

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOW POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O powrocie odruchów ścięgniętych w przebiegu wiału rdzeniowego

podał

S. Goldflam.

Już 19 lat mija od czasu odkrycia przez Westphala, że brak odruchów kolanowych (objaw Westphala) jest stałym objawem wiału rdzeniowego, wytrzymało więc ono próbę czasu, a znaczenie rozpoznawcze nie zostało wcale zmniejszone przez to, że liczne następne spostrzeżenia wykazały, że nie jest to wcale objaw patognomiczny dla wiału rdzeniowego, że się spotyka w niektórych innych cierpieniach organicznych układu nerwowego i niektórych ogólnych, konstytucjonalnych chorobach, że wyliczę tu z ważniejszych myelitis lumbalis et dorso-lumbalis, różne formy schorzenia substancji szarej rogów przednich, jak poliomyelitis acuta, chronica, paraliśie spinale antérieure iutuique Duchenne'a, ostre wstępujące porażenie Landry'ego, następnie traumatyczna neuroza, różne postacie rozsianego zapalenia lub zwyrodnienia nerwów obwodowych, począwszy od ostrych, zakaźnych aż do przewlekłych i toksycznych, (zatr. arsenikiem, alkoholizm), dalej ergotismus, pellagra, cukrzyca, po niektórych zakazanych chorobach jak dyfteryja, choroby wycieńczające jak gruźlica, carcinosis, senium i t. d.; w większej części ostatnich brak odruchów kolanowych polega na zmianach zwyrodniających w nerwach obwodowych (Oppenheim i Siemerling). Wyliczone tu postacie chorobowe mają tak cechujące objawy, ma je także, oprócz objawu Westphala, i wiał rdzeniowy, że z łatwością dadzą się od ostatniego odróżnić, tak że brak odruchów ścięgniętych nie tylko nie stracił swego znaczenia rozpoznawczego dla wiału, ale stał się cennym objawem także dla wyż wymienionych chorób.

Nie uszczupliły także znaczenia objawu Westphala w wiałdzie rdzeniowym rzadkie zresztą przypadki ostatnie-

go, w których odruchy kolanowe były zachowane przez długi nawet czas przebiegu, ani ta okoliczność, że podobno w wyjątkowych zupełnie przypadkach objaw Westphala się znajduje u zdrowych ludzi. Co do ostatniego, to mojem zdaniem, należy być bardzo ostrożnym z wyrzeczeniem o zdrowiu osobnika u którego nie ma odruchu kolanowego; takiego osobnika należy starannie badać i zawsze mieć na oku, bo co do mnie, nigdy objawu Westphala nie znajdowałem u osobników zdrowych lub niedotkniętych jedną z postaci chorobowych, przy których objaw ten występuje, a o których wyżej była wzmianka. Co do przypadków wiądu rdzeniowego z zachowanymi odruchami kolanowymi, to chociaż pod tą flagą ogłoszone przypadki nie zawsze były wiądem rdzeniowym, a skombinowanym cierpieniem pęczków rdzeniowych (ataxic paraplegia Gowers), lub nieprawidłową postacią sclerose en plaques, to jednak opisane są niewątpliwe przypadki wiądu z zachowanymi odruchami, ale i w większości takich w pewnym okresie cierpienia zmniejszają się odruchy, wreszcie zupełnie znikają, lub też przedstawiają te anomalje, które są znane jako nierówność odruchów kolanowych, zniknięcie ich po jednej stronie a zachowanie po drugiej i t. d.

Wielkie więc znaczenie objawu Westphala dla wiądu rdzeniowego utrzymało się całkowicie, tem większej zaś jest doniosłości, że jest to jeden z najwcześniejszych objawów tego cierpienia, pozwalający wraz z dwoma innymi, mianowicie Argyll-Robertsona i bólami charakterystycznymi, lub jednym z nich na bardzo wczesne i prawie pewne, lub prawdopodobne rozpoznanie groźnego cierpienia.

Jeżeli więc jest mowa o odruchach kolanowych przy wiądzie rdzeniowym, to zawsze o ich znikaniu, w każdym razie zmniejszaniu się, lub innych nieprawidłowościach in minus. W takich cierpieniach, jak różne postaci poliomyelitis, paralysis ascendens Landry'ego, neuritis mutiplex, traumatyczna neuroza już nieraz stwierdzano powrót straconych odruchów ścięgniastych, ale są to choroby bez charakteru postępującego i z wyraźną tendencją do wyzdrowienia. Co innego w chorobie z tak wyraźnym charakterem postępującym, jak wiąd rdzeniowy, w którym nie widziano dotąd, żeby zniesione odruchy kolanowe na nowo się pojawiły. W ostatnim podręczniku chorób nerwowych Hirta (Pathologie u. Therapie der Nerven Krankheiten 1890, str. 499) powiedziano:

„nie jest do przypuszczenia, żeby w władze rdzeniowym zniesiony odruch (kolanowy) mógł znowu się pojawić“ a Déjerine (La medecine moderne Nr. 13) mówiąc o powikłaniach wiądu z połowicznym porażeniem tak się wyraża: „nie przedstawia ona (hemiplegia) wzmożenia odruchów ścięgni-
stych, które pozostają tak po stronie porażonej, jak i po drugiej stronie zniesione“.

W ostatnim czasie miałem sposobność spostrzegania z przypadków, które zdaje się przeczą temu, żeby to miało być prawidłem bez wyjątku i pokazują, że w rzadkich przypadkach i w pewnych okolicznościach odruchy ścięgnięte powrócić mogą i w władze rdzeniowym. Ze względu na wyjątkowość tych przypadków podaje je z wszelką rezerwą, wstrzymując się od daleko sięgających wniosków.

N.... lekarza z B..., lat 34, leczyłem wspólnie z kolegami Muszalskim, Nusbaumem, Trzczańskim w Listopadzie r. z. Przed mniej więcej 17 laty szankier twardej objawy wtórne, niedostatecznie leczone rtęcią. Przed 10 laty powrót cierpienia (plaques muqueuses i t. d.) wcale nieleczone. Przed 7 laty paresis abducentis i niedostateczne merkuryjalne leczenie. W tym czasie świdrujące bóle w kończynach dolnych, zwykle koło stawów, trwające najczęściej przez noc, ustępujące na parę tygodni, żeby znowu z dawnym natężeniem wystąpić w drugim miejscu. Ożenił się przed 6 laty, jest bezdzietny, żona nie ronila. Od 3 lat paresis detrusoris vesicae, stale dotąd się pogorszająca. W Marcu 1889 gwałtowne bóle głowy, w Sierpniu wymienieni lekarze skonstatowali obustronny objaw Westphala (nawet przy pomocy Jendrassika, Trzciański), Argyll-Robertsona, wziął 50 frykcyj 3,0 i odpowiednią ilość jodu pod kierunkiem Trzciańskiego. Poprawa pod względem bólu głowy, obustronny zaś objaw Westphala i Argyll-Robertsona niezmienione. Wracając w towarzystwie szwagra, studenta IV kursu medycyny, statkiem parowym do miejsca zamieszkania, doznał przed 6 tygodniami zawrotu i nagle osłabienia prawej połowy ciała z udziałem twarzy po tejże stronie i zmienioną mową. Podobno zupełnej uraty przytomności nie było. Po paru już godzinach poprawa, która coraz wyraźniej się zarysowywała, ale jeszcze po 5 dniach włóczył prawą nogą nie mógł stać zamkniętymi oczami, mowa była jeszcze zmieniona. W następstwie objawy porażenia i ze strony mowy prawie w zupełności ustąpiły, zaczęło się wszakże odtąd uwydatnić wyra-

źnie moralne pogwałcenie, spowodowane świadomością nieuleczalnej choroby, że jest mianowicie dotknięty władem rdzeniowym.

Dziedziczności żadnej nie ma, chory pochodzi z wyjątkowo zdrowej rodziny. Alkoholizmu nie było.

Jest to mężczyzna ogromnej budowy, wybornie odżywiany, u którego w organach klatki piersiowej zmian nie znaleźliśmy, tętno tylko przyspieszone koło 100 przy stanie bezgorączkowym. Mowa bardzo mało zmieniona, chory wszakże utrzymuje, że nie może tak szybko i gładko jak dawniej mówić. Pamięć zachowana, usposobienie przygnębione, stał się tkliwym, do płaczu skłonny, sen zły. W twarzy asymetrii nie ma, język nie zbacza. Żrenice szerokie, niezupełnie okrągłe, nie oddziałują na światło, wzrok dobry. Ruchy wszystkich kończyn zachowane z dużą siłą i bez ataxyi, chód prawidłowy, objawu Romberga nie ma. Czuć prawie niezmienione, na stopach tylko dotknięcie tępym przedmiotem odczuwa często jako ukłucie, ukłucie szpilką jako dotknięcie, a i czucie temperatury jest nieco przytępione. Przy oddawaniu moczu musi się mocno wydymać, strumień moczu bardzo słaby, stolec zaparty i tylko po środku przeczyszczającym. Najbardziej skarży się na funkcję pęcherza i kiszki stolcowej, o których mówi, że są pozabawione czucia i że nie doznaje uczucia wykonanej funkcji moczenia i oddawania stolca. Kręgosłup nic nieprawidłowego nie przedstawia.

Prawy odruch kolanowy i prawy odruch ścięgna Achillea, których jeszcze parę miesięcy temu nie było, są obecnie bardzo wyraźne; lewostronnie objawów tych nie ma i wywołać nie można nawet z pomocą metody Jendrassika. Zachowanie się takie nierówne objawów ścięgniastych po obu stronach, to jest wystąpienie ich na nowo po stronie prawej, uległej niedawno parezie na skutek sprawy mózgowej i brak ich po stronie lewej pozostały odtąd aż do śmierci chorego stale i były wielokrotnie potwierdzane za każdym naszym pobytem u chorego.

Zalecono Jod, galwanizację rdzenia, faradyzację kończyn i pęcherza.

11. XII. 1889 stan chorego wydaje się nieco lepszy. W dzień, w które dużo chodzi, lepiej śpi, nawet pęcherz funkcjonuje lepiej. W ogóle wszakże jest, zwłaszcza rano, przygnębiony, żali się na zamęt w głowie, na utratę zdolności,

że będzie musiał wszystkiego uczyć się na nowo i t. d. Jest to przesada, którą chory później przyznaje i pociesza się powrotem odruchu kolanowego po prawej stronie, jako znakiem że władu rdzeniowego nie ma.

30. XII. 89. Dziś przyjął nas dzikiem spojrzeniem bez przywitania i bez przemówienia. Robi stanowczo wrażenie obłąkanego. Milczy po całych dniach, rzadziej bywa podniecony i wtedy dużo mówi, projektuje i nawet lepiej mocz oddaje. Ostatniej nocy nie spał wcale, żalił się na wewnętrzny niepokój, ale najgłówniejszą skargą pozostaje pęcherz i kiszka stolcowa, w których jak się wyraża, stracił czucie. Wydyma się przy urynowaniu i stolca tak mocno, że dostaje kongesty do głowy. Zdradza szczególne parestezyje, że ciało jest z ciasta, że on sam i jego ciało są dwa oddzielne przedmioty, na nogi patrzy jako na organy nie swoje. Jest bez ratunku stracony, nie chce dłużej żyć i t. d. Tętno przyspieszone. Polecono rozciągnąć pilny nadzór nad chorym. Senas, chloral na noc.

3. I. 90. Pozornie spokojniejszy, widocznie dla omylenia czujności, skarży się przed lekarzami, że go na chwilę samego nie zostawiają, a przecież jest spokojniejszy i nabrał przekonania, że może wyzdrowieć. Spał po chloralu. Uradzono przystąpić jeszcze raz do leczenia specyficznego. Ale nazajutrz, zmyliwszy czujność otoczenia swoim niby rozsądnym zachowaniem się, uciekł. Na drugi dzień dowiedziałem się, że się rzucił pod koła nadjeżdżającego pociągu i znalazł śmierć natychmiastową. Wszelkie usiłowania wykonania sekcji rozbiły się o opór rodziny.

Klinicznie przypadek ten przedstawia się niewątpliwie jako tabes. U młodego mężczyzny występują w dziesięć lat po infekcji syfilitycznej świdrujące bóle w dolnych kończynach. Bóle te, umiejscowione głównie w bliskości stawów, występują napadami, trwającymi kilka i kilkanaście godzin, później znikają na parę tygodni, żeby z dawną gwałtownością wrócić w inne miejsce kończyn dolnych. W parę lat później występują zaburzenia funkcji pęcherza, które w następstwie będą głównym przedmiotem żalów chorego. Z okazji silnego bólu głowy przyjeżdża do Warszawy, gdzie kilku kompetentnych lekarzy stwierdza brak obustronny odruchów kolanowych i odruchową nieruchomość żreńnic. Mamy więc klasyczne triadę dla początkowych okresów władu rdzeniowego: charakterystyczne bóle, objaw Westphala

i Argyll-Robertsona, w dodatku zaburzenia funkcji pęcherza i kiszki prostej. Nie powołuję się na przemijającą paręzę nerwu okoruchowego zewnętrznego, bo objaw ten mógł być zależnym bezpośrednio od przymiotu, jak i być jednym z początkowych objawów wiału rdzeniowego, ale zaznaczyć należy, że wtedy nie towarzyszył mu ból głowy. W obec niewątpliwej i złośliwej infekcji przymiotowej, która się później zmanifestowała objawami mózgowymi, można by poruszyć pytanie, czy powyższe objawy, które uważamy za znamionujące dla wiału rdzeniowego, nie mogą być wprost spowodowane przymiotem, jako takim. Na pierwszy rzut oka mogłoby się tak zdawać, bo w przebiegu przymiotu rdzeniowego z udziałem opon zdarzają się bóle, w przymiotcie mózgu widzujemy często odruchową nieruchomość źrenic. Wszakże bliżej się rozpatrzywszy, dojdziemy do przekonania, że objawy na których się opieramy dla postawienia rozpoznania początkowego wiału, nie mogły być zależnymi wprost od infekcji przymiotowej. Bóle przy meningitis i meningo-myelitis syphilitica bywają, ale rozchodzą się od kręgosłupa na tułów i kończyny, nie są tak ograniczone i bardziej stałe, tak co do czasu jak i miejsca, a nie występują gromadnymi napadami, nie znikają zupełnie na dłuższy przeciąg czasu, żeby napadowo pojawić się w innem ograniczonym miejscu kończyny. Mamy przytem bolesność kręgosłupa i jego sztywność. Przy tak długim trwaniu przymiotowego zajęcia opon rdzeniowych ucierpiałby niewątpliwie sam rdzeń, ze strony którego mielibyśmy niebawem porażenia ruchowe, w kształcie paraplegii i jak to najczęściej bywa, zwiększenie odruchów ścięgnistych. W naszym przypadku porażenia kończyn dolnych nie było, a zamiast zwiększenia odruchów ścięgnistych mieliśmy ich brak zupełny. Rozbierać przypuszczenie obwodowego zajęcia nerwów (neuritis multiplex) nie widzimy potrzeby, w obec niebolesności ostatnich i mięśni na ucisk, braku zaników i całego przebiegu.

Zdaje się więc niewątpliwem, że był to przypadek wiału rdzeniowego we wczesnym okresie (tabes incipiens), w którego etyologii przymiot odegrał przeważną rolę, co w obec znanego obecnie stosunku ostatniego do wiału zapewne nie zdziwi i rozpoznanie uczyni pewniejszym. U tego osobnika z wielokrotnie stwierdzonym brakiem odruchów kolanowych, występują nagle objawy mózgowie w kształcie napadu apoplektycznego, prawostronna pareza ze zmianą

mowy i t. d., objawy mające oczywiście swe źródło w zmianach przez przymiot naczyń. Należy dodać, że napadowi apoplektycznemu nie zdołało zapobiedz przedsięwzięte bezpośrednio przed tem energiczne leczenie swoiste, ale ten prawdopodobnie wywarło skutek, że zmniejszyło natężenie sprawy, bo wprędce po napadzie objawy paretyczne, ze strony mowy minęły prawie w zupełności. Stan ogólny zdrowia wszakże mocno został wstrząśnięty i kiedy chory po 6 tygodniach przybył do Warszawy stwierdzono obecność prawego odruchu kolanowego i ścięgna Achillesa, a więc po stronie uległej przed tem porażeniu, gdy po stronie lewej objawów tych, jak dawniej, nie było.

Drugi przypadek widziałem tylko podczas stanu komatycznego, spowodowanego prawdopodobnie znacznym wylewem krwi do mózgu. Był to chory lat 57, który od wielu lat cierpiał na strzykające bóle w kończynach dolnych, przyjmowane za gośćcowe, ale na które ciągle i bezskutecznie się leczył. Bóle te według opowiadania lekarzy były nieraz tak gwałtowne, że zmuszały chorego do częstego pozostawiania w domu, w ogóle nie mógł dużo chodzić i posługiwał się końmi dla małych nawet odległości miejskich. Od paru też lat cierpiał na częste i bolesne oddawanie moczu, a badanie kanału zwężenia nie wykazało. U tego chorego, lekarze (kol. Markusfeld i Wolf) stwierdzili brak odruchów kolanowych na parę lat przed ostatnią chorobą i uważali go za dotkniętego więdem rdzeniowym. W początkach Lutego r. b. dostał mocnego dreszczu, ale z nieznacznie podwyższoną ciepłotą (37,9) i gwałtownego bólu głowy z drętwieniem palców prawej ręki. Przyjęto te objawy za zimnicę, podano chininę z kofeiną, stan chorego po 3 dniach natyle się poprawił, że zaczął wychodzić. W nocy z 8 na 9 Lutego, gdy miał zasiaść do kart, oznajmił, że mu niedobrze, położył się na łóżko, gdzie go kol. Markusfeld zastał nieprzytomnym z całkowitem lewostronnem porażeniem i prawej górnej kończyny i opadnięciem lewej powieki, z tętnem drobnem, szybkim, zmieniającem się co do częstości od 110 do 140. Kiedy chorego widział nad ranem 9, II, 90 główne objawy były: zupełna nieprzytomność, wielka bladeść skóry, szybki rzęzący oddech i w sprzeczności z nim tętno powolne koło 50, tetaniczne skurcze całego ciała, zwłaszcza przy odkrywaniu kołdry, lewa źrenica rozszerzona, prawa zwężona,

oddziaływają na światło, ciepłota 38,4, odruchy kolanowe nawet wzmożone. Chory zmarł tegoż dnia po południu,

Lekarze, którzy poprzednio opiekowali się chorym, stanowczo utrzymują, że przez parę lat ostatnich stale nie znajdowali u niego objawu Westphala, wskutek czego, a także bólów charakterystycznych w nogach, zaburzeń czynności pęcherza, chory był przez nich uważany za tabetyka. W tym więc przypadku odruchy kolanowe znalazłem nawet wzmożonemi podczas ciężkiego stanu komatycznego, spowodowanego prawdopodobnie wylewem krwi do mózgu, a więc podczas zniesienia (hamującej odruchy) czynności ostatniego.

Jestem dobrze świadom zarzutu, jaki z powodu powyższych spostrzeżeń zrobić można, mianowicie, że rozpoznanie nie zostało stwierdzone sekcją. Ośmielam się wszakże je ogłosić, bo okazały fakt powrotu odruchów ścięgnistych w przypadkach, które klinicznie przedstawiały się niezawodnie jako wiań rdzeniowy w początkowym okresie. Bo że w spostrzeżeniu I mieliśmy niewątpliwie cierpienie rdzeniowe w części grzbieto-lędźwiowej (zaburzenia pęcherza, kiszki stolcowej, bóle w kończynach, brak odruchów ścięgnistych) chyba nie może podlegać zaprzeczeniu, zatem objaw Westphala musiał być zależnym od tychże zmian rdzeniowych. Jak już wyżej powiedziałem, nic nie upoważniało nas do przypuszczenia jakichkolwiek zmian lub zaburzeń bądź to w nerwach doprowadzających, bądź w nerwach odśrodkowych lub mięśniach, wreszcie jednego z tych ogólnych cierpień ustroju, przy którym odruchy ścięgniste mogą zniknąć (alkoholizm, uraemia, diabetes, ergotismus, pellagra etc.) a wszystko skłania do przyjęcia sprawy rdzeniowej na wysokości grzbieto-lędźwiowej. Można także z pewnem prawdopodobieństwem określić na powierzchni przecięcia tę okolicę rdzenia, która w danym przypadku była sprawą patologiczną dotknięta, bo oczywiście nie cała grubość rdzenia była schorzała. Pęczki mianowicie przednio-boczne i istota szara rogów przednich musiały być wolne od zmian chorobowych, ze względu na brak porażenia kończyn dolnych (paraplegia) i zników mięśniowych, natomiast istnienie takich objawów, jak zaburzenia funkcji pęcherza i kiszki stolcowej, pewne nieznaczne zmniejszenie czucia w kończynach, bóle w ostatnich, objaw Westphala wskazują na zmiany patologiczne w istocie szarej koło *canalis centralis* i w pęczku tylnym. W tym ostatnim należy ze względu

na objaw Westphala przyjąć zmiany chorobowe w tej części, przy której schorzeniu odruchy kolanowe znikają. Jest to okolica w pęczku Burdacha na wysokości wyjścia 2 i 4 nerwu lędźwiowego bardzo ściśle określona, zwana *bandelettes externes* (Pierret, Charcot) lub *Wurzeleintrittszone* (Westphal), ta sama która w wiąździe rdzeniowym najwcześniej ulega zwyrodnieniu i stanowi substrat anatomiczny dla objawu Westphala (Westphal, Strümpell, Minor, Nonne itd.).

