

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

Z kliniki wewnętrznej Rady tajnego Profesora Doktora Riegel'a  
w Giessen.

## SPRAWDZENIE DOŚWIADCZEŃ GRÜTZNERA nad losem wlewań do kiszki stolcowej u człowieka i zwierząt.

PODAŁ

*Dr Józef Swieżyński,*

asystent szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W roku 1869 znaleźli Voit i Bauer w doświadczeniach nad psem, że błona śluzowa kiszki stolcowej i okrężnicy nie wchłania emulsyi jaj kurzych z wodą, przeciwnie zaś wchłania takąż emulsyę bardzo łatwo po dodaniu do niej niewielkiej ilości soli kuchennej. Twierdzenie powyższe sprawdził w roku 1871 Eichhorst, używając do doświadczeń również psów. Ewald powtórzył w 1887 roku doświadczenia powyższe u człowieka i orzekł na zasadzie swych prób, że wessanie białka jaja kurzego następuje i bez domieszki soli kuchennej do lewatywy. Sprzeczność swych rezultatów z wynikami poprzednich autorów tłumaczy on po pierwsze

tem, że robił doświadczenia swe na ludziach, powtóre nie dość dokładną metodą określania ilości wessanego białka, stosowaną przez swych poprzedników. Voit, Bauer i Eichhorst oznaczali wessanie za pomocą zwiększenia ilości mocznika w moczu, Ewald zaś oznaczał je za pomocą zmniejszenia ilości azotu w kale i zwiększenia ilości mocznika w moczu. Huber w 1891 roku zajął na podstawie swych doświadczeń u człowieka stanowisko pośrednie, znalazł on bowiem, że białko jaja kurzego nawet bez dodania soli kuchennej ulega wessaniu przez kışzkę stolcową, lecz w ilości znacznie mniejszej, aniżeli to ma miejsce przy dodaniu jednoczesnem soli do lewatywy.

Fakt zwiększenia ilości rezorbowanego przez kışzkę stolcową białka za dodaniem soli kuchennej zdaje się zatem istotnie dowiedzionym, wytlómaczenia jednak, jak i w jaki sposób sól kuchenna wessanie białka ułatwia, nie dają nam doświadczenia powyższe. Próbę w celu wytlómaczenia tego faktu pierwszy zrobił Grützner. Uważa on za dowiedzione przez doświadczenia swe, ogłoszone w roku zeszłym, o których później, że roztwór fizyologiczny soli kuchennej, wprowadzony do kışzki stolcowej, wywołuje powrotny ruch kışzki, być może retroperystaltykę muscularis mucosae, w sposób podobny, jak kryształ soli kuchennej w znanych doświadczeniach N o t h n a g l a w zetknięciu z błoną surowiczą kışzki wprawia w ruch antyperystaltyczny zewnątrzną warstwę mięśniową. Wywołana przez sól kuchenną antyperystaltyka przenosi według autora cząsteczki białka z lewatyw odżywczych do wyżej położonych odcinków kışzek, gdzie białko ulega wessaniu.

Na zasadzie swych doświadczeń G. czuł się uprawnionym do twierdzenia, że oprócz głównego, właściwego prądu zawartości kışzek, ma miejsce i w warunkach fizyologicznych powrotny prąd przyścienny płynów i drobno podzielonych cząsteczek stałych. Prąd ten, trzymając się ścianek kışzki, dąży ku górze, aż do żołądka, co umożliwia zupełne wyzyskanie miazgi pokarmowej.

Pomijając pytanie o zasadności wspomnianej teorii, doświadczenia Grütznera zdają się w każdym razie dowodzić, że w sprawie zużytkowania lewatyw odżywczych prócz



wchłaniania przez błonę śluzową kiszki grubej, gra rolę drugiego mechanizmu, mianowicie wędrówka wprowadzonych przez odbytych mas do górnych odcinków kiszki, gdzie mogą ulegnąć trawieniu. Jeżeli już na zasadzie doświadczeń Voita i Bauera stosowanie zalecanych przez Leube'go lewatyw z mięsa wraz z trzustką wołową i wogóle przygotowanca peptonizacya ciał białkowych wydaje się poniekąd zbytęczną, to doświadczenia Grütznera, jak to zaraz zobaczymy, dają nową podstawę do polegania na działaniu odżywczem zwyczajnych emulsyi z jaj i wogóle drobno roztartych pokarmów z przymieszką soli kuchennej.

Doświadczenia Grütznera są następujące. U białych szczurów, królików, świnek morskich, kotów, głodzonych, przez 24 godziny przed doświadczeniem, wprowadzano pod umiarkowaniem ciśnieniem do kiszki prostej w roztworze fizyologicznym soli kuchennej (0,6%) zawiesinę węgla zwierzęcego lub krochmalu, drobno pokrajanego włosia końskiego i ziarenek maku. W 4 do 6 godzin po wlewaniach był Grützner w stanie skonstatować za pomocą mikroskopu obecność wprowadzonych cząsteczek w żołądku i całym przewodzie kiszkowym za wyjątkiem kiszki prostej. Obecności ciał wspomnianych nie można było dowieść, gdy do przygotowania zawiesiny używano nie roztworu soli kuchennej, a wody destylowanej, 1/10% roztworu kwasu solnego lub 0,6% roztworu chlorku potasu. Również u ludzi, którym rano naczczo wprowadzał zawiesinę krochmalu w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, stale i w każdym preparacie mikroskopowym z otrzymanego za pomocą sondy około południa soku żołądkowego znajdował Grützner ziarenka krochmalu. Przypuszczając z góry zarzut, że zwierzęta, czyszcząc się i liżąc, mogły wprowadzać drogą zwykłą omawiane substancje per os do żołądka, zaznacza autor, iż stosował środki ostrożności, mianowicie obmywał dokładnie zwierzęta po każdym wlewaniu i przenosił je natychmiast po defekacyi do nowej klatki.

Powróć później do omówienia tego zarzutu. Przedewszystkiem wspomnieć muszę o powtórzeniu doświadczeń Grütznera, które podjął Christomanos w laboratorium Nothnagla. Christomanos dzieli swe doświad-

czenia na dwie kategorie. Do pierwszej zalicza on doświadczenia, przeprowadzane ściśle podług metody Grütznera. Druga kategoria różni się od pierwszej wprowadzeniem nowych, bardziej pomysłowych środków ostrożności, uniemożliwiających zlizywanie wydzielonego kału przez zwierzę, poddane doświadczeniu. Myszy białe przywiązywał Ch. na stole wiwiskcyjnym, królikom w narkozie lub bez przecinał i przewiązywał w dwóch miejscach przelyk, w innym większym szeregu doświadczeń na królikach stosował zaciskadło gębowe C z e r m a k a. Wogóle robił Ch. doświadczenia na białych myszach, królikach, żabach, gołębiach i u ludzi. Do wlewań, odrzuciwszy węgiel, jako stale prawie znajdujący się w żołądku zdrowych ludzi i zwierząt, używał Ch. zawiesiny karminu, berlinerblau, czerwono i niebiesko zabarwionego lycopodium, tłuszczu Alkana.

Pierwsza kategoria doświadczeń dała wyniki zgodne z wynikami Grütznera, drugi szereg doświadczeń przy wspomnianych środkach ostrożności dał bez wyjątku wyniki ujemne: w 6 przypadkach nie widział Ch. przejścia lewatywy nawet poza zastawkę Bauhina. Ujemny wynik dały i 8 z pomiędzy 10 doświadczeń na zdrowych ludziach i 10 prób, które eksperymentator wykonał na sobie samym, po części z lycopodium, po części z bismuthum subnitricum, stwierdzenie obecności którego ma być łatwym wskutek zabarwienia kryształów na czarno po przejściu przez przewód kiszkowy.

Niezdgodność rezultatów Grütznera i Christomanosa wydaje się nie do wytłómaczenia, gdy wspomnimy o różnicy wyników, jaką otrzymywał Grützner, stosując lub nie dodając do lewatyw soli kuchennej. Nie można się zgodzić na tłómaczenie Chr., że zwierzęta chętniej zlizywać mogą smaczne zawiesiny w roztworze soli kuchennej, aniżeli niesmaczne w rozcieńczonym kwasie solnym, lub chlorku potasu. Zwierzęta nie znają smaku swych wydzielin z góry, a przy tem zawiesiny w zwykłej wodzie przekroplonej musiałyby im chyba smakować nie gorzej, niż także same w roztworze soli kuchennej.

W urzędzeniu doświadczeń Christomanosa środki ostrożności stosowane przezeń nie są bez zarzutu. 6-cio godzinne



skrępowanie na stole wiwisekcyjnym, przecięcie i przewiązanie przelyku — wszystko to są warunki, wśród których ruch robaczkowy kiszek znacznym może ulegć zmianom. Nawet nieodzowne zaciskadło gębowe Czermaka wywołuje, jak to wiem z własnych mych doświadczeń, stan bardzo silnego pobudzenia.

(D. n.)

NIEZWYKŁY PRZYPADEK  
zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego,  
Z NASTĘPCZYM ZATOREM TĘTNICY SYLVIUSZA  
oraz bólami i obrzękiem  
pochodzenia ośrodkowego.

PODALI

*J. Zawadzki i L. E. Bregman.*  
*J. Zawadzki i L. E. Bregman,*

ordynatorzy kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha.

Przypadek, który poniżej podajemy, zasługuje niewątpliwie na szczególną uwagę nie tylko ze względu na powikłania, ale również jako odznaczający się niezwykłym przebiegiem klinicznym. To też nie wahamy się z ogłoszeniem go na tem miejscu, gdyż stanowi bardzo ważny przyczynek do zapaleń wsierdzia, oraz do wyjaśnienia powstawania bólów w ośrodkach mózgowych.

St. F., lat 17, szwaczka, przybyła na klinikę terapeutyczną w szpitalu Ś-go Ducha, opowiadając co następuje: Przed miesiącem mniej więcej, ulegając namowom, wstąpiła do domu publicznego, gdzie po raz pierwszy miewała stosunki płciowe. Po kilkudniowym tam pobytku pod

wplywem wstydu i strachu, jaki wywarło na nią nowe otoczenie, jak mówi, zapadła na zdrowiu, dostała mianowicie silnego bólu głowy, poczuła dreszcze, ogólne rozłamanie, bóle w stawach i mięśniach jednocześnie z silną gorączką. To zmusiło ją udać się do szpitala Ś-go Rocha, gdzie przebyła 6 dni. Stan chorej poprawił się tu znacznie, powróciwszy jednak do poprzedniego życia po kilku dniach poczuła znów bóle w mięśniach, ogólne rozłamanie, a co gorsza, wystąpiło uczucie osłabienia w kończynach dolnych. Ostatni ten objaw zmusił chorą do ponownego zapisania się do szpitala. F. pochodzi z rodziny zdrowej, nie obarczona dziedzicznością. Pierwsza miesiączka przed rokiem, odtąd prawidłowo co 4 tygodnie bez bólów. Aż do tego czasu zawsze była zdrowa, od lat wielu zajmuje się szyciem.

Przy badaniu dnia tego znaleziono: Wzrost wysoki, budowa ciała prawidłowa, kościec i układ mięśniowy rozwinięte dobrze. Tkanka podskórna w ilości dość znacznej, skóra i błony śluzowe nader blade. Prawa żrenica szersza, oddziaływanie na światło w obu leniwe.

Po stronie prawej niedowład górnej i dolnej kończyny, odruchy ścięgniste po obu stronach słabe, słabsze po stronie dotkniętej niedowładem. Czucie skórne zniesione na całej prawej połowie ciała, nie wyłączając twarzy i języka.

Przy badaniu narządów wewnętrznych w płucach zmian żadnych nie znaleziono, tępość serca zwiększona w obu wymiarach, u wierzchołka serca słychać szmer po drugim tonie (praesystolicus), na miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej wzmożenie drugiego tonu. Tętno szybkie, regularne, 90 na minutę. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny. Granice wątroby i śledziony prawidłowe. Mocz białka, cukru, ani innych nieprawidłowych części składowych nie zawierał.

