy przyjąć, że początek fazy podniecenia przypada na noc. W fazach dobrych chory unika zwracania się myślą do fazy złej, jak gdyby się wstydził swego hypochondycznego nastroju. Jednak wśród najlepszego humoru fazy podniecenia, wspomina nieraz, „ale co to jutro będzie“ lub też „jestem dobrze ale zdaje mi się, że smutek już się zbliża“.

Badanie obiektywne nigdzie, mianowicie w narządach trawienia, nie wykazuje żadnych zбоceń, tylko chód chorego zasługuje na uwagę: z początku, choroby N. N. biegał pochylony ku przodowi na palcach, robiąc małe kroki, nie stał nigdy o własnej sile, lecz zawsze szukał oparcia. Od lat 3 chód się zmienił, stąpa całą nogą choć wciąż, idąc, pochyla całe ciało naprzód.

Jak to widać z przytoczonych opisów, aczkolwiek neurastenii peryodyczna przedstawia duże podobieństwo do obłąkania peryodycznego, to jednak za takie, mianowicie też ze stanowiska klinicznego, uznana być nie może. Przeciwno temu przemawia: zbyt słabo wyrażone objawy, zbyt krótki zazwyczaj czas trwania pojedynczych okresów, zupełnie zachowana świadomość chorego, świadomość swej choroby i jej cyklicznego przebiegu, a wreszcie sam charakter depresyjnej fazy, który niekiedy wcale nie przypomina melancholii. Szczególniej też w ostatnim przypadku faza depresyjna nosiła wyraźny charakter hypochondryi, a uczucia smutku i trwogi były porostem następstwem niepokoju o własne zdrowie. U chorego tego nawet w fazie depresyjnej istniały pewne oznaki podniecenia, cechujące się napadami gniewu. W innym znów przypadku, o którym w krótkości tylko wyżej wspomniałem, faza depresyjna cechowała się nietyle depresją, ile t. zw. obłądem powątpiewania (*folie du doute*). Ten

ostatni daje się odnaleźć prawie we wszystkich przypadkach. Winiących wreszcie przypadkach faza depresyjna objawia się jedynie apatyą i skłonnością do snu.

Prawie wszyscy autorowie zgodni są co do tego, że obłąkanie peryodyczne zdarza się wyłącznie u osób dziedzicznie obciążonych i należy do objawów t. zw. dziedzicznego zwyrodnienia. Tak samo i o neurastenii peryodycznej LOEWENFELD wspomina przy opisie dziedzicznych form tej choroby. Z moich opisów nie wypadła to tak wyraźnie, mianowicie zaś co do ostatniego chorego [№ V], którego stosunki rodzinne dobrze nam są znane, napewno niemal twierdzić można, że w rodzinie jego nie było obciążenia dziedzicznego. Dopiero w pokoleniu zstępującem ujawnia się usposobienie neuropatyczne [syn — neurastenia, siostrzeniec — płużawica]. Również i w przypadku III chorey, bardzo inteligentny człowiek, zaprzeczał stanowczo usposobienia dziedzicznego, choć co do tego przypadku ja sam zachowuję pewne ostrożności, albowiem chory już od dzieciństwa zdradzał usposobienie nerwowe, gdy tymczasem chory V całe życie był zupełnie zdrow i choroba wybuchła dopiero w późnej starości pod wpływem gwałtownego wstrząśnienia moralnego.

Zresztą, mojem zdaniem, usposobienie dziedziczne nie wystarcza jeszcze dla nadania piętna neurastenii, stwarza ono tylko grunt do rozwoju choroby, ale tak samo działają i inne przyczyny: alkoholizm, nadużycia wszelkiego rodzaju, nieszczęścia, niepokoje, długotrwałe przepracowania fizyczne i umysłowe. Niema żadnego powodu przyjmować, tak jak to robią autorowie francuscy, dla pewnych objawów (*agorophobia*, *claustrophobia*, *folie du doute* i t. p.), że mogą one się rozwinąć tylko na gruncie dziedzicznym, jeżeli i inne wyżej wymienione przyczyny mogą sprowadzać ten sam patologiczny stan kory mózgowej, który jest podstawą rozwoju neurastenii i stanów jej pokrewnych.

I co do rokowania także spostrzeżenia moje nie ze wszystkim zgadzają się z dotychczasowemi. Powszechnie obłąkanie peryodyczne uważane bywa za nieuleczalne, toż samo powiada SOLLIER i o neurastenii peryodycznej. I ja przyznaję, że w większości przypadków tak bywa, zdarzają się jednak i uleczenia. Tak np. w przypadku IV pacjent zachorował pod wpływem troski o byt swej rodziny, z ustaniem tej troski i choroba minęła bezpowrotnie. Znam jeszcze jeden przypadek, w którym u młodej panny, dziedzicznie obciążonej, neurastenia peryodyczna przeszła wtedy, kiedy chora nabawiła się ciężkiej, dla życia groźnej choroby (*phlegmone brachii*).

Choroba po większej części rozwija się powoli, niepostrzeżenie, pojedyncze okresy z początku nie są wyraźne i dla samego chorego niewidoczne; pierwsze niejasne ślady choroby datują już od młodości i w tych przypadkach dziedziczność prawdopodobnie odgrywa ważną rolę. W innych razach, choroba powstaje w wieku późniejszym, a nawet w starości [przyp. V] pod wpływem wyraźnej przyczyny [troska, obawa], nieraz nagle, w jednej chwili [przyp. V].

Pojedyncze fazy niekiedy bywają zupełnie identyczne nie tylko co do jakości objawów—bo to zawsze ma miejsce—ale i co do długości trwania. Szczególniej widocznem to jest tam, gdzie pojedyncze fazy trwają bardzo krótko:

kilka lub kilkanaście godzin. Jak to wyżej mówiłem, w jednym przypadku lekarze brali chorobę za *intermittens*. Nie zawsze jednak tak bywa; długość pojedynczych faz niekiedy u tego samego chorego bywa rozmaita. Bywa i tak, że w ciągu fazy depresyjnej, trwającej kilka miesięcy, zdarzają się pojedyncze dni, w których chory ma się zupełnie dobrze. Również i w fazie zdrowia zdarzają się pojedyncze dni depresji. Podczas trwania fazy depresyjnej, nawet w ciągu jednego dnia chory miewa godziny, w których się czuje lepiej, inne, w których mu jest gorzej. Jeden chory, u którego faza depresyjna bardzo wyraźna trwała zwykle całe lato, opowiadał mi, że rano do 9—10 godziny czuł się względnie nie źle, następnie cały dzień był apatyczny, a wieczorem znowu odzyskiwał nieco humoru i woli.