W przypadkach więc cierpień rdzeniowych, klinicznie przedstawiających się jako wiąź rdzeniowy w początkowych okresach, w których objaw Westphala zależny jest od zmian w „*Wurzeleintrittszone*“ odruchy ścięgniste mogą w pewnych okolicznościach pojawić się na nowo po jednej stronie (przypadek I) lub po obu stronach (przypadek II). Oba te przypadki wiąźdu rdzeniowego, mają to wspólne, że się znajdują w okresie przedataktycznym (*tabes incipiens*): bóle, objaw Westphala, Argyll-Robertsona, zaburzenia pęcherza, kiszki stolcowej w I przypadku, bóle, objaw Westphala, zaburzenia pęcherza w II. Okoliczności następnie, wśród których powrót odruchów ścięgnistych nastąpił, były w obu przypadkach podobne, mianowicie spowodowany on był powikłaniem mózgowym, rozmiękczeniem w I przypadku, wylewem krwi w II. W I przypadku rozmiękczenie nastąpiło na tle zmienionych przez przymiot naczyń, w małym tylko stopniu i może tylko pośrednio dotknęło sfery ruchowej i znajdowało się prawdopodobnie w korze, lub blisko niej, półkuli lewej, za czem przemawia początkowe zaburzenie w mowie i zmiany psychiczne, które szybko dosięgły stopnia prawdziwej psychozy. W II przypadku mieliśmy prawdopodobnie skutek atermatozy naczyniowej obfity wylew krwi do półkuli prawej (początkowe lewostronne porażenie) z przerwaniem się jej do komórek mózgowych (skurcze tetaniczne całego ciała, tętno 50 przy szybkim rzęzącym oddechu, podniesienie ciepłoty itd.). W I przypadku stwierdzono powrót odruchów ścięgnistych po 6 tygodniach od napadu apoplektycznego, ale jest prawdopodobnem że wróciły zaraz. Odzyskała odruchy ścięgniste kończyna, która pierwotnie była porażona, powrócił tak odruch kolanowy jak i ścięgna Achillesa, który to ostatni w wiąździe także ginie, po stronie lewej zaś nieporażonej brak obu tych odruchów trwał dalej i taki stosunek niejednakowy pozostał do śmierci chorego. W II przypadku powrót odruchów kolanowych

stwierdzono podczas stanu komatycznego, a rychła śmierć nie pozwoliła na dalszą obserwację. Należy zauważyć, że w ciężkich stanach komatycznych, spowodowanych czy to wylewem krwi, czy obecnością nowotworu, czy zapaleniem opon itd. często bardzo znikają nie tylko odruchy skórne, ale i ścięgniste.

W powyższych dwóch przypadkach jest oczywiście, że powikłanie ze sprawą mózgową stanowiło przyczynę powrotu odruchów ścięgniętych, ale jaki jest tego mechanizm, tem trudniej będzie wyjaśnić, że objaw Westphala w wiądnieniu rdzeniowym uważa się za przejaw kliniczny zwyrodnienia pewnego pęczka włókien w rdzeniu. W każdym razie należy wyjść z tego założenia, na którym dziś większość autorów stoi, że objawy ścięgniste są zjawiskiem odruchowym, nawet ci z autorów (Westphal Gowers, Ziehen), którzy przyjmują jego pochodzenie obwodowe, mianowicie rozciągnięcie mięśnia w skutek uderzenia ścięgna, przypuszczają obok tego istnienie napięcia (tonus), będącego natury odruchowej. Na czynność zaś odruchową rdzenia mózg ma wpływ niezaprzeczony, przemawiają za tem fakta z fizjologii i patologii. Z ostatniej dziedziny przypomnijmy sobie znakomite zwiększenie odruchów ścięgniętych przy sprawach mózgowych, połączonych zwłaszcza z połowicznym porażeniem i przykurczeniami. Objaśniamy to usunięciem lub niedochodzeniem wpływu na odruchową czynność rdzenia ośrodków hamujących mózgu. To samo tłumaczenie służy nam w przypadkach wzmożenia odruchów przy ucisku rdzenia lub myelitis dorsalis. Jaki wpływ ma tu wtórne zwyrodnienie pęczka pyramidalnego, czy bezpośrednio podnosi odruchowość rdzenia, czy może w tym pęczku przebiegają bodźce od ośrodków hamujących mózgu, trudno rozstrzygnąć, dość że przy zwyrodnieniu jego czy to pierwotnem, czy wtórnem odruchy ścięgniste są znakomicie wzmożone. Nawet przy skombinowanem zwyrodnieniu rdzenia, gdzie oprócz pęczka pyramidalnego także tylne pęczki uległy zwyrodnieniu, znajdujemy często wzmożenie tych odruchów, toż samo przy sclerosis lateralis amyotrophica. W stanie fizjologicznym starałem się wykazać wpływ mózgowia na odruchy ścięgniste w ten sposób, że badałem je u zdrowych osobników zajętych rozmową lub rozwiązaniem zagadnienia i wtedy, gdy całą siłę woli skupiali na powstrzymanie objawu. Zdawało mi się, że odruchy kolanowe

były słabsze w ostatnim wypadku. Mojem zdaniem, metoda Jendrassika, wzmacniająca te odruchy, polega raczej na odwróceniu uwagi badanego, aniżeli wysiłku mięśniowym.

Należy przypuścić, że brak odruchów kolanowych przy zwyrodnieniu Wurzeleintrittszone w wiąździe rdzeniowym polega nie na przerwie intraspinalnej w łuku odruchowym, ale raczej na hamującym działaniu (inhibicyi) wywartem na czynność odruchową rdzenia przez zwyrodnienie owej jego okolicy. Przy sprawach zaś mózgowych, zwiększających odruchowość rdzenia przez usunięcie działania ośrodków hamujących, pogniębienie czynności odruchowej rdzenia ze strony zwyrodnienia Wurzeleintrittszone już nie wystarcza i odruchy ścięgnięte pojawiają się znowu.

Jest to rozumie się tylko hipoteza, która może dopiero przy świetle nowych faktów znaleźć poparcie. Nie taję bowiem, że dla udowodnienia możności powrotu odruchów kolanowych w wiąździe rdzeniowym potrzeba dalszych spostrzeżeń, popartych zwłaszcza sekcją. Zastrzedz dalej wniemenem, żeby to miało być zjawisko częste, lub występowało przy każdym powikłaniu chorobą mózgową. Sam bowiem obserwowałem przypadek od kilku miesięcy trwającego prawostronnego porażenia pochodzenia mózgowego wklajającego wiąź rdzeniowy, gdzie objaw Westphala pozostał po obu stronach. Debove ¹⁾ w przypadku wiąźdu powikłanego prawostronnem porażeniem i niemotą znalazł odruchy kolanowe zniesione po obu stronach, a po śmierci ognisko rozmiękczenia w lewej połowie mostu i wtórne zwyrodnienie zstępujące pęczka pyramidalnego; Buzzard ²⁾ w przypadku wczesnego wiąźdu, w którym lewostronne porażenie wystąpiło w ciągu 24 godzin, a dolna kończyna szybko odzyskała władzę również stwierdził obustronny objaw Westphala. W ogóle porażenia połowiczne pochodzenia mózgowego, najczęściej przemijające, wcale do rzadkości w przebiegu wiąźdu rdzeniowego nie należą (porównaj Bernhard' ³⁾, Lecoq'a ⁴⁾ i t. d.), ale tylko w niewielu przypadkach zanotowano zachowanie się odruchów kolanowych przed i po porażeniu. Faurnier ⁵⁾, który zdaje się najwięcej przypadków wiąźdu we

¹⁾ Progrès médical 1881, Nr. 52 i 53.

²⁾ Lancet 1881, Vol. II, str. 541.

³⁾ Arch. f. Psych. XIV H. I.

⁴⁾ Revue de médecine 1882, str. 492.

⁵⁾ Leçons sur la période préataxique du tabes d'origine syphilitique 1885.

wczesnym okresie, powikłanego porażeniem, opisał, przytacza jeden bardzo niezwykły tem, że brakowało odruchu kolanowego po stronie porażonej (lewej), a zachowany był po stronie nieporażonej (prawej). Autor ten opisuje inny przypadek, uważany przezeń za wiańd rdzeniowy we wczesnym okresie powstały na gruncie przymiotu, w którym zniesione odruchy kolanowe powróciły po swoistem leczeniu. Wzmiankę o powrocie odruchów kolanowych w wiańdzie znalazłem jeszcze u Ziehena ⁶⁾.

O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(*Dalszy ciąg*).

Zatrzymanie uryny jest objawem, skutkiem różnych stanów patologicznych dróg moczowych wyprowadzających; objaw ten jednak jest tak ważny, tak wyłącznie opanowuje uwagę chorego i lekarza, iż to go podnosi do godności oddzielnej choroby. Nie tylko chory, ale, w większości przypadków, i lekarz twierdzi, iż leczył chorego, cierpiącego na zatrzymanie uryny, zamiast powiedzieć, iż leczył go na przerost gruczołu krokowego, zwężenie cewki i tym podobne choroby, których następstwem jest zatrzymanie. Toż samo dzieje się w obec chorego z zatrzymaniem, lekarz, nie zdając sobie sprawy z przyczyny cierpienia, chwytą kateter i wprowadza go do cewki -- oto droga do niepowodzeń w najprostszych przypadkach zatrzymania moczu. Chcąc nieść racjonalną pomoc w przypadkach retentionis urinae, musimy dokładnie pamiętać, iż nie jest to samoistna choroba, lecz następstwo różnorodnych chorób, że, przed pokuszeniem się o zniesienie objawu, należy się postarać o rozpoznanie choroby, że te rozpoznanie dopiero kierować winno wyborem metody terapeutycznej w każdym pojedynczym przypadku. Zanim się postaramy wykazać jakich chorób następstwem bywa retentio i jakie ztąd płyną wskazania terapeutyczne, rozpatrz-

⁶⁾ Die diagnostische Bedeutung des Fehlens des Kniephänomens. Separat-Abdruck aus Correspondenz Blätter des allgemeinen ärztlichen Verein von Thüringen 1887, str. II.

my się przedewszystkiem w stanie chorych podległych zatrzymaniu moczu, bez względu na chorobę wywołującą.

Modyfikując cokolwiek definicyę podaną przez Prof. Guyon'a³⁾ i H. Thompson'a⁴⁾ (*) z zatrzymaniem moczu nazywamy niemożność oddania drogą naturalną, przez cewkę moczową, całej lub części, zawartej w pęcherzu, uryny, czy to wskutek utraty kurczliwości pęcherza, czy też wskutek przeszkód na drodze z pęcherza napotykanym. Nie tylko ten cierpi na zatrzymanie moczu, kto nie może oddać ani kropli uryny, lecz i ten, który, pomimo częstego, zazwyczaj częstszego niż normalnie, oddawania większej lub mniejszej ilości moczu, nie jest w stanie dokładnie opróżnić swego pęcherza moczowego, u którego zaraz po urynowaniu możemy stwierdzić obecność pewnej ilości moczu w pęcherzu (Residualharn-Casper¹⁴⁾). W obu tych razach istnieje zatrzymanie, różnice jednak w symptomatologii, w konieczności i trudności interwencji są tak kapitalne, iż zmuszają nas do wytworzenia w wielkiej grupie zatrzymania moczu dwóch głównych działów:

1. Zatrzymanie moczu zupełne — *Retentio urinae completa*. — *Retentio urinae stricte dicta*.

2. Zatrzymanie moczu niezupełne — *Retentio urinae incompleta*, które dla odróżnienia wraz z *Amusat'em* nazywać będziemy: *Stagnatio urinae*.

Stagnatio urinae rozwija się skrycie; chory urynę oddaje i to mu wystarcza, niekiedy zaniepokojony zbytnią częstością, z jaką jest zmuszony oddawać takową, udaje się do lekarza i ten dopiero stwierdza zatrzymanie; najczęściej jednak chory, mniej zwracający na siebie uwagę, nie będzie się wcale radził aż do chwili, w której niezupełne zatrzymanie stanie się zupełnem. *Stagnatio urinae* jest zawsze cierpieniem przewlekłym, nie wymaga natychmiastowej jednoznaczowej interwencji, lecz systematycznego leczenia, które z pożytkiem może przeprowadzić tylko lekarz należycie obznajmiony z warunkami powstawania, klinicznym przebiegiem i dość skomplikowaną terapią chorób, których następstwem jest niezupełne zatrzymanie moczu. Natychmiastowa

(*) Cyfry przy nazwiskach odpowiadają numerom spisu bibliograficznego, podanego na końcu artykułu.

interwencya nigdy tu nie jest koniecznością, od której by się uchylić nie można było, a jednorazowe uwolnienie pęcherza od balastu, do którego powoli przywykł, ani żadnej subiektywnej ulgi choremu, ani jakiego bądź dobroczynnego wpływu na dalszy przebieg cierpienia nie wywrze.

Jak to już widać z tytułu niniejszego artykułu nie mam zamiaru rozbierać patologii i terapii retentionis urinae w najobszerniejszym ich zakresie, za zadanie postawiłem sobie podanie wskazówek dla racjonalnej doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu w przypadkach, w których czekać nie można, pod grozą najsmutniejszych następstw dla chorego, dla tego też nauka o niezupełnem zatrzymaniu moczu, nie może wchodzić w zakres niniejszej pracy, rozszerzyłoby to zbyt znacznie ramy artykułu, który i tak, jak na gazeciarski, niepomierne dużym mi się zapowiada.

Tak więc w poniższem zastanawiać się tylko będziemy nad zupełnem zatrzymaniem moczu (*Retentio urinae completa*); nadto etiologiję, patologiję, symptomatologiję uwzględniać będziemy tylko o tyle, o ile to się okaże niezbędnem do wyciągnięcia wniosków terapeutycznych; głównem zadaniem mojem będzie odpowiedzieć na pytanie: Jak sobie powinien poczynać lekarz wezwany do chorego z zupełnem zatrzymaniem uryny, aby mu przynieść ulgę t. j. opróżnić pęcherz, bez zrzędzenia, niczem nie dających się poprawić, szkód w drogach moczowych wyprowadzających.

Przy *Retentio urinae completa*, bez względu na przyczyny wywołujące spotykamy się zawsze z dwoma patognomicznymi objawami: 1) chory wcale nie oddaje uryny, niekiedy tylko istnieje bezwiedny jej odpływ kroplami—*pisser par regorgement*—jak mówią francuzi (ta bezwiedność odpływu uryny jest koniecznym warunkiem, odróżniającym *retent. compl.* od *retent. incomplet.* przy której chory oddaje część uryny z zupełną świadomością); 2) nad spojeniem łonowem na linii środkowej istnieje okrągły, chęlboczący guz, sięgający niekiedy do pępka i wyżej, dający przy opukiwaniu odgłos tępy—wypełniony uryną pęcherz moczowy. Skonstatować istnienie obu tych objawów musi każdy lekarz zanim rozpozna zatrzymanie moczu. O pierwszym z wymienionych objawów dowiadujemy się najczęściej od chorego, nie zawsze jednak; dość wskazać na

zatrzymanie uryny u ludzi nieprzytomnych, którzy nie mogą nas objaśnić czy i kiedy oddawali urynę, aby zrozumieć jak ważnem jest zbadanie dolnej okolicy brzucha na obecność lub brak rozciągniętego pęcherza. Nadto stwierdzenie, iż pęcherz moczowy jest rozciągnięty płynem, pozwala nam odróżnić zatrzymanie moczu od anuryi; w obu tych stanach chory nie urynuje, lecz przy retentio pęcherz jest rozciągnięty, a przy anuryi pusty.

Rozpoznanie rozciągnięcia pęcherza bywa niekiedy bardzo łatwe; jeśli ściany brzuszne są dosyć cienkie i podatne, wystarcza spojrzeć na okolice podbrzuszną takiego osobnika, aby zauważyć wyraźnie odgraniczony guz, symetrycznie po środku ustawiony; w innych znów razach u osobników tłustych, o grubej, niepodatnej ścianie brzusznej, rozpoznanie przedstawia istotne trudności, które jednak zawsze pokonać się dadzą przy metodycznem badaniu, polegającym na obmacywaniu, perkusyi, a w najtrudniejszych przypadkach na badaniu bimanualnem przez ścianę brzuszną jedną ręką i przez kışkę stolcową palcem drugiej ręki. Dopiero dowiedziawszy się, czy to z wywiadów, czy przez dłuższą obserwacyją, czy nakoniec ostrzeżony zapachem rozkładającej się uryny charakterystycznym dla chorych, u których się ona bezwiednie kroplami wydziela, iż chory nie oddaje moczu, a stwierdziwszy jednocześnie rozciągnięcie pęcherza moczowego uryną, lekarz ma prawo twierdzić, iż dany osobnik ma rzeczywiście zatrzymanie uryny.

Zatrzymanie moczu, jak to już w definicyi powiedzieliśmy, może być następstwem albo utraty kurczliwości mięśnia pęcherzowego, lub też przeszkód napotykanym na drodze z pęcherza na zewnątrz, które normalna a niekiedy nawet wzmóżona kurczliwość mięśnia pęcherzowego nie jest w stanie pokonać. W obu razach objawy obiektywne, zależne od przepelnienia pęcherza moczowego uryną, są identyczne, za to objawy subiektywne różnią się znacznie.

Zatrzymanie wskutek utraty kurczliwości mięśnia pęcherzowego rzadko występuje jako samodzielna choroba. Thompson *) wspomina, iż zjawia się niekiedy u ludzi, którzy oddawna nawykli powstrzymywać się z oddaniem uryny; takie, często powtarzane, nadmierne rozciąganie ścian pęcherza moczowego pociąga za sobą sto-

*) Spis bibliograficzny Nr. 4, str. 239.

pniovą utratę siły mięśnia pęcherzowego, z czasem prowadzi do zaniku i zwyrodnienia włókien mięsnych, a bezpośrednio następstwem będzie niemożność przezwyciężenia fizjologicznych przeszkód, jakie strumień uryny napotyka w przejściu przez cewkę — zatrzymanie uryny; stan taki nazwiemy zmęczeniem — niedostatecznością aparatu mięśniowego (*Insufficiencia mli detrusoris vesicae—Atonia vesicae*). Daleko częściej ten rodzaj zatrzymania uryny występuje jako powikłanie ciężkich chorób ogólnych lub chorób systemu nerwowego jako to: tyfusu, zapalenia otrzewnej, wstrząśnienia mózgu, hemiplegii, władu mleczca pancerzowego etc. i wtedy jest następstwem nie zwyrodnienia mięśnia pęcherzowego, lecz utraty czulości na rozciągnięcie lub też bezwładności mięśnia (*paralysis mli detrusoris vesicae.—Paralysis vesicae*). Chorzy obu tych kategorii, o ile są przytomni, nie zwykli się skarżyć na żadne dolegliwości fizyczne, więcej ich dziwi i gnębi moralnie brak zupełny uryny, przy próbach oddania, aniżeli stopniowe rozciąganie pęcherza przyczynia bólu, zachowują się spokojnie, znosząc swój stan ze stoicyzmem; wkrótce u takich chorych z przepełnionego pęcherza zaczyna się nadmiar uryny sączyć po kropli (*par regorgement*) i najczęściej wtedy dopiero (chorzy z atonią pęcherza, lub *tabes dorsalis*) zgłaszają się do lekarza, uskarżając się na stan wręcz przeciwny — na niemożność zatrzymania uryny (*incontinentio*), rzeczą lekarza jest, za pomocą badania miejscowego wykryć, iż cierpią oni właściwie na zatrzymanie moczu.