Badanie narządów płciowych wykazało: Wargi sromne wielkie przylegają do siebie, lechtaczka i małe wargi rozwinięte prawidłowo, błona dziewicza rozerwana ku tyłowi, z pochwy wydziela się śluzowo-ropna wydzielina. Część pochwowa macicy nieco zaczerwieniona, pokryta na pozór zdrowym nabłonkiem, macica mała, ruchoma, w tyłopochyleniu. Z zewnętrznego otworu szyjki wyciek śluzowy w niewielkiej ilości.

Przy pomocy łaskawej kol. H. Kucharzewskiego zebrano śluz z macicy oraz wypływ z pochwy do badania bakteryologicznego. Kol. K. zakomunikował mi następujące wyniki: wypływ z macicy jałowy, wypływ z pochwy zawierał (hodowla): staphylococcus pyogenes albus i micrococcus tetragenesis. Gonokoków przy badaniu metodą Turró (hodowla na żelatynie kwaśnej) nie wykryto.



2/III. Chora uskarża się na silny ból głowy bez wyraźnego umiejscowienia. Rozwolnienie (4 stolce płynne). Ruchy w kończynach prawych nieco większe. Zalecono *Natr. salicyl.*

3/III. W nocy dreszcz wstrząsający, ból głowy trwa dalej, rozwolnienie jak dnia poprzedniego.

5/III. Dreszcze codzienne. Rozwolnienie ustało po magisterium *bismuthi.*

6/III. Ból głowy mniejszy, dreszcze jak dawniej.

7. Ruchy w kończynach porażonych prawie wróciły. Żrenice od działują na światło. Czucie skórne nie wróciło.

10. Znow wróciło rozwolnienie, które ustało dopiero po 2 dniach. Dreszcze.

13. Tętno 98. Chora uskarża się na duszność i ból kłujący w bokach. Przy badaniu stwierdzono: anemia większa; po stronie prawej szyi szmer żylny. Stłumienie ogłosu opukowego w dolnych ustępach klatki piersiowej głównie po stronie prawej. Oddech w górnej części zaostrozony, w dolnej osłabiony, drżenie klatki piersiowej po stronie prawej zniesione w dolnej części. Tępość serca, poczyna się od 3 ż. z góry, z prawej strony od prawej *linea parasternalis*, z lewej do lewej linii utkowej. Tony serca czyste. Pulsacya w żyłach szyjowych. Brzuch wzdęty, bolesny na ucisk w okolicy żołądka. Czucie i ruchy w prawej połowie ciała wróciły.

14. Język obłożony, bóle znikły. Duszność. Rozwolnienie ustało. Dreszcz rano.

15. Wczoraj wieczorem dreszcze, rano ponownie. Brzuch bolesny w okolicy wątroby. Śledziona niewymacalna. Oddech w lewej stronie klatki piersiowej słyszalny, z prawej strony u dołu niesłyszalny, U obu wierzchołków oddech nieokreślony. W moczu białka niema.

18. Przez trzy dni poprzednie dreszcze. Tony serca słabe, ale czyste, tępość serca nieco zmniejszona od góry.

19. Bóle w lewym stawie biodrowym. Bolesność przy ruchach biernych i czynnych.

21. Bóle w stawie mniejsze, skarży się na klucie w boku prawym.

22. Bóle w stawie przy ruchach bardzo małe. Przy zginaniu w stawie biodrowym, bóle strzelające w stawie kolanowym. W zupełnym spokoju kończyny, szczególnie w nocy, bóle w kończynie nader żywe.

23. Nadeżność skóry mniejsza. Duszność. Bóle w stawie ustały.

24. Dreszcze codziennie. Duszność silna. Tętno 120.

25. Czuje się nieco lepiej, z opłucny z prawej strony (9 międz.-ż.) wydobyto płyn surowiczny. Badanie bakteriologiczne wykazało obecność: streptococcus pyogenes, staphylococcus pyogenes albus, micrococcus tetragenes (Kucharzewski). Gonokoków nie wykryto.

28/III—18/IV. Wybitnych zmian w stanie chorej nie było, dreszcze codziennie nader silne, salicyl i chinina bez skutku. Ciepłota, patrz krzywa. Anemia coraz większa.

19/IV. Wystąpiły obrzęki nóg, większe po stronie prawej. W moczu 0,20/100 białka, walczków nie wykryto.

22. Obrzęki większe. Stan chorej ogólny bez zmiany.

27. Obrzęki zmniejszają się.

29. Bóle klujące po prawej stronie klatki piersiowej. Przy badaniu znaleziono pod prawą łopatką oddech osłabiony, liczne trzeszczenia.

3/V. Bezsensowność, bóle w prawej dolnej kończynie. Wybitna nadczułość skóry w tej kończynie. Bóle te występują szczególnie w nocy, przy ruchach nie zwiększają się, przy dotyku bardzo silne. Noga nieco obrzękła, innych zmian w stawach kończyny i mięśniach nie znaleziono.

6. Bóle silne w prawej górnej kończynie. Silna nadczułość skóry. W dolnej bóle i nadczułość mniejsze. Chora leży na lewym boku. Obrzęki nóg, szczególnie po stronie prawej, większe. Białko w moczu, walczków niema.

11. Na tylnej powierzchni łydki prawej ze strony wewnętrznej na wewnątrz od s. Achillesa obrzęk skóry silnie napiętej, bladej. Ciepłota podniesiona. Bolesność w tem miejscu bardzo wielka. Ruchy w stawie stopowym niebolesne.

13. Bóle w prawej kończynie dolnej nader silne, w górnej mniejsze. Bezsensowność.

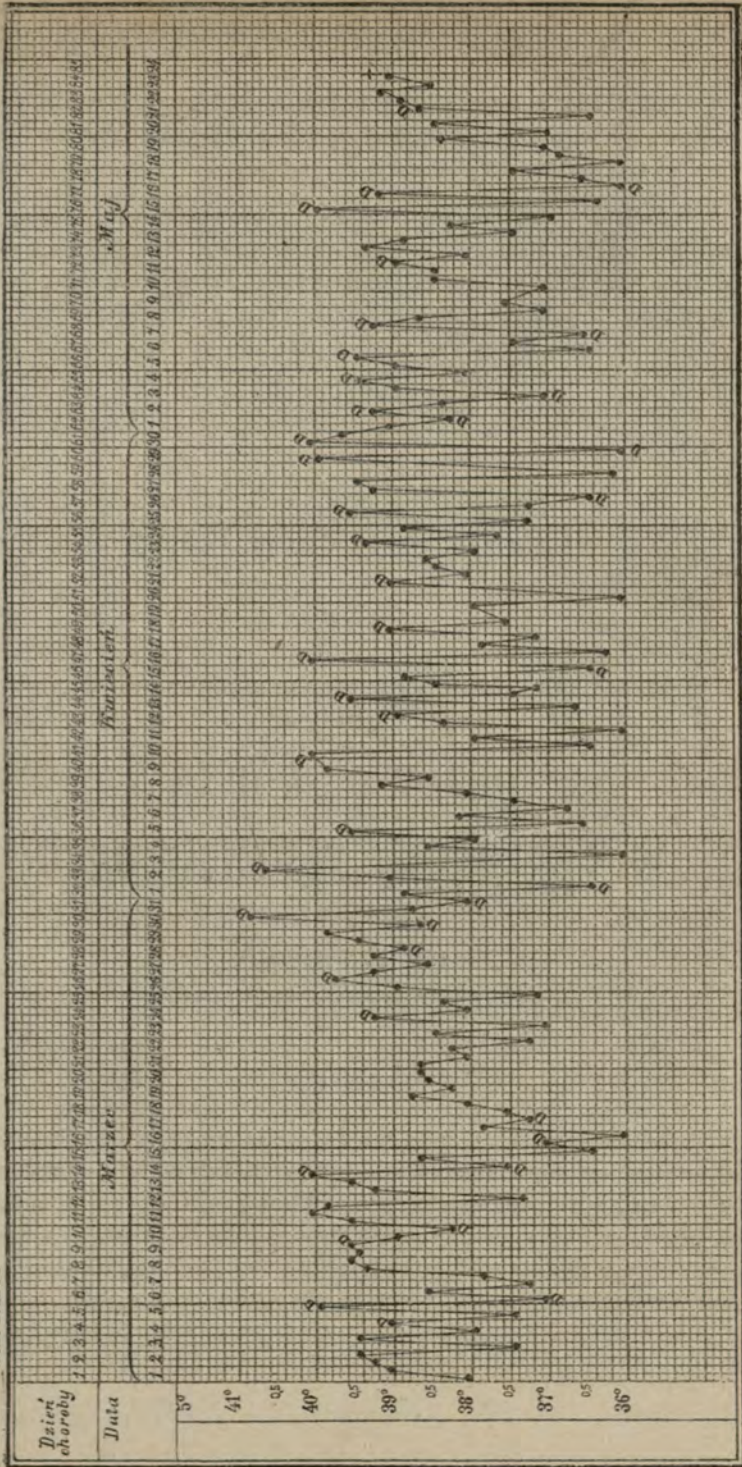
15. Bóle mniejsze.

20. Silny kaszel suchy. Oddech z prawej strony więcej słyszalny, trzeszczeń mniej, w lewym płucu u dołu zaostrenie oddechu. Anemia coraz większa. Ogólne osłabienie. Bóle i obrzęki mniejsze.

22 W nocy z d. 21 drgawki, których bliżej określić nie można było, gdyż sąsiednie chore dawały odpowiedzi niedokładne. Rano zastałem monoparesis prawej górnej kończyny. Język zwrócony na prawo, twarz wykrzywiona ku stronie lewej. Żrenice słabo oddziałują na światło. Chora nieprzytomna, nie odpowiada na pytania. Tętno 120 małe.



S.F. r. 1895



D oznacza drzewca wstrząsający • cięnotę ciężką

23. Kał i mocz oddaje bezwiednie. Mowa nie wraca, przytomność nieco większa. Przelykanie zniesione. Tętno nitkowate.

24. Zmarła o 3 g. w nocy.

Badanie pośmiertne (E. Zieliński): Anaemia eximia. Oedema et anaemia cerebri. Ramollitio corporis striati sinistri et part. internae corp. lenticularis. Embolia completa arteriae fossae Sylvii sinistrae. Oedema pulmonum, Hepatitis pulmonis dextri. Tumor lienis (Sago-milz). Hepar moschatum. Renes albi magni. Anaemia mucosae tractus intestinalis. Uterus infantilis. Corpora lutea in ovariis. Endocarditis valvulae bicuspidalis verrucosa. Hypertrophia cordis. Hydropericardium.

Oto w krótkich zarysach przebieg choroby u naszej chorej, który uzupełnia dołączona krzywa ciepłoty za cały czas jej pobytu w szpitalu.

(D. n.)

---

## OBJAWY SKÓRNE w chorobach wewnętrznych.

Podał

**Fr. Giedroyc.**

Ordynator szpitala św. Łazarza.

(Dalszy ciąg.)

Za istnieniem związku między zmianami spostrzeganymi na skórze, a cierpieniem ośrodków nerwowych, lub nerwów obwodowych przemawiają liczne spostrzeżenia kliniczne i eksperymentalne. Niekiedy pewna zmiana anatomiczna w jakiejś części systemu nerwowego tak stale idzie w parze z pewną zmianą na skórze, że ich wzajemna zależność nie może ulegać zaprzeczeniu.



Na zależność pewnych wykwitów skórnych od systemu nerwowego wskazują: 1) umiejscowienie ich na jednej połowie ciała lub na symetrycznych obszarach z obu stron, 2) umiejscowienie odpowiednio przebiegowi pewnego nerwu obwodowego i jego rozgałęzień, 3) stale nieraz współtowarzyszące objawy pewnym wykwitom skórnym, jako to, bóle nerwowe lub zaburzenia czuciowe wogóle.

Co do symetrii w umiejscowieniu, należy zauważyć, że pewną rolę odgrywają w tem zapewne jednakowe anatomiczne stosunki skóry w symetrycznych punktach.