Ile razy tylko choroba rozwija się dość nagle, tak, że chory dokładnie jej początek sobie przypomina, tyle razy okazuje się, że pierwszym objawem bywa faza depresyjna. W spostrzeżeniu IV, a nadewszystko V, jest to bardzo widocznem. Za prawidło jednak tego uważać nie należy. Jeżeli bowiem może istnieć mania peryodyczna bez objawów depresyjnych, przyjmując więc należałoby, że mogą się zdarzać i przypadki neurastenii peryodycznej, ekscytacyjnej; ja jednak ani jednego podobnego przypadku nie widziałem.

Pojedyncze fazy przychodzą niejako fatalistycznie, *sua sponte*, bez żadnych okolicznościowych przyczyn. Czasami, jak to słusznie zauważył LANGE, choremu zdaje się, że mu to lub owo pomaga, ta lub owa miejscowość. Okazuje się jednak, że był to prosty zbieg okoliczności, faza depresyjna miała minąć i minęła bez względu na wyjazd lub stosowane środki. To, co raz pomogło, innym razem wcale nie pomaga. Zawsze jednak zmiana pobytu i warunków nieco łagodzi fazę depresji.

Objaśnienie przyczyny peryodyczności objawów, nadewszystko zaś kolejnego występowania pobudzenia i przygnębienia bardzo jest trudne; wszystkie teorie, jakie proponowano dla objaśnienia pomieszania peryodycznego, a które *mutatis mutandis* dalyby się zastosować i do neurastenii, nie znalazły ogólnego uznania. Analiza psychologiczna objawów neurastenii, tak, jak ją to np. tak świetnie przeprowadził BINSWANGER, wskazuje, że wszystkie objawy tej choroby mają swój pierwowzór i w normalnym życiu człowieka; nadto w powstawaniu ich bierze zawsze udział świadomość chorego, t. j. skierowanie uwagi chorego na swe cierpienie. O neurastenii peryodycznej trudno by to powiedzieć było: wprawdzie pojedyncze fazy nie różnią się niczem od neurastenii i za takie słusznie mogą być poczytane, ale peryodyczne ich występowanie ma w sobie coś fatalistycznego, niezależnego ani od zewnętrznych przyczyn, ani od skierowania uwagi chorego na swój stan; przypomina to epilepsyę, do której też pomieszanie peryodyczne często porównują. I to może byłaby najważniejsza racya, dla której cierpienie, o którym mówię, zaliczyć by należało nie do neurastenii, lecz do psychoz. Jeszcze raz jednak powtarzam, że ze stanowiska klinicznego takie podciągnięcie neurastenii peryodycznej pod psychozy byłoby z wielu względów niewygodne; należy chorobę tę uważać za formę pośrednią, która stoi na granicy neurozy i psychozy.

Aczkolwiek sam mówiłem o neurastenii peryodycznej, kołowej i naprze-

miennej, to jednak podział taki ma tylko względną wartość. Istnieją formy przejściowe, które wskazują, że zasadniczej między nimi różnicy nie ma. I tak widzieliśmy, że przypadek II i III stały na granicy między neurastenią depresyjną peryodyczną a kołową, objawy bowiem podrażnienia nadzwyczaj były słabo wyrażone. Przypadek znów V z początku przedstawiał się jako neurastenia naprzemienna (*alternans*), z wyraźnie zaznaczonymi okresami zupełnego zdrowia, z biegiem czasu jednak ten normalny okres coraz się skracał, aż wreszcie pozostały tylko okres przygnębienia i podniecenia, czyli choroba przybrała formę kołowej (*circularis*). Najważniejszą więc cechą jest peryodyczne występowanie objawów.

NOTATKI LEKARSKIE

—*—*—

1. Kamień nerkowy, wydany drogą naturalną.

Dnia 14 września 1897 wezwany zostałem do chorego X., który nagle zasłabł. X., młody człowiek, lat 30, dobrej budowy, cieszył się dotychczas zdrowiem, nie nadużywając ani *in Baccho*, ani *in Venere*.

Chory uskarża się na silny ból w prawej stronie krzyża. Z wywiadów dowiedziałem się, że chory wstał ze snu zupełnie zdrów i zrazu uczył silny ból w pomienionem miejscu. Ucisk w okolicy bólu nie jest bolesnym, zarówno jak i ruchy kończyn i tułowia bólu nie wywołują. Sądząc, że mam do czynienia ze zwyczajnem reumatycznym „*lumbago*“, zaleciłem nacierania spirytusowe, które nie wielką ulgę sprawiały. W nocy ból ustał zupełnie i chory, uważając się za zdrowego, rano wyszedł na przechadzkę, podczas której ból się znowu zjawil i trwał następnie przez 2 dni bez przerwy, posuwając się od krzyża ku pachwinie. Przy oddawaniu moczu chory odczuwał ból w pęcherzu i prawem jądrze, oddawał co godzina lub co dwie godziny mocz brunatny z mocnym zapachem. Ciężota ciała prawidłowa w ciągu pierwszych dni; trzeciego dnia podniosła się do $+8,8^{\circ}$ C., tętno i oddech przyspieszone; chory uskarża się na ból głowy i zawroty. W nocy 3-go dnia uczył przez chwilę bardzo silny ból w prawem jądrze i pęcherzu, a oddając następnie mocz, zauważył jakiś przedmiot twardy, który okazał się kamieniem. Po wypadnięciu kamienia wszelkie dolegliwości ustąpiły, pozostały tylko zmęczenie i zdenerwowanie.

Kamień wielkości pestki czereśni, konsystencyi twardej, koloru brunatnego, formą przypomina bób przepołowiony z wklęsłością, piłowany nożem nie kruszy się, ale daje równy, mialki proszek, waży 0,1 gram.

Wojewódzki [Twer].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

—*—*—

7. Bode. Doświadczenia nad ranami serca.

Do niadawna jeszcze uważano rany serca za bezwarunkowo śmiertelne, a lubo ogłoszona w r. 1867 obszerna praca statystyczna G. Fischer'a zmieniła poniekąd ów pogląd nazbyt jednostronny, jednakże stosowane w ciągu dalszym wobec uszkodzeń serca zabiegi nie wychodziły po za ramki terapii objawowej wyłącznie. Śmielszy krok naprzód w dziedzinie owej uczynił Rose, który, z uwagi, że pewna liczba ludzi, trafionych w serce, umierała nie wskutek upływu krwi, lecz pośród objawów wybitnej duszności i wyczerpania mięśnia, wprowa-

dził w użycie rękoczyn, polegający na usunięciu z osierdzia za pomocą przekłucia wylewu krwawego, co rzeczywiście nieraz dawało wynik dobry; zabieg taki wszelako nie zawsze prowadzi do celu, gdyż nie usuwa niebezpieczeństwa krwotoku z rany mniej lub więcej ziejącej.