O ileż odmiennem jest zachowanie chorego, u którego powstało zatrzymanie moczu wskutek przeszkód, jakie strumień uryny napotyka w cewce moczowej; myślę iż będzie najlepiej gdy tu przytoczę obraz, skreślony mistrzowską ręką Guyona *). Chory, w którego przeszłości możemy odnaleźć wskazówki na przebywane choroby dróg moczowych wyprowadzających lub wcale ich nie odnajdziemy, który nam się przyzna lub nie, iż od pewnego czasu zauważył trudności w urynowaniu, na raz próbuje oddać urynę i nie może dopełnić tego aktu, zdziwiony wkrótce powtarza próbę; jeśli i tym razem bezowocnie próbował, to zaniepokojenie się wzmagają, zaczyna coraz częściej próby powtarzać,

*) l. c. str. 65 i następne.

coraz większe robić wysiłki, wkrótce wysiłki stają się boleśniami, a napierania przestają zależeć od woli chorego. Chory doznaje strachu, jest niespokojny, zrywa się, przybiera najróżnorodniejsze pozycje, czepia się otaczających przedmiotów, wyciąga członek, napiera całą siłą mięśni brzusznych i przepony, stęka, krzyczy niekiedy, doprowadzony do wściekłości. Po jakimś czasie, gdy parcie cokolwiek ustało, chory zasapany, obłany potem, pada wyczerpany na łóżko, na to aby za chwilę pod wpływem nowego parcia znów się atak rozpoczął. Nie doznając ani chwili spokoju, chory to się kładzie, to wstaje, próbując różnych sposobów, a zawsze bezowocnie. Niekiedy chory taki, pod wpływem przedłużających się męczarni, może utracić przytomność, co się objaśnia po części wyczerpaniem i wstrząśnieniem nerwowym, po części zaś zatruciem moczowym; a jednak wtedy nawet, gdy stracił zupełnie świadomość otoczenia, męczarnie pęcherzowe istnieć nie przestały, jak tego dowodzą ruchy automatyczne; ręce nie przestają przesuwac się po prąciu, kroczu i podbrzuszu, a mięśnie brzuszne, spazmatycznie skurczone, jasno się zarysowują pod skórą. Mało podobnie burzliwych obrazów praktyczny lekarz napotka w swem życiu, to też nic dziwnego, iż ten, któremu zbywa na zimnej krwi i umiejętności nie potrafi z tryumfem wybrnąć z piętujących się trudności.

Oto dwa krańcowe typy reakcyi osobnika na zatrzymanie uryny: jeśli zatrzymanie zależy od utraty kurczliwości pęcherza chory zachowuje się indyferentnie, z apatią znosi rozciągnięcie pęcherza, zauważy dopiero incontinentionem urinae, — jeśli przyczyna tkwi w przeszkodzie, znajdującej się w cewce, spotkamy się z wyżej podanym burzliwym obrazem. Tak będzie istotnie ilekroć oba te czynniki pojedynczo i wyłącznie w grę wchodzić będą.

W praktyce spotkamy się jednak z całym szeregiem takich przypadków, w których oba czynniki (t. j. osłabienie kurczliwości i przeszkoda w cewce) współdziałają dla wywołania zatrzymania; w których przeszkoda, znajdująca się w cewce, jest za mała na to, aby jej nie przewyciężył, normalnie działający, mięsień pęcherzowy, a osłabienie kurczliwości mięśnia pęcherzowego nie tak znaczne, aby nie mógł pokonać fizjologicznych przeszkód w normalnej cewce, dopiero kooperacya tych dwóch przyczyn wywołuje zatrzymanie. Do tej kategorii należą przypadki zupełnego zatrzy-

mania uryny, następujące po, dawno już istniejącem, lecz niezauważonem zatrzymaniu niezupełnem, poprzedzającym tak często zupełne zatrzymanie u starców, cierpiących na przerosł gruczołu krokowego. Chorzy tego rodzaju, pozostając w zupełnej nieświadomości, cierpią na niezupełne zatrzymanie uryny całemi tygodniami i miesiącami, zanim przyjdzie do terminalnego aktu — zupełnego zatrzymania; ilość, pozostającej po każdym oddaniu, uryny w pęcherzu stopniowo wzrasta, rozciąga ona mięsień pęcherzowy, przez co wpływa na jego osłabienie i zanik, a gdy raz do tego dojdzie, wystarczy nieznaczne przekrwienie gruczołu krokowego, obrzmienie błony śluzowej szyi pęcherza, aby przerwać zupełnie i tak już silnie podkopaną działalność mięśnia i wywołać zupełne zatrzymanie. Zależnie od tego, który z współdziałających tu czynników odgrywać będzie pierwszorzędną rolę, spotkamy się tu z całą gammą przejściowych obrazów, od apatyi chorych z paraliżem pęcherza, do burzy obserwowanej u ludzi z zatrzymaniem, których młus detrusor obdarzony jest normalną siłą, a przeszkoda tkwi w cewce.

Z tego co dotychczas powiedzieliśmy wynika: 1) że za pomocą badania obiektywnego w połączeniu z wywiadami i należytą oceną objawów subiektywnych, jesteśmy w stanie w każdym przypadku przed wprowadzeniem jakiegobądź instrumentu do cewki moczowej, rozpoznać istnienie zatrzymania uryny; 2) że natężenie objawów subiektywnych pozwoli nam wnioskować z niejakim prawdopodobieństwem, który z dwóch głównych czynników w danym przypadku przeważną gra rolę: czy utrata kurczliwości młi detrusoris vesicae, czy przeszkoda w cewce istniejąca, czy też oba czynniki razem działają i po stronie którego z nich jest przewaga.

Co się tycze przebiegu i zmian patologicznych, jakie zatrzymanie uryny w całym aparacie moczowym za sobą pociąga, to długoletnie doświadczenie kliniczne różnych obserwatorów, poparte nader ważnemi doświadczeniami, dokonanemi w ostatnich czasach przez prof. Guyon, przy współudziale d-ra Albarran²³), w klinice i na zwierzętach, zmuszają do następujących wniosków:

a) Każde zatrzymanie moczu, z wyjątkiem tych przypadków, w których chory był zainfekowany przed zatrzymaniem, przebiega aseptycznie, czyli, że chorzy

tacy nie miewają gorączki i uryna w pęcherzu się nie rozkłada.

b) Retentio urinae wywołuje przekrwienie w całym aparacie moczowym, wzmagające się w miarę dłuższego trwania retentionis; zjawiają się wybroczyny krwawe w błonie śluzowej pęcherza, a potem moczowodów i miedniczek nerkowych, następnie w samych nerkach. Wylewy krwawe szczególnie często zdarzają się w nerkach i ścianie pęcherza. Dzięki temu przekrwieniu, przy cokolwiek dłuższym trwaniu retentionis, następuje krwawienie do jamy pęcherza i dla tego mocz nabiera barwy brunatnej lub nawet czerwonej; tylko istniejącem silnem przekrwieniem można objaśnić fakt, od wieków znany, iż szybkie i całkowite opróżnienie pęcherza wywołuje nieraz uparte krwawienie, nieraz trudne do opanowania.

c) Bezpośredni następstwem przekrwienia jest poliuria; nerki wydzielają więcej uryny niż normalnie, staje się to szczególnie widocznem przy retentio incompleta; przy retentio completa, jeśli uryna nie odchodzi nawet par regorgement, daje się zauważyć jednak pewne zmniejszenie ilości wydzielonej przez nerki uryny. Bywa jednak poliuria i przy retentio completa, jeśli nerki zupełnie są zdrowe, na przykład w przypadkach retentionis completae u młodych pacjentów w skutek ostrego ropnia gruczołu krokowego.

d) Skład chemiczny uryny mało się zmienia przy zatrzymaniu; doświadczenia Guyona, który rozbiarał u zwierząt oddzielnie mocz nagromadzony w pęcherzu, a oddzielnie pochodzący z rozciągniętych moczowodów, przekonali, iż w miarę trwania zatrzymania z mniejszą się ilością mocznika wydzielanego przez nerki.

e) Nagromadzająca się uryna z początku rozciąga tylko pęcherz moczowy, lecz gdy ten zostanie rozciągnięty ad maximum, przychodzi kolej na moczowody i miedniczki nerkowe, które też istotnie przyjmują udział w rozciągnięciu. Jeśli zatrzymanie trwa krótko, to wypuszczenie uryny wystarczy dla powrócenia rozciągniętym organom pierwiastkowej kurczliwości; jeśli jednak retentio się przedłuży, to nawet opróżnienie pęcherza nie wpłynie na powrót normalnej kurczliwości, rezultatem będzie trudno lub wcale nieuleczalna atonia vesicae i moczowodów. Doświadczenia Guyon'a wykazały, iż u zwierząt następuje taka atonia, jeśli zatrzymanie moczu przeciąga się dłużej niż 24 godziny, a wtedy

ani opróżnienia pęcherza, ani elektryzowanie nie wpływa na powrót kurczliwości mięśnia pęcherzowego. Jeśli kurczliwość powraca, to najpierwej odzyskują ją moczowody, a potem dopiero pęcherz moczowy. Były opisane przypadki pęknięcia pęcherza w skutek rozciągnięcia, są to jednak wielkie rzadkości i mogą się tam tylko wydarzyć, gdzie ściany pęcherza były zwyrodniałe.

f) Rozszerzenie, zajmwszy pęcherz moczowody i miedniczki, nie dotyczy tylko tej części moczowodów, która przebiega w grubości ściany pęcherza. Jak wykazały anatomiczne poszukiwania d-ra Hallé i doświadczenia Guyon'a, ta część moczowodów pozostaje niezmienioną i tem się objaśnia dla czego nie ma bezpośredniej regurgitacyi uryny z pęcherza do moczowodów.

g) Zatrzymanie moczu powstrzymuje prąd uryny, spływającej w normalnym stanie bezustanku przez moczowody do pęcherza; prąd ten chroni wyższe drogi moczowe od zakażenia mikroorganizmami, które się mogą znajdować w pęcherzu, zmywając ze ścian moczowodów, te które się tam już dostały, napowrót do pęcherza; brak więc tego prądu ochronnego znakomicie ułatwia rozprzestrzenienie się zakażenia z pęcherza na moczowody i miedniczki nerkowe.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, iż nie tylko gwałtowność objawów subiektywnych zmuszać nas będzie do szybkiej interwencyi w przypadkach zatrzymania moczu. Nawet w tych razach, kiedy natężenie subiektywnych objawów jest nieznaczne, im dłużej trwać będzie retentio, tem głębsze zmiany wystąpią w całym aparacie moczowym, tem się on stanie wrażliwszym na wszelkiego rodzaju bodźce zapalne, tem pewniej powstanie atonia pęcherza; nakoniec u chorych, których pęcherz był już zainfekowany przed tem, w miarę przedłużania się zatrzymania moczu, znakomicie wzrasta niebezpieczeństwo rozprzestrzenienia zakażenia na moczowody i miedniczki nerkowe. Co więcej, z chwilą, gdy raz zostało dowiedzionem, że każda retentio u ludzi, którzy przed tem nie byli zakażeni, przebiega aseptycznie, odpowiedzialność interweniującego lekarza znakomicie wzrosła, gdyż obecnie na debet lekarza winny być policzone wszystkie te przypadki, w których chory po rękoczynie zacznie gorączkować, podczas gdy w ciągu zatrzymania nie miał gorączki.

Jednem słowem, nie tylko należy interweniować szybko i umiejętnie, ale i aseptycznie.

Interwencyja lekarska przy zatrzymaniu moczu w bardzo wyjątkowych tylko razach będzie mogła pozostać czysto medyczną, t. j. polegać na zastosowaniu środków wewnętrznych, kąpeli, pijawek etc.; nawet w tych przypadkach, w którychby przy cierpliwości takowa wystarczyła, lekarz bywa często zmuszony do czynniejszego wystąpienia przez samego chorego. Znaną jest anegdotka opowiedziana przez Guthrie'go ¹⁾ o przypadku, w którym chory zmusił go dosadnymi słowy do zaniechania leków wewnętrznych i natychmiastowego użycia kateteru, pomimo, iż w tym razie mogłoby się obejść bez użycia narzędzia, a Thompson ²⁾ i Harrison ³⁾, stwierdzając gwałtowność, z jaką się chorzy dopominają natychmiastowej ulgi w cierpieniach, nie widzą powodów, dla czego by nie należało uleść temu słusznemu żądaniu. Tak więc w znacznej większości przypadków, prawie zawsze, musimy czynnie interweniować, musimy wypuścić urynę z pęcherza, czy to drogą naturalną przez cewkę moczową, czy też nienaturalną przez otwór, zrobiony w pęcherzu. Zazwyczaj staramy się wypuścić urynę drogą naturalną przez cewkę moczową, dopiero, gdy się ta droga okaże nie do przebycia, uciekamy się do opróżnienia pęcherza drogą sztuczną; tę ostatnią musimy uważać zawsze za malum necessarium, za chwilową tylko pomoc, przyniesioną choremu w celu zdobycia czasu, potrzebnego w trudniejszych przypadkach dla oswobodzenia drogi naturalnej od zawałających ją przeszkód.

Na to, abyśmy sobie mogli z czystem sumieniem powiedzieć, iż w każdym przypadku zatrzymania moczu potrafimy sobie poradzić, że rękoczyn nasz nie przyniesie szkody choremu, że nie uciekniemy się bez istotnej potrzeby do sztucznego opróżniania pęcherza, winniśmy: znać doskonale teren, na którym działać będziemy; znać, posiadać i umieć używać wszelką broń do zwalczania trudności proponowaną; w końcu umieć odkryć przyczynę cierpienia i do niej zastosować wybór broni z dość dobrze uprowidowanego ju obecnie arsenału. Stosując się do tych wymagań, którym każdy lekarz, chcący dobrze spełnić swą powinność, odpowiedzieć musi, rozdzielię moją pracę na kilka rozdziałów, w których kolejno obrobimy:

1. Anatomiję cewki.

2. Instrumentologię oraz sposoby dezynfekowania i przechowywania instrumentów.

3. Wprowadzanie różnego rodzaju instrumentów do pęcherza przez normalną cewkę.

4. Przeszkody wrodzone lub nabyte, które choć nie wywołują zatrzymania moczu, jednak utrudniają wprowadzenie cewnika.

5. Przyczyny zatrzymania moczu, różniczkowe ich rozpoznanie i wskazania terapeutyczne ztąd płynące.

6. Następstwa źle dokonanej katetyzacji.

7. Sposoby opróżniania pęcherza drogą sztuczną.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

124. CHARLTON BASTIAN. **Przyczynek do rokowania i leczenia bezwładów połowicznych** (On some points in prognosis and treatment in cases of hemiplegia). *The Lancet*. 1890. March. 8. Nr. 3471.

Musimy rozróżnić 3 grupy bezwładów połowicznych: 1. Przypadki (najczęstsze) o nagłym wybuchu, zależne od krwotoku, zatoru i zakrzepu. 2. Przypadki zawisłe od ropni mózgowych, zapaleń osłony twardej (pachymeningitis) i guzów, w których bezwład wytwarza się powoli i bywa b. często niezupełnym. 3. Bardzo rzadkie wypadki t. zw. porażenia czynnościowego czyli histerycznego o postaci połowicznej. Rozpoznanie w przypadkach ostatniej grupy przedstawia pewne trudności. Zwykle mięśnie twarzy pozostają nietknięte, bezwład ogarnia kończyny i kojarzy się często z wybitnem znieczuleniem. Jakkolwiek nie wiemy nic stanowczego o przyczynie tego rodzaju porażen, to jednakowoż jasnym jest, że musi polegać na zaburzeniu, zmniejszającym czynność pewnych szlaków lub obrębów mózgowych. Rokowanie jest pomyślne, chory po pewnym czasie odzyskuje prawidłową sprawność kończyn. Nie znając atoli istotnej przyczyny tego zaburzenia nie możemy mówić o metodzie racjonalnej leczenia. W każdym razie mamy wskazanie poprawić stan ogólny, zarówno cielesny, jak moralny. W przypadkach znieczulenia niezupełnego faradyzacja stanowi niewątpliwie potężny czynnik leczniczy.

Rokowanie w przypadkach 1 grupy jest kwestyją dość zawiłą. Mamy tu bowiem podczas wybuchu mniej lub więcej wybitny stan śpiączkowy, który często kończy się śmiercią. Formułując w tym stanie rokowanie należy ocenić głębokość znieczulenia lub śpiączki, stopień wiotkości członków, skalę

charczenia oraz temperaturę odbytncy. W śpiączce lekkiej temperatura w odbytncy nie opada niżej 36°C. Gdzie zaś temp. spada do 35°C lub niżej i pozostaje na tym spadku w ciągu 2—3—4 godzin, chory umiera w 1—2 godzin. W każdym razie, jeżeli t^o w odbytncy po wybuchu udaru opada do 35^o lub niżej, należy przypadek uważać za b. poważny. W przypadkach t. zw. apoplexia ingravescens, gdzie śpiączka staje się coraz głębszą a porażenie ogarnia coraz więcej grup mięśniowych, mamy zasadę utrzymywać, że krwotok mózgowy trwa ciągle lub że sprawa zakrzepowa ogarnia coraz więcej gałęzi naczyńowych. W każdym z tych przypadków t^o wciąż opada. W innych t^o nie opada tak nisko ale śpiączka jest wybitną i trwać może 24 godzin i dłużej. Wynik niepomysłny jest w tym razie b. prawdopodobnym.

W ogóle we wszystkich przypadkach udaru należy być ogólnym w rokowaniu, w każdej bowiem chwili może nastąpić obostwienie lub wznowienie objawów przez świeżą wybroczynę.

Chorego należy ułożyć w chłodnym pokoju z wzniesioną głową i barkami, jeżeli głowa jest gorąca zalecamy okłady zimne, a nogi utrzymujemy w ciepłe, owijając je we flanelę i przykładając gorące butelki. Przy przekrwieniu twarzy podajemy bromek potasu (1,25) i tra aconiti w celu ułagodzenia krwiobiegu i zapobieżenia ponownym wybroczynom. Interwenycja w pierwszych chwilach powinna być ostrożną z tego nader ważnego względu, że trudno jest odróżnić krwotok od poczynającego się rozmiękczenia wskutek zakrzepu. Słusznie Trousseau uważał to zadanie za jedno z najtrudniejszych w medycynie, i istotnie oględziny pośmiertne często wykazują wręcz przeciwny stan, niż jaki rozpoznawano za życia. Trudność zachodzi w tych zwłaszcza przypadkach, gdzie szczegóły oraz ścisły sposób wybuchu nie jest dokładnie znany. Ztąd też nie należy śpieszyć ze zbyt energicznym postępowaniem, wskazania bowiem w obu przypadkach są zgoła odmienne. Jasnem jest, że w razie zakrzepu lub zatoru pomoc ma na celu ożywienie krwiobiegu ubocznego, zatem spotęgowanie ciśnienia bocznego i zmniejszenie obrębu wycofanego z obiegu. Choremu przeto podajemy środki potęgujące czynność serca (stimulantia), jak eter, naparstnicę. W razie krwotoku zaś należy przeciwnie czynność serca pohamować a ciśnienie boczne obniżyć.

Po przebyciu stanu udarowego rokowanie dotyczy częstych zaburzeń mowy. W niektórych przypadkach chorey, po upływie 1—2 miesięcy odzyskuje w zupełności mowę, w innych zaburzenie trwa lata lub pozostaje do śmierci. Naturalnie zależy to od siedliska cierpienia i od tego, czy obręby korowe, przeznaczone dla mowy, są zniszczone, czy też tylko uciskane. Jeżeli siedlisko przypada na pograniczu takiego obrębu tedy wyzdrowienie może być zupełnem, w przeciwnym razie, zaburzenie pozostaje stałym.

Drgawki połowiczne (t. zw. padaczka Jackson'a) lub obustronne czasami ustają po upływie kilku miesięcy pod wpły-

wem bromków, w innych przypadkach trwają przez czas bardzo długi, a bromki zmniejszają tylko ich częstotliwość.

Zaburzenia umysłowe, urojenia zmysłowe, ślepotą po stronie porażenia również trwać mogą czas rozmaicie długi.

Co się tyczy samego porażenia, to rokowanie należy opierać na przebiegu choroby w ciągu pierwszych tygodni. Im wcześniej wraca władza w jakimkolwiek członku, tem prawdopodobniejszem jest zupełne lub częściowe odzyskanie ruchów. W większości przypadków wyzdrowienie kończyny dolnej jest zupełniejszem, niż górnej, choć bywa czasami odwrotnie. Jeżeli porażenie pozostaje zupełnem w ciągu 2—3 tygodni, odzyskanie władzy staje się nader wątpliwem. Jeżeli zaś poprawa zaczyna się w ciągu 5—6 dni i wciąż postępuje, tedy wyzdrowienie zupełne staje się bardzo prawdopodobnem. W tych razach może istnieć pewien stopień zeszywnienia obok wzmożenia odruchów już we wczesnych okresach. Nie jest tu koniecznym zburzenie szlaków piramidalnych i zwyrodnienie wtórne rdzenia kręgowego, albowiem krwotok może zachodzić w pobliżu torebki wewnętrznej a krew wynaczyniona znieść przez ucisk czynność szlaku piramidalnego (zład porażenie, zeszywnienie i spotęgowanie odruchów). kiedy zaś następnie w miarę wessania krwi ucisk zmniejsza się, wtedy zeszywnienie oraz wzmożenie odruchów znika.

W przypadkach ze zwiotezeniem mięśni należy wstrzymać się z leczeniem przez kilka tygodni, po upływie tego czasu, gdy wraca pewna władza można ją potęgować przez ostrożną faradyzację porażonych kończyn. Z leków aptecznych mogą tu być pomocą: strychnina, arsenik, żelazo.