Ważniejsze wyniki doświadczeń, podjętych w celu przeświadczenia się o stosunku cierpień skórnych do stanu ośrodków nerwowych, można streścić w sposób następujący: Charcot przyszedł do przekonania, że samo zniszczenie tkanki mlecza pacierzowego nie wywołuje zmian odżywczych w skórze części porażonych, dopóki się nie przyłączy do niego sprawy zapalne. Brown-Séquard zwrócił również uwagę, że zaburzenia odżywcze skóry, n. p. owrzodzenia, które się pojawiały wkrótce po zniszczeniu mlecza, powstawały istotnie tylko dzięki temu, że zwierzę z powodu nieczułości i bezwładu nie mogło się ochraniać od wpływów szkodliwych zewnętrznych (obrażeń). Inaczej się rzecz ma, gdy do uszkodzeń mlecza przyłączy się sprawy zapalne; wtedy występują na skórze wykwity, stale prowadzące do owrzodzeń i zgorzeli. Charcot i Bärensprung mieli sposobność przekonać się, że proces zapalny ograniczony w nervi spinales może wywołać na skórze *herpes zoster*. Wykwity skórne, występujące u tabetyków, mają, zdaniem Charcota wspólne źródło pochodzenia z charakterystycznymi dla tej choroby bólami. Jarisch badał mikroskopowo mlecz przy *lupus erythematosus*, *herpes iris* i *psoriasis vulgaris* i znalazł zmiany zapalne w szarej substancji w tych właśnie miejscach mlecza, w których, podług Charcota, znajdują się ośrodki troficzne skóry i twierdzi, że pomiędzy cierpieniami skóry i zmianami w przednich rogach musi zachodzić związek przyczynowy. Irsai i Babesin (1882) powtórzyli wzmiankowane doświadczenia Charcota na psach i przyszli do następujących wniosków: 1) po jednostronnem uszkodzeniu (trauma) mlecza, lub po zastrzyknięciu płynu drażniącego występują tylko odpowiednie porażenia bez zmian skórnych, 2) po kilku

dniach, kiedy się już rozwinię sprawą zapalna, na skórze odpowiedniej strony występują wykwit, które, z chwilą rozejścia się zapalenia wszere, ukazują się i na drugiej stronie, 3) jednocześnie z wysypką występuje na tej samej przestrzeni zanik skóry.

Rozmaitość postaci cierpień skórnych pochodzenia nerwowego charakteryzuje najlepiej klasyfikacya Leloir'a, który odróżnia następujące dermatoneurozy: 1) **Czuciowe**, które się zaszadzają na objawach wyłącznie podmiotowych, na zaburzeniach w czuciu skórny. Tu należą różne postaci naczulności i nieczulności skóry (*Pruritus, dermalgia, hyperalgia, paraesthesia, anaesthesia*). 2) **Ruchowe** (motoryczne), cechujące się jedynym objawem, mianowicie skurczem włókien mięśniowych, głównie *musculorum arrectorum pilorum*. Typem ich jest tak zwana „gęsia skórka.” 3) Nerwice **naczyniowe** skóry (*angioneuroses seu vasomotorneuroses*), t. j. cierpienia skóry pochodzenia nerwowego, które powstają przez nienormalne rozszerzenie lub skurcz naczyń z następczem wskutek tego zaburzeniem w odżywianiu skóry. Tu należą niektóre rodzaje przekrwienia i niedokrwistości skóry, różycy, pokrzywki, obrzęków i hemoragij. 4) Dermatoneurozy **odżywcze** (troficzne), czyli **trofoneurozy** skóry z dwoma podziałami: form czystych, bez zaburzeń naczynioruchowych, i form mieszanych. Tu należą niektóre rodzaje pryszczycy (*eczema*), wyprysku (*herpes*), pierzchnic (*lichen*), pęcherzycy (*pemphigus*), owrzodzeń (*Malum perforans*), zgorzeli, niektóre obrzęki i zmiany w zabarwieniu skóry. 5) Dermatoneurozy **wydzielnicze** czyli gruczołowe, charakteryzujące się zaburzeniami w czynnościach wydzielniczych gruczołów skórnych skutkiem cierpień nerwowych. Tu należą: nadmierne poty lub brak ich (*hyperhydrosis et anhydrosis*), niektóre postaci trądzika (*acne*), *seborrhoeae*, *alopexiae*, oraz pewne cierpienia paznogi.

Zauważono nieraz, że wybuchy ciężkiego cierpienia **ośrodkowych narządów** układu nerwowego bywają poprzedzone zmianami na skórze pod postacią wysypek; widziano w tych razach *erythematata, oedematata, haemorrhagias, eruptiones papulosas et vesiculosas, vitilliginem*; Henryk Leloir zaproponował nazwać z tego powodu wykwit te „*dermatoneuroses indicatrices*.” Niekiedy znowu zmiany skórne mogą wystąpić nie tylko w roli zwiastunów, zapowiadających możliwość pewnych cierpień nerwowych, ale wprost jako wskazówki rozpoznawcze mniejszej lub większej do-



niosłości, tak n. p. wiemy, że przy krwotoku mózgowym skóra policzka po stronie porażonej bywa wygładzona, gdy — przeciwnie—po stronie zdrowej fałdy i zmarszczki są wyraźniejsze. Przy porażeniu nerwu twarzowego z jednostronnym bezwładem twarzowym wszelkie zmarszczki i bruzdy na policzku i czole wygładzają się, stanowiąc rażący kontrast ze zdrową stroną twarzy. Odwrotnie się stało w przypadku opisanym przez N o t h n a g l a w r. 1891: u dotkniętej *neuritide nervi trigemini* z następczą *hemiatrophia facialis progressiva*, kobiety 22 letniej, chora połowa twarzy wyglądała jak u 70 letniej staruszki.

Starano się wreszcie z zaburzeń odżywczych, spostrzeganych na skórze wskutek zmian ogniskowych mózgu, określić siedlisko tych zmian, mianowicie J o f f r o y, opierając się na czterech przypadkach, wypowiedział zdanie, że najczęściej spotykana w tych razach ostra zgorzel na pośladku i półpasiec na kończynach mają swe siedlisko anatomiczne w zrazach tylnych, lecz spostrzeżenia innych autorów nie pozwalają na tak stanowczy wniosek, wiadomo tylko, że pomienione zmiany odżywcze skóry znajdują się po stronie porażonej.

Tu również wspomnieć należy o wpływie **wzruszeń psychicznych** na powstawanie cierpień skórnych, na co zwrócili uwagę jeszcze A l i b e r t i C a z e n a v e. Wymienioną przyczynę niektórzy z badaczy przeceniali wprawdzie, inni wszakże, jakby dla równowagi, nie uwzględniali jej niemal zupełnie. L e l o i r zebrawszy odpowiednie przypadki, podzielił omawiane cierpienia skórne na dwie grupy: 1) takie, które powstają pod wpływem długotrwałych wpływów psychicznych i 2) takie, które występują skutkiem nagłego, krótkotrwałego wstrząsu (*shoc moral.*); dla powstania w tych warunkach zmiany na skórze niezbędnem jest, naturalnie, szczególniejsze usposobienie, jak ze strony skóry, tak i systemu nerwowego. Oto kilka przypadków L e l o i r a: pewna chora, potrącona przez przejeżdżający powóz, mimo że nie doznała najmniejszego szwanku, złękła się bardzo. Nazajutrz już uczuła mrowienie w całym ciele, a na rękach wystąpiła u niej pryszczycza. W klinice F o u r n i e r a leżała chora, u której w tych samych warunkach, t. j. po przestrawieniu, wystąpiło *eczema universale*. U pewnej chorej po wybuchu gniewu miesiączka ukazała się wcześniej, niż przypadała, a na skórze powstała *purpura*; u innej znowu już w 3—4 godziny po każdym wzruszeniu

można było dostrzedz *herpes labialis*. Leloir opisał nagły powrót luszczycy u chorego, który się złął wściekłego psa.

Z grupy nerwic mózgo-rdzeniowych histerya należy do chorób, którym bardzo często towarzyszą zmiany skórne pod rozmaitemi postaciami; spotykamy tu: *erythema*, *urticaria*, *eczema*, *eruptiones papulosae*, *bullosae*, *lichenoides*, *herpes zoster*, *pigmentations*, *vitilligo*, *defluvium capillorum*, *echymoses spontaneae*, *sudor profusus*, *oedemata*. W wyliczonym szeregu widzimy zaburzenia różnych cech, mianowicie: odżywcze, naczynioruchowe i wydzielnicze.

W dziale cierpień skórnych pochodzenia nerwowego powinniśmy jeszcze zwrócić uwagę na te, które spostrzegamy przy syringomyelii, erytromelalgii, sklerodermii i t. p.

(D. c. n.)

---

## OBECNE STANOWISKO NAUKI O NIEŻYCIE PĘCHERZA MOCZOWEGO.

PODAJ

*M. Misiemicz.*

(Dalszy ciąg.)

Trzecia postać, *nieżyt kamicowy*, spowodowaną bywa, prócz przeszkód w wydalaniu moczu, — przez podrażnienie pęcherza. Przy *kamicy wtórnej*, nieżyt powstaje najczęściej dopiero z chwilą obsunięcia się złożeń moczianowych lub szczawianowych z moczowodów do pęcherza, i ustępuje *czasowo*, przy spokojnem zachowaniu się i odpowiedniem leczeniu wewnętrznem. Przy *kamicy zaś pęcherza pierwotnej*, nieżyt jest chorobą zasadniczą pierwotną. Wytworzenie się kamienia w mętym moczu takich chorych jest objawem wtórnym, a wydalenie tegoż bądź na drodze cięcia bądź zmiążdżenia, nie zawsze wpływa na usunięcie



nieżytu. Z pośród 14 chorych kamicowych, których miałem możność dłużej obserwować w klinikach Guyona i Le Dentu, u 8 widziałem nieżyt uporczywy.

Złogi kamicowe, dostawszy się do pęcherza, wywołują ów *stan rozluźnienia* i niedowładu naczyń w błonie śluzowej—będący czynnikiem, usposabiającym do nieżytu. Dość wtedy błahego powodu, dłuższego spaceru, jazdy kołowej lub konnej, lekkiego przeziębnienia, kateteryzacji, aby nastąpił wybuch zapalenia. Niemniej szkodliwymi są *błędy dyetetyczne*, nadużycia, dobrowolne wstrzymywanie moczu i t. p. Również niefortunne badanie cewnikiem, niedokładnie wykonane miażdżenie, odłamki kamieni uciepione u ścian, oraz większe fragmenty działają, szczególnie przy zwyrodnieniach starszych, w sposób wysoce drażniący na ściany pęcherza.

Fosforany utrzymują się w moczu kamicowych chorych w roztworze dzięki jedynie kwaśnemu odczynowi. Gdy ten jednak zamieni się na alkaliczny, strącanie się fosforanów o zasadzie magneziowo-amoniakalnej, będzie tylko kwestyą czasu. W tych warunkach amoniak wywiera jeszcze i inne, niemniej ważne następstwa. Oto, pod jego wpływem, pierwiastki ropne, zwykle obficie w moczu kamicowych nagromadzone, przechodzą w stan gęsty, galaretowaty, od t. zw. alkali albuminatów zależny. Istniejące już złogi fosforanów w takich warunkach szybko się rozrastają, niepomieranie też rosą i jądra moczanowe, zwykle same, bez udziału fosforanów, nader powolnie wzrastające.

Jednocześnie ze wzrastaniem kamieni występują niektóre charakterystyczne objawy, n. p. ból przy gwałtowniejszych ruchach, krwawienie i parcie w odbytnicy. To ostatnie bywa nieraz tak bolesnem, że zaczynamy podejrzewać zajęcie prostej kiszki. Mocz, przy nieżycie kamicowym, prócz mętu i osadu ropnego, ma tak wielką skłonność do odczynu amoniakalnego, iż Guyon opierając się na doświadczeniach Pasteura i Tieghema, uznał kamienie za swoisty, do pewnego stopnia—ferment amoniakalny „*petit ferment amoniacal de l'urée.*”

Mniej drażniącym czynnikiem, w znaczeniu czysto mechanicznem, są *guzy pęcherza*, lecz *nieżyt przez guzy wywołany* jest odmianą ciężką, uporczywą i niemniej od poprzedniej groźną.

Zmniejszona odporność życiowa, spostrzegana u starych i osobników charłacznych, usposabia do rozwoju guzów pęcherza,

o mniej lub więcej obfitem unaczynieniu. Uporczywe *krwawienie*, długie, obfite, często bez powodu wracające, jest objawem pierwszorzędnym tego nieżytu. Zależy ono od owego *état congestif* Guyon'a, bez względu na to, czy są owrzodzenia, czy ich niema. Napływ krwi nie ogranicza się do odcinka pęcherza, zajętego przez guz, lecz rozlewa się na całą powierzchnię, lub większą część ścian tego narządu. Nim nastąpi nieżyt, już oddawna przedtem istnieje przekrwienie. Niedowład mięśniowy i zajęcie sfery naczyniowej—usposabiają do długiego i ciężkiego nieżytu.