RHEN'a przypadek, w którym chirurgowi temu powiodło się szczęśliwie i z pomyslnym dla chorego skutkiem nałożenie szwu na ranę komory prawej, pozostaje, jak dotąd, w całym piśmiennictwie unikatem¹⁾, a wielu jeszcze żywi poglądy wprost sprzeczne co do wykonalności szwu sercowego. Dla rozstrzygnięcia też tej sprawy i aby przekonać się, jak zachowuje się serce w chwili zranienia, B. przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach w instytucie fizyologicznym prof. LANDOIS'a. Stworzeniom tym resekowano część przedniej ściany klatki piersiowej po stronie lewej, począwszy od miejsca przymocowania żeber aż po za linię sutkową, następnie otwierano szeroko osierdzie, a po przymocowaniu go kilkoma szwami do mięśni piersiowych i pozyskaniu w ten sposób wygodnego do serca dostępu zadawano różnym częściom tegoż serca rany bądź cięte, bądź klute, powierzchowne, lub głębsze, podłużne, albo poprzeczne, które zaszywano lub pozostawiano otworem. Jeżeli rana komory była niewielką, krwotok miał miejsce tylko podczas skurczu, a krew tryskała na zewnątrz i ściekała do osierdzia lub do otworzonej w przebiegu operacji jamy opłucnowej. Ziejące rany cięte komory oraz nieznaczne nawet uszkodzenia przedsionków i wielkich pni naczyńiowych dawały, prócz wybitnego krwawienia skurczowego, także o wiele słabsze krwawienie rozkurczowe. Odpowiednio do niejednakowego stopnia rozwoju warstwy mięśniowej w różnych częściach serca i odpowiednio do uwarunkowanego przez to ciśnienia, wysokość tryskającego z rany strumienia krwi była rozmaita; fala, wylewająca się np. z komory lewej, dosięgała 1½ metra. Jednakże wysokość strumienia nie zawsze odpowiadała ilości traconej krwi. Zgodność taką zauważono jedynie w przypadkach ran większych obu komór. Gdzie porzeczano na wykonaniu cięcia mniej rozległego, tam podczas każdego skurczu rana zwężała się tem wybitniej, im mięśnie były lepiej rozwinięte w danym odcinku serca; z drugiej strony różnorodność krzyżowania się włókien ściany serca wpływała w okresie jego skurczu również dodatnio na zwężanie się kanału rany. Dodatnie działanie obu przytoczonych czynników zawsze występowało najwyraźniej w tych częściach serca, których zranienie uważać się zwykło za najniebezpieczniejsze, t. j. w komorze lewej. W innych o ciśnieniu mniejszem, odcinkach serca czynniki te występowały słabiej, w przedsionkach zaś brakło ich niemal zupełnie; to też nieznaczne nawet zranienie przedsionka sprowadzało nader rychłą śmierć zwierzęcia wskutek występującego szybko upływu krwi. Za trzeci wreszcie czynnik samoistnego zatrzymywania się krwotoku uważać należy [zawsze tylko wobec uszkodzeń niewielkich komory lewej] wytwarzanie się zamykających ranę skrzepów krwi, które powstają dość rychło; obecność kwasu węglanego wpływała ujemnie na szybkość powstawania skrzepów, to też bogata w kwas ten krew żylna krzepnie wolniej, niż tętnicza. Na oględzinach pośmiertnych zwierząt, które zdechły podczas lub zaraz po operacji, przekonano się, że w ranie komory prawej było skrzepów zwykle daleko mniej, niż w lewej. Z uwag powyższych łatwo wysnuć wniosek, że uszkodzenia komory prawej są niebezpieczniejsze, niż lewej; gorsze zaś jeszcze rokowanie dają rany przedsionków, przy czem, o ile B. mógł stwierdzić, rany prawego, jak i lewego przedsionka są jednakowo niebezpieczne.

¹⁾ Patrz sprawozdanie w N-rze 30 Gazety Lekarskiej, str. 819. 1897.

Ujemny wpływ urazu na mechanizm krążenia uwydatnia się rozmaicie. Jeżeli uszkodzeniu ulega jeden z przedsionków i pewna ilość krwi wylewa się zeń na zewnątrz, to podczas każdego skurczu przedsionka komora wypełnia się niedostatecznie, wobec czego ciśnienie w tejże w okresie skurczu jest słabsze, a otwieranie się zastawek półksiężycowych i przepędzanie do naczyń zmniejszonej ilości krwi następuje później. Tego rodzaju stosunki wytwarzają się i w razie naruszenia całości komory. Aorta i tętnica płucna wypełniają się, jak wiadomo, wówczas dopiero, gdy ciśnienie w komorach przewyższa ich własne, z kąd wynika, że wskutek zmniejszonego we wnętrzu serca napięcia skurcz pojedynczy mięśnia nie przepędzi krwi z serca, ale dokona tego dopiero wtedy, gdy, dzięki następującym po sobie skurczom przedsionka, zbierze się w komorze ilość krwi, wystarczająca do rozemknięcia zastawek półksiężycowych i przywrócenia krwioobiegu.

Zrozumieć więc łatwo, że w razie większych nawet krwotoków z serca krążenie do pewnego stopnia utrzymuje się, z wyjątkiem chyba uszkodzeń takich, po których pewien jego odcinek opróżnia się zupełnie na czas dłuższy. Stosownie do tego, czy zranioną została lewa lub prawa połowa serca, liczyć się wypadnie, pomijawszy już sprawę odżywiania samego narządu, bądź z występującą bezkrwistością ośrodkowego ustroju nerwowego, bądź z niedostatecznym do płuc krwi dopływem i niewystarczającym tejże utlenianiem się. Jednakże, oprócz niedokrwiłości, trzeba mieć na uwadze inny czynnik, który może zgubnie na chorego podziałać.

Jak przekonano się z doświadczeń GOLZ'a i GAULE'a, ciśnienie wewnątrzsercowe w pewnej chwili okresu rozkurczowego w obu komorach staje się ujemnem, dzięki czemu powstaje tamże zdolność wessania, większa przytem w komorze lewej, niż prawej. W razie więc zranienia komory możliwem jest, gdy rana podczas rozkurczu rozszerzy się, przedostanie się doń powietrze, które, przeniknąwszy do krwioobiegu, wywoła zatkanie naczyń włosowatych, płucnych lub mózgowych wraz z wszelakimi zatkaniami tego następstwami, co i autor stwierdził dwa razy.