Przypadki z wzrastającym zeszywnieniem dają bardzo złe rokowanie. Elektryczność w tych razach dawniej zalecana nie przynosi żadnej korzyści, choć próbować jej można. Natomiast dzięki elektryczności można zapobiedz zanikowi mięśni, należy ją przeto stosować w tym celu, zwłaszcza jeżeli mięśnie odpowiadają na strumień faradyczny.

Leczenie ropni mózgowych, dzięki nowszym postępom w rozpoznawaniu siedliska oraz w rękoczynach chirurgicznych weszło na zupełnie nowe tory i często bywa wieńczone pomyślnym skutkiem.

Ropnie mózgowe powstałe w skutek cierpienia ucha sadowią się przeważnie w mózdzku albo w zrazie skroniowym. Są to okolice, których cierpienia nie wywołują zwykle wybitnych objawów porażenia połowicznego.

Zapalenie osłony twardej (pachymeningitis) natury przymiotowej może być zwalczonem przez leki swoiste, zwłaszcza jod podawany w ilości 0,6, wzrastając powoli do 2,0—3,0—trzy razy dziennie. W Ameryce podają 60,0—90,0 (!) w ciągu 24 godzin, podobno z pomyślnym wynikiem.

Niektóre guzy również są dostępne dla chirurga, zwłaszcza gdy sadowią się w warstwie korowej. Jeżeli rozmiary guza nie pozwalają na usunięcie doszczętne, tedy częściowe wycięcie sprowadza znaczną ulgę (Horsley). Jeżeli interwencyja chirur-

giczna jest niemożliwą, wtedy rokowanie jest naturalnie złem. ale nie bezwarunkowo, zdarzają się bowiem przypadki, w których najdotkliwsze objawy same przez się ustają. Bywa to mianowicie wtedy, gdy część (środkowa) guza (glejaka) ulega przeistoczeniu torbielowemu, wskutek czego ucisk zostaje znacząco zmniejszonym.

Wassercug.

125. CHARLTON BASTIAN. **Symptomatologia całkowitego poprzecznego przerwania rdzenia kręgowego** (Symptomatology of total transverse lesion of the spinal cord). *The Lancet March. I. 1890 Nr. 3470.*

Na posiedzeniu Tow. Lek. w Londynie 25. II. 90 Ch. Bastian odczytał rzecz pod powyższym nagłówkiem, zwracając uwagę szczególną na zachowanie się różnych odruchów. Według B. błędem jest mniemanie, jakoby całkowite poprzeczne zniszczenie rdzenia kręgowego w dolnej części szyjowej lub górnej grzbietowej spowodowało wzmocnienie odruchów zależnych od części lędźwiowej oraz mniejsze lub większe zeszywnienia kończyn dolnych. Przekonanie to wytworzyło się ze zjawisk spostrzeganych u człowieka przy częściowym usunięciu wpływu mózgowia na rdzeń, oraz z wyników doświadczeń na zwierzętach. W przypadkach całkowitego uszkodzenia dolnej części szyjowej i górnej grzbietowej, starannie przez autora spostrzeganych, wszelkie t. zw. odczyny ścięgniste i odruchy lędźwiowe były zniesione, z wyjątkiem odruchowej czynności pęcherza i kiszek, które były zmniejszone. Autor kładzie nacisk na to, że znieczulenie i porażenie musi być całkowitem, aby znieść odruchy. We wszystkich przypadkach część lędźwiowa rdzenia okazała się nietkniętą. Autor mniema, że kwestyja ta jest wielkiej wagi 1) ze względu na wyrobienie ściślej symptomatologii poprzecznego zniszczenia rdzenia, 2) że zawiera ważne wskazówki dla rozpoznania chorób rdzenia kręgowego, i 3) że rzuca pewne światło na pochodzenie zeszywnień i wzmocnienie odruchów oraz na czynność mózdzku. Sądzi, że znikanie odruchów w tych przypadkach zależy od współczesnego usunięcia wpływu nie tylko mózgu ale i mózdzku na część lędźwiową.

W dyskusyi Hught Jackson oraz Bowlby przytoczyli spostrzeżenia, potwierdzające pogląd Bastiana ¹⁾.

Wassercug.

¹⁾ Mam obecnie w kuracji górnika, który, przedtem zupełnie zdrow, opuszczając się w kuble („kiblu“) w głąb szybu wypadkiem zleciał z wysokości 10 metrów. Kiedy go przywieziono do szpitala (21. III. 90), w parę godzin po wypadku, skonstatowałem całkowite znieczulenie oraz bezwład kończyn i tułowia (aż po szyję), zatrzymanie moczu i kału. W wypuszczonym moczu znalazłem ślady cukru (obecnie go niema). Mam zasadę podejrzewać krwi wylew w części górnej grzbietowej i dolnej szyjowej. Kończyny dolne zupełnie wiotkie: oddechanie prawie wyłącznie przeponowe, co w obec zajęcia oskrzeli nadzwyczaj utrudnia wykrztuszanie płwociny. Sam akt wykrztuszania jest nadzwyczaj charakterystycznym. Od pierwszej chwili aż dotąd (31.3.90) żadnych odruchów w miejscach znieczulonych wywołać nie mogłem.

Przyp. Spraw.

126 **O oddychaniu** (*Allgemeine med. Centralzeitung d. 9 Listopada 1889 r. Med. Neuig. Nr. 47 r. 89*).

Na posiedzeniu towarzystwa fizyczno-ekonomicznego w Würzburgu były zakomunikowane interesujące wyniki badania składu wydychanego powietrza w różnych odległościach od głowy człowieka. Przy wszystkich dotychczasowych analizach powietrza największą zwracano uwagę na zawartość tlenu, oznaczając jego odsetkę bardzo dokładnie. O kwasie zaś węglanym przyjęto, że w skutek rozspraszania (diffuzji) szybko miesza się z otaczającą atmosferą, tak że wydychanego kwasu węglanego przy następnych wdechach nie należy brać w rachubę. Najnowsze jednak doświadczenia przekonały, że kwas węglany nie tak szybko miesza się z otaczającą atmosferą, jak ogólnie przyjmowano. W wyżej wskazanych doświadczeniach zbierano wydychane powietrze w pewnej odległości od głowy i określano w niem zawartość kwasu węglanego. Wydychane powietrze, zbierane w odległości jednego centymetra od końca nosa zawierało 2,61 na tysiąc CO_2 , przy zawartości CO_2 w tem że powietrzu 1.13 na 1000. Jeżeli ilość zawartego w powietrzu CO_2 przez palenie gazu w sali doświadczalnej powiększała się do 4,33 na 1000, to powietrze zebrane z takiejże odległości z przed nosa zawierało 6,94 CO_2 . Powietrze zebrane z odległości 15 cent. od nosa w okolicach ucha zawierało nadmiar CO_2 , choć nie w tak znacznym stopniu. Osoba przy doświadczeniach, również jak i powietrze w sali zostawały w możliwym spokoju.

Z doświadczeń tych wypływa, że człowiek przy oddychaniu otacza się warstwą powietrza bardziej zasobnego w kwas węglany; jak powietrze przestrzeni, w której oddycha.

Druga seryja doświadczeń była przedsiębrana z wdychaniem przez człowieka powietrzem, zebranem wewnątrz nosa, w odległości jednego centymetra od jego wierzchołka. W zebranem w ten sposób powietrzu znajdowano 6,31 CO_2 przy zawartości w powietrzu CO_2 1,30; widocznem więc jest, iż przy wdechu część kwasu węglanego w nosie (względnie drogach oddechowych) pozostaje niewydaloną.

Przy oddychaniu z zakrytym nosem, jak to ma miejsce przy zwróceniu twarzą do poduszki podczas snu, lub okryciu się na głowę kołdrą przy spaniu w chłodnym pokoju, zawartość kwasu węglanego w wdychanem powietrzu podnosi się do 6,78, przy zawartości CO_2 powietrza pokoju 1,13.

Chociaż wyżej wskazane liczby, uważane absolutnie, nie wkraczają jeszcze w granice, w których wdychane powietrze, przez zawartość CO_2 jest niebezpiecznym dla oddychającego, wiadomo bowiem, że 4 na 1000 CO_2 w powietrzu ustrój człowieka dobrze jeszcze znosi, są jednak o tyle wysokie, że jeżeli powietrze zawarte w pokoju zawiera już znaczną odsetkę CO_2 , to wdychane powietrze zawierające od 2–5‰ kwasu węglanego więcej może być niezdatnem do oddychania.

Temi faktami należy objaśnić przykre sny i zmory duszące człowieka (t. j. nadmiarem kwasu węglanego w powietrzu).

Dalej z doświadczeń tych możemy wyciągnąć tę prakty-

czną radę, aby szczególnie przy siedzącym zajęciu od czasu do czasu kilka razy głęboko wciągnąć w płuca powietrze i silnie je wydalić, w ten bowiem sposób najlepiej osiągamy wentylacją płuc i dróg oddechowych, a jednocześnie przyczyniamy się do zmieszania wydechanego przez nas powietrza z otaczającą nas atmosferą,

Wł. Kopytowski.

127. Emanuel MUNK. Powstawanie, skupianie się i znikanie tłuszczu w organizmie.

Kwestyja pochodzenia tłuszczu w ciele zwierzęcem była pierwotnie podjęta przez Liebiga, który na węglowodany jako na ciała tłuszczorodne, wskazywał. Virchow, opierając się na patologiczno-histologicznych badaniach, dowodził, że tłuszcze pochodzą z białka. Voit i Pettenkofer w swych doświadczeniach nad psem, doszli do wniosku analogicznego. Inny szereg doświadczeń, Subbotina, Voita i Kemmericha, na suce karmiącej potwierdziły poprzednie wyniki, ponieważ podczas żywienia sukii jedynie mięsem otrzymywano mleko bogatsze w tłuszcze, aniżeli przy żywieniu jej innymi pokarmami.

Doświadczenia Munka i Lebiedjewa dowiodły faktu skupiania się w organizmie tłuszczu z pokarmu pochodzącego; badacze ci żywili zwierzęta tłuszczami płynnymi z nieznaczną domieszką białkanow i otrzymywali skupianie się tłuszczów płynnych w organizmie tych zwierząt.

Spostrzeżenia dokonane na roślinożernych i ptastwie domowym dowiodły faktu wytwarzania tłuszczu z węglowodanów; doświadczenia na mięsożernych wykazały, że obfite żywienie ich węglowodanami przy jednoczesnej niewielkiej ilości białka w pożywieniu powoduje znaczne skupienie się tłuszczu.

Z danych wyżej przytoczonych wynika, że za tłuszczorodne ciała uważać należy: tłuszcz, wodany węgla i białkany, a Voit wyliczył że dla człowieka, odpoczywającego lub mało pracującego, wystarcza 110 grm białka, 260 grm. tłuszczu (równozn. z 624 węgl.) lub 100 grm. tłuszczu i 384 grm. wodanów węgla dziennie, by nastąpiło skupianie się tłuszczu w organizmie.

Jednym z ważniejszych momentów zużywania tłuszczu w organizmie jest praca mięśniowa (Voit) Oppenheim wykazał, że podczas pracy, której towarzyszy dysпноë jak np. bieganie lub wchodzenie pod górę, zostają zniszczone i białkany; sen, antyteza pracy, stanowi moment warunkujący najmniejszą stratę białka. Alkohol, używany w ilości małej, zmniejsza zużywanie białkanow i tłuszczow, a więc stanowi pożywienie na równi z węglowodanami i tłuszczami.

Upajające dawki alkoholu potęgują rozkład białkanow, na koszt których odbywa się zwiększone wytwarzanie tłuszczu, czem się tłumaczy jak często spotykano wśród pijaków zwyrodnienie tłuszczowe. Oertel zauważył, że wielkie ilości wody, do organizmu wprowadzone, zmniejszają zużywanie tłuszczu, a na odwrót mała ilość wody zwiększa jego utratę; na białko ma woda wpływ przeciwny. Nizka temperatura otocza zwiększa zużywanie tłuszczu, nie wpływając na rozkład białka. Brak

funkcyj płciowych sprzyja skupianiu się tłuszczu. Daje się zauważyć, wreszcie, indywidualna skłonność do tycia.

Na zasadzie tych wszystkich danych budują metody leczenia otyłości, która polega z jednej strony na zniszczeniu tłuszczu, z drugiej—na zwiększeniu ilości krwi i włókien mięśniowych.

Istnieje kilka metod leczenia; pierwsza z nich — metoda Banting-Harvey opiera się na wyłączeniu mięsnej diety.

Ranke, stosując pod dozorem Voit i Pettenkofera, metodę tę do siebie, dowiódł, że używanie li tylko białkanów prowadzi nie tylko do utraty tłuszczu, lecz sprowadza również groźną utratę sił.

Wiadomo jest, że wprowadzanie do organizmu węglowodanów i tłuszczów sprzyja skupianiu się białka; a więc stosować ściśle mięsnej diety niepodobna, tem bardziej, że chorzy nie są w stanie długo jej znosić.

Oertel i Ebstein podali swoją metodę leczenia otyłości, opartą na wprowadzaniu do organizmu węglowodanów i tłuszczów, jako materyjałów oszczędzających białko. Oertel proponował wprowadzanie 80–100 grm. węglowodanów, 150–170 grm. białka i tylko 20–30 grm. tłuszczu; Ebstein, 60–100 grm. tł., 45–50 grm. węglow. i tylko 105 grm. białka; metoda Ebsteina szwankuje przez zbyt małą ilość białka. W ostatnich czasach Oertel, Ebstein i in. uważają za konieczne ograniczyć ilość wprowadzanego płynu do 1300 grm.; Henneberg uważa za odpowiednie użycie chłodnego napoju, który ujmuje ciepło, a za tem zwiększa spalanie się tłuszczu. Regulowanie diety powinno być połączone z pracą mięśniową, która zwiększa ilość spalanego tłuszczu i tym sposobem pozwala na zwiększenie racji węglowodanów i tłuszczów, a zatem i na większą różnorodność w pożywieniu.

Bunge zaproponował swoją metodę leczenia, opartą jedynie na ćwiczeniach ciała i pracy mięśniowej, nie bacząc na dietę, jest to pogląd zbyt jednostronny. Jednocześnie z pracą mięśniową należy nakazać sypiać niedługo, ponieważ dowiedziono, że w czasie snu najmniej tłuszczu ulega spalaniu. Należy przy tem pamiętać o ograniczeniu ilości napojów alkoholowych.

Tak więc dyjetetyczne i terapeutyczne leczenie otyłości należy sprowadzić do ograniczenia ilości spożywanych materyjałów tłuszczorodnych, wodorów węgla i tłuszczów, do ograniczenia czasu snu, zalecić w zamian obfity pokarm azotowy, pilną pracę mięśniową, ćwiczenia cieleśne, poczyniwszy od lżejszych i tylko stopniowo przechodzić do cięższej pracy, stosując wszystko względnie do indywidualności lezonego. S. Ster.

128. Dr. T. LANG z Wiednia. **O powstawaniu duszności sercowej** (*Internat. Kl. Rundschau* Nr. 38 i 39 z r. 1889).

Przez duszność „sercową“ rozumieć należy takie zaburzenie sprawy oddychania, którego przyczyna leży w wadzie sercowej, a stan płuc odgrywa przytem rolę wtórną. Nie ulega wątpliwości iż duszność taka powstaje na tle osłabienia siły

ruchowej serca, a względnie lewej komórki; ale w jaki sposób stan taki serca wywołuje duszność — pomijając towarzyszącą wadzie sercowej niezbyt oskrzelowy — tego dotąd nie wyjaśniono.

Utrzymuje się dotychczas powszechnie błędne mniemanie, że przy wadach sercowych zwolnienie prądu krwi w małym krążeniu samo przez się wywołuje zaburzenie wymiany gazów w płucach. Autor stara się wykazać bezpodstawność tego mniemania w taki sposób. Dowiedziona jest rzeczą, że oddechanie zewnętrzne (płucne) wyłącznie prawie polega na ustawicznym wyrównywaniu się różnic prężności gazów krwi i powietrza pęcherzyków płucnych. *) Zaczawszy od chwili kiedy nastąpiła równowaga w parcyalnym ciśnieniu gazów krwi i powietrza w pęcherzykach, gdy naraz zwolnieje krążenie krwi w płucach, to co z tego wyniknie? Oto ponieważ krew styka się ciągle z powietrzem o tym samym składzie gazowym (bo ciągle odnawia się ono przez ruchy oddechowe), przeto mimo tego zwolnienia w jednostce czasu zawsze ta sama ilość cząsteczek kwasu węglanego przejdzie z krwi do pęcherzyków płucnych i ta sama ilość cząsteczek tlenu przejdzie ztąd do krwi, dla nasycenia jej czerwonych ciałek. Z powyższego zatem wynika, że zwolnienie prądu krwi w małym krążeniu niepowoduje zaburzenia w wymianie gazów w płucach, więc nie może wywołać duszności.

(Dla tej części krwi, która przepływa właśnie przez płuca, rozumie się, rzecz ma się tak, jak twierdzi autor. Dla całej jednak ilości krwi ciała nie może to być obojętne, jak szybko krąży krew w płucach. Jeżeli bowiem dla potrzeb organizmu koniecznym jest, aby w pewnym czasie wszystka krew przepłynęła przez płuca i otrzymawszy pewną ilość tlenu pozbyła się stosownej ilości kwasu węglanego, to wobec zwolnienia prądu w małym krążeniu organizm w ogóle mniej otrzymuje tlenu i za mało pozbywa się CO_2 , bo „odnowiona” już krew za długo przebywa w naczyniach płucnych kosztem właśnie pewnej ilości krwi żyłnej, mającej w danej chwili uleść odnowie. Błędem zatem jest twierdzenie autora, jakoby zwolnienie prądu krwi w płucach nie miało wywoływać duszności. (Uwaga sprawozdawcy).

Przeciwnie rzecz się ma z przyspieszeniem krążenia w naczyniach płucowych. Im szybciej przebieży krew przez płuca, tem mniej ma czasu do pozbycia się swej żyłności, bo na wyrównanie się wyżej wzmiankowanego parcia potrzeba pewnego czasu wzajemnego stykania się krwi z powietrzem pęcherzyków płucnych, a w danym wypadku czas ten jest za krótki.

Ditmar Finkler dowiódł doświadczalnie, że przyspieszenie prądu krwi w wielkim krążeniu nieznacznie tylko wpływa ujemnie na oddechanie wewnętrzne (tkaniowe). Atoli zwolnienie

*) Co do kwasu węglanego — tak, ale pochłanianie tlenu przez krew, a względnie czerwone jej ciała nie jest prostą dyfuzją (Uwaga sprawozdawcy).

wielkiego krążenia znacznie upośledza wymianę gazów w płucach. Działa tu wiele czynników, ale trudno oznaczyć udział każdego w tej sprawie. Podwyższenie parcia ościennego w rozległym układzie V. cavae infer., jakie spotykamy przy wadach sercowych, powoduje zwiększony przesącz płynnych składników do tkanek, co znów sprzyja łatwiejszemu rozpuszczaniu się w cieczy przesączynowej (limfie) produktów rozkładu materji, a względnie prowadzi do przesylenia się jej kwasem węglanym. Zwolnienie wreszcie prądu krwi w tkankach również sprzyja w wysokim stopniu wytwarzaniu się CO_2 .

Z drugiej znów strony przez mniejsze wydzielanie się moczku, a z nim i kwasu węglanego, ten ostatni nagromadza się we krwi, która bardziej niż zwykle przesyconą nim dochodzi do płuc. Ostatnia okoliczność staje się przyczyną łatwego występowania przejściowej duszności u chorych na serce przy nieznacznej podwyższeniu parcia w małym krążeniu, jak to ma miejsce przy szybkim chodzie wstępowaniu na wschody i t. p.; również i pobyt w atmosferze nieco zamożniejszej niż zwykle w CO_2 sprowadza duszność u takich chorych.

Wszystkie dotychczasowe teoryje tłumaczące warunki powstawania duszności w chorobach serca mają za podstawę tezę, że duszność powstaje wskutek podwyższonego parcia krwi w naczyniach płuc. Przypatrzmy im się bliżej.

Guttman teoryją swoją, wyjaśniającą powstawanie duszności sercowej w czasie zaburzenia kompensacyi wad serca, opiera na wywodach Diesterwega, który ruchom oddechowym płuc przypisuje działanie pompy ssąco-tłoczącej odnośnie do krążenia małego.

Podług Diesterwega.

1. Opór w małym i wielkim krążeniu jest jednakowy.
2. Obie komórki wypychają jednakową ilość krwi, a zatem
3. Siła popędu obydwóch krążeń musi być jednakowa. A że prawa komórka jest znacznie słabsza niż lewa, przeto na pomoc jej w pracy przychodzi oddechanie, które pracuje z siłą równą różnicy sił obydwóch komórek serca. Pomoc ta wyraża się tem, że naczynia płucne przy wdechu rozszerzając się powiększają swoją pojemność przez co wsysają krew z prawej komórki. To zwiększanie się pojemności żył i tętnic płucnych pod wpływem oddechania nazywa Diesterweg ich „pojemnością oddechową“ (Athmungscapazität) w przeciwieństwie do „zwykłych pojemności“ (Normalcapazität). Na tej samej zasadzie rozróżnia on „oddechową i zwykłą szerokość“ naczyń włosowatych płuc (Athmungs- und Normalhveile).