Do tego przyłącza się i podrażnienie mechaniczne, uwydatniające się szczególnie przy guzach, usadowionych w szyi pęcherza, oraz ruchomych, na nóżce osadzonych, gdyż te mogą zamykać światło cewki, a tem samem wywołać ostre zatrzymanie moczu. Nieżyt przy guzach złośliwych zaczyna się zwykle charakterystycznym bólem, przy łagodnych zaś krwotokiem (Thompson). Guyon spozstrzegali jednak silne bóle i przy guzach łagodnych, lecz usadowionych w ujściu cewki.

Jakkolwiek niektórzy specjaliści twierdzą, iż tylko owrzodzone guzy sprowadzają nieżyt, wskutek zetknięcia się sposocząłych wydzielin z błoną śluzową pęcherza, jednak nie należy tego przyjmować za pewnik. Z pośród 9 guzów, operowanych w oddziale dla chorych moczowych w szpitalu Neckera w ciągu półroczu II r. z. (1894), tylko jeden był w stanie owrzodzenia, a u 5 znaleziono daleko posunięte objawy zapalne.

Czynnikami, ujemnie działającymi na pęcherz a powodującymi ten nieżyt, są: podrażnienie cewnikami metalowymi, zatrzymanie moczu i różne błędy dyetetyczne i higieniczne.

Jak to wspominałem, ból jest drugim objawem wydatnym przy nieżycie nowotworowym, objawem uporczywym, nieustępującym od obecnie znanych środków. Stosowanie bowiem podskórne morfiny, oddające nam nieocenioną usługę w terapii dróg moczowych, nie oddziaływa na ból omawiany.

Spozstrzegalem dwa przypadki mięsaka (lympho-sarcoma) jeden usadowiony w trójkącie Lieutauda, drugi blisko ujścia moczowodów. W każdym z nich ból, wywołany nieżytem pęcherza, trwał od 3—4 miesięcy. Dopiero w późniejszych czasach choroby, po silnych krwotokach, wraz ze zmniejszeniem się stanu kongestywnego, — ból, pod wpływem opiatów ułagodzić się dało.



W drugim przypadku, dopiero po wykonaniu cięcia nadłonowego i usunięciu guza bóle mogły być usunięte. W innym znowu przypadku spostrzegalem, już na kilka miesięcy przed bólem i krwotokiem, objawy silnego nieżytu, mętny mocz z osadem ropnym, zawierającym nabłonki pęcherza i ciała krwi. Odczyn był silnie zasadowy, zapach przenikliwy amoniakalny, zależny od maceracyi elementów komórkowych guza, których obecność, pod drobnowidzem stwierdzona, dała nam możność niewątpliwego rozpoznania gruczolaka.

Zastanowiwszy się głębiej nieco nad czterema dopiero co opisanymi odmianami nieżytu, widzimy, iż objawem ich głównym jest przeszkoda mechaniczna w wydalaniu moczu, podrażnienie ścian i przyływ krwi do błony śluzowej. Zanik mięśniowy i niedowład, oraz rozstrzeń, są tylko zwykłym następstwem. Przy zwężeniach i u prostatyków strumień moczu napotyka na przeszkodę w cewce, przy guzach zaś i kamicy — ma nadto miesze ciągle drażnienie ścian i *afluxus* do naczyń błony śluzowej. Nieżyt przy zwężeniu i kamicy jest łatwiej uleczalnym, przy nowotworach zaś i przeroście gr. przyprątne bywa najczęściej uporczywy i nieuleczalny.

Jednym z dominujących objawów nieżytu jest owo rozluźnienie naczyń bł. śluzowej, oraz niedowład włókien sprężystych, prowadzący do przekrwienia biernego; stan ów, nader dla pęcherza charakterystyczny, nazwał *Guyon* „*état congestif*,” a *Thompson* „*cystite of relaxing*.” O istotnej przyczynie tego stanu, usposabiającego do nieżytów, wiemy bardzo mało i napróżno szukalibyśmy w spóczesnych podręcznikach odpowiadzi, czem on jest właściwie.

Pod wpływem bodźców miejscowych i usposobienia osobniczego powstaje napływ krwi do pęcherza, mówi *Guyon*. Przyczyną jest utrata sprężystości i porażenia naczyń włosowatych, powiada *Thompson*. Dlaczego jednak zwykła „*congestio*” nie wywołuje nieżytu w innych narządach, na czem polega tak różnorodny przebieg w różnych odmianach nieżytu i jaką rolę odgrywa rostrzeń?

Istnieć więc muszą wyjątkowe warunki, których wyjaśnienia szukać należy w warunkach anatomicznych z jednej, a hydrostatycznych i klinicznych z drugiej strony.

Przedewszystkiem przypomnę, iż pęcherz zabezpieczony jest od zewnątrz zżymaczem opuszki, od wewnątrz zaś pierścieniem elastycznym ujścia moczowodów; że łączy się z narządami wewnętrznymi i zewnętrznymi tylko za pomocą długich a wązkich kanałów, t. j. cewki i moczowodów. Ściany jego ścięgniostomięśniowe mało usposabiają do zapaleń, rzadko też widzimy niezbyt samoistny, bez udziału narządów sąsiednich lub spraw ogólnych. Jest to wreszcie narząd w stanie zdrowym niewrażliwy na badanie i dotykanie instrumentami, drażnienie, uciski i t. d. G u y o n mówi: „*La vessie se laisse ouvrir, racler, cauteriser au fer rouge, drainer et suturer sans reagir, et lorsqu'elle est enflammée, avant les lesions operatoires, elle cesse de l'être aussitot, ou peu temps apres.*”

Mniej korzystnymi dla pęcherza są warunki hydrostatyczne, i w stanie chorym jest on niezmiernie wrażliwy na wypełnienie go moczem.

Przyjrzyjmy się chwilę tym warunkom. Prawo Paskala orzeka, iż ciśnienie, wywarte na ściany naczynia, przenosi się bez utraty siły na wszystkie strony, i powtóre, iż ciśnienie to jest proporcjonalne do powierzchni ciała cisnącego.

Na tej zasadzie, jeśli połączymy z sobą dwa naczynia, jedno o średnicy 10 razy większej niż drugie, to aby zrównoważyć ciśnienia w obydwóch, użyć musimy sił różnych. Gdy n. p. ciśnienie w małym cylindrze odpowiada 1 funtowi, to wymagać ono będzie dla równowagi w dużym cylindrze 10 funtów. Właśnie takie 2 naczynia połączone ze sobą stanowią pęcherz i opuszkę. A więc opór, jaki napotyka siła mięśniowa pęcherza w zwężonej cewce jest daleko większy, niżby to przypuścić można.

Dalej przypomnę, iż na wysuszonych i nadętych pęcherzach łatwo się przekonać, iż szyja i część kroczoza jest tylko przedłużeniem cewki, której zżymacz przechodzi na pęcherz i zlewa się z jego muskulaturą.

Płyny, zawarte w tylnej cewce, wracać mogą pod ciśnieniem warstwy mięśniowej do pęcherza, i tak, wraca do niego płyn nasienny przy obrączkowych zwężeniach, ropa i liquor prostaticus przy rzeżączce tylnego odcinka cewki, wydzielina z ropni obokcewkowych i t. d., co niejednokrotnie badaniem moczu stwierdzono. Istnieje więc możność zwracania płynów z szyi do



pęcherza, typowa regurgitacja, oparta na odruchu warstwy włókien mięśniowo-sprężystych.

Oddawanie moczu odbywa się w ten sposób, iż mocz, na-przód w ilości małej, rozszerza część błoniastą cewki i szyję; nagromadza się w utworzonym w ten sposób lejku, w ilości coraz większej, rozdyma ją i przez ciśnienie i drażnienie zakończeń nerwowych powoduje naprzód odruch wypieracza (detrusor), a potem zwolnienie w szyi pęcherza usadowionego zdziergacza, złożonego z pierścieni Wilsona, Gourie i Müllera. Zwolnienie to przenosi się niebawem na żymacza cewki i opuszki, te ostatnie się otwierają i mocz zaczyna wypływać. Gdy jednakże z powodu zwężenia cewki lub obrzęku gr. przyprątnego mocz wyjść nie może, wtedy ciśnienie warstwy mięśniowej przenosi się na pęcherz i ściany jego podlegają w ten sposób drażnieniu i rozdęciu, znacznie przynoszącemu opór, napotykanym w cewce. Wprawdzie czas jakiś sprężysta warstwa pęcherza zmniejsza siłę tego parcia, które odbywa się w postaci więcej falistej, ale zarazem następuje niedowład; i wpływ ciśnienia staje się coraz gwałtowniejszym pod wpływem coraz większej masy moczu.

Wiemy, iż ciśnienie płynu na podstawę naczynia, równa się wadze słupa tegoż płynu, którego podstawą dno, a wysokością będzie odległość od dna do powierzchni. Stąd wynika, iż ciśnienie będzie tem większe, im większą jest powierzchnia dna, bez względu na postać ścian. Właśnie w pęcherzu moczowym ciśnienie na dno oznacza się niekorzystnymi warunkami, przy napełnieniu bowiem rozciąga się i wywołuje ucisk żył szyi i odbytnicy i innych spłotów naczyniowych. Podstawa pęcherza otoczona jest razem z gruczołem przyprątnym grubą włóknistą otoczką, pochodzącą z fascia pelvis, a po części z fascia perinei profunda Retzii; leży ona na dnie miednicy, utrzymuje się zaś w położeniu stałym, podlegając wskutek tej nieruchomości całej masie cisnącego płynu. Z szyi pęcherza oraz od obydwóch tętnic pęcherzowych i od arteria pudenda com, rozchodzą się po niej gałązki tętnicze. Daleko zaś liczniejszą sieć żylną otrzymuje od vena vesicalis media. v. vesic. infer i od v. pudenda comunis. Na dolnym odcinku ciała opatrzoną jest warstwa mięśniowa gęstym spłotem żylnym, łączącym się z v. haemorrhoidalis, której zastoje niezwłocznie wywołują napełnienie sieci żyłnej pęcherza. Takie przekrwienie bierne obfitych w spłoty naczyniowe ścian pęche-

rza prowadzi do nieżytu zupełnie tak samo, jak przy żylakach odbytnicy rozwija się nieżytowe zapalenie kiszki prostej.

Przy leżeniu na krzyżu i podczas snu, na podstawie prawa o poziomem zachowaniu się płynów — mocza zmienia położenie i wywiera tym sposobem ucisk na ujście moczowodów, tamując odpływ krwi z nerek i wywołując zastój. Położenie to jest dla ludzi wiekowych, z obrzękiem i przerostem gr. przyprątnego szkodliwe, i dlatego poleca im się leżenie w pozycji półsiedzącej. O ile bowiem, przy sprawnym opróżnianiu, dno pęcherza bywa skurczone i odpływ z moczowodów odbywa się prawidłowo, o tyle przy pełnym zastoinowym pęcherzu — powstaje niezwłocznie zastój w moczowodach i przekrwienie nerek.

W niedostatecznie opróżnionym pęcherzu mocza ciśnie najsilniej na dno pęcherza, gdyż ciśnienie bywa zawsze największem w warstwach płynu najniższych. A więc szyja i trójkąt Lieutauda cierpią najwięcej, a że są najobficiej unaczynione, największy też przyjmują udział w powstawaniu nieżytu.

Nieco odmiennie działają czynniki te przy guzach i kamicy. Kamienie i guzy są ciałami obcemi, pogrążonemi w moczu, a więc tracą tyle na wadze, ile waży mocza przez nie wydalony. Stają się więc lżejszemi i wskutek tego odbywają częste i prężkie ruchy, uderzają o ściany, lub opadają na dno. Przy ruchach turlowia i wydalaniu moczu ruchy te zdwajają się, insult jest coraz częstszym, a drażnienie ścian, nieraz ostremi i chropowatemi odłamkami, jest wybitne. Nie mniej drażniącym jest uczepienie w fałdach błony śluzowej t. z. *calcul installé* — Biegelowa, oraz ciągła obecność dużej objętości fosforanów.