Dla rozstrzygnięcia pytania, jak zachowuje się mięsień sercowy pod działaniem urazu, wypróbowano w tym celu wszelakie tegoż odmiany. Po lekkiem podrażnieniu powierzchni serca narzędziem tępem, nie zauważono w poruszeniach mięśnia zmian żadnych; jeżeli na ten ostatni wywrzeć ucisk silniejszy, występuje po dłuższym skurczu pewna nieprawidłowość w działalności serca i pośpiech, które znikają stopniowo, gdy wpływ drażniący ustaje. Brzóda, powstająca na powierzchni komory, po wywarciu nań ucisku za pomocą np. szczytyczyków porusza się równocześnie ze skurczem komórki i pozostaje widoczną na długo jeszcze po usunięciu bodźca drażniącego, co dowodzi, że uległa urazowi część warstwy mięśniowej nie posiada dawniejszej sprawności swej skurczowej, że jednak zdolność przewodnictwa nie uległa zmianie. Na ucisk bardzo wybitny mięsień oddziaływa w ten sposób, że przed wystąpieniem rozkurczu prawidłowego powstaje wtórny skurcz niezupełny, co zgadza się ze spostrzeżeniem ZEEMSEN'a, który pochwycił skurcz ów graficznie u pewnej kobiety, mającej serce pokryte, po przebyciu przez chorą rozległej resekcji klatki piersiowej z przodu, cienką jedynie skórą. Za pomocą przerywanego, jak najkrócej, ciągłego ucisku, można utrzymywać serce w stanie skurczu niemal tężcowego; na każde przytem nowe podrażnienie serce odpowie nader nieznacznym skurczem nadciśnieniowym (*extrasystole*). Inne otrzymujemy wyniki po wywarciu ucisku na gałęzię większe tętnic wieńcowych; po krótkich ruchach falistych mięsień zatrzymuje się na okres trwania ucisku. W razie częściowego zamknięcia światła naczyń serce uderza nieprawidłowo i szybciej, wracając do stanu prawidłowego, gdy przerwa w krążeniu trwa niedługo; jeżeli

jednak, prócz uszkodzenia serca, większa gałąź taka zostaje przecięta, po wykonaniu kilku poruszeń robaczkowych mięsień zatrzymuje się na stałe.

Podobnie, jak przy drażnieniu na tępo, zachowuje się serce i w przypadku zadawania mu rany ciętej; wszelako zatrzymywanie się chwilowe jego działalności występuje na jaw wtedy dopiero, gdy jama komórki zostaje otwarta. Wszystkie te dane powyższe stwierdzonemi zostały na krzywych sfigmografu MAREY'a.

Z uwagi na stwierdzone po większej utracie krwi osłabienie działalności serca należy przedewszystkiem wobec rany tego narządu starać się opanować krwotok, ku czemu nałożenie szwu na ranę serca jest oczywiście drogą najwłaściwszą. Już dawniej DEL VECCHIO dokonywał zabiegu tego na zwierzętach z powodzeniem zupełnem, w dwóch zaś przypadkach FARINA i CARPELEN nakładali w roku ubiegłym szew u ludzi; obaj operowani zmarli, jeden z nich po upływie $2\frac{1}{2}$ dnia od operacji.

Z doświadczeń swoich B. przekonał się, że pozostawianie nitki w ścianach serca nie wywiera żadnego na jego działalność wpływu ujemnego; świadczyły o tem wyraźne kardiogramy, zdjęte w kilka dni lub tygodni ze zwierząt tych, co operację przetrwały szczęśliwie. Dalej zauważono, że zgodnie z poglądem ROSE'go i wynikami doświadczeń CONHEIM'a, nagromadzenie krwi w osierdziu stanowi poważną przeszkodę mechaniczną odnośnie do ruchów serca. W niektórych próbach, po rozcięciu komory lewej i opanowaniu szwem krwotoku, pogrążano serce w osierdziu, wypełnionem krwią i skrzepami, poczem stwierdzano zawsze, że ruchy serca były wolniejsze i utrudnione znacznie, a szerokość rozmachu o wiele mniejsza, niż po usunięciu z osierdzia mas krwawych. Na skutek wzmożonego napięcia w osierdziu ciśnienie krwi w tętnicach zmniejsza się, w żyłach zaś wzrasta odpowiednio; wypełnione bowiem osierdzie tamuje swobodny odpływ krwi żyłnej. Powstają wówczas objawy, jak przy zapaleniu osierdzia: tętnienie żyłne, sinica i t. p., wreszcie w następstwie wzmagającego się nadmiernego rozdzęcia worka krew z żył ustroju nie przedostaje się do serca wcale, a krwiobieg, pomimo trwających w ciągu dalszym skurczów mięśnia sercowego, ustaje zupełnie.

W pracy swej przytacza B. przebieg 17 doświadczeń, z których w 3-ch operowano na psach, w pozostałych zaś 14 na królikach. Zwierzętom tym zadawano rozległą względnie ranę serca, którą to ranę starano się zamknąć następnie za pomocą szwu.

Doświadczenia te nastęrczały niejedną trudność poważną natury technicznej, przedewszystkiem zaś szczupłość pola operacyjnego i obfite zalewanie krwią tegoż pola operacyjnego. Niejednokrotnie też szew pierwszy nakładano zupełnie na ślepo we krwi; nieraz w okresie skurczu komór serce, niby pracą miotane, przeskakiwało, opisując łuk ze strony lewej na prawą i rana, przedtem widoczna, znikła na czas skurczu po za mostkiem. Zauważone przy rozcięciu mięśnia chwilowe zatrzymywanie się serca stwierdzało się również i przy wkłuwaniu igły w mięsień nieraniony jeszcze, poczem na czas dłuższy lub krótszy występowała działalność nieprawidłowa; było przytem obojętnem dla mięśnia, w jakim kierunku przeciągano nitkę. Dalej zauważono, że odsznurowanie pewnej liczby włókien mięśniowych wskutek zawiązania nitki na węzeł nie narusza działalności serca bynajmniej, bo dwie krzywe, z których jedną zdjęto po przeciągnięciu nitki przez ścianę serca, drugą zaś po związaniu jej końców, zgadzały się ze sobą najzupełniej. Co do szczegółów operacyjnych, najsamprzód znieczulano zwierzęta eterem; w jednym tylko przypadku, po wyosobnieniu u psa żyły szyjowej lewej, wiano do niej w celu wywołania narkozy pewną ilość dosyć stężonej nalewki makowcowej. W ostatnich 2-ch doświadczeniach, dzięki nader ostrożnemu oddzielaniu na tępo żeber od oplucnej, zaczęmano szczęśliwie powstanie otoku powietrznego, którego dało się uniknąć,

wprawdzie po jednej stronie tylko i w doświadczeniu 15-em; w pozostałych doświadczeniach płucne obie ulegały rozdarciu, a oddech uśpionego zwierzęcia podtrzymywano sztucznie.