Otóż podług Guttmanna w wadach sercowych połączonych z przekrwieniem płuc, wskutek zwiększenia się zwykłej pojemności żył i tętnic i „zwykłej szerokości“ naczyń włosowatych, upośledzoną zostaje pojemność i szerokość oddechowa, czyli że jakoś oddechu w dawnych rozmiarach staje się niedostateczną; następstwem czego jest zwolnienie krążenia krwi w płucach, a względnie upośledzenie jej odnowy. Aby zatem

stało się zadość potrzebom organizmu, oddech musi być głębszym, albo częstszym, czyli że mamy duszność.

Główny zarzut jaki Lang czyni teorii Guttmanna jest ten, iż oparł on ją na niedowiedzianej tezie Diesterwega, że „opor w małym i wielkim krążeniu jest jednakowy“; a potem tłumaczenie powstawania duszności na tle zwolnienia prądu krwi w naczyniach płucnych jest błędnem, ponieważ jak mniema Lang, dostatecznie dowiódł tego w początku swojej pracy.

Wreszcie Guttmann nie uwzględnił pewnej okoliczności, o której niżej mowa.

Prof. v. Basch przyczyny duszności sercowej szuka w stanie pęcherzyków płucnych i w ogóle w stanie płuc, który nazywa on „zbrzęknięciem i odrętwieniem“ ich (Lungenschwellung und Lungenstarre). Droga doświadczenia stara się B. dowieść, że przy wadach sercowych wskutek podwyższenia parcia w naczyniach pęcherzyków płucnych, te ostatnie zostają rozszerzone a ściany ich napięte (powstaje rodzaj erekcyi) Porównując pęcherzyk płucny do elastycznego cylindra w kształcie beczułki, nadymał go powietrzem i naklejał zewnątrz spiralską rurkę gumową. Tak zbudowany przyrząd, któremu B. nadał miano „wzoru płucnego“ (Lungenmodell) służył do następującego doświadczenia. Wypuściwszy zeń powietrze, wskutek czego cylinder wiotczał, B napełniał rurkę gumową cieczą z połączonego z nią pęcherza, a wywierając odpowiedni ucisk na pęcherz z cieczą, podwyższał parcie cieczy w rurce, wskutek czego następowało rozszerzanie i naprężanie się cylindra, mającego wyobrażać pęcherzyk płucny. Takie same więc zjawisko, zdaniem Bascha, ma miejsce i w płucach. Wszystko byłoby dobrze, gdyby rzeczywiście tak prosty „wzór“ odpowiadał w najważniejszych przynajmniej cechach pęcherzykowi płucnemu. Tymczasem tak nie jest. Przedewszystkiem pęcherzyk płucny nie jest zupełnie swobodny zewnątrz ale otacza go miąższ płuca; a co do naczyń, to te nie leżą zewnątrz jego ściany, ale przebiegają wśród niej. Przy podwyższeniu więc parcia cieczy wypełniającej naczynia rozszerzą się w kierunku najmniejszego oporu, czyli w danym wypadku w kierunku światła pęcherzyka, a więc nie rozszerzą, ale zwązą jego próżnię. W doświadczeniu zaś Bascha miało się odwrotnie, gdyż ściana rurki przylepiona zzewnątrz do cylindra, wzmocniona warstwą kleju i złączoną z nią częścią ściany cylindra, największy właśnie opór przedstawiała w kierunku dośrodkowym, a najmniejszy w przeciwnym, a zatem rozszerzając się w tym ostatnim musiała cylinder rozszerzać.

Na poparcie swego twierdzenia Lang powołuje się na dane z hydrodynamiki.

1. Parcie w kierunku prostopadłym do osi rurki napełnionej cieczą — czyli siła rozszerzająca rurkę równa się $= p \cdot r$ (gdzie p = ciśnienie, pod którym się ciecz znajduje, a r = promień przekroju rurki).

2. Parcie zaś w kierunku osi — czyli siła wydłużająca rurkę — równa się $= \frac{Pr}{2}$, czyli jest dwa razy mniejszą od tam-

tej. Odnosząc to do naczyń pęcherzyka płucnego, widzimy iż podczas skurczu serca, wskutek znacznego rozszerzenia się ich, a mniejszego wydłużenia — w rezultacie pojemność pęcherzyka się zwęży, a nie rozszerzy jak mniema Basch. Nakoniec współczesne z wydechem takie rozszerzenie się pęcherzyków płucnych stanowiło by nawet stałą przeszkodę dla wydechu. Istotny znów stan rzeczy wobec przeważających sił wdechowych utracą swe znaczenie dla wdechu. W ogóle znaczenie tętna płucnego jest następujące:

1. Rozszerzone naczynia pęcherzyka dają możność łatwiejszego przenikania przez nie gazów.

2. Powierzchnia chłonącej krwi zwiększa się.

3. Zmniejsza się próżnia pęcherzyka, przez co a) przy wdechu zmniejsza się nieco ujemny wpływ na wymianę gazów, wynikający z rozdęcia pęcherzyka, b) podczas wydechu grubieje ściana pęcherzyka, zmniejsza się jego pojemność i gazy zostają zeń przez to wypchnięte.

Nie trudno teraz zrozumieć powstawanie duszności w chorobach serca zważywszy następujące okoliczności. Krew przepelniona jest kwasem węglanym; dowóz powietrza do pęcherzyków płucnych jest ograniczony przez towarzyszący nieżyty obrzęk błony śluzowej, dalej oskrzeli; wskutek stałego przekrwienia w płucach zmniejszoną jest stale pojemność ich pęcherzyków przez powiększanie się z różnych przyczyn zastój krwi, przestrzeń powietrzem zajęta od czasu do czasu zmniejsza się raptem — w ogóle przestrzeń oddechowa płuc u chorych na serce jest zmniejszoną (verlegt) — a przez niekorzystne wpływy od czasu do czasu zmniejsza się jeszcze bardziej, prowadząc za sobą zaburzenie w wymianie gazów — czyli duszność.

Reasumując jeszcze raz swoją pracę autor streszcza jej wyniki w ten sposób:

1. Zwolnienie krążenia krwi w naczyniach płucnych (w pewnych granicach), samo przez się — w przeciwieństwie do powszechnie przyjętego mniemania — nie upośledza wymiany gazów w płucach.

2. Łatwość występowania duszności w chorobach serca warunkuje się przedewszystkiem tem, że krew żylna dochodząc do płuc zawiera więcej kwasu węglanego, niż w zwykłych warunkach.

3. W obec wymienionego dopiero momentu, duszność spowodowana ta okoliczność, że, i tak już rozszerzone naczynia włosowate pęcherzyków płucnych, od czasu do czasu rozszerzają się jeszcze bardziej, zwężając przez to próżnię pęcherzyków czyli zmniejszając przestrzeń oddechową płuc (Verlegung des Athmungsraumes).

4. Przepelnienie płuca krwią utrudnia kurczenie się płuca (upośledzenie wydechu).

5. Błona śluzowa oskrzeli i oskrzelików wskutek przekrwienia brzęknie i daje obfitszą wydzielinę w miejscach, gdzie tego za zdrowia nie było (upośledzenie wdechu i wydechu).

6. Nareszcie powstawanie duszności u chorych na serce sprzyja bardzo obecność towarzyszącego wadom serca nieztytu oskrzelowego.

Dr. W. Świątecki.

129. Dr. R. GEIGEL; *Ueber Hepatitis suppurativa und ihr Verhältniss zur Cholelithiasis. Zeitschrift für klinische Medizin. B. XZIN. 3—4. 1889).*

Autor opisuje dwa przypadki ropnia wątroby przy kamieniach żółciowych, obserwowane przez niego na klinice prof. Leube. Oba te przypadki przedstawiają pewne ciekawe osobliwości, służące za przyczynki do patologii i terapii omawianego cierpienia.

Pierwsza obserwacja, dotycząca 65 letniej kobiety, przedstawia pierwszy przykład w literaturze wyzdrowienia z ropnia wątroby przy cholelithiasis przez rozejście się tegeż zapalenia. U chorej wystąpiły objawy niewątpliwe kamieni żółciowych (znaleziono nawet w kale kamień cholestearynowy), a zwolna powtórne dreszcze, bóle w okolicy wątroby, bóle silne w lewym ramieniu. Wątroba powiększała się stale, lecz powoli, a nareszcie można było przez powłoki brzuszne wyczuć na górnej powierzchni lewego płatu wzniesienie dość twarde, bolesne przy dotyku; wkrótce po 5—6 dniach zauważono podobny guz bolesny i w prawym płacie. Skóra powłok brzusznych nad guzami zmieniła kolor, można było wyczuć i wysłuchać w tych miejscach szmer tarcia. Mając takie oznaki, autor spodziewał się, że tylko zabieg chirurgiczny może zmienić absolutnie złą przepowiednię i dać nadzieję wyzdrowieniu; odstawił przeto stosowany lód i kładł ciepłe okłady, w celu przyspieszenia dojrzewania ropni. Ku wielkiemu zdziwieniu sprawa chorobowa bardzo szybko przyjęła zupełnie niespodziewany obrót: szmery tarcia, zabarwienie skóry, bóle zaczęły się zmniejszać i znikać już dnia drugiego po zastosowaniu okładów; a we dwa tygodnie znikły zupełnie wyniosłości bolesne na wątrobie. Po 5 tygodniowej chorobie kobieta wyzdrowiała zupełnie; autor widział ją i badał w kwartał po wyjściu z kliniki i znalazł wątrobę w normalnym stanie. Przez ten przeciąg czasu raz tylko był słaby napad kolki żółciowej.

Opis przypadku i rozpoznanie różniczkowe Geigel przedstawia nader ściśle i drobiazgowo, tak że mimo braku autopsyi należy przyznać prawdziwość dyagnozy.

W drugim przypadku u człowieka lat 66 istnienie ropnia wątroby przy cholelithiasis potwierdzone zostało przy sekcji. Przypadek ten jest ciekawy z dwóch powodów. Najpierw śmierć nastąpiła w przeciągu bardzo krótkiego czasu — bo tylko trzech tygodni. Taki krótki przebieg ropnia jest dość charakterystycznym dla form naszego klimatu, pierwotnych wskutek traumatyzmu i wtórnych przy cholilithiasis i pylephlebitis i odróżnia się od form zwrotnikowych, przebiegających zwykle chronicznie. Powtórne przy autopsyi znaleziono fakt prostej zaleźności zapalenia ropnego wątroby od kamieni żółciowych. W przewodzie żółciowym, w miejscu gdzie tenże krzyżuje się z żyłą wrotną leżał największy kamień i zwał przez ucisk

światło żyły; w miejscu zwężonem zjawił się zakrzep, który podległ rozpadowi ropnemu. Ropnie w wątrobie znajdowały się w miejscach rozgałęzień żyły wrotnej. Nie znaleziono zupełnie urazu lub zmian traumatycznych w ścianach żyły lub przewodu. Błona śluzowa pęcherzyka żółciowego znajdowała się w stanie silnego zapalenia.

Podobna geneza zapalenia ropnego, jaką mamy w danym przypadku, jest właściwie tylko przypadkiem. Autor przeto stara się objaśniać związek *hepatitidis suppur.*: z *cholelithiasis* w sposób ogólniejszy, polegając na danych anatomicznych. Mianowicie zachodzi okoliczność, że naczynia żyłne pęcherzyka i przewodów żółciowych wpadają do żyły wrotnej, a nie do *v. cava*. A ztąd zapalenie lub owrzodzenie w drogach żółciowych przez przeniesienie zakrzepów może przejść i do żyły wrotnej wywołać *pylephlebitis* i ropnie w wątrobie. Podobne objaśnienie było już wypowiedziane dość wyraźnie przez Budd'a (1846), lecz wskutek krytyki *Frerichs'a* zapomniane i nie rozwinięte należyście.

Zkąd się bierze rozpad zakrzepów,— czyli potrzebne do tego mikroby, jest rzeczą niewiadomą. Autor przedsięwziął w tym celu poszukiwania we krwi żyły wrotnej.

Co do leczenia ropnia wątroby, to *Geigel* przeciwnym jest używanym dotąd metodom, — jako to miejscowemu upustowi krwi, pijawkom, bańkom, silnym środkiem przeczyszczającym, wymiotnym i t. d. Zasadą leczenia według zdania autora powinno być uspokojenie ruchów kiszki i ich przyległości z jednej strony, — a z drugiej — wypłukiwanie dróg żółciowych. Należy więc przy oznakach zapalenia dawać choremu duże dawki makowca, i zalecić położenie na grzbiecie; miejscowo — lód jako *antiphlogisticum*. W celu przepłukiwania dróg żółciowych — autor dawał znaczne ilości wody *Vichy*. *Dyeta* powinna być przeważnie płynną; — wypróżnienie wywoływano co dni kilka za pomocą wlewania wody do odbytnicy. W celu podtrzymywania sił chorej autor nie obawiał się dawać jej dobre stare wino, czego zabrania wielu lekarzy.

E. Biernacki.

130. *H. LEO. Ueber Cystinurie* (*Zeitschrift für klin. Medicin*, B. XVI. H. 3 i 4. 1889).

Istotę *cystinurii* stanowi fakt, że w moczu znajdujemy złoży lub prostek *cystyny*, związku stanowiącego chemicznie kwas *ditioamidomleczny*. Do tego czasu opisano 63 przypadków tego cierpienia; chociaż prawdopodobnie choroba ta jest częstszą, — ponieważ teraz zwraca uwagę na siebie tylko w razie tworzenia się złoży *cystyny*. Według pierwotnego przypuszczenia *Baumann'a*, potwierdzonego ostatnio przez niego i *Undranszky* (*Zeitschrift für physiolog. Chemie* B. XIII. S. 562) przyczyną *cystinurii* jest *mykosa kiszki*, czyli że *cystinuria* jest chorobą infekcyjną. *H. Leo* obserwował przypadek *cystinurii* u kobiety z wędrującą nerką i starał się znaleźć wpływ określanych warunków na ilość wydzielanej *cystyny*; — okazało się jednakże, że ani praca fizyczna, ani zwiększony dowóz białka, — momenty wywierające znaczny wpływ na ilość mocznika, kw. moczowe-

go i siarczanego, nie zmieniają ilości cystyny. Z danych tych najważniejszą jest ta, że autor nie znajduje żadnego związku pomiędzy ilością wydzielanego kw. moczowego i cystyny, co, zgodnie z danymi wielu autorów (Labisch, Ebstein i t. d.) przeczy przypuszczeniu Neumann'a, jakoby kwas moczowy był materjałem dla wytwarzania cystyny. Że dowóz białka nie wpływa na wydzielanie cystyny, autor objaśnia wessaniem wytworzonych peptonów w górnych odcinkach kiszek, a stąd i przypuszczeniem, że siedziba grzybków, wywołujących cystynurę, znajduje się prawdopodobnie w dolnych częściach kiszek.

Co do leczenia, to autor mając za punkt wyjścia przyczynę choroby, radzi stosowanie środków antyseptycznych na kiszki.

E. Biernacki.

131. G. H. ROGER et L. GAUME. **Trujące własności moczu przy zapaleniu płuc włóknikowem** (*Révue de Médecine* Nr. 4, 5, 1889 r.).

Zdawało by się, że o własnościach moczu przy zapaleniu płuc nie się już nie da powiedzieć, że przedmiot ten został już zupełnie wyczerpany, jest jednak jeszcze jedna kwestyja nie skończona zupełnie, a ważna nietylko przy omawianej chorobie, ale i innych zakaźnych—kwestyja trujących własności moczu. Wiadomo nam już z prac Boucharda (patrz Kr. lek. Nr. 4 r. z.) że mocz sam przez się posiada własności trujące ciekawą więc było kwestyją rozstrzygnąć, o ile trujące te własności wzmagają się lub nikną w przebiegu chorób zakaźnych, a w szczególności przy zapaleniu płuc.

Autorzy badali trujące własności moczu od pierwszego dnia pobytu chorego w szpitalu, codziennie ważono chorego, zbierano mocz za dobę, zachowywano go, dodając naftolu (który według kontrolujących doświadczeń nie wpływał na doświadczenia), określano cięż. wł., zabarwienie oznaczano ilości mocznika, NaCl i potasu. Doświadczenia dokonywano na królikach, którym wstrzykiwano do żył mocz przesączony i ogrzany do 15°C po cm^3 na 10 sekund. W pierwszym szeregu doświadczeń autorzy brali mocz od chorych, gdzie gorączka spadała per crisin, do drugiego zaliczają te przypadki, gdy gorączka spadała wolno do trzeciego—przypadki śmiertelne, kiedy przebieg był długi, nie było zniknięcia gorączki, ciepłota kilka razy spadała do prawidłowej wysokości. Śmiertelna dawka dla królika oznaczoną została na 1 kilo wagi zwierzęcia.

Oto wyniki. Zwykle utrzymują, iż w czasie trwania gorączki przy zapaleniu płuc ilość moczu jest zmniejszoną, zwiększa się ona w czasie przełomu a głównie w okresie zdrowienia. Spostrzeżenia autorów potwierdzają to w głównych zarysach prócz tego chyba, iż w okresie następującym zaraz po przełomie ilość moczu nie zwiększa się wcale.

Zabarwienie moczu w okresie gorączkowym bardzo intensywne, staje się mniej wyraźnem po przełomie. C. wł. wysoki, odczyn zwykle kwaśny, niekiedy obojętny w dzień przełomu lub nazajutrz; często bardzo znajdujemy białko, w ilości znacznej w czasie nasilenia, po przełomie znika ono zupełnie lub

znajduje się w minimalnej ilości. Ilość mocznika zwiększa się znacznie w okresie nasilenia a mniej nim po przełomie, w czasie którego wydziela się w największej ilości. Ilość chlorków jak wiadomo zmniejsza się w okresie gorączkowym, nazajutrz po przełomie ilość ich powiększa się znacznie. Tyle co do własności chemicznych moczu,—trujące własności zmniejszają się w czasie okresu gorączki znacznie, tak że są 2—8 razy mniejsze, niż w zwykłych warunkach, w czasie przełomu natomiast własności trujące zwiększają się; nie idzie zatem aby zwiększenie się tych własności przechodziło normę, częstokroć są one niższe niż zwyczajnego moczu, zwykle dosięgają cyfr, znalezionych dla prawidłowego moczu. Po przełomie własności trujące albo zwolna się zmniejszają, albo następuje to gwałtownie, w obu przypadkach w czasie zdrowienia spadają one do nader niskich granic. Rodzi się z kolei pytanie od czego zależą te własności trujące? Wiadomo, iż Feltz i Ehrman skłonni są przypisywać to solom potasowym, autorzy nie zgadzają się z tym poglądem, przyznają im tylko część własności trujących w moczu chorych na zapalenie płuc przypuszczając, iż trzecia część przypada na ptomainy, wytwarzane przez drobnoustroje zapalenia płuc, powołując się pod tym względem na niedawne spostrzeżenia Lépina i Guérin'a którzy znajdowali pewne alkoholidy w moczu pneumoników. Toż samo mniej więcej wynika z analizy fizjologicznej objawów u otrutych zwierząt.

Z pracy autorów wynika, iż między wydzieleniem ciał trujących z moczem i obniżeniem ciepłoty ścisły zachodzi związek. Można by przypuścić, iż sama choroba zależną jest od zatrzymania tych produktów — wydalanie ich jest równo znaczne z wyzdrowieniem, mimo to autorzy, idąc za zdaniem Chamffard'a, nie sądzą, iżby zatrzymanie tych produktów trujących mogło być przyczyną choroby — jest to tylko objaw choroby.

Niniejsza praca ma olbrzymie znaczenie nie tylko dla semiotyki moczu i patologii ogólnej, ale i dla terapii. Skoro rzeczywiście substancyje trujące zostają zatrzymane w ustroju, zjawia się niewątpliwie wskazanie lecznicze wydalic je bądź co bądź z ustroju; przypuśćmy nawet bowiem, że nie przerwiemy tym sposobem samej choroby czego znając zmiany anatomiczne nikt spodziewać się dziś nie może, możemy jednak wydalając ciała trujące przebieg choroby złagodzić, wiele objawów usunąć i postawić chorego w najdogodniejszych dla wyzdrowienia warunkach. Dla tego też życzyć by należało, aby badania autorów zostały powtórzone i aby w tym kierunku rozpoczęto badania terapeutyczne. (Przyp. spraw.) *Józef Zawadzki.*

132. Prof. RIBBERT. **Odradzenie się tkanki gruczołu tarczowego** (*Virchow's Archiv. T. 117. Z. 1.*)

Doświadczenia autora znajdują się w ścisłym związku ze sposobem leczenia wola przez usunięcie pewnej części gruczołu tarczowego. Pragnąc przekonać się, o ile i w jaki sposób pozostałe po takiej operacji braki w gruczole wypełniają się, R. wycinał u psów i królików z jednej połowy gruczołu tarczowego kawałek w postaci klina i po pewnym przeciągu czasu

(1—18 dni) wyluszczał odpowiednią połowę gruczołu w zupełności. Kawalki te, badane pod drobnowidzem dały wyniki następujące. Charakterystyczne elementy czynnościowe gruczołu odradzają się tylko u brzegów rany operacyjnej, reszta zaś przetrzeni pozostałej po operacji wypełnia się przez tkankę ziarninową, która wkrótce przyjmuje własności tkanki bliznowej. Tylko mniejsze braki wypełniają się przez tkankę gruczołową w zupełności. W odradzaniu się gruczołu przyjmują udział przeważnie pęcherzyki leżące bliżej powierzchni gruczołu, co autor tłumaczy tem, że pęcherzyki te, przyjmujące udział przy odśrodkowym wzroście gruczołu, składają się z komórek młodych, a zatem bardziej zdolnych do rozmnażania się.