Na powstawanie nieżytu wielki wywiera wpływ *zwyrodnienie naczyń miażdżycowe*, aż do obliteracji światła dochodzące, jak je spostrzegamy zbyt niestety często u starców, z przerostem gruczołu przyprątnego. Ułatwia ono zastój żylny, a niedowład tkanek sprężystych prowadzi do coraz większego zastojów moczu, zaniku mięśni i rozstrzeni pęcherza. Sprawa nie ogranicza się na pęcherzu, ale przenosi się niebawem i na górne odcinki dróg moczowych, najczęściej przez zwyrodnienie to do zapalenia przygotowane.

Przy nieżytach spostrzeganych u chorych z guzem pęcherza, sprawa nieżykowa powstaje na tle skazy ogólnej, charłactwa



nowotworowego, które na drodze zniszczonej lub upośledzonej odporności ogólnej, ułatwia powstawanie zapaleń.

Co do drobnoustrojów, to poniżej będziemy mieli możność bliższego rozpatrzenia się w udziale, jaki one mają przy omawianym niezycie. Tu nadmienię tylko, iż odgrywają one w czterech wyżej opisanych niezycach rolę wtórną, choć nie drugorzędną. Korzystając bowiem z warunków upośledzonej odporności, przygotowanych przez czynniki wyżej opisane, wkraczają niezwłocznie do tkanek i powodują zakażenie wtórne, silne ropienie, stan gorączkowy, a nawet zgorzel tkanek.

Wreszcie przy powstawaniu i w przebiegu niezyców wyłuszczonej ważny biorą też udział różne powikłania, j. t. skaza moczanowa i limfatyczna, moczówka cukrowa, żylaki i wstępne fazy władu rdzenia.

(D. c. n.)

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### I. Medycyna wewnętrzna.

---

245. Dr FELIKS KLEMPERER i Dr ERNEST LEVY (Strassburg).  
**O surowicy tyfusowej.** (*Bérlin. klin. Woch. Nr 28. 1895.*)

W pracowni Strasburskiej już od trzech lat pracują nad przygotowaniem płynu uodporniającego od laseczników tyfusowych. Ponieważ długotrwały przebieg duru kiszkiowego wymaga częstego zastosowywania uodporniających zastrzyków, wskutek czego każdy pojedynczy przypadek wymaga większej ilości leczniczego płynu, powstała pierwotnie myśl używania immunizującego mleka. W tym też celu immunizowano kozy. Mleko to jednakże nie miało uodporniającej siły surowicy krwi, gdyż po kilkumiesięcznych próbach dorównywało ono zaledwie  $\frac{1}{10}$  siły immunizacyjnej surowicy.

Ponieważ sposób ten miał i inne jeszcze niedogodności, autorzy zajęli się przygotowaniem surowicy tyfusowej. Do doświadczeń swych wybrali psa. Wrodzona odporność tego

zwierzęcia przeciwko lasecznikom duru brzuszego jest dość znaczna. Po 15 c. sz. dwudniowej hodowli bulionowej średnio jadownej małe psy dość ciężko chorowały, nie zdychały jednakże. Zastrzykiwania odbywały się do jamy otrzewny co raz to większych ilości świeżych hodowli bulionowych laseczników tyfusowych. Psy doskonale rękoczyn ten znosiły, nigdy nie chorowały niebezpiecznie, żadne zwierzę nie zginęło na zapalenie otrzewny.

Surowicę psów w ten sposób uodpornionych próbowano na białych myszach. Próby te wykazały, że wspomniana surowica psów uodpornia zwierzęta przeciwko lasecznikom tyfusowym, oraz skutecznie leczy te, którym w czas pewien po infekcyi zastosowaną została.

Surowica ta, w ilości 5 c. sz. okazała się nie jadowną dla ludzi (autorzy robili doświadczenia na sobie).

Taką dawkę zastosowano po raz pierwszy na chorym, i gdy żadnego ubocznego działania nie wywołała, powiększono dawkę w czwórnasób.

Surowicą swoją leczyli autorzy 5 chorych na klinice Nauynna. Każdemu z nich wstrzykiwano przez trzy wieczory z rzędu po 20 c. sz. surowicy podskórnie, co stanowi razem 60 c. sz. Żadnego ubocznego działania nie spostrzeżono, ani wysypki, ani białkomoczu. Wszyscy chorzy znajdowali się w pierwszym tygodniu choroby.

Trzeciego dnia po pierwszym zastrzyknięciu zauważono pierwszy spadek ciepłoty nad ranem. Następnie ciepłota obniżała się stopniowo, poczem w końcu drugiego tygodnia lub na początku trzeciego przychodził okres bezgorączkowy. Wszystkie te przypadki miały przebieg lekki, jaką rolę surowica w tem odgrywała, powiedzieć się nie da. Na podstawie tych kilku spostrzeżeń można to tylko o leczeniu tyfusową surowicą powiedzieć, że działa ona nieszkodliwie, oraz, że choroby nie przerywa; jeżeli wogóle jakikolwiek wpływ wywiera, to wyraża się on w tem, że choroba szybciej i skądniej przebiega.

Opierając się na doświadczeniach i badaniach autorów, oczekiwać można, że surowica tyfusowa złagodzi i skróci przebieg choroby i do pewnego stopnia zapewni jej naturalny przebieg.

H. Kucharzewski.

246. Dr FELIKS HIRSCHFELD (Berlin). **O śpiączce przy moczówce cukrowej.** (*Ueber das Coma diabeticum. Deut. Med. Wochen. Nr 26. 1895.*)

Wydzielanie się acetonu z moczem uważanem było dotąd jako zaburzenie czynnościowe, które z właściwym proce-



sem diabetycznym, z cukromoczem, w żadnym związku nie stało. Acetonurę stawiano w zależności od wzmożonego rozpadu białka. Przemawiała za tem ta okoliczność, że znajdowano ją przy głodzeniu, podczas gorączki i u rakowatych. Autor wykazał, że we wszystkich tych przypadkach wzmożone wydzielanie się acetonu wywołane zostało zmniejszonym dowodem węglowodanów. Należało dać tylko wspomnianym pacjentom obfite pożywienie roślinne lub dużo mleka, żeby aceton wydzielać się przestał.

Przyjmowanie zatem acetonurii gorączkowej, gastrycznej, lub też rakowatej nie wytrzymuje krytyki. Jedyne przy moczówce cukrowej traci ustrój własność rozszczepiania zarówno węglowodanów, jakoteż i acetonu. Acetonuria w przebiegu diabety odgrywa ważną rolę pod względem rokowania.

Autor przytacza w krótkości na tem miejscu kilka przypadków moczówki cukrowej. We wszystkich tych przypadkach acetonuria zwiększała się z biegiem choroby; gdy ilość acetonu przewyższa 1,0, wtedy jest to zły znak, gdyby nawet stan ogólny chorego był zadowalniający.

W przeciwieństwie do tego u chorych, którzy lżejszą formą cukrzycy dotknięci byli, jako też u większości diabetyków, którzy przy innych objawach, nie zaś śpiączki zmarli — wydzielanie się acetonu było bardzo małe.

Jakie okoliczności wywołują śpiączkę? Jako częsty powód podaje autor nadmierne wysiłki. Już i Kussmaul, a także Frerichs i Schmitz zwracali na to samo uwagę.

Jako drugi powód, wywołujący śpiączkę, wymienia autor niedostateczne i skąpe pożywienie. W wielu przypadkach jeszcze na 10 dni przed pierwszymi objawami zauważyć się dał spadek wagi ciała. Objaśniało się to w ten sposób, że chorzy wskutek tego lub innego powodu tracili łaknienie. Niema jednakże żadnego dowodu na to, żeby wyniszczenie stąd powstałe miało być przyczyną śpiączki. Być może, że to wstęp do rozpoczynającego się dramatu. Ważniejszą jest jednakże inna okoliczność. Widziano dotąd nieraz przypadki śpiączki po zaleceniu ścisłej mięsnej diety. Pożywienie, składające się z 500 gm. mięsa i tylko tyle tłuszczu, ile do przygotowania tego mięsa potrzeba, musi być chyba uważane za dietę głodową. W niektórych przypadkach podobna dieta okazuje się skuteczną, co na karb wykluczenia węglowodanów kładziono.

Że jednakże głodzenie pewien wpływ wywierać może, na to uwagi nie zwrócono. Autor przypisuje mu bardzo ważne znaczenie w etyologii śpiączki, nie widział on bowiem nigdy śpiączki u tych diabetyków, gdzie po wykluczeniu z diety węglowodanów, bacznie zwracano uwagę na to, żeby potrzeby organizmu we właściwy sposób pokrywanemi były.

Becker niedawno podał do wiadomości, że po narkozie chloroformowej u diabetyków niejednokrotnie widział przypadki śpiączki. Autor nie zgadzając się z Beckerem na objaśnienie tego faktu, przyjmuje go jednakże i wskutek tego radzi używać do narkozy eter zamiast chloroformu.

Co do rozpoznania śpiączki, to przypadki typowe trudności przedstawiać nie będą. Diabetycy, którzy się przedtem czuli zupełnie dobrze, dostają zaburzeń żołądkowych, do tego przyłącza się silny ból głowy i uczucie braku tchu. Dolegliwości te stopniowo się zwiększają, chorzy tracą przytomność i w przeciągu 2—10 dni po wystąpieniu pierwszych objawów następuje śmierć. Niekiedy bywają postacie pozorne, kończące się wyzdrowieniem.

W przypadkach wątpliwych badanie moczu na obecność acetonu wyjaśnia wątpliwość, acetonurya bowiem przy śpiączce znacznie się wzmacnia.

Dla **rokowania** ważnym jest rozróżnianie dwóch grup. Do pierwszej grupy należą ludzie młodzi, ze znacznym cukromoczem i szybkim przebiegiem choroby. Acetonurya jest również wysoką i wzmacnia się stopniowo, jest ona charakterystycznym objawem dla ciężkich przypadków moczówki cukrowej, które się śpiączką kończą. Do drugiej grupy zalicza autor ludzi starszych, u których poprzednio choroba miała przebieg łagodniejszy; dopiero jako powikłanie do zgorzeli lub też gorączkowej septycznej choroby przyłącza się śpiączka.

Pierwszem wskazaniem dla **terapii** jest nie dopuścić, ażeby się śpiączka rozwinęła. W tym celu mocz chorego powinien być badany od czasu do czasu na obecność acetonu. Ruch i praca fizyczna powinny być oględne, niezbyt forsowne. Wreszcie ważną jest bardzo rzeczą zwrócenie uwagi na należyte i odpowiednie pożywienie. Diabetyka w pewnych odstępach czasu trzeba poddać przekarmianiu. Wogóle co się tyczy pożywienia, pamiętać trzeba o tem, żeby dawać małe ilości węglowodanów, niezbyt wiele białka, natomiast obficie tłuszczów i wysokoku. Ten ostatni o ile jest szkodliwym do pewnego stopnia w łżejszych przypadkach moczówki cukrowej, o tyle w tych szybko przebiegających okazuje się niezbędnym.

Przy rozwiniętej już śpiączce należy bezwarunkowo dawać węglowodanów powiększyć; chociaż korzyść z tego jest niewielka.

Można próbować glicerynę, ponieważ środek ten zmniejsza wydzielanie się acetonu. Stadelmann zaleca wlewianie alkali, skutek jednakże zwykle bywa przemijający. Nawet na profilaktyczne podawanie alkali zapatruje się autor sceptycznie.

*H. Kucharzewski.*



## II. Farmakologia.

247. Dr FR. ESCHBAUM. **Waga kropeł płynnych środków leczniczych.** (*Deut. Ned. Woch. Nr 23. 1895.*)

Powszechnie wiadomą jest niedokładność dawkowania leków płynnych kroplami. Okoliczność ta pociągała niejednokrotnie niemiłe skutki tak dla pacyenta jak i dla lekarza.

Uregulowanie dawkowania kroplami na podstawie oznaczania wagi było od dawna kwestyą palącą. Pracę tę podjął autor (zarządzający apteką Berlińskiego instytutu weterynaryjnego) i wykonał w pracowni farmakologicznej Prof. L. Lewina w Berlinie.