W niektórych doświadczeniach przeprowadzano przez przednią powierzchnię serca długą nitkę jedwabną, której końce, zwieszające się z rany, przymocowywano do peloty sfigmografu Marey'a i tą drogą odtwarzano rysunkiem okresy pojedyncze działalności serca. Jego chwilowe zatrzymywanie się wyobrażała na rysunku linia prosta; występująca po tem zatrzymaniu się nierównomierność ruchów dawała znać o sobie kreśleniem nieprawidłowej krzywej. W doświadczeniach 10 zadawano rany cięte komorze lewej, długie od 0,2—1 ctm., prowadzone niekiedy poprzecznie, przyczem w jednym z tych przypadków zraniono po drodze przebiegającą w bródzie podłużnej gałąź tętnicy wieńcowej, a nadto przedsionek lewy i żyły płucne. Wynik niepomysłny otrzymano tu już pod koniec zabiegu. Niekiedy znowu raniono komorę w dwóch miejscach. Występujący na skutek cięcia krwotok w dwóch spostrzeżeniach trwał w ciągu dalszym i podczas rozkurczu, lecz wówczas zmniejszał się wyraźnie; zresztą, krwawienie owo, o ile nie było powstrzymane przez nałożenie szwu doraźne, zazwyczaj po upływie 2—4 minut samo przez się zmniejszało się wybitnie, najdalej zaś po kwadransie ustępowało zupełnie. Że ciśnienie w tętnicach i wtedy jeszcze było znacznem, świadczyło o tem żywe z nich krwawienie, występujące po zdjęciu szczypekzyków na próbę. Po zatrzymaniu się krwotoku działalność serca zwykle wyrównywała się, to też operację powyższą przeżyło 6 zwierząt, a jedno z nich wyzdrowiało nawet po otrzymaniu dwóch ran w serce. Następujące w dni kilkanaście lub kilkadziesiąt zejście niepomysłne zależnem być musiało tylko od zakażenia; zawsze bowiem na oględzinach pośmiertnych zwierzęcia stwierdzano obecność zmian właściwych zapaleniu ropnemu płucnej i osierdza. W doświadczeniach 5-ciu raniono komorę prawą, z której, *cæteris paribus*, krwotok tylko skurczowy był zawsze daleko większy. Tu w jednym zaledwie przypadku, w którym krwawienie ustało samoistnie po upływie mniej więcej 20 minut wskutek zatkania rany przez skrzep, otrzymano wynik zadawalający. Po otwarciu w jednym ze spostrzeżeń przedsionka lewego wystąpił krwotok olbrzymi, a zwierzę zdechło już po upływie kilku chwil. Tymże wynikiem zakończonem zostało doświadczenie 17-te, w którym poprowadzono cięcie w bródzie przedsionkowo-komorowej po stronie prawej. Po zatrzymaniu się serca na chwilę wszczęła się wielce burzliwa i nieprawidłowa jego działalność; obfity krwotok skurczowy, czynił niemożliwem na ranę szwu; w niespełna pół minuty nastąpiły drgawki, duszność, a w końcu śmierć zwierzęcia. Jak przekonano się następnie, w polowie serca prawej, w tętnicach płucnych nie było krwi niemal wcale.

Oprócz przytoczonych doświadczeń 17, autor wykonał cały szereg innych jeszcze z wyników mniej więcej jednobrzmiących: pokaźna względnie liczba królików z zaszytą raną komór sercowych żyje już przez ciąg kilku miesięcy, a w działalności serca zwierząt tych nie zauważono żadnych objawów nieprawidłowych.

Ze z doświadczeń powyższych nie należy wyciągać wniosków ostatecznych co do oddziaływania na ranę i szew serca ludzkiego, jest zrozumiałem zupełnie. Odsetka śmiertelności po operacji na ludziach musiałaby być znacznie mniejszą jeszcze. Przedewszystkiem, niektórym ze zwierząt zadawano w serce ran kilka; rany te posiadały wymiary względnie rozległe; wikłano je nadto uszkodzeniem wielkich pni naczyńowych; dalej należy wziąć pod uwagę łatwe u zwierząt zakażenie, gdyż jakkolwiek rękoczyn sam wykonywano z zachowaniem wszelkich ostrożności bezgnilnych, to jednak było niepodobieństwem przecie ustrzedz owo zwierzę przed działaniem tak łatwego tu w okresie pooperacyjnym zakażenia wtórnego. Brak wreszcie odpowiedniego nadal

leczenia nie mało też pogarszał wyniki ostateczne. Co jednak z doświadczeń tych stanowczo wysnuć można odnośnie i do człowieka, to stwierdzenie faktu, że rana serca nie wywołuje w zasadzie takich w działalności jego zaburzeń, któreby, same przez się, sprowadzić musiały śmierć bezpośrednio lub później, wyjąwszy chyba przypadki przecięcia naczyń wieńcowych. Niebezpieczeństwo główne kryje się raczej w gwałtowności powstającego z rany krwotoku i w jego następstwach, dla uniknięcia których środkiem najbardziej skutecznym jest bez wątpienia zaszcycie rany serca doszczętne.

(*Beiträge zur klin. Chir.* 14 Band. 1 Heft. 1897).

K. Niedzielski.

8. M. W. Schulten. O guzach z włosów w żołądku, oraz pomyślny przypadek usunięcia jednego z nich.

Szereg danych, co do tworzenia się guzów z włosów w żołądku, jest jeszcze bardzo mały; mimo to jednak obecność [u młodych zwłaszcza kobiet] ruchomego guza w górnej części jamy brzusznej powinna naprowadzić chirurga na drogę szczegółowych wywiadów, czy guz nie jest pochodzenia roślinnego, lub czy nie powstał z włosów. Oto kilka uwag, jakie autor zebrał ze znanej dotąd statystyki: przyzwyczajenie połknięcia włosów spotykamy wyłącznie prawie u młodych kobiet; raz jedyny tylko zauważono objaw ten u chłopczyka; dziewczęta łykają włosy dla „poprawy głosu,” dla „oczyszczenia języka” i t. p. Przeciąg czasu trwania nałogu bywa różny, od 10 do 22 lat i dłuższy. Długość połkniętych włosów dochodzi czasami do 30 cent; czasami, obok włosów, znajdowano w guzach inne przedmioty, np. jedwab, bawełnę, a nawet gwoździe. Włosy bez trudności przedostają się przez przełyk, mają jednak wyraźną dążność do osadzania się w żołądku, którego kształt przybierają z czasem dosyć ściśle. Guz, utworzony w ten sposób, jest zazwyczaj twardy, ruchliwy, o wadze i objętości bardzo rozmaitej [od 120—190 grm.]; pomimo jednak, że daje częstokroć wypustki do dwunastnicy i przełyku, nie zauważono nigdy, ażeby, bez względu na wielkość swą, wy dostał się sam przez się na zewnątrz. Objawy tworzenia się guza, które zresztą występują dość późno i wzrastają powolnie, dadzą się sprowadzić do bólów w brzuchu, niestrawności, braku łaknienia i odbijań. Jeżeli cierpienie jest bardzo przedawnione, następuje śmierć wskutek wyczerpania się, oraz przeciągających się wymiotów, lub też wskutek zapalenia otrzewnej dziurawiącego. O poradę lekarską udają się chorzy jedynie wówczas, kiedy guz w jamie brzusznej zauważą. O obecności guza z włosów przekonywano się przeważnie dopiero podczas oględzin pośmiertnych. Mniej liczne są przypadki usunięcia guza za życia, po otworzeniu jamy brzusznej. Rozpoznanie właściwe dopiero raz zrobił STELZNER; zwykle zaś cierpienie przypisywano nerce ruchomej, powiększonej śledzionie, rakowi żołądka i t. p. Rękoćzyn chirurgiczny polega na otworzeniu żołądka przez cięcie w smudze białej, lub też od strony leżdziwowej. Guz usuwa się w całości, albo też rozkawała się, jeżeli jest zbyt wielki. Żołądek zeszywa się trzema rzęłami szwów; jamę brzuszną zamyka się w zwykły sposób. Zagojenie przebiega prawidłowo i dość szybko.