Wytwarzanie się nowych pęcherzyków następuje w ten sposób, że nadbrzeżne komórki rozmnażają się, wypełniają światło pęcherzyka, z którego wychodzą wypustki przenikające do tkanki ziarninowej rany; wypustki zostają wkrótce oddzielone od nadbrzeżnych pęcherzyków przez świeżo powstającą tkankę łączną i otrzymują światło, w którym wkrótce zjawia się substancja klejowata. Nowo powstałe pęcherzyki różnią się od starych podłużną swą formą, mniejszymi komórkami oraz silnym powinowactwem do barwników.

S. Klejn.

II. Choroby skórne.

133. Dr. P. J. EICHHOFF. **Lecnicze znaczenie w dermatologii nowego przetworu jodowego „Aristol“** (*Monatshefte für Praktische Dermatologie Nr. 2 r. 90*).

Słabe strony jodoformu zniewalają praktyków do poszukiwania środka, który by mógł go zastąpić skutecznie; otóż do środków nowych przybywa przetwór chemiczny otrzymany przez firmę Fried. Bayer et Comp. w Elberfeldzie, a który został wyprobowany przez autora w tymże miesiącu w szpitalu w oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Nowy lek otrzymuje się jeśli do roztworu jodu w jodku potasu dodajemy alkalicznego roztworu tymolu i tworzy się w postaci czerwono-brunatnego osadu bezkształtnego, skład chemiczny którego dotychczas mało jest jeszcze znanym. Proszek ten został przez wynalazcę nazwanym aristol'em; rozpuszcza się łatwo w eterze i olejach; nierozpuszczalny w wodzie, wysokoku, glicerynie. Od działania światła łatwo się rozkłada.

Autor wypróbował go z pomyślnym skutkiem w przyczycy wywołanej grzybkami, owrzodzeniach przewlekłych goleni, wilku, łuszczycy, parchach, postrzygającym liszaju; we wszystkich tych przypadkach stosował od 5—10% maść; opatrunek był zmieniany dwa razy dziennie. Niepomyślnym okazał się wynik leczenia szankrów—autor stosował aristol per se w proszku na szankry w okresie rozpadu.

Ze swej pracy autor wyciąga następujące wnioski:

- 1) Aristol przedstawia lek nieszkodliwy dla organizmu.

2) We wszystkich przypadkach w których może mieć zastosowanie przy zewnętrznem użyciu jodoform zupełnie go zastępuje z wyjątkiem szankrów.

3) Przy łuszczycy choć słabiej jak chryzarobina i kwas pyrogallusowy może być jednak z korzyścią zastosowany — wyższość: jest bezkarnie znoszony przez organizm t. j. nie wywołuje zatrucia.

4) Przy chorobach natury pasożytniczej (Mykosae) działa równie szybko jak dotychczas używane środki, nie drażni jednak skóry.

5) Owrzodzenie skóry natury zapalnej i trzeciorzędne syfilityczne owrzodzenia szybko się goją pod maścią arystolową.

6) Prawie że swoiste działanie wywiera przy owrzodzenym wilku.

Wł. Kopytowski.

134. Dr. S. SCHIFF (Wiedeń). **Leczenie oparzeń pod opatrunkiem jodoformowym** (*Monatsh. für prak. Dermatologie* Nr. 20 r. 90).

Autor stosował w 109 przypadkach metodę prof. v. Mose-tig-Moorhof'a leczenia oparzeń pod gazą jodoformową, i uważa ją za najwyższą ze wszystkich dotychczas znanych. Pęcherze powstałe od oparzenia otwiera się nożyczkami i płyn wypuszcza; miejsca chore obmywa się pół procentowym roztworem soli; następnie nakłada się kilka warstw gazy jodoformowej suchej (otrzymanej działaniem roztworu jodoformu w eterze na muslin) po wierzchu umieszcza się papier gutaperkowy, wreszcie wateę oczyszczoną. Opatrunek zmienia się po raz pierwszy w końcu drugiego tygodnia od nałożenia, w razie zaś jeżeli by przesiąknął ropą zmienia się tylko wateę. Jeśli by chory silnie gorączkował, opatrunek pierwszy należy wcześniej zmienić. Opatrunek ten znosi ból niesnośny od oparzenia i przyspiesza zabliznianie.

Z wymienionej liczby chorych oparzeń pierwszego i drugiego stopnia było 82 przypadki. Wyzdrowiało 71 = 86,5%. Kuracja trwała od 5 do 53 dni; średnio 19,1 dni. Oparzeń trzeciego stopnia było 27 przypadków. Wyzdrowiało 18 = 66,6%. Zmarło 9 = 33,4%. Czas do wyleczenia 8 - 375 dni; średnio 75,5.

Wł. Kopytowski.

135. SPILMAN et PARISOT. **Furunculose et polyurie.** (*Annales de dermat. et syphil. Nr. 8 i 9. 1889*).

Częste występowanie czyraków i wąglików w przebiegu moczówki cukrowej, znane jest oddawna; podług Lecorché, zmiany te skóry spotykają się również w moczówce azotowej. Bourdon spostrzegł chorego, wydzielającego z moczem około 113 grammów części stałych dziennie. Cierpienie zaczęło się występowaniem bez przerwy licznych czyraków i wąglika.

Spostrzeżenia autorów dotyczą chorego lat 43, z silnem wychudzeniem. Mocz przezroczysty, nie zawierała ani białka, ani cukru, c. gat 1014; przez noc chory oddawał 2208 sześć. cent. W wierzchołkach płuc znajdowało się stwardnienie gruźlicze. Następnym dni ilość moczu dosięgła do 4000 sześć. cent. a nawet 4300, c. gat. 1010.

Furunculosis tym sposobem jest jednym z możliwych powikłań moczówki azotowej. Fakt ten ma ważne znaczenie nie tylko ze względu na rozpoznawanie, lecz również i na rokowanie. Jakkolwiek bowiem moczówka azoturyjna należy do cierpień ważnych, jest jednak mniej niebezpieczną od cukrowej.

Lanceraux utrzymuje, że czyraki, zapalenie płuc, gangreny i t. p. nie spotykają się nigdy w zwyczajnej moczówce, natomiast zauważyć się dają dosyć często w przebiegu moczówki cukrowej.

Hardy przeciwnie, przy tego rodzaju zmianach skóry każe podejrzewać istnienie moczówki zwyczajnej, alkoholizmu, lub pewnych zatruciałami gnijącymi.

Spostrzeżenie Spilmana dotyczy się chorej lat 17, poprzednio zupełnie zdrowej. W ostatnich dniach lutego pojawiło się kilka czyraków na grzbiecie, pośladkach i goleniach. Od 1-go marca zaczęła oddawać od 4 do 8 litrów moczu dziennie. W tymże czasie wystąpiły połowiczne bóle głowy i rozlane bóle w jamie brzusznej. C. g. moczu 1004, badanie chemiczne nie wykryło ani cukru, ani białka, nie było również powiększenia materii azotowych i fosforanów. Chora w ciągu kilku tygodni z przerwami przyjmowała Extr. opii 0,05, Extr. belladonnae 0,02. Po upływie 11 dni wystąpiły silne bóle głowy, uczucie podnoszącego się kłębka od dołka sercowego do gardła, bóle w okolicy tylnej mostka, punkty bolesne pomiędzy żebrami; spazm nagłośni, oddech świszczący, kaszel przerywny, szczekający; dyshawica bez żadnych zmian w narządzie oddechowym; temperatura normalna, puls 72 na minutę; moczu 6000 sześć. cent. Dnia 26 marca, chora nie oddawała moczu, pęcherz jednak był pusty. Następnym dni ilość moczu znów powiększyła się, nakoniec po zniknięciu objawów ilość moczu powróciła stale do 1800 sześć. cent. przecięciowo dziennie.

Z zebranych spostrzeżeń autorzy wyprowadzają następujące wnioski.

1. Furunculosis, połączone z polyurią, niezawsze wskazuje na moczówkę cukrową, lub azotową.

2. Furunculosis może towarzyszyć moczówce zwyczajnej lub symptomatycznej.

3. Furunculosis rozwija się w przebiegu moczówki z powodu obezwodnienia tkanek, a najwięcej i przedewszystkiem z powodu zaburzeń w odżywianiu skóry.

Wiadomo, że istnieje równowaga pomiędzy czynnością skóry i wydzieliną nerek; w moczówce ilość tej ostatniej powiększa się, przeziwianie skóry zmniejsza się znacznie, jak to stwierdziły poszukiwania Strausa, Burgiera i Pribrama. Cały organizm cierpi, lecz skóra przedewszystkiem jest upośledzona w swem odżywianiu. Na tak przygotowanym organie w gruczoły włos-łojowe przenika *Staphylococcus aureus* i wytwarza czyraki.

J. Wojciechowski.

136. TROUSSEAU. Szczepienie wilka spojówki na oku królika. (*Inoculation de lupus conjonctival dans l'oeil du lapin. Annales de dermat et de Syphigr. Nr. 8-9. 1889.*

Przy zachowaniu wszelkich prawideł antyseptyki, zostało zrobione przekłucie na granicy skłery i rogówki, następnie wprowadzono do jamy przedniej oka królika kawałek spojówki porażonej wilkiem, podwójnej wielkości główki szpilki. Na ósmy dzień po operacji zmniejszający się stopniowo kawałek spojówki porażonej wilkiem, uległ zupełnemu wessaniu. Na dwunasty jednak dzień po wessaniu, zauważyć było można pewne obrzmienie i ułożenie w fałdki tęczęwki. Na powierzchni jej pokazały się małe punkty białe, powiększające się w liczbie i wielkości i przyjmujące wygląd guziczków. Następnie cała jama przednia oka została wypełniona guziczkami żółtymi, dochodzącymi do wielkości grochu.

Drugiemu królikowi wszczepiono kawałek wilka w samą tkankę rogówki, bez otwierania przedniej komory oka, wessanie takowego, bez najmniejszego odczynu zapalnego, nastąpiło w ciągu 8 do 10-ciu dni. We dwa tygodnie później, wystąpił na rogówce punkt szary, który powiększając się utworzył guzik, żółtawy, dosyć znaczny podnoszący blaszkę przednią rogówki.

W zeszkrobanym kawałku guziczka znaleziono prątki wilka.

Quinquaud spostrzegł u dziecka zmiany na łącznicy oka, przedstawiające się pod postacią ziarniny żółtawej nie poddające się leczeniu; wszczepiony królikowi kawałek ziarniny uformował guzik, mający wszystkie cechy wilka.

Istnieje zatem pierwotny wilk spojówki oka. Przypadki tego rodzaju są rzadkie, a z powodu małej ilości prątków swobodnych, rozpoznanie ich bez poprzedniego wszczepienia jest niezmiernie trudne.

J. Wojciechowski.

137. Dr. Georg LETZEL. **Leczenie szankrów.** (*Allgemeine medicin. Centralzeitung*, 29 Grudzień 1889 r.).

Dr. Letzel zauważył w klinice akuszerijnej prof. Winckla, że sposób polecany i stosowany przez niego przy leczeniu owrzodzeń po płożowych na częściach płciowych u kobiet daje nadzwyczaj pomyślne rezultaty; sposób ten zasadza się na penzelkowaniu nieczystych owrzodzeń roztworem chlorku żelaza (*ferrum sesquichloratum*) codziennie; już po trzech lub czterech zastosowaniach owrzodzenia oczyszczają się a dno ich pokrywa się różową ziarniną. Spostrzeżenie to przeniósł i na szankry. Pierwszy chory, którego leczył w ten sposób, miał w rowku pozałożdziowym członka pięć charakterystycznych owrzodzeń szankrowatych w okresie rozpadu, wielkości soczewicy; gruczoł limfatyczny w jednej pachwinie był powiększony i bolesny; w ciągu dni czterech autor stosował półtorachlorek żelaza codziennie, owrzodzenia się oczyściły; w następstwie autor przeszedł do kalomelu w proszku, którym posypywał oczyszczone owrzodzenia.

Na gruczoły stosował okłady z mocnego roztworu liq. plumbi subacetici; pomimo silnego drażnienia wywołanego penzelkowaniem szankrów roztworem chlorku żelaza, gruczoł limfatyczny nie przeszedł w ropienie.

Szczęśliwy ten przypadek dozwolił autorowi stosowaną

przez siebie metodę leczenia poronnego szankrów wypróbować jeszcze w 16 przypadkach; z tych cztery połączone były z bolesnym obrzmieniem gruczołów limfatycznych i tylko u jednego chorego gruczoły przeszły w ropienie, co autor przypisuje nie drażniącemu wpływowi roztworu chlorku żelaza, ale niestosownemu zachowaniu się chorego. Przy silnem paleniu wywołanem chlorkiem żelaza znieczula owrzodzenia kokainą. Lekarstwa nie przepisuje do domu, ale sam stosuje. *Wl. Kopytowski.*

138. OCTAVE MENARD. *De la stomatite ulcéro-membraneuse ches les blennorrhagiques.* (*Annales de dermat et de syphil.* Nr. 8 i 9. 1889).

Liczne spostrzeżenia Mathieu, Audret'a Balzer'a i Mesneta, ustanowiły fakt występowania wysypek skórnych w przebiegu rzerzączki. Wysypkom tego rodzaju towarzyszą zazwyczaj objawy podobne do zaczynającej się durzycy.

Niekiedy, niezależnie od wysypki, występują zapalenia przyądrza, zająęcia stawów i objawy nerwowe, silna gorączka i t. p. przypadłości, a oprócz tego głębokie porażenia błony śluzowej, jamy ustnej, wskazujące na ogólne zakażenie organizmu jadem rzerzączki.

Błona śluzowa jamy ustnej chorych tego rodzaju przedstawia najpierw żywe zaczerwienie, miejscami pokrywa się małymi blaszkami, nieco wystającymi nad powierzchnią, zaczerwienienie których jest jeszcze mocniejsze; następnie błona śluzowa silnie obrzmiewając występuje w postaci poduszek przyrmatycznych pomiędzy łukami zębowymi, powierzchnie których stykając się z sobą wywołują krwawienie. Zapach z jamy ustnej staje się odrażający, ślina wypływa obficie i zmusza chorych do częstych spluwań. Następnym dni, wszystkie części błony śluzowej więcej wystające, ulegają rozpadowi, sprawa ta postępując w głąb, wytwarza na powierzchni owrzodzenia błoniaste. Gruczoły podszczękowe obrzmiewają. Brzegi owrzodzeń bywają koloru fioletowego i ostro ścięte.

Nowe owrzodzenia tworzą się bez przerwy i zlewają się z sąsiednimi, tym sposobem znaczna przestrzeń błony śluzowej ulega owrzodzeniu i pokrywa się błonami fałszywymi.

Owrzodzenia goją się szybko od przyżęgań azotanem srebra i po zastosowaniu płukania z chloranu potassu.

Autor sądzi, że przyczyną powstawania tego rodzaju owrzodzeń, zjawiających się prawie zawsze pod koniec przebiegu rzerzączki i następczo po innych powikłaniach, tuwarzyszających temu cierpieniu, są gonokokki. Pogląd swój opiera autor na badaniach Bouchard'a, który znalazł gonokokki w krwi chorego cierpiącego na zapalenie stawów rzerzączkowe i Capiten'a, który również spostrzegł je w krwi cierpiących na rzerzączki.

Zaraźliwość owrzodzeń tego rodzaju błony śluzowej jamy ustnej jest faktem ustalonym; Bergerou robił doświadczenia na sobie z wynikiem dodatnim.

J. Wojciechowski.

III. Wiadomości pomniejsze.

139. **Kąpiele morskie** jako środek leczniczy przy krztuścu zaleca dr. Gualdie. Dwoje dzieci podczas silnego krztuśca bez pozwolenia rodziców kąpało się w morzu wskutek czego nastąpiło zupełne wyleczenie. Powodowany tem autor, w następstwie, w kilkunastu przypadkach krztuśca, uciekał się do tego sposobu i zawsze również z pomyślnym wynikiem (El. Sigl. Med. Lyon Méd. Nr. 11, 90).

140. **Terpin Hydrat przy krztuścu** stosował dr. Manasse w 41 przypadkach u dzieci od 9 miesięcy do 12 lat mających. Już 4 lub 5 dnia poprawa była widoczną, napady kaszlu nie były tak częste, a towarzyszące zwykle objawy kataru oskrzelowego przechodziły łatwiej i szybciej. Na dobę podawano od 1,5—3,00, stosownie do wieku dziecka, w trzech dawkach od 0,5—1,00 na raz. Według autora terpin hydrat nie posiada specyficznych własności leczniczych zmniejsza tylko objawy kataralne tak częste i tak niebezpieczne przy krztuścu (Therap. Mon. Marzec 90)

141. **Przy coma diabeticum** Dr. Diekinson zaleca wlewianie do żył roztworów soli. W jednym przypadku śpiączki cukrzycowej u kobiety 25 letniej wstrzyknięto do vene mediana basilica 108 uncji ogrzanego do 100^o Farn. roztworu soli (natr. chlorat. sulph. phosphor. i bicarb.). Puls poprawił się natychmiast, chora otworzyła oczy i dnia następnego czuła się zupełnie dobrze. Po dwóch dniach śpiączka powtórzyła się. Wstrzyknięto jak poprzednio, za pomocą przyrządu używanego do przelewania krwi, 300 uncji solnego roztworu. Po trzech kwadransach chora powróciła do przytomności drugiego dnia jednak umarła. Oględziny pośmiertne wykazały, że wszystkie jamy surowicze zawierały znaczną ilość płynu. Waga ciała wzrosła z 80 $\frac{1}{2}$ f. do 93 f. Autor zachęca do dalszych prób w tym względzie i mniema, że jednorazowa ilość użytego płynu nie powinna być mniejszą nad 100 uncji, a w razie potrzeby można ją potroić.

(La Méd. Mod. Nr. 11, 90).

142. Poszukiwania kliniczne nad moczopędnem działaniem **teobrominy** doprowadziły Dra Christinson Gram'a do następujących wyników:

1. Czysta teobromina trudno się absorbuje przez organizm ludzki, skoro zaś to nastąpiło, jest ona silnym środkiem moczopędnym nie działającym na serce lecz wprost na nerki.

2. Teobrominum natrio-salicylicum resorbuje się z wielką łatwością i działa silnie jako środek moczopędny, Trujących własności nie posiada; u jednego tylko zbyt osłabionego chorego po użyciu wystąpiły zawroty głowy.

3. Dobowa dawka podwójnej soli wynosi 6 grm, jednorazowa 1 grm. Salicylan sodu sam przez się moczopędnych własności nie posiada.

(Therap Mon. I. 90).

143. **Nowy środek wykrztuśny** Tra Naregamiae zaleca Dr. St. Schen-gut. Nalewkę wyrabia firma Parke, Davis et comp. z rośliny Naregamia alata. Dr. S. próbował środek ten na klinice prof. Drasche i opierając się na działaniu nalewki w 24 przypadkach różnorodnych cierpień płucnych uważa ją za skuteczną tam, gdzie przy uporczywym kaszlu wydzielina jest skąpa i kleista. Nalewkę stosuje się w połączeniu z wodą laurową w ilości od 1—3 grm na dzień.

Rp. Tra Naregamiae 1,0—3,0

Aq. laurocaerasi 10,0—30,0

Mds. co godzinę po 10 kropel.

Trujących własności nalewka ta nie posiada, sama przez się jednak użyta czasami powodowała wymioty, mdłości i bóle głowy.

(Wien. Med. Pr. 10, 90).

144. **Próbne przekłucie** zapomocą szpryczki Pravataz upewnia nas o obecności płynu, skoro pewna ilość tego płynu znajdzie się w szpryczce, brak płynu w szpryczce nie jest jeszcze dowodem, że w danym bałanem miejscu płynu nie ma, płyn bowiem może być tak gęstym, że przez cieniłą igłę nie przechodzi. By poszukiwania te więcej pewnymi uczynić Dr. Truby King zaleca następujący sposób: szpryczkę uprzednio napelnia się do połowy wodą przegotowaną, następnie po przekłuciu badanego organu wprowadza się kilka kropel wody i potem ponownie się ją wciąga. Pod działaniem wprowadzonej wody płyn wszelkiej gęstości a nawet i stałe cząsteczki rozrzedzają się, a w następstwie z łatwością do szpryczki przechodzą i mogą posłużyć za materiał do dalszych badań. W ten sposób udało się autorowi otrzymać nawet cząsteczki nowotworów.