Przy tworzeniu się kropli wchodzi w grę dwie okoliczności.

1. Rodzaj i własności samego płynu. Kropla wody wagi trzy razy tyle co kropla Trae Chin. Comp.

2. Własność szyjki naczynia resp. flaszki: Z jednej kropli wody z butelki o grubej i szerokiej szyjce możnaby utworzyć znaczną ilość małych kropeł, lejąc z butelki o wężkiej i cienkiej szyjce. Wielkość kropli zależną jest także od stopnia napełnienia flaszki, z której się leje. Z naczynia aptecznego do pełna napełnionego tra opii simplex z 1 c.sz. otrzymano 12 kropeł, gdy tymczasem z naczynia do połowy napełnionego 22 krople.

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie następujących punktów:

1. W jakich warunkach tworzy się kropla?
2. Czy można otrzymywać krople stałej wagi?
3. Czy jest możliwe ujednostajnienie dawkowania kroplami?

1. Warunki tworzenia się kropli.

Wielkość i waga kropli zależną jest od dwóch wyników:

a) Zlepność pomiędzy płynem i szkłem.

a) Od spójności samej cieczy.

Zlepność kropeł płynu zależną jest od kształtu szyjki naczynia. Określona wielkość kropli płynu nie może zależeć od określonego kształtu szyjki naczynia, gdyż, jak już wspomniano, mniejsze lub większe napełnienie flaszki pociąga za sobą znaczne różnice w objętości pojedynczych kropeł. Dla otrzymania zatem kropeł o stałej wadze niezbędną jest rzeczą, żeby naczynie miało nie tylko kształt określony, lecz żeby i położenia swego w czasie odmierzenia kropli nie zmieniało. Krople o stałej wadze otrzymujemy jedynie z biurety.

Czem ostrzejszym będzie koniec biurety, tem mniejsze będą i krople. Wielkość kropeł zależy jedynie od zewnętrznej średnicy biurety. Autor nie znalazł wyraźnej różnicy w kroplach, otrzymanych z rurek cienko lub grubościennych przy jednakowej zewnętrznej średnicy.

Spójność rozmaitych cieczy znacznym ulega wahaniom. Woda ma największą, potem idzie gliceryna, wyskok, na końcu eter.

50 kropeł wody z rurki grubości 6,56 mm. waży przy 15° C 5,0 gr.

50 kropeł gliceryny z rurki grubości 6,56 mm. waży przy 15° C. 3,9 gr.

50 kropeł czystego wyskoku z rurki grubości 6,56 mm. waży przy 15° C. 1,54 gr.

50 kropeł eteru (Pharm) z rurki grubości 6,56 mm. waży przy 15° C. 1,22 gr.

Spójność jednej i tej samej cieczy zmienia się pod wpływem ciepłoty, oraz przez rozpuszczenie w niej soli i innych ciał stałych.

Fizykalne te zmiany pociągają za sobą również i zmiany w objętości kropeł. Zmiany w wielkości kropeł, powstałe wskutek wahań w ciepłocie, w praktyce poważniejszego znaczenia nie mają.

Przy 18° C waży 50 kropeł wody z rurki grubości 6,56 mm. 5,0 gr.

Przy 40—45° C. waży 50 kropeł wody z rurki grubości 6,56 mm. 4,7 gr.

Przez rozpuszczenie części stałych w płynie spójność jego się zmniejsza. Objętość zatem kropli roztworu soli będzie mniejszą od kropli rozpuszczającego płynu. Spójność zmniejsza się przy tem prawie odwrotnie proporcjonalnie do ciężaru właściwego, tak, że ciężar absolutny kropli roztworu soli równa się prawie ciężarowi pierwotnego płynu:

50 kropeł wody przy 15° C z rurki grubości 6,56 mm. waży 5,0 gr.

50 kropeł wodnego roztworu kwasu borowego 1 + 24 =  
= 5,02 gr.

50 kropeł wodnego roztworu sztucznej soli Karlsbadzkiej 1+9 = 5,17 gr.

50 kropeł wodnego roztworu bromku potasu 1 + 2 =  
= 5,34 gr.

50 kropeł wodnego roztworu saletrzanu srebra 1 + 1 =  
= 5,4 gr.

50 kropeł stężowego roztworu sublimatu w eterze =  
= 1,24 gr.



## 2. Waga kropeł.

Krople pewnego płynu otrzymujemy jednakowej wagi, gdy padają z rurki resp. pipety w poziomem położeniu; waga kropli zależną będzie od zewnętrznej średnicy w zakończeniu pipety.

Jeżeli w płynie rozpuścimy ciało stałe, wtedy krople roztworu będą miały prawie tą samą wagę, co i pierwotnego płynu.

10 kropeł wody z pipety, której zakończenie będzie miało 6,56 mm. średnicy waży 1 gr., 26 kropeł spiritus dilut—1 g.

Na 1 gr. zatem roztworów wodnych przypada 10 kropeł, na 1 gr. roztworów wyskokowych (przeważnie nalewki) przypada 26 kropeł.

## 3. Uregulowanie dawkowania na krople.

Kwestyę tę proponuje autor rozwiązać w sposób następujący: Za jednostkę bierze się pipetę, której zakończenie ma w średnicy 6,56 mm. Z pipety tej gram wody przekroplonej daje 10 kropeł, gram nalewek z rozcieńczonego wyskoku—26 kropeł.

Do odmierzania kropli dla laików podaje autor następujący bardzo prosty przyrząd: Zwyczajną flaszkę apteczną (30—60 c.sz.) zatyka się zwykłym korkiem, przez środek którego przechodzi rurka, długa na  $2\frac{1}{2}$ —3 cm. z grubego szkła t. zw. termometrowego. Na zewnętrznym końcu korka rurka wystaje na 1 cm. Zewnętrzna średnica tego zakończenia rurki powinna mieć od  $7-7\frac{1}{2}$  mm. Rurka na węższej powierzchni korka zaopatrzona jest małym otworkiem.

Flaszka ma być tylko do połowy lekarstwem napełniona. Przy odmierzaniu kropeł nadaje pacjent flaszce położenie poziome i kładzie dłoń swoją na naczyniu. Wtedy powietrze zawarte w flaszce rozszerza się pod wpływem ciepła ręki i płyn powoli kroplami wychodzi.

Poniżej przytoczona tablica wypracowaną została przy pomocy stojącej biurety, której zakończenie miało w średnicy 6,56 mm. Dla celów praktycznych uważa autor za odpowiedniejsze użycie rurki grubszej  $7-7\frac{1}{2}$  mm., ponieważ niektóre warunki zmniejszają wielkość kropeł.

	Ilość kropli w 1 gramie	Waga kropli w gramach
Acetum . . . . .	13	0,076
Acid. aceticum . . . . .	26	0,038

	Ilość kropli w 1 gramie	Waga kropli w gramach
Acid. aceticum dilut . . . . .	17	0,060
Acid. hydrochloricum . . . . .	11	0,095
Acid. hydrochloricum dilut . . . . .	10	0,099
Acid. phosphoricum . . . . .	10	0,104
Acid. sulfuricum . . . . .	13	0,080
Acid. sulfuricum dilut. . . . .	10	0,102
Aether . . . . .	41	0,024
Amylum nitrosum . . . . .	33	0,030
Aqua amygdalarum amar . . . . .	19	0,053
Aqua destillata . . . . .	10	0,100
Balsamum Copaivae . . . . .	19	0,052
Balsamum Peruvianum . . . . .	16	0,063
Brom . . . . .	17	0,060
Chloroform . . . . .	26	0,038
Elixir Aurant. compos . . . . .	17	0,058
Extr. Condurango fluid. . . . .	24	0,042
Extr. Frangulae fluid. . . . .	21	0,048
Extr. Hydrast. fluid. . . . .	24	0,041
Exstr. Secal. cornut fluid. . . . .	17	0,059
Glycerinum . . . . .	13	0,078
Kreosotum . . . . .	19	0,053
Liquor Amon. anisat. . . . .	27	0,037
Liquor Ferri albuminat . . . . .	16	0,062
Liquor Ferri sesquichlorat . . . . .	9	0,114
Liquor Kali acet. . . . .	10	0,108
Liquor Kali arsenicos. . . . .	15	0,067
Oleum Amygdalarum . . . . .	20	0,049
Oleum Crotonis . . . . .	24	0,042
Oleum Hyoscyami . . . . .	22	0,045
Oleum Jecoris Asell. . . . .	22	0,046
Oleum Menth. piperit. . . . .	24	0,041
Oleum Ricini . . . . .	22	0,046
Oleum Therebinthinae . . . . .	26	0,038
Spiritus. . . . .	29	0,034
Spiritus aether. nitros. . . . .	29	0,034
Spiritus dilutus . . . . .	27	0,027
Tra Aconiti . . . . .	26	0,038
Tra Chinae . . . . .	26	0,038
Tra Colocynthid. . . . .	29	0,034
Tra Digitalis . . . . .	25	0,040
Tra Ferri chlor. aether. . . . .	30	0,034



	Ilość kropli w 1 gramie	Waga kropli w gramach
Tra Jodi . . . . .	29	0,034
Tra Lobeliae . . . . .	26	0,038
Tra Moschi . . . . .	21	0,047
Tra Opii benzoici . . . . .	26	0,038
Tra Opii crocat. . . . .	21	0,047
Tra Opii simpl. . . . .	21	0,047
Tra Strophant. . . . .	26	0,038
Tra Strychni. . . . .	26	0,038
Tra Valerian. . . . .	26	0,038
Tra Valerian. aeth. . . . .	30	0,033
Vinum Colchici . . . . .	17	0,058
Vinum Ipecacuanh. . . . .	17	0,058
Vinum Pepsini . . . . .	16	0,063
Vinum stibiat. . . . .	17	0,058

Autor radzi, aby lekarz, przepisując recepty, oznaczał tylko absolutną wagę przeznaczoną dawki, aptekarz zaś na podstawie tej tablicy dopisze na sygnaturze ilość kropli, odpowiadającą dawce, zaleconej przez lekarza.

Na przykład:

Rp. Morph. muriat. 0,1  
Aqua dest. 20,0

S. Co dwie godziny 1 gr. w kroplach.

Etykieta brzmieć będzie:

Co 2 godz. po 10 kroplach.

Rp. Morph. muriatici 0,1  
Aq. Amygdal, amar 20,0

S. Co 2 godz. 1 gr. w kroplach.

Etykieta wskaże pacjentowi:

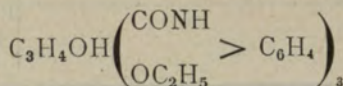
Co 2 godz. po 19 kroplach.

*H. Kucharzewski.*

248. Dr BENARIO (Frankfurt n/M). **Citrofen, nowe antipyreticum i antineuralgicum.** (*Deut. Med. Woch. Nr 26. 1895*).

Citrofen jest to związek kwasu cytrynowego z p-fenetydyną; ciało to pierwszy otrzymał Dr Israel Roos, chemik z Frankfurtu nad Menem.

Chemiczna formuła citrofenu ma następującą budowę.



Nowy ten preparat przedstawia się pod postacią białego proszku (otrzymuje się i w kryształach), w smaku przypomina kwas cytrynowy. Topi się przy 181°; rozpuszcza się w 40 częściach wody zimnej i w 50 gorącej. Pod wpływem kwasów i zasad rozkłada się cytrofen na swe składniki.

Autor przekonał się na zwierzętach, oraz na sobie samym o nieszkodliwości nowego preparatu, poczem zaczął go stosować na chorych. W kilku przypadkach duru brzuszego i suchot płucnych po 0,5—1,0 dawkach citrofenu następowała znaczna niżka ciepłoty. W przypadkach połowicznego bólu głowy i w neuralgiach po 0,5 dawce skutek był widoczny. Ubocznego działania citrofenu autor nie spostrzegął.

H. Kucharzewski.

### III. Choroby nerwowe.

249. BECHTEREW. **Badania nad genezą napadów padaczki.** (*Untersuchungen über die Genese der epileptischen Anfälle. Neurologisches Centralblatt Nr 9, 1895.*)

Doświadczenia na zwierzętach (psach i kotach), dokonywane w pracowni autora jeszcze w 91 — 92 r. przez doktora J. Meyera a następnie przez Suszczyńskiego i Wyrubowa miały za zadanie określić stosunek udziału kory do t. zw. ośrodka drgawkowego Nothnagla w patogenezie padaczki.