Prócz tego treściwego i dokładnego zebrania wiadomości o guzach z włosów, podaje autor opis przypadku z własnej praktyki. W 1894 r. przybyła na klinikę w Helsingforsie 30-letnia wieśniaczka, zkażdym zdrowa zupełnie, uskarżała się jedynie na bóle w okolicach pępka, wzmagające się przy każdej cięższej pracy. Przed 3-ma miesiącami zauważyła poniżej pępka guz ruchomy, który podczas leżenia znikał pod żebrami, w czasie pracy zwiększał się, o 3-ch miesiący zaś nie zmienił kształtu zupełnie. Pacjentka szczupła, lecz zdrowa zupełnie. Z prawej strony jamy brzusznej znajduje się guz, wielkości małej pięści, o powierzchni okrągłej, twardy, chropowaty; przesuwając go z prawej strony można zupełnie swobodnie; na lewą stronę przechodzi z bólem. Pomimo że autorowi

żadne ze stawiających rozpoznają nie wydawało się dość uzasadnionem, postanowił jednak przystąpić do operacji i po ułożeniu chorej na boku zrobił cięcie od końca 11-go żebra ku przodowi aż do grzebienia kości biodrowej, na przestrzeni 10-in cent., kiedy asystent przytrzymywał guz w położeniu nieruchomem. Po przecięciu mięśni ukazał się guz, pokryty cienką warstwą tkanki. Nie otwierając jamy brzusznej, autor wydobyl z jamy, wysłanej błoną śluzową, twarde guz, wielkości pięści, ciemno-czerwony i mocno cuchnący; ściany okalające guz były cienkie i bezbarwne, blizkie przedziurawienia. Przekonawszy się, że guz miał siedlisko w żołądku, nie zaś w kątnicy ślepej, autor usunął zwyrodniałą część tegoż, poczem zeszył żołądek za pomocą szwu trzypiętrowego, ranę zaś wysłał tamponami z gazy.

Chora, odżywiana przez pierwsze 2 dni za pomocą ławatyw, trzeciego dnia już dostała mleka i rosółu zwykłą drogą, w miesiąc zaś zdrowa zupełnie opuściła szpital. Guz miał w przecięciu 7,66 cm; ważył 120 gm; powierzchnia wewnętrzna jasno czerwona, złożona z masy krótkich włosów krowich. Chora trudniła się przez szereg lat wyrobem plecionki z szerści krowiej, a zwilżając palce pozostawiała w jamie ustnej sierść, z której z biegiem czasu powstał dość wielki guz.

Obok powyższego opisu autor zestawil jeszcze 7 innych przypadków, czerpanych z własnego i zagranicznego piśmiennictwa.

Andrzej Ciechomski.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. II Band. III Heft).

9. Strübing. Skurcz głośni, mechanizm jego powstawania i stosunek do chorób wewnętrznych.

Krtani prawidłowa na podrażnienia umiarkowanego stopnia oddziaływa kaszlem; jeżeli zaś siła podrażnienia przechodzi pewną granicę, wtedy występuje skurcz zwieraczy strun głosowych — skurcz głośni. Lecz i podrażnienia krtani słabej siły mogą wywołać skurcz głośni, mianowicie jeżeli błona śluzowa krtani znajduje się w stanie nadczułości. W tym ostatnim przypadku siła podrażnienia, potrzebnego do wywołania skurczu głośni, znajduje się w odwrotnym stosunku do stopnia nadczułości błony śluzowej krtani. Powyższe, ogólnie znane prawa fizjologiczne wyświełtają nam mechanizm powstawania skurczu głośni w całym szeregu przypadków, jak np. przy ciałach obcych w krtani lub przy ruchomych polipach krtani; czynią one również zrozumiałem powstawanie skurczu głośni w przebiegu nieżyty przewlekłego i gruźlicy krtani, przy ucisku nerwu błędnego, *respective* zwrotnego [nowotwory, wola, tętniaki aorty i t. p.], przy sprawach zapalnych w okolicy ośrodka nerwu błędnego w rdzeniu przedłużonym.

Lecz oprócz przytoczonych powyżej, istnieje jeszcze cały szereg przypadków, w których powstawanie skurczu głośni nie da się sprowadzić do poziomu zwykłego odruchu i w których geneza jego jest zawiłą, a czasami wprost niezrozumiałą. Najważniejszą pod względem klinicznym i najczęstszą jest ta postać skurczu głośni, z którą spotykamy się u dzieci w pierwszych 2-ach latach życia. Ze postać ta znajduje się w ścisłym związku z krzywicą, o tem obecnie jaż nikt nie wątpi, lecz co dotyczy mechanizmu powstawania napadów w tych przypadkach, to tu zdania są podzielone. Autor twierdzi, że główną rolę gra tu złe odżywianie: ten sam proces upośledzonego odżywiania, jaki widzimy przy krzywicy w kościach, ma miejsce i w układzie nerwowym, który oddziaływa na złe odżywianie wzmożoną pobudliwością, tak, iż najżejsze podrażnienia wywołują wzmożone lub nawet patologiczne odruchy. Punktem wyjścia owych podrażnień, wywołujących skurcz głośni, bywają najczęściej cierpienia dróg oddechowych [ostre i przewlekłe nieżyty nosa, krtani, oskrzeli, wyrosłe adenoidalne

i t. d.] i trawiennych [ostre i przewlekłe nieżyty żołądka i kiszek, pasożyty i t. d.].