(La méd. Mod. 11, 90).

145. W ośmiu przypadkach **ciężkich nerwobóli** Dr. Stedemann z po myślnym wynikiem zastosował chloroform od $\frac{1}{2}$ —1 grm do podskórnych zastrzykiwań. Prócz nieznacznego obrzęku zsstrzykiwania te nie więcej nie wywołują. W 2 przypadkach wyleczenie nastąpiło zupełne w 6 znaczna poprawa. Przy nerwobólu kulszowym wstrzykiwania te okazały się skuteczniejszymi od morfinowych. (Deutsch. Med. Zeit. Nr. 16, 90)

146. Przy nerwobólu twarzowym a także i przy bólu zębów Dr. Lalle zaleca wdmuchiwanie szczypty soli kuchennej miało tłuczonej do nozdrza odpowiedniej strony. Podczas wdmuchiwania chory powinien głęboko oddychać nosem, by sól do głębokich warstw dosięgła. (Lyon Med. Nr. 12, 90).

147. Przy pokrzywce Dr. Riffat zaleca nalewkę strofantyny od 15—20 kropel do wewnątrz. W 10 przypadkach uporczywych wynik był pomyślny (D. M. W. Nr. 12, 90).

148. Podając kreozot i w ogóle inne środki w kapsułkach żelatynowych przekonać się należy, czy takowe wraz z kałem nie wydzielają się z organizmu w całości. Znany mi bowiem przypadek, w którym podane kapsułki co do jednej nieknięte znajdowano w kale. W drugim znowu przypadku znaleziono wszystkie żażyte kapsułki z olejem rącznikowym. Widocznie, w pewnych warunkach, zależnych czy to od organizmu, czyli też od własności samej żelatyny, tak łatwo rozpuszczalna kapsułka pozostaje nienaruszoną i w całości wydziela się na zewnątrz.

Czy to nie z tego powodu w przypadkach podanych przez Dra Bogdanowicza (Patrz Kronika Lekarska Nr. III r. b. str. 157, Nr. 112) chory jego bezkarnie przez czas dłuższy znosili od 25—60 na dzień kapsułek kreozotowych (0,05 w każdej).

149. Przy sprawach zapalnych, występujących po zaszczepieniu ospy Dr. Session-Barett stosuje okłady z roztworu sublimatu 1:3000. Już po kilkunastu godzinach poprawa jest widoczną (Br. Med. Jour. III—1).

150. Łatwy sposób postępowania przy **leczeniu świerbly** zaleca Dr. Schewel. Chory namaszcza się cały olejkiem migdałowym, następnie siebie i swe łóżko obsypuje kwiatem siarki (Lyon Méd. Nr. 10).

151. **Przy pryszczycy** Dr. Delapert zaleca maść złożoną z 10 części kwasu bornego 1 części balsamu peruwiańskiego i 60 cz. waseliny (Cbl. f. Ther. III).

152. By ukryć przykry smak oleju rącznikowego należy skłócić go mocno z mlekiem gorącym (w stosunku 1:4). Mieszanina ta ma smak mleka obfitego w śmietankę (N. T. N. 3 r. 90). *K. W. Sierpiński.*

153. Według W. Mac Gowan (Br. Med. Jour. 22 Lut.). *pilocarpinę można uważać za odrstkę atropiny.* Dama 57-letnia zażyła przez omyłkę dużą stołową łyżkę linimenti belladonnae Ph Br. Pomimo stanu nie dającego żadnej nadziei— w 4 godziny po otruciu, udało się ją jednak uratować dwoma zastrzyknięciami pilokarpiny po $\frac{1}{3}$ grana w odstępie 4-godzin-
nym. Przytem nie było wcale ślinotoku ani potu. *H.*

154. **Lekarstwo na ból zębów przy obrażonym mięszu (pulp).**

Rp. Hydrarg. bichlor. corrosivi 0,05

Extr. opii 0,20

Chloroformi

Creosoti aa 1,—

Tinct. benzoe 3,—

D. S. Na wacie do zęba. (Semaine médicale, Nr. 38). *K.*

155. **Socin. Nowy antyseptyczny opatrunek bez bandażu** (Journal de médecine de Paris 1890, 9 luty).

Są miejsca na ciele, na których nałożenie antyseptycznego opatrunku przedstawia wielkie trudności; do takich np. należy opatrunek po operacji zajęcej wargi na wargach. Socin poleca do opatrunku w tych miejscach pasty, która, zasychając na powietrzu, użycie bandażu czyni zbytecznem, przytem działa antyseptycznie. Skład jej jest następujący:

Rp. Zinci oxydati

Aq. dest. aa 50

Zinci chlorati 5—6

D. S. Pastę należy przygotowywać przed użyciem.

Po oczyszczeniu i zdezynfekowaniu chorego miejsca, takowe się osusza, a następnie nakłada pędzelkiem albo łopatką pasta; dobrze jest dla mocy opatrunku dodawać kilka kawałeczków waty do nałożonej pasty. Małe owrzodzenia i ranki goją się już pod pierwszym opatrunkiem, który należy po upływie 5—6 dni zmienić; w razie potrzeby, nakłada się drugi opatrunek w podobny sposób. Pomimo znacznej zawartości chlorku cynku, pasta działa delikatnie i nie wywołuje podrażnienia skóry. *K.*

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Jan JEGER **Racyjnyalny system asenizacji szkodliwość i niebezpieczeństwo usuwania fekalij za pomocą kanalizacji.** Warszawa 1890 r.

Leży przed nami dziełko a raczej jest to traktat botaniczno-chemiczno-agronomiczno-ekonomiczno-budowniczo-hygieniczny, którego tytuł krótki a dosadny wymieniliśmy w nagłówku. Czego bo tu niema, wszystkiego dotknął autor potroszę i każda z gałęzi wiedzy znalazła w p. J. rzecznika; w imieniu wszystkich przemawia, a zgadnij łaskawy czytelniku dla czego? Ot pro prostu, aby zachwalić proszek otwocki, jako jedyny racjonalny (?) system asenizacji.

Proszek otwocki, brynowy jest pożyteczny dla miasta, gdyż wydatki na urządzenia są bardzo nieznaczne, dla właścicieli posesyi z tegoż powodu, dla wsi, gdyż przez to dostarcza rolnikowi znakomitego nawozu, dla

hygieny wreszcie—ma bowiem niby ochraniać miasta przed szkodliwością gnicia odpadków. Jednem słowem jest to ostatni wyraz nauki co do assenizacji miast, naturalnie, według autora.

Nie tu miejsce na szczegółową dyskusyjną nad tym przedmiotem, Kronika na to nie posiada w swych łamach miejsca. Zmuszony jednak jestem postawić autorowi kilka pytań, które nie bardzo, moim zdaniem, godzą się z jego teorią.

1) Co jest dla miasta ważniejsze, czy zaoszczędzenie kilkunastu rubli na jednego mieszkańca (autor oblicza rs. 14 kop. 87 (str. 269), czy zdrowie, którego ocenić nie można.

2) Co autor zamierza zrobić ze ściekami, pomyjami i t. p. brudnymi wodami, czy również odrażać je proszkiem otwockim.

3) Gdzie autor znajdzie zbyt na olbrzymie ilości nawozu, boć do tej pory nasi ziemianie obchodzą się doskonale bez niego i z ich strony w tej kwestyi żaden protest przeciw „marnowaniu“ tego „drogocennego“ materiału nie wyszedł.

4) Skąd pewność, iż grunt nie będzie fekalijami zarażony, o co przecież najgłówniej chodzi przy assenizacji. Na zasadzie jakich ściśle przeprowadzonych doświadczeń autor jest przekonany o nieszkodliwości przechowywania w dołach kloacznych fekalij nawet zmieszanych z proszkiem otwockim.

To są główne pytania na które pragnąłbym znaleźć odpowiedź i wyjaśnienie, te bowiem które znajduję w książce bynajmniej do przekonywających nie należą.

Po pierwsze bowiem miasto przedewszystkiem powinno dbać o zdrowie swych mieszkańców pomimo ciężarów jakie ta dbałość wkłada nań lub włożyć może w przyszłości. Zgodzić się gotowym z autorem, iż kanalizacyja nie jest może najlepszym systematem w ścisłym słowa tego znaczeniu, gdyż za lat kilkadziesiąt być może, znajdzie się inny lepszy sposób, dziś jednak jest to *najracjonalniejszy* ze sposobów jakie znamy.

Ad. 2. Dla odprowadzania wód brudnych należało by urządzić chyba kanały, a więc ponieść koszt, czyż nie lepiej od razu do kanałów spuszczać zawartość kloak, która mniej będzie szkodliwą dla czystości rzek, niewątpliwie, niż same wody brudne, które autor tak starannie omija.

Ad. 3. Kraj nasz posiada tyle nawozu, iż wystarcza go na amelioracyję ziemi, a zresztą rzecz to ziemian a nie miast myśleć o tem, trudno przecież żądać od miasta, aby dla dobra wsi poświęcało życie i zdrowie swoich mieszkańców.

Ad. 4. Autor nie przytacza na poparcie swego twierdzenia, iż fekalija nie przenikają do gruntu przy jego systemacie, żadnych doświadczeń ścisłych, a te o których nam wiadomo dowodzą niezbitcie, że proszek otwocki jest tylko środkiem odwanającym, ale nie jest środkiem odkażającym. Drobnoustroje bezkarnie mogą się w nim rozwijać i nieprzestaną być źródłem zarazy, pozostającym ciągle na miejscu i niewątpliwie zakażającym ziemię, choć by w tym tylko razie, jeżeli kloaka wystawioną będzie na przebiegu wody zaskórnej. Tymczasem kanalizacyja szybko wyprowadza je po za obręb miasta i usuwa tym sposobem niebezpieczeństwo.

Nie będę się wdawał w krytykę wywodów autora co do praktyczności lub niepraktyczności pól irygacyjnych, kwestyja to bardziej obchodząca inżynierów, higienista-lekarz ma za zadanie usunąć niebezpieczeństwo z danego miejsca, skoro to mu się udało zadanie jego spełnione, kwestyja zaś

tańszego lub droższego usunięcia interesuje go tylko o tyle, o ile nie przekracza cyfr możliwych, reszta jest zadaniem inżynierów i ekonomistów.

Z tego punktu wychodząc, nie mówiąc już o tem iż książka p. J. jest spóźniona jak dla Warszawy i sprowadzić może u niespecjalistów niepożądany zamęt, pomysł p. J. w kołach lekarzy nie znajdzie poparcia.

Książka opiera się na bogatym materiale faktycznym, którego zebranie kosztowało pewno autora nie mało zachodów, czyta się lekko, ale niestety, jak wszystkim dziełom polemicznym, brak i jej bezstronności i chłodnej oceny. Autor jest zanadto wielkim przeciwnikiem kanalizacji, aby mógł znajdować w niej inne dodatnie strony, prócz wymienionych.

Józef Zawadzki.

Kronika miesięczna.

W sprawie materyjalnego bytu lekarzy u nas.

Najpoważniejsze dzienniki lekarskie zagraniczne obok spraw naszej wiedzy się dotyczących niejednokrotnie podnoszą różnorodne kwestyje naszego zawodu. U nas zauważyć się daje pod tym względem zupełna apatya, co tem jest dziwniejszem, że byt lekarzy staje się u nas coraz trudniejszym, a coraz bardziej zwiększająca się ilość lekarzy niepokoić musi każdego z nas, kto wolny od egoizmu interesuje się naszym stanem i z nim się solidaryzuje.

Z tego powodu uważam, że zarzut uczyniony naszym lekarzom w ogóle, a lekarzom prowincjonalnym w szczególę przez Redakcyję Kroniki lekarskiej (patrz Kronikę miesięczną w Nr. 1-ym Kroniki lekarskiej z r. b.) jest zupełnie słuszny, niemniej jednak zaznaczyć muszę, że nie małą część winy przypisać w tym względzie należy i redakcyjom pism lekarskich i towarzystwom lekarskim nie wyłączając warszawskiego, które zbyt mało interesują się sprawami dotyczącymi się naszego zawodu. Bo cóż nam lekarzom prowincjonalnym przyjdzie z tego, że skrzętnie notować będziemy wszelkie fakty ujemnie wpływające na nasz stan, a szczególnie byt materyjalny i podawać będziemy najwłaściwsze środki zaradcze, skoro nikt nie poprze naszych usiłowań dążących do poprawy złego. A złe jest niewątpliwie wielkiem; wiedzą o tem szczególnie dobrze lekarze na prowincyi zamieszkali.

Jeżeli zabieram głos w sprawie dotyczącej się naszego zawodu, to czynię to raz dlatego, że praktykując od lat prawie 17 na prowincyi widzę jasno, że byt lekarzy na prowincyi staje się codziennie trudniejszym, a przyszłość dla młodszej generacyi lekarzy, którzy już dziś często walczyć muszą z niedostatkiem, jest rozpaczliwą, powtóre radbym przyczynić się do wywołania w tym względzie pożądanego ruchu i jeszcze bardziej pożądanego współdziałania już to pojedynczych jednostek, ze względu na ich obowiązek służbowy, już to całych korporacyi lekarskich, których głos w sprawach dotyczących się naszego zawodu wiele znaczyć i bardzo przyczynić się może do poprawienia złego. A złe poprawionem tylko może być wspólnymi siłami, konsekwentnem i niezmordowanem dążeniem do upragnionego celu t. j. poprawienia i ustalenia losu lekarzy.

Musimy przedewszystkiem zadać sobie pytanie, z kąd pochodzi taka u nas apatya względem spraw dotyczących się naszego zawodu ze strony lekarzy? Przyczyn tego zjawiska jest, naszym zdaniem, kilka. Najgłówniejszą

jest pewna źle zrozumiana ambicja nie pozwalająca lekarzowi dopominać się o należne mu prawa, dalej za małą solidarność między lekarzami, słabe poparcie ze strony kolegów, mogących z urzędu wystąpić przeciw różnego rodzaju nadużyciom ze strony niższej służby lekarskiej, fałszywe pojęcia o dobrobycie lekarzy wśród naszego społeczeństwa, którego lekarze nie starają się sprostować, nareszcie wadliwość naszej procedury sądowej, która lekarze za nieprawe leczenie, lecz za przyniesienie uszkodzenia na zdrowiu skutkiem złego leczenia.

Powyżej zaznaczyłem, o czem zresztą wiedzą już dziś powszechnie lekarze, że byt młodej generacji lekarzy jest poważnie zagrożonym. Składa się na to kilka okoliczności, a przede wszystkim nadmierna ilość lekarzy w naszym kraju. Powszechnem jest mniemanie, że młodzi lekarze u nas nie chcą zaludniać prowincyi i marnują czas i siły na wyczekiwaniu praktyki w Warszawie i, że ilość lekarzy u nas jest niedostateczną, a przynajmniej nie za wielką; twierdzenie to, które słyszymy często powtarzanem z różnych stron jest w gruncie rzeczy fałszywem i bywa wygłaszanem przez tych, którzy bliżej się tej sprawie przypatrzyć nie chcą lub nie umieją, a wypływa z błędnego rachunku, błędnych cyfr. Ilość lekarzy u nas w 10iu guberniach wynosi około 1000; wypada więc 1 lekarz na 7000 mieszkańców, jeżeli oprócz tego uwzględnimy, że Warszawa posiada około 400 lekarzy na prawie 500,000 mieszkańców wypadnie na prowincyi 1 lekarz na prawie 11,000 mieszkańców; cyfry te w rzeczy samej pozornie pokazują, że stosunek ilości lekarzy do ilości mieszkańców jest bardzo małym. Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na to, jak niewielu z tych 11,000 mieszkańców leczy się systematycznie u lekarzy, a jak wielu wcale nie posługuje się lekarzem, o czem czy nie wiedzą, czy wiedzieć nie chcą ci, którzy powierzchownie się tą sprawą zajmują, przyjść musimy do przekonania, że ilość lekarzy u nas jest względnie już dziś nie małą. Że tak jest ani wątpić niepodobna. Już dziś w miastach gubernialnych i w większych miastach powiatowych, gdzie mieszka kilku lub kilkunastu lekarzy zaledwie pewna ich część ma odpowiednią praktykę, a i ci którzy już to latami, już swemi zdolnościami wyrobili sobie wśród publiki zaufanie i opinię, zaledwie mają tyle, ile im potrzeba na wyżywienie siebie i rodziny. Zkąd doprawdy pewne pismo codzienne warszawskie wyszukało tyle wolnych miejsc dla lekarzy niepodobna nam pojąć; informacje podane przez to pismo z niektórych miejsc dobrze mi znanych są tak fałszywe, że pomimo woli uczynić muszę temu pismu zarzut, że się bynajmniej nie przysłużyło młodym lekarzom wskazując im miejsca, w których niewątpliwie, przy dzisiejszych warunkach, bytu sobie stworzyć nie będą w możności, a jeżeli szczęśliwym trafem zdobędą sobie kawałek chleba, to z krzywdą innego lekarza, który z tego samego źródła czerpał dochody.

Drugą ważną a bodaj czy najważniejszą przyczyną coraz trudniejszego bytu lekarzy, na którą już niejednokrotnie wielu lekarzy zwracało uwagę jest smutna ze wszech miar kwestya felczerska. Prawdziwą plagą dla lekarzy szczególnie prowincjonalnych, a jednocześnie i dla naszego społeczeństwa są felczerzy. Większość ich rekrutuje się z ludzi nie posiadających żadnego wykształcenia zaledwie czytać i pisać umiejących, a pod względem moralnym i poczucia swego obowiązku bardzo nisko stojących. Nagromadzili się oni skutkiem sprzyjających dla nich okoliczności (łatwość otrzymania dawniej stopnia felczera starszego) na prowincyi w niezmiernie wielkiej ilości; mniejszość złożoną jest z ludzi pod względem moralnym i intę-

lektualnym wyżej stojących; ci ostatni prawie na równi z lekarzami zajmują się praktyką lekarską z wielką szkodą dla nauki i chorych, gdy pierwsi byt swój nieraz wcale dostatni zawdzięczają obdzieraniu włościan i ciemniejszej klasy ludności w mieście. W mieście np. Kutnie mamy felczerów 11 a oprócz tego kilkunastu ich mieszka w innych miasteczkach powiatu i powsiach. Najgorszą stroną szkodliwej działalności felczerów u nas jest to, że się czynnościami prawdziwie felcerskimi niechętnie zajmują, przyczyniając za to nie małe szkody zdrowiu chorych.

To samo cośmy powiedzieli o felczerach powiedzieć mniej więcej można o naszych akuszerkach na prowincyi, które na obszerną skalę zajmują się praktyką akuszerką. O antyseptycznem zachowaniu się podczas porodu ani mają pojęcia skutkiem czego często spowodzają ciężkie cierpienia położowe; pozwalają sobie też wykonywać niektóre większe operacje położnicze jak obrót, odklejenie łożyska i t. p.

Nie małą szkodę naszemu stanowi lekarskiemu przynoszą apteki. Nie stosując się do obowiązujących przepisów wydają lekarstwa na recepty felczerów i to nie tylko łagodnie działające lecz i trujące. Morfina w rękach felczerów jest lekiem codziennym, nadużywają jej w niemiłosierny sposób wytwarzając niemało morfinistów. A wszystko to dzieje się w oczach lekarzy i to lekarzy urzędowych.

Niepodobna mi szczegółowo podać licznych nadużyć popełnianych przez niższą służbę lekarską a przynoszących nieobliczone materialne straty naszym lekarzom, a szkodę na zdrowiu naszym chorym, musiałbym bowiem o wiele przekroczyć rozmiary niniejszej kroniki; są one zresztą dobrze znane naszym lekarzom, którzy wiele o tem mówią, a nie mogą złemu zaradzić. Dopóki ilość lekarzy u nas nie była zbyt wielką zło nie dawało się tak we znaki, dziś zaś, gdy ilość lekarzy u nas tak wzrosła pomysleć nam koniecznie należy nad podjęciem energicznych środków wspólnymi siłami dla zwalczenia złego; może nie zdążymy już poprawić własnego bytu, starajmy się przynajmniej uczynić cokolwiek dla przyszłej generacji lekarzy.

Już wyżej zaznaczyłem że głównymi przyczynami upadku materialnego bytu lekarzy naszych są: nadmierna względnie ilość lekarzy, liczne nadużycia popełniane przez niższą służbę lekarską i apteki. Dwa te powody muszą być uwzględnione i radykalnie usunięte.

Co do pierwszego to ilość młodzieńców kończących u nas medycynę jest niewątpliwie za wielką; sama przeto młodzież przez pewien szereg lat t. j. do czasu, dopóki nie uda się przeprowadzić potrzebnych reform dążących do poprawienia materialnego bytu lekarzy, nie powinna rzucać się na pole, które im w przyszłości ciężki zawód przynieść może.