Wyniki doświadczeń były następujące:

1) Za pomocą elektrycznych podrażnień okolicy ruchowej otrzymać można padaczkę częściową lub zwykłą.

2) W pierwszym przypadku podrażnienie elektryczne ma być więcej ograniczone, mniejszego natężenia i dość powolne, wtedy rozprzestrzenia się ono stopniowo na ośrodki według ich anatomicznego uszeregowania i wywołuje drgawki kloniczne, rozprzestrzeniające się pierwotnie z jednej kończyny na drugą jednej strony, następnie na kończyny strony drugiej. Jeśli drażnienie trwa dalej, przyłączają się drgaw-



ki toniczne z następczemi klonicznymi i stanem komatycznym.

3) Silniejsze drażnienia elektryczne i od razu całej okolicy ruchowej wywołują od razu napad zwykłej padaczki t. j. naprzód toniczne drgawki wszystkich członków, następnie drgawki kloniczne i stan komatyczny.

4) Poprzednie wycięcie jednego lub więcej ośrodków ruchowych lub całej całej okolicy ruchowej jednej półkuli nie usuwa możności wywołania padaczki za pomocą drażnienia elektrycznego ośrodków pozostałych. Nawet zachowanie małej stosunkowo cząstki okolicy ruchowej jednej półkuli wystarcza.

5) Z chwilą wycięcia ostatniej cząstki okol. ruchowej przestają działać podrażnienia elektryczne na wywołanie napadu padaczki, występują zaś jedynie toniczne drgawki, które ustają z chwilą zaprzestania drażnienia, czyli oddziaływanie odnosi się do substancji białej półkul.

6) Po zupełnem wycięciu ośrodków ruchowych i zastrzyknięciu do żył esencji absyntu, cynchoniny lub cynchonidyny mogą w pewnych razach zjawiać się drgawki podobne do padaczkowych (epileptiform), lecz przeważają drgawki toniczne, kloniczne zaś trwają stosunkowo krótko, oscylacje drgań są obszerniejsze i rzadsze, nie zaś częste, a drobne, jak wówczas, gdy są pochodzenia korowego.

7) W napadzie padaczkowym, wywołanym drażnieniem elektrycznym po uprzednim wycięciu jednego lub więcej ośrodków lub całej okol. ruchowej jednej półkuli, drgawki toniczne rozprzestrzeniają się na wszystkie członki, lecz w okresie ogólnych drgawek klonicznych te ostatnie są widocznie słabsze i krótsze w tych członkach, których odpowiednie ośrodki ruchowe wycięto, albo nawet wcale nie występują.

8) W przypadkach obszernych wycięć okolicy ruchowej kory różnią się napady padaczki wywołane drażnieniem elektrycznym od takichże napadów w przypadku nieuszkodzonej kory krótszem trwaniem i niezupełnym rozwojem drgawek klonicznych.

9) Po wycięciu jednego z ośrodków ruchowych już podczas napadów padaczki w okresie drgawek tonicznych w następnym okresie klonicznym w członkach odpowiadających wyciętym ośrodkom drgawki są słabsze. Jeśli też operacja wycięcia dokonana została w okresie drgawek klonicznych, to te ostatnie ustają bezpośrednio w odpowiednim członku.

10) Jeśli natężenie drażnienia jest w stanie wywołać tylko kloniczne drgawki częściowej padaczki, to w członkach, których ośrodki ruchowe wycięto uprzednio, nie zjawiają się

drgawki dopóty, dopóki wogóle kloniczne drgawki nie przejdą pod wpływem drażnienia w toniczne.

W tem jednak doświadczeniu, zarówno jak w 8 i 9 zachodzą różnice indywidualne, zależne w części od stopnia wpływu ośrodków stron obu na członki zwierzęcia, w części od mniej lub więcej rozwiniętej dyferencyacji pojedynczych ośrodków ruchowych.

11) W okresie komatycznym, następującym bezpośrednio po napadzie drgawek, nie można drażnieniem elektrycznym wywołać nowego napadu.

12) U noworodków, jak również w tym wieku, w którym drażnienie ośrodków jest już w stanie wywołać pojedyncze skurcze członków, nie daje się za pomocą najsilniejszego strumienia spowodować napadu padaczki, lecz tylko toniczne skurcze, które ustają w chwili wstrzymania strumienia (oddziaływanie białej substancji).

13) Napad drgawek podobny do padaczki, wywołany ukłuciem mostu Varola u królików, ustaje z chwilą przecięcia odnóg mózgowych, pozostaje zaś tylko opisthothonus, jako następstwo dokonanego przecięcia.

14) Odciawszy uprzednio półkule mózgu nie można już ukłuciem mostu Varola wywołać napadu padaczki.

Z powyższych doświadczeń wyprowadza autor następujące wnioski. U zwierząt dorosłych potogeneza padaczki warunkuje się pobudzeniem ośrodków korowych. Części podkorowe (podstawa mózgu) uczestniczy przeważnie w okresie drgawek tonicznych. W innych warunkach (jak mechanicznym podrażnieniu mostu, wstrząśnieniach mózgu i otruciach) mogą dawać powód do padaczki podstawowe części mózgu (pons et medulla oblongata). Lecz i w tych przypadkach uczestniczy również kora w rozwoju napadu resp. charakter napadu do padackowego podobny właśnie od pobudzenia kory zależy.

Rzeczniowski.

250. J. M. CHARCOT i PITRES. **O metodzie anatomo-klinicznej w jej zastosowaniach do badania umiejscowień.** (*De la méthode anatomo-clinique dans les applications à l'étude des localisations p. J. M. Charcot et Pitres, Arch. de Neurol. Nr 86, Avril 1894.*) Wyciąg z ostatniej pracy prof. Charcota, niestety w części tylko przygotowanej do druku.

Do badań lokalizacji mózgowych użyto dwóch metod: doświadczalnej i anatomo-klinicznej. Metoda doświadczalna, używana w pracowniach fizyologicznych, pozwala sprawdzać fakty i kontrolować hipotezy, zdolne naprowadzić na nowe odkrycia, Słabe jej strony są: 1) doświadczenia, robione na



mózgu, wprowadzają traumatyzm, którego skutki komplikują objawy oddziaływania mózgu; 2) każdy objaw psycho-fizjologiczny ma swą stronę subiektywną, co do której zwierzęta nie mogą dać wyjaśnień; 3) badania na mózgach królików, psów, małp mogą być stosowane do człowieka drogą indukcji nie całkiem usprawiedliwionej, ponieważ ośrodki nerwowe nawet wyższych zwierząt kręgowych nie są też same co człowieka, tam zaś gdzie budowa nie jest identyczną, i czynność nią być nie może.

W braku możności eksperymentacji na człowieku kilku chirurgów w przypadkach wyjątkowych defektów czaszki lub trepanacji starało się okoliczność tę w celach doświadczalnych wyzyskać, elektryzując okolicę ruchową i wywołując drgawki (Bartolow, Mils, Kenn, Lhoyd, Daver, Dann) lub przez nacisk na zrazy czołowe, powstrzymując mowę (Aubertin), lecz te doświadczenia przypadkowe i nieśmiałe nie wykryły nic nowego.

Z potrzeby więc wynalezienia innej metody badania czynności mózgu ludzkiego, wytworzyła się metoda anatomo-kliniczna. W zastosowaniu do badań umiejscowień mózgowych ma ona na celu określenie czynności różnych okolic mózgu za pomocą porównania objawów, spostrzeganych za życia chorego ze zmianami anatomicznymi, skonstatowanymi po śmierci. Jej zaletą, że bada mózg ludzki i wyklucza komplikacje operacyjne, lecz ma też i niedostatki: wymaga olbrzymiego materiału powoli i cierpliwie gromadzonego; wymaga oczekiwania często b. długo na przypadki czyste, typowe, które przede wszystkim mają wartość dowodową, wreszcie może doprowadzić do wniosków błędnych, jeśli nie uwzględnić następujących wymagań.

1) Powinna odrzucić, jako nieodpowiednie do badań umiejscowień mózgowych wszelkie spostrzeżenia dawniejsze lub obecne, w których objawy za życia nie były systematycznie odnotowane, a zmiany pośmiertne najbardziej drobiazgowo opisane. Błędy mogą pochodzić z niedokładności topograficznego określenia, lub w razie obecności licznych zmian w skutku opuszczenia niektórych z nich. Charcot zaleca zatem postępowanie następujące: po wyjęciu mózgu i dokładnem rozpatrzeniu jego zewnętrznej powierzchni, oddzielić półkule przez przecięcie odnóg i cap. callosi, opony zdjąć pod strumieniem wody. Wtedy jeden po drugim rozpatrzyć wszystkie zawoje, a gdy się znajdzie zmiana w tej chwili odrysować ją na szemacie. Następnie rozpatrzyć ściany komórek i zawoje centralne. Gdyby się znalazły zmiany na cent. caudatus, lub thal-opt. za pomocą cięć Flechsig'a starać się wykryć ich stosunek do cap. interna i postać oraz zajmowaną przez nie przestrzeń odrysować na szemacie. Jeśli zmian

w zawojach centralnych niema, lepiej jest robić seryę cięć równoległych do rowka Rolanda, badając powierzchnię każdego cięcia i przenosząc na szemat topografię zmian na nich spostrzeganych. Następnie zbadać most Varola, rdzeń przedłużony, górną część rdzenia kręgowego, mózdzek. Wreszcie jeśli zabarwienie czy konsystencya pewnych części mózgu pozostawia jakiegokolwiek wątpliwości, badać wycinki mikroskopowo.

2) Ze wszystkich przypadków do badań lokalizacyj mózgowych nadają się najlepiej takie, w których dawna zmiana anat. ściśle umiejscowiona dała powód do stałych objawów. Guzy mózgowie nie są zmianami dogodnemi, gdyż większość ich z powodu szybkiego wzrostu nie niszczy lecz rozsuwa tkankę nerwowa sąsiednią. Skutki ucisku dołączają się do skutków destrukcyi i komplikują tak dalece oddziaływanie na czynności, że każdy guz nawet ograniczony równa się prawie zmianom rozlanym. Stąd 2-ga zasada: Odrzucać w badaniach umiejscowień mózgowych wszystkie przypadki zmian licznych i rozlanych, meningitides, encaphalitides, haemorrhagiae meningiales, tumores etc., w których objawy podrażnienia w sąsiedztwie lub ucisku z odległości, dołączając się do skutków destrukcyi ograniczonej wywołały oddziaływanie skomplikowane, których punkt wyjścia nie polega jedynie na zmianie wykrytej pośmiertnie. Topografia czynności mózgu musi być stworzona na podstawie przypadków najprostszych.

3) Każde umiejscowienie czynnościowe powinno się oprzeć na podwójnej seryi faktów: a) seryi faktów dodatnich, wykazujących współistnienie objawu określonego ze zmianą pewnej okolicy mózgu równie określonej; b) seryi faktów ujemnych, dowodzących stałego braku objawu przy zmianach wszelkich innych okolic mózgu.

Te dwie serye powinny kontrolować się wzajemnie, czyli nie przyjmować umiejscowienia czynnościowego, dopóki nie oprze się na seryi faktów dodatnich, pośrednio skontrolowanej za pomocą seryi faktów ujemnych. Rozumie się, że liczba obserwacyj ma być jak największa.

4) Pomimo wszelkich ostrożności należy oczekiwać i obserwacyi sprzecznych, nie tylko z powodu lekkomyślności autorów, lecz ponieważ w patologii mózgu leżą przyczyny błędów nieuniknionych.

a) Najczęstszy polega na wmięszaniu się zaburzeń czysto funkcjonalnych nerwicowych w powstawaniu objawów, które usiłują się umiejscowić; można n. p. powiązać z objawami (czysto funkcyi) za życia zmianą znaną po śmierci w zupełnie nieodpowiedniej okolicy mózgu.

b) Istnieją u niektórych osobników następstwa czynnościowe półkul, n. p. ośrodek ruchowy mowy może być umiejscowiony w 3-im zaw. czoł. prawym, lub n. p. ślepotą wyra-



zowa może być wyrównana za pomocą zmysłu mięśniowego i objaw może przejść niepostrzeżony za życia, po śmierci zaś znajdują się zmiany. To tłumaczy, dlaczego w dokumentach dotyczących umiejscowień mózgowych brak jednoznaczności matematycznej. Skoro więc umiejscowienie wspiera się na znacznej liczbie faktów, nie trzeba o rzeczywistości jego wątpić w przypadkach niekiedy sprzecznych, a szukać tylko ich objaśnienia.