Wzmiankowana powyżej nadmierna pobudliwość układu nerwowego objaśnia nam również powstawanie skurczu głośni w całym szeregu cierpień nerwowych, przy neurastenii, płasawicy, tężcu i histeryi; w tym ostatnim przypadku źródła podrażnień, wywołujących skurcze głośni, należy szukać w istniejących zazwyczaj jednocześnie cierpieniach narządów płciowych. Rozpoznawanie skurczu głośni nie przedstawia zazwyczaj trudności. Objawy zbliżone do omawianego cierpienia daje dwustronny paraliż mięśni obrączko-nalewkowych tylnych krtani, lecz paraliż ten: 1) zdarza się daleko rzadziej i nie wywołuje tak wybitnych objawów zwięzienia krtani; 2) trwa zwykle przez czas dłuższy, gdy tymczasem skurcz głośni występuje w formie krótkotrwałych napadów; 3) paraliż spotykamy tylko u dorosłych, na tle histerycznym. Leczenie omawianego cierpienia winno być ściśle przyczynowe; celem zabiegów naszych winno być z jednej strony usunięcie cierpienia podstawowego, dającego tło do powstawania napadów skurczu głośni, a z drugiej,—zniesienie źródła podrażnień, wywołujących owe napady. Stosownie do tego skurcze głośni, występujące u dzieci przy krzywicy, wymagają ogólnego leczenia: racjonalne odżywianie mlekiem w ilości i koncentracji odpowiedniej do wieku dziecka, wzmacniające kąpiele, świeże powietrze, dobre wino w niewielkiej ilości—uajprędzej prowadzą do celu. Ze środków farmaceutycznych fosfor w tranie rybnym lub oliwie i fosforan wapnia dają najlepsze wyniki. U starszych dzieci i dorosłych osobników, u których napady występują na tle żółtów lub ogólnego złego odżywiania, ogólne leczenie gra również pierwszorzędną rolę. W tych przypadkach, w których skurcz głośni występuje, jako odruch, pod wpływem zaburzeń czysto miejscowych, leczenie tych ostatnich winno znaleźć należyte uwzględnienie; należy więc leczyć sprawy zapalne górnego odcinka dróg oddechowych, cierpienia żołądka i kiszek, rozmaite zaburzenia w sferze organów płciowych i t. p.

Na razie, podczas samego napadu uciekamy się do sposobów, ogólnie używanych przez laryngologów, mających często do czynienia ze skurczem głośni podczas miejscowego leczenia krtani; uciskamy więc skórą część nosa, dajemy zimną wodę do picia, drażnimy błonę śluzową nosa; dobre rezultaty dają też na razie wodan chloralu, nalewka piżmowa w połączeniu z ambrą, morfina [podskórnie—w celu szybszego działania]. Gdy to nie pomaga, a stan chorego staje się groźnym, przystępujemy do intubacji, w ostateczności robimy tracheotomię.

A. Zięciakiewicz.

(*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-Ohren und Hals-Krankheiten, II Band, Heft 9 u. 10*).

10. H. Rosin. Albumozurya i jej znaczenie rozpoznawcze.

Oprócz białka surowiczego i globuliny znajdujemy niekiedy w moczu t. z. pośrednie produkty trawienia białka, propeptony, czyli albumozy. Znajdowano je w najrozmaitszych sprawach patologicznych, lecz zwykle w bardzo umiarkowanej ilości. Autor spostrzegął przypadek niezmiernie obfitej albumozuryi, a wynik sekcyjny tego przypadku i rozbiór krytyczny podobnych przypadków, notowanych w piśmiennictwie, rzucają pewne światło na znaczenie rozpoznawcze albumozuryi.

Przypadek ten dotyczył kobiety 36-letniej, która zgłosiła się do polikliniki prof. SENATOR'a ze skargami na bóle głowy, ból w plecach i ogólne osłabienie. Badanie narządów wewnętrznych dało wynik ujemny, dopiero rozbiór moczu wykazał obecność dużej ilości białka [próbą HELLEB'a], a w osadzie

znaleziono liczne wałeczki, komórki nerkowe i z dróg moczowych. Rozpoznano przeto zapalenie nerek, bez dokładniejszego jednak określenia postaci jego. Chorej zalecono mleczną dyetę i jodek potasu. Po trzech tygodniach w stanie chorej zaszło znaczne pogorszenie. Oprócz znacznego wychudnięcia, moenych bólów głowy, bólów w piersi i plecach, chora uskarżała się jeszcze na utrudnione polykanie i zaburzenie mowy. Obiektywnie stwierdzono wtedy u chorej obustronne porażenie *nn. hypoglossi*, prawie zupełną nieruchomość języka i ściśle ograniczone znieczulenie na dolnej wardze i podbródku. Gdy autor powtórnie zbadał moczu na obecność białka za pomocą próby HELLER'a, spostrzegł, że dość gęsta, biała obrączka nad kwasem azotnym przy ogrzaniu znika zupełnie, pozostawiając nieznaczne zmętnienie całego moczu, po ostygnięciu zaś próbowki znów się pojawia.

Wobec tego poddano moczu dokładniejszemu badaniu. Próba z zagotowaniem wykazała, że poprzednio zupełnie przejrzysty moczu przy ogrzaniu do 53° C. mętnieje i następnie tworzy bardzo obfity, białawy, gęsty osad; przy dalszym ogrzewaniu powyżej 72° osad ten poczyną znikać, a przy 100°—znika zupełnie, moczu pozostaje jednak cokolwiek mętnym. Po ostudzeniu osad znów się pojawiał i znikał przy powtórnej ogrzaniu. Próby z kwasem octowym, żelazo-cyankiem potasu i inne dały taki sam wynik. Nie ulegało przeto wątpliwości, że osad ten składał się z albumoz z niewielką domieszką białka surowiczego, od którego prawdopodobnie zależało lekkie zmętnienie przy zagotowaniu. Najbardziej przemawiało za tem przypuszczeniem wypadanie osadu przy ogrzewaniu do 60° i powolne znikanie jego przy wyższej ciepłocie, co podług КУБЕНЕ'go jest charakterystycznym dla albumoz.

Z powodu przeszkód przy polykaniu musiano chorą odżywiać za pomocą zgłębnika żołądkowego. Po kilku tygodniach chora zmarła przy objawach ogólnego wyniszczenia. Na sekcji znaleziono: nerki powiększone, w stanie umiarkowanego zwyrodnienia mączkowatego; pod drobnowidzem ani nacieczenia drobnokomórkowego, ani zmian w naczyniach; wogóle zmiany w nerkach były raczej pochodzenia degeneracyjnego, niż zapalnego. Największą jednak niespodzianką dla autora był obraz, jaki przedstawiała klatka piersiowa. Tu na bardzo wielu żebrach znaleziono guzy nowotworowe, którym dał początek szpik kostny; guzy te spowodowały rozmiękczenie i giętkość żeber, zupełnie jak przy osteomalacji, nie wywołały jednak zniekształcenia klatki piersiowej i za życia oprócz bólów w piersi i plecach nie wskazywało na ich obecność. Badane pod drobnowidzem guzy te okazały się mięsakiem (*sarcoma myelogenes multiplex*).

Łącznie z powyższym przypadkiem opisano dotąd w literaturze 6 przypadków albumozuryi. W 2 pierwszych przypadkach rozpoznano za życia osteomalację i jakkolwiek ani badania drobnowidzowego, ani sekcji nie dokonano, uważano albumozurę za objaw patognomiczny dla tego cierpienia. Lecz już następne przypadki wykazały, że pogląd ten jest mylnym, albowiem we wszystkich znaleziono liczne mięsaki kośćca tułowia.