Ponieważ ilość lekarzy jest u nas tylko względnie za wielką, starać się przeto musimy o wyszukanie nowego pola działania dla lekarzy, głównie zaś o zaprowadzenie u nas lekarzy gminnych. Przekonany jestem, że sami włościanie przyjęli by z wdzięcznością organizację lekarzy gminnych. Fałszywym jest bowiem mniemanie, jakoby włościanie niechętnie się leczyli u lekarzy; w naszych ambulatoryjach, gdzie porada jest niedroga, często się z nimi stykamy, a iluż to przybywających do miasta za poradą lekarską różni faktorzy prowadzą do izb felcerskich, gdzie wysysają im literalnie krew i ciężko zapracowany grosz. Zaprowadzenie instytucyi lekarzy gminnych byłoby niewątpliwie wielkiem dobrodziejstwem tak dla lekarzy, jak i dla włościan; byłby już czas zabrać się do tego dzieła.

Odpowiednie rozwiązanie kwestyi felcerskiej jest dla naszych leka-

rzy sprawą pierwszorzędnej wagi. Ogół lekarzy zajmuje się niestety u nas tą sprawą za mało; wprawdzie przed kilku laty warszawskie Towarzystwo Lekarskie zaczęło się gorąco nią zajmować; dlaczego jednak w działalności swej szybko ustało nie wiemy.

W jaki sposób może być kwestyja felczerska rozwiązana? Mojem zdaniem, tylko zniesieniem szkoły felczarów i całego stanu felczerskiego tak, jak to ma miejsce we wszystkich prawie państwach europejskich *). Społeczeństwo nie tylko żadnej przez to szkody nie poniesie, lecz przeciwnie wiele na tem zyska; prawdziwej pomocy lekarskiej szukać będzie musiało u lekarzy, a pomoc tę w obec niemałej u nas ilości lekarzy wszędzie i zawsze znajdzie. Wiele zaś czynności wykonywanych dziś często przez felczarów jak upust krwi, zastrzykiwanie podskórne i t. p. wykonywać będą i powinni sami lekarze. Inne zaś czynności niższego rzędu jak stawianie baniek, pijawek, lewatywy i t. p. mogą być doskonale wykonywane przez posługaczy, których mogą kwalifikować szpitale, lub też nawet wyuczyć sami lekarze.

Ani wątpić można, że reforma tego rodzaju prędzej lub później nastąpić musi; dopóki to jednak nie nastąpi musimy zabrać się do walki, ukrócić nadużycia popełniane przez dzisiejszych felczarów, akuszerki i apteki. Walka ta prowadzona być musi konsekwentnie i z godnością przynależną naszemu stanowi i to przez cały ogół lekarzy.

Wystąpienie jednostki nie odniesie skutku, a przysporzy jej wiele przykrości i kłopotu, jak to pokazuje kilka faktów jakie w ostatnich czasach poruszyły ogół lekarzy, prasę lekarską i codzienną.

Wystąpić przedewszystkiem energicznie powinni lekarze urzędujący, inspektorowie lekarscy i lekarze powiatu, w których rękach rzecz można spojczywa los i byt lekarzy.

Przykrym, a jednak słusznym będzie zarzut uczyniony im, że się dotychczas sprawą nadużyć, wykonywanych w wielu oczach przez felczarów, akuszerki i apteki wcale nie interesują. A jednak oni tylko przy pomocy naturalnie innych lekarzy, którzy z nimi powinni iść ręką w rękę, z mocy przysługujących im praw mogliby ogromnie przyczynić się do ukrócenia tego wszystkiego.

W ogólności sprawa bytu lekarzy u nas jest dziś palącą; nie możemy jej nadal traktować obojętnie, jeżeli nie chcemy zasłużyć na miano obojętnych widzów upadku materyjalnego a nawet moralnego naszego stanu lekarskiego i na ciężkie zarzuty jakie nam będzie miała prawo uczynić przyszła generacyja lekarzy.

Feliks Arnstein.

— Według sprawozdania z obrotu i stanu funduszów kassy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych—za rok 1888.—kassa liczyła 626 członków; w ciągu roku zmarło 8 członków. Fundusz żelazny wynosił 317,63 rs. 7 kop. Wsparć udzielono 7 lekarzom oraz 80 wdowom i sierotom po lekarzach—ogółem 4845 rs. Wy-

*) We Francyi obecnie Chevandier projektuje znieść t. z. officier de santé (jest to jak wiadomo coś pośredniego pomiędzy lekarzem i felczarem). W przedwstępnych naradach nad rzezonym projektem minister oświaty przyznał, że w obecnym czasie, ze względu na dostateczną ilość lekarzy, stanowisko officier de santé jest w zupełności zbytecznem (Le. Bullet. méd. 16 Lutego). Przep. Redakcyi.

sokość wsparć waha się między 20—75 rs. cztery razy tylko dochodzą 100 (wsparcia z sum odrębnych, będących także pod zarządem kasy wsparcia bywają większe). Wydatki na administrację instytucji wynoszą 242 rs. 58 kop. Wielu członków zalega w prawidłowej opłacie składek, uderza to zwłaszcza w gub. Lubelskiej i Warszawskiej podczas kiedy Piotrkowska, Radomska, Łomżyńska i Siedlecka przedstawiają b. małe braki. Ogólna summa niedoboru wynosiła 1430 rs. 35 kop.

— Przy urzędzie lekarskim miasta Warszawy ustanowioną została nowa posada (z pensją 1,200 rs.) lekarza higienisty z zadaniem prowadzenia sprawozdań sanitarno-statystycznych, oględziny pod względem zdrowotności domów, rynków i t. p. i dozoru higienicznego nad miastem w ogólności. Na urząd ten powołany został kol. Polak.

— Na posadę miejscowego lekarza w Szpitala Dzieciątka Jezus po ustępującym kol. J. Garbowskiem zamianowanym został kol. Woźnicki. Według uprzednio panującego poglądu na posadę tę naznaczano lekarzy, którzy przebyli kilkoletnią asystenturę szpitalną lub kliniczną a zatem obych już w znacznym stopniu z praktyką szpitalną. Uwzględniano też potrzebę nagłej pomocy chirurgicznej i starano się, aby przynajmniej jeden z miejscowych lekarzy zajmował się specjalnie tą gałęzią medycyny.

— Czytamy we Wiek, że w Włocławku dnia 26 marca dr. (?) Czyński dawał seans hipnotyczny w miejscowym teatrze. Wszystkie eksperymenta, jak pisze korespondent rzeczzonego pisma, w obec asystujących lekarzy udaly się w zupełności. Widocznie, że nowy ten uczyony zamierza z kolei grasować po wszystkich większych miastach i miasteczkach. Dziwnem jest tylko, że umiał zyskać owo niezbędne wszakże na afiszu „za pozwoleniem zwierzchności“, kiedy podobne przedstawienia ogólnie zostały petępione, jako niezmiernie szkodliwe, a we Francji minister zabronił wprost lekarzom wojskowym wykonywania praktyki hipnotycznej. Ciekawą rolę odegrali też owi asystujący lekarze.

— W większych miastach Cesarstwach istnieją przepisy w celu zapobiegania nożności przenoszenia chorób w izbach felczerskich i zakładach fryzjerskich (sycosis, favus, syphilis etc.). Warto by i u nas zwrócić uwagę na różnorzędne „salony“ do strzyżenia i golenia, w których zarówno ręce jak i narzędzia pracowników (grzebienie, szczotki, brzytwy) rzadko odpowiadają wymaganiom prostej czystości, nie mówiąc o antyseptyce. W Kazaniu w każdym takim zakładzie powinna być umywalnia, aby usługujący myli za każdym razem ręce przed czynnością. Trzeba też zaznajomić publiczność z tem — co jej może tu grozić, i tym sposobem w jej ręce włożyć baczenie nad wykonywaniem przepisów.

— Dr. Ostrowski inspektor lekarski guberni Płockiej ustępuje z posady na własne żądanie. Dr. O. mianowany został rzeczywistym radcą stanu.

— W celu rewizji dobrze już przestarzałej ustawy lekarskiej wyznaczoną została przy radzie lekarskiej osobna komisja pod przewodnictwem Dr. Paszutina, prezidenta rady. Do składu jej wchodzi: Prof. Anrep (med. sądowa), Dr. Batalin (inspektor lekarski m. Petersburga), Dr. P. Lieven (członek rady), Prof. Nassilow (chirurg), Dr. Obermüller (szef służby lekarskiej u dworu), Dr. Rogozin (Dyrektor departamentu lekarskiego), Dr. Remmert (główny inspektor lekarski wojsk.), Dr. W. Ssutagin (inspektor lekarski zakładów Cesarzowej Maryi), Dr. Szydłowski (higienista), dalej prawnicy. prof. Andrejewski i Pliuszczyk-Pljuszczewski, chemik prof. Kownalew, geolog prof. Inostrancew i inni.

— Prof. Mikulicz, o którego przeniesieniu z Królewca do Hali na miejsce opróżnione po Volkmanne pisano przedwczesnie, mianowany został tajnym radcą lekarskim (geheime Medicinalrath).

— Otrzymaliśmy pierwszy Nr. nowego wydawnictwa wiedeńskiego „Oesterr-ungar. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften“ redagowanego przez Dr. H. Paschkis i Dr. Th. Zerner jun. Jest to pierwsze w literaturze lekarskiej austriackiej pismo referencyjne. Zadaniem jego ma być jaknajwcześniejsze zeznajamianie czytelników z ważniejszymi pracami literatury krajowej i zagranicznej. W liczbie współpracowników znajdujemy nazwiska najznakomitszych profesorów wiedeńskiego uniwersytetu jak również innych wszechnic monarchii oraz zagranicy, że wymieniamy tu prof. Alberta, Chiari, Kaposi, Monti, Maydla, Neumann, Politzer, Schnitzler, Semmola, Séé. Widocznie uczeni ci uważają pisanie referatów za mniej uwłaczające ich powadze naukowej niż nasze pseudo-powagi miejscowe, którym wielkie prace oryginalne(?) nie pozwalają tracić czasu na tego rodzaju drugorzędne zajęcia. Nowe pismo wychodzić będzie co tydzień w objętości 1—2 arkuszy. W Nr. pierwszym znajdujemy około 40 referatów, głównie z prasy wiedeńskiej. Pomiedzy zagranicznymi referentami spotykamy nazwisko kol. Pacanowskiego.

— Uniwersytet w Bazylei, niedostępny dotąd dla kobiet, postanowił obecnie przyjmować kobiety pochodzenia szwajcarskiego oraz takie, które otrzymały przygotowanie uprzednie w Szwajcaryi.

— Izba badeńska odmówiła petycyi lipskiego związku kobiet żądającej dopuszczenia kobiet do studjów medycyny.

— Stacya i zakład Brehmera dla chorych piersiowych w Gerbersdorf na Szlązku przechodzi pod kierownictwo Dra Wolffa z Hamburga.

— W Wiedniu zawiązało się Towarzystwo dermatologiczne; prezesem jest prof. Kaposi, jego zastępcą prof. Neumann.

— W miejskiej rzeźni w Berlinie urządzony będzie piec do palenia mięsa, które przy oględzinach okazało się nie nadającym do użytku. Zapobiegnie to ostatecznie możności przemycania niedobrego mięsa jak to się dotąd zdarzało.

— Według oficjalnego doniesienia rządu włoskiego choroba epidemiczna „Nona,“ o której przypadkach w rozmaitych miejscowościach donoszą pisma polityczne, zupełnie nie istnieje. Choroby, które zapewne dały powód do rozsiewania tych wieści, były to przypadki zapaści po tyfusie i influenzy a także zapalenia opon mózgowych. W Gazetta degli Ospitali spotykamy opis snu histerycznego u dorosłego mężczyzny przez dni kilka trwającego, był on zapewne przez publikę uważany także za nonę.

— Zmarły niedawny Dr. W. Gull, lekarz przyboczny królowej Anglii pozostawił 341,000 funt. ster. (3½ miliona rubli według kursu) majątku. Z pochodzenia był zupełnie niezamożnym. Do takiej summy nie doszedł dotąd żaden z angielskich lekarzy ani adwokatów. Zdaje się, że nie same honoraria stworzyły tę ogromną summę. Gull miał być nie tylko wielkim lekarzem ale i umiał dobrze obracać pieniędzmi.

— Wielbiciele p. Pasteura w Anglii i angielskich kolonijach ofiarowali wielkiemu uczonemu wspaniałe album. Na pierwszej stronie stoi napis: Wielkiemu Pasteurowi, dobroczyńcy rodzaju ludzkiego, z podpisem księcia Walii, za którym następują podpisy profesorów z Oksfordu, Cambridge, Edyburga, Glasgow, Aberden, St. Francisco, Toronto i Montreal. Następnie idzie strona napisana hieroglyfami egipskiemi z podpisem Briths Mu-

zeum. Dalej wyciąg z Rig-Véda przez prof. Max. Müllera. Oprócz tego znajdują się tam podpisy Gladstona, pr. Huxley'a, Listera, członków parlamentu, różnych znakomych osób (Alma Tadema) etc.

— Dr. J. J. Obolenski, od lat wielu lekarz miejski w Blafmie gub. Tambowskiej, wstąpił do miejscowego klasztoru.

— Minister spraw wewnętrznych Spuller, dał objaśnienie w kwestyi osiedlania się lekarzy obokrajowców we Francyi, że nie można stawiać dyplomów francuzkich na równi z zagranicznymi, z powodu rozmaitej wartości tych ostatnich. Koniecznym jest uprzedni egzamin. Mogą tu wszakże robić wyjątki, o czem orzekać będzie „Conseil supérieur de l'instruction publique”. Zato każdy obcy lekarz może wykonywać swą praktykę u wód francuzkich, o ile to dotyczyć będzie przebywających tam jego współziomków.

NEKROLOGIJA.

Ś. p. Konstanty Miler dr. med. zmarł w Chomentowie gub. Kieleckiej d. 6 b. m., w wieku lat 65.

Urodzony we Lwowie także pierwsze odebrał wykształcenie; kursa medyczne przeszedł w Krakowie i we Wiedniu. Na kursach już odznaczał się biegłością w anatomji i już jako student został asystentem przy sławnym anatomie Hyrtlu; preparata anatomiczne przez Milera wykonane należały do najlepszych i służyły po części jako materyjal do muzeum anatomicznego. Osiedlwszy przed trzydziestu prawie laty w Warszawie, zmarły dał się poznać jako zdolny chirurg; przez kilka lat pełnił obowiązki ordynatora w szpitalu ewangelickim. Ś. p. Miler znany był z cnót koleżeńskich i z prawości charakteru. Rozległą posiadał praktykę, ale nigdy się ku niej nie kwapił, nie tylko gardząc reklamą, błagą i rozmaitemi środkami wątpliwej wartości etycznej ku rozwinięciu takowej, ale raczej nawet obojętność okazywał ku praktyce, która go sama szukała. Przed kilkoma laty opuścił Warszawę i na wsi osiadł dla odpoczynku, atoli zachorowawszy na diabetes po długich cierpieniach zaeny żywot zakończył.

— W Paryżu zmarł w wieku lat 62 znakomity chirurg prof. Trelat.

— W Berlinie P. Niemeyer, autor wielu prac medycznych.

Od Redakcyi.

Odpowiedź na list w kwestyi szwów chirurgicznych pomieszczoną będzie w przyszłym N-rze.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

MARZEC 1890.

A. Szpanbok. O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej, przy podniesionem i obniżonem ciśnieniu krwi w tętnicach. (G. L.)

- O. Bujwid.* Bakteryjologiczne badania warszawskiego mleka i kilka słów o potrzebie wyjalawiania. (G. L.)
- A. Rosental.* Afazyja i bezwład ogólny postępujący. (G. L.)
- Dr. med. A. Elsenberg.* Grzybek parcha przy „favus herpeticus” (G. L.)
- L. Czarkowski.* Wyleczenie czarnej krosty powiek za pomocą podskórnych zastrzykiwań kwasu karbolowego. (G. L.)
- J. Serwiński.* Influenza w Sochaczewie i jego okolicy. (G. L.)
- L. Babiński.* Sześć spostrzeżeń wysypki ostrej, przypominającej t. zw. „dengue”. (G. L.)
- H. Oderfeld.* Trzy przypadki raka kończyn. (G. L.)
- A. Chełmoński.* Leczenie przewlekłej gruźlicy płucnej za pomocą gorącego powietrza. (G. L.)
- A. Langie.* O wilku pierwotnym krtani. (P. L.)
- Prof. dr. W. A. Gluziński.* Kilka uwag o przebiegu influenzy w Krakowie. (P. L.)
- Prof. dr. Pieniżek.* O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia (P. L.)
- Dr. F. Obtulowicz.* Przyczynek do sprawy plantacji zębów. (P. L.)
- Dr. T. Bąkowski.* Przyczynek do kazuistyki pasorzytów wrzekomych u człowieka. (P. L.)
- Dr. Kochler.* Zapalenie środkowego ucha, jako choroba następcza influenzy. (N. L.)
- Dr. Stamphe.* Kilka uwag z powodu gorączki zwanej „dengue” i epidemii grypy (influenzy). (N. L.)
- Dr. W. Świdorski.* Kilka słów o epidemii grypy (influenza w Poznaniu i bliższej okolicy). (N. L.)
- Dr. Zielewicz.* Konserwatywne leczenie rozległych raków wargi dolnej. (N. L.)
- Dr. Gryglewicz.* Liquor ferro-manganatus peptonatus (Reysser). (N. L.)
- St. Radziszewski.* Kilka przypadków amputacji z następczem zastosowaniem opatrunków jodoformowych. (M.)
- T. Stępniewski.* Endemija ospy w Warszawie od Lipca 1889 do Marca 1890. (M.)
- Dobrzycki.* O potrzebie oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych. (M.)
- J. Majkowski.* Sprawozdanie lekarskie o chorych leczonych w zakładzie zdrojowo-kąpielowym i letnim szpitalu Ś-go Mikołaja w Busku podczas pory kąpielowej 1889 r. (M.)
- Dr. med. J. Siemiński.* O znaczeniu higienicznem rozpuszczonego w wodzie tlenu. (Z.)

Do dzisiejszego Numeru dołącza się ogłoszenie o Instytucie szczepienia ospy ochronnej (krowianki) D-rów Wład. Mączewskiego i Konst. Sierpińskiego.

OGŁOSZENIA.

Nakładem Administracji „Wiadomości farmaceutycznych“ wyszła
praca p. t.

ZARYS MIKROCHEMII

mineralnej i organicznej

opracowana przez

M. HEILPERNA.

Cena kop. 60, z przesyłką rekomendowaną kop. 80.

COPAHON
APTEKARZ
K. LEROWSKI
133 Marszałkowska 133
Z pozwolenia Departamentu Medycznego
WYRABIA
СОПАНОН
niezawodny przeciw rzerzączce
Cena fla: rs. 1.

Wino piołunowe gorzkie (Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem,
jak również i na francuskiem desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

Apteka H. Biertümpfla

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Liquor ferri albuminati Grüning

(Natrium ferri albuminatum liquidum).

Wprowadzony przezemnie do handlu, właściwym sposobem otrzymany roztwór, odznacza się doskonałemi własnościami terapeutycznemi.

Nie psuje się, zawiera 0,5% tlenu żelaza i wyrównywa zupełnie własnościom roztworu białkanu żelaza Drees'a.

N. B. Z powodu istnienia licznych przetworów białkanu żelaza, należy przepisywać:

„Liquor ferri albuminati Grüning.”

Skład główny na Królestwo w aptece **Wendy i Wiorogórskiego**, N. 45 Krakowskie Przedmieście w Warszawie.

W. Grüning,

Mag. farm. w Połudze.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

SKŁAD

MATERYAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specyalia zagraniczne. — Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCOUSKIE.

APTEKA

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

ma honor podać do wiadomości pp. Doktorów, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy, podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera $1\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera $2\frac{1}{2}$ żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylon coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają $2,34\frac{1}{2}$ Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera $2\frac{1}{2}$ pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do $1\frac{1}{2}$ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniejsze i 50% tańsze od zagranicznych. **Fiaszka ekstraktu miodowo-ziółto-słodowego kop. 75**, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu lub żelaza i chinu rs. 1. **Paczka karmelków kop. 15**. Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. **Główny skład** w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa, w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Kownie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pączkowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo-Ruskim Towarzystwie aptecznym, w Wilnie u Segala, w Tyflisie u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszkowskiego.

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje jak zawsze

w **Karlsbadzie**

Kreuzgasse Insel-Rügen.

3—1

ROK XXIV.

GAZETA LEKARSKA

Pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom medycyny naukowej i praktycznej, wychodzić będzie w roku 1889, a 24-ym od założenia Gazety, według tegoż samego programu jak dotychczas.

Roczny tom Gazety Lekarskiej zawiera przeszło 1200 stron druku, wiele drzeworytów i tablic litografowanych.

Warunki prenumeraty: w Warszawie rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. Wł. Gajkiewicz** (Marszałkowska 115).

Wydawca: **Dr. St. Kondratowicz** (Marszałkowska 119).