Wobec tego, że w przypadkach mięsaków kończyn lub twarzy dotychczas albumozuryi nie spostrzegano, że nerki we wszystkich przypadkach nie przedstawiały żadnych zmian patologicznych, autor mniema, że albumozurya jest objawem patognomicznym dla sarkomatozy klatki piersiowej i kręgosłupa. Cierpienie to, nader rzadko spotykane [dotąd opisano 17 przypadków], przedstawia poważne trudności rozpoznawcze; z tego względu objaw powyższy miałby doniosłe znaczenie dyagnostyczne.

II. Basch i Weleminsky. O wydzielaniu się drobnoustrojów przez czynny gruczoł mleczny.

Jeszcze w r. 1895 BASENAU, chcąc wyświetlić drogą doświadczalną sprawę wydzielania się drobnoustrojów przez czynny gruczoł mleczny, porobił w tym kierunku doświadczenia nad 6-ma świnkami morskimi, kozą i krową i doszedł do wniosku, że gruczoł mleczny nie jest bynajmniej tym narządem, którym się ustroj posilkuje w celu wydalania krążących we krwi zarodków i że drobnoustroje tylko w tym przypadku mogą do mleka przechodzić, jeśli zwierzęta po wprowadzeniu do krwi zarazka [B. używał do doświadczeń *bacill. bovis morbillicans*] ulegały mniej lub więcej dłuższej chorobie, która mogła spowodować zwyrodnienie ścian naczyń. BASCH i WELEMIŃSKY doświadczenia swoje porobili na świnkach morskich, u których obie sutki są tak zbudowane i skierowane, że przenikanie drobnoustrojów z zewnątrz do przewodów wyprowadzających jest prawie wyłączone. Brodawki sutki i otaczająca je skóra były przedtem odpowiednio zdezynfekowane, jako też i płatek uszny, z którego za pomocą nacięcia wydobywana była do badania krew. B. i W. z początku wstrzykiwali zwierzętom do żyły sztywej drobnoustroje niechorobotwórcze (*bacill. cyanogen. lactis, bacill. prodigios.*). Laseczniki te jednak prędko zniknęły we krwi, w mleku ich również nie znajdowano.

Później autorowie przeszli do zarazków chorobotwórczych, rozpoczynając od lasecznika karbunkuła, który, jak wiadomo, wywołuje posocznicę w czystej formie, bez wybroczyn, bez rozpadu komórek i następczego ropienia.

Doświadczenia, wykonane na 6-u świnkach morskich w okresie karmienia, stwierdziły, że mleko u tych zwierząt nie zawierało lasecznika, gdyż szczerzenie mlekiem, wziętem z tych zwierząt, nie wywoływało zakażenia.

Doświadczenia z *bacill. pyocyaneus* wydały wyniki zupełnie inne. Lasecznik ten, zaszczerpiony zwierzętom, wywołuje w mniejszym lub większym stopniu pęknięcie naczyń, które uwydatnia się i w gruczole mlecznym, najbardziej zaś w nadnerczu.

We wszystkich doświadczeniach z lasecznikiem tym można było dowieść obecności lasecznika w mleku już w 5—8 godzin po wstrzyknięciu. Objaśnia się to tem, że lasecznik ten powoduje pęknięcie ścian naczyń, a co za tem idzie i uszkodzenie nabłonka gruczołowego, skutkiem czego łatwo mógł przeniknąć do przewodów gruczołów, a więc jako mechaniczna domieszka dostać się do mleka. Zarazki, które uszkodzenia naczyń krwionośnych nie wywołują, nie przechodzą do mleka.

Dowiodły tego również i doświadczenia z zarazkami tyfusu, cholery i błonicy, jakkolwiek krew zawsze zawierała te zarazki.

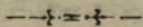
Tak samo nie znajdowano ziarnowców w mleku kobiet, dotkniętych zakażeniem pógowem; gronowce spostrzegano we krwi u królików, ale nie wykrywano ich w mleku. Ze przy perlicy u bydła mleko prawie w $\frac{1}{3}$ przypadków zawierało zarodki grzylicze, pomimo że sutki napózór wydawały się zdrowymi, tłomaczą autorowie tem, że w tak dużym narządzie, jakim są sutki i krowy, ognisko chorobowe łatwo można przeoczyć przy zwykłym badaniu makroskopowym.

Na zasadzie powyższych badań B. i W. doszli do wniosku, że jeśli w mleku znajdują się niekiedy drobnoustroje chorobotwórcze, to należy je uważać tylko za mechaniczną domieszkę, wywołaną uszkodzeniem naczyń krwionośnych lub też cierpieniem miejscowem sutek.

(Berl. klin. Woch, Nr. 42. 1897).

M. Lebensbaum.

Wiadomości bieżące.

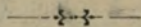


— W Towarzystwie Lekarskim Warszawskim wybrano na r. 1898: na prezesa kol. **BOLESŁAWA GEPNERA** [ojca], na wiceprezesa kol. **WŁADYSŁAWA GAJRIEWICZA**, na sekretarza dorocznego kol. **JÓZEFA WINIARSKIEGO**.

— Pierwszy [styczniowy] zeszyt „Zdrowia“, rozpoczynający tom 14-ty wydawnictwa, wyszedł w znacznie powiększonym formacie. Odezwa redakcyi, pomieszczona w artykule wstępnym, zapowiada rozszerzenie wszystkich działów, głównie zaś działu sprawozdawczego, mieszczącego streszczenia prac higienicznych z czasopism zagranicznych. Zeszyt omawiany zawiera między innymi początek ważnej pracy D-ra **DOBRYCZKIEGO** p. t. *hygienu zecerów*, oraz opis i plany nowo-wybudowanego szpitala gminy żydowskiej. Jako jedyne pismo higieniczne „Zdrowie“ zasługuje na poparcie, jakie nie wątpimy, iż potrafi sobie zjednać doborom odpowiednich artykułów oryginalnych i referatów. Część redakcyjną prowadzi, jak dawniej, kol. **J. POLAK**, wydawnictwem objął od Nowego Roku kol. **W SZUMLAŃSKI**.

Zmarli: w Moskwie prof. kliniki **ZACHARIN**;
w Meranie D-r **MICHAŁ ROSENZWEIG** znany praktyk z Warszawy.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1898 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychle uregulowanie rachunków.

W r. 1898 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychle uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“.

Wydawca. D-r **St. Konratowicz**.

Redaktor odpowiedzialny, D-r **Wł. Gajkiewicz**.

Друководитель издательства, Барнава 2, Декабря 1897. Друк Ковалевскаго, Warszawa, Mazowiecka 8