Badania anatomo-kliniczne tak prowadzone mają wartość naukową równą badaniom doświadczalnym i mogą zupełnie wystarczyć do wykreślenia topografii ludzkiego mózgu.

*Rzeczniowski.*

## V. Choroby kobiet.

251. Dr DUROZIEZ. **Miesiączkowanie w chorobach serca.** (*De la menstruation dans les maladies du coeur. La France Médicale et Paris. Med. Nr 25, 1895.*)

Wyszędłszy z założenia, że jajniki są nader ważnymi narządami ustroju kobiecego, pozostającymi w tajemniczym związku nerwowym z resztą narządów, autor upatruje szczególną łączność ich z sercem i zastanawia się nad zaburzeniami w miesiączkowaniu, zależnymi od wad serca.

Dla Francji przyjmuje się za przeciętny wiek początku miesiączkowania  $14\frac{1}{2}$  rok życia; zawieszenie tej czynności ma miejsce pomiędzy 46 i 50 rokiem. Im wcześniej zaczynają się peryody, tem później ma miejsce ich zawieszenie; w chorobach serca jednak dzieje się inaczej. Co się tyczy płodności kobiety, zależnie od czasu, gdy zaczęła miesiączkować, to okazuje się, że przedwczesny początek życia płciowego daje lepsze wyniki, niż zapóźniony rozwój; przy zwężeniu otworu zastawki dwudzielnej 48 kobietom, które rozwinęły się płciowo pomiędzy 14 i 15 rokiem życia, pozostaje przy życiu 37 dzieci z 407 ciąży, jakie przeszły, 16 kobietom rozwiniętym pomiędzy 10 i  $11\frac{1}{2}$  rokiem życia pozostaje 12 dzieci; 12 kobietom, rozwiniętym po 16 latach chowa się zaledwie troje dzieci. Czyli w pierwszym wypadku 4 matki, rozwinięte przedwcześnie, pozostawiają po sobie troje potomstwa żyjącego, a w drugim (rozwięte za późno) 4 matki pozostawiają ledwo jednego potomka.

Podobny stosunek ma miejsce i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej łącznie ze zwężeniem otworu; przed-

wczesny i normalny rozwój płciowy dają większą odsetkę żyjącego potomstwa, niż opóźniony.

Autor obserwował wszystkiego 570 chorych sercowych, rozwiniętych płciowo normalnie (pomiędzy 13 a 16 rokiem życia) i 472, rozwiniętych anormalnie (202 przed 13 rokiem życia i 270 po 16 r. ż.) Ustawivszy cyfry w odpowiednie grupy, znajduje on pewną prawidłowość w zaburzeniach miesiączkowania. Wykazuje mianowicie, że liczba wypadków przedwczesnego rozwoju, o 2 lata przed normą (11—13), jest równa liczbie wypadków opóźnionych o 2 lata (16—18 r. ż.) = 62 wypadki; podobnie ma się rzecz, porównując 13 rok życia (128 wyp.) z 16 r. ż. (129 wypadków), 14 rok życia (135 w.) z 15 (131 w.) Wszystko to skłania do przyjęcia 14½ r. ż. za przeciętną normę rozwoju płciowego. Dalsze wnioski z rubryk wskazują, że w każdym następnym roku po 18 latach liczba przypadków mniejsza jest dwa razy, niż w poprzednim.

Zastanawiając się nad wpływem rodzaju choroby serca na czas rozwoju płciowego, autor przychodzi do wniosku, że: 1. Ilość wypadków normalnych (pomiędzy 13 i 16 r. życia) i anormalnych jest prawie równą w następujących postaciach chorobowych: zwężeniu zastawki dwudzielnej, niedomykalności jej, zwężeniu jej przy reumatyzmie, zwężeniu i niedomykalności aorty, samem zwężeniu jej, zwężeniu z niedomykalnością zastawki dwudzielnej. 2. Ilość normalnych jest 2 razy większą, niż nienormalnych, przy: blednicy, niedomykalności zastawek aorty, podwójnych wadach aorty i dwudzielnej zastawki, tachykardyi, niedomykalności zastawki trójdziałnej.

Dalej rozpatruje autor stosunek przedwczesnych do opóźnionych wypadków rozwoju w zależności od pojedynczych chorób serca i dochodzi do podobnych wniosków, jak przy porównywaniu całych grup.

Wiek ustania miesiączkowań wypada normalnie pomiędzy 46—50 rokiem życia kobiety z zastrzeżeniem, że życie płciowe trwa tem dłużej, im wcześniej się zaczęło. Inaczej dzieje się przy istnieniu wad serca. Przy zwężeniu otworu zastawki dwudzielnej kobiety, rozwinięte w 14½ r. ż., przestają miesiączkować w 41½ r. ż.; przy zwężeniu i niedomykalności zastawki dwudzielnej — w 38 r. ż. przeciętnie; przy samej tylko niedomykalności tej zastawki — w 44 r. ż.; przy jednoczesnej wadzie zastawki dwudzielnej i aortalnej—w 40½ r. ż.; wszędzie, gdzie bierze udział zastawka dwudzielna, klimakteryum jest wczesne, a rozwinięcie płciowe spóźnione; — przy zwężeniu i niedomykalności aorty kobiety, rozwinięte w 14½ r. ż.—w 49 roku; przy blednicy przeciętnie w 46½ r. ż.; przy niedomykalności zastawki trójdziałnej miesiączkowanie ustaje pomiędzy 45 i 50 rokiem życia.



Z powyższych danych wyprowadza autor wniosek, że zachodzi ścisły związek pomiędzy działalnością serca i jajnika. Niedostateczna sprawność jednego z tych narządów odbija się szkodliwie na drugim i na całym ustroju. Wady serca, przedewszystkiem zastawki dwudzielnej, skracają przeciąg trwania życia płciowego kobiety, zmniejszają jej płodność, zwiększają ilość poronień i śmiertelność dzieci i stanowią dla życia kobiety poważne niebezpieczeństwo, zwłaszcza podczas porodu. Najpomyślniejszych wyników możemy oczekiwać przy tych wadach sercowych, które nie przeszkadzają normalnemu rozwinięciu płciowemu około 14 r. ż. i ustaniu miesiączkowania przed 50 rokiem.

W. Miklaszewski.

## V. Choroby dzieci.

252. ALOIS EPSTEIN (Praga). **Pseudodyfterya pochodzenia septycznego.** (*Ueber Pseudodiphtheritis septämischen Ursprungs. Verhandlungen der elften Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der 66 Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aertzte in Wien 1894.*)

Obecnie dyfteryą nazywamy te stany chorobowe, w których lasecznik dyfterytyczny Löfflera zostaje wykryty. Liczne jednak poszukiwania wykazały, że istnieją klinicznie podobne cierpienia, w których lasecznik dyfterytyczny nie ma udziału, natomiast znajduwane są różnego rodzaju cocci (strepto-saphylococci, diplococci Fränkla i bliżej nieokreślone jeszcze cocci) oraz *Bacterium coli commune*. Cierpienia tego rodzaju przedstawiają obraz kliniczny zupełnie podobny do istotnego dyfterytu, błony wrzekome nie ograniczają się li tylko do migdałków, zajmować mogą języczek, łuki, podniebienie miękkie, jamę nosową, przechodzić mogą na krtań, wywołują obraz krupu, gruczoły limfatyczne w tych stanach obrzmiewają, występuje albuminurya, spostrzegano nawet porażenie podniebienia miękkiego, a jednak lasecznik dyfterytyczny w tych razach nie był wykryty. Niektórzy nazywają te cierpienia dyfteroidnemi, inni dają nazwę pseudodiphtheritis, inni znów wyróżniają dyfteryt bacillowy i kokkowy (*Coccendiphtheritis*).

Tego rodzaju cierpienia spotykane są u noworodków i ssawców. Autor już w roku 79 ogłosił odnośne spostrzeże-

nia i dał tym stanom nazwę „dyfteryt septyczny“ i „krup septyczny.“ W ostatnich 5 latach obserwował znów 2 tego rodzaju przypadki. Ogólna kliniczna charakterystyka tych stanów jest następująca: cierpienie to spotyka się u dzieci ciężko chorych w przebiegu ogólnej infekcji septycznej, zejście zwykle śmiertelne w ciągu kilku dni, ciepłota ciała jak zwykle przy pyo-septycznych stanach u noworodków waha się w granicach normy lub nieco wyżej; zmiany miejscowe (wysięk włóknikowy) rozpoczynają się na podniebieniu miękkim i zależnie od ogólnego stanu dziecka i jego zasobu sił, szerzą się na całą gardziel, nasadę języka, błonę śluzową policzków i warg. Sprawa może przejść do jamy nosowej, a nawet, jeżeli choroba się przedłuży, na epiglottis i krtań; niekiedy proces ten zajmuje przelyk i żołądek. Wysięk na błonie śluzowej przedstawia się w postaci szarych lub zielonkawo żółtych matowych gładkich błon wrzekomych, ostro odgraniczonych, które w początkach ściśle przylegają do podłoża, niekiedy oddzielają się i pozostawiają krwawiącą, pozbawioną nabłonka błonę śluzową.

Jako ilustrację tych stanów podaje autor opis przypadku, w którym u noworodka w pierwszych dniach rozwinęło się gastroenteritis a w następstwie zapalenie krupowe gardzieli, jamy ustnej, nosa i nagłośni. Śmierć 24 dnia życia.

Cierpienia tego rodzaju wyróżniają się od pleśniawki już samym wyglądem nalotów, ich twardością i wyraźnym odgraniczeniem, choć omyłka dyagnostyczna jest możliwa, tem bardziej, że pleśniawki mogą się dołączyć do tej sprawy.

Badania histologiczne wykazują budowę błon zupełnie analogiczną z budową błon dyfterytycznych, mianowicie błony wrzekome składają się z siatki włóknika, w oczkach tej siatki znajdują się komórki nabłonkowe nekrotyzowane; w głębszych warstwach ma miejsce nacieczenie leukocytów; naczynia rozszerzone, przepełnione, otoczone leukocytami.

W innym przypadku autor przeprowadził badania bakteriologiczne. Dnia 1 Lutego przybyło do kliniki dziecko 12 dniowe, wagi 2700 grm. z objawami gastroenteritis. W przebiegu choroby powstało nephritis, sclerema i pneumonia lobularis. 9 Lutego śmierć. Na 1 dzień przed śmiercią zjawiała się błona wrzekoma w gardzieli, obrzmienie z lewej strony szyi, oddech laryngostenotyczny. Sekcja wykazała błony wrzekome na obu łukach w gardzieli oraz na nagłośni i więzadłach nalewko-nagłośniowych.

Badania bakteriologiczne błon wrzekomych za życia i po śmierci wykazało: Streptococci, Staphylococcus albus et aureus. Laseczników Löfflera nie znaleziono. Badanie bakteriologiczne krwi jeszcze za życia wykonane 6 Lutego przed wystąpieniem objawów ze strony gardzieli wykazało obecność stre-



ptokokków; te ostatnie pod względem cech biologicznych, morfologicznych i wpływu na zwierzęta okazały się identycznymi ze streptokokkami, wyhodowanymi z gardzieli. Taki wynik badań bakteryologicznych wykazuje, że w danym przypadku zmiany w gardzieli wystąpiły w następstwie septicemii powstałej w przebiegu gastroenteridis i że drogą krwi błona śluzowa gardzieli została zakażona.

Autor jest zdania, że do grupy pseudo-dyfterytów pochodzenia septycznego należałoby zaliczyć dyfteryty wtórne, które się rozwijają w następstwie chorób infekcyjnych i rozwijają się na gruncie powstałej septicemii.

J. Bączkiewicz.

253. Dr H. FINKELSTEIN. **Przypadek usposobienia krwotocznego.**  
(*Diathesis haemorrhagica.* *Berl. klin. Woch.* Nr 23, 1895.)

Autor opisuje przypadek w następujący sposób.

Chłopczyk mający 8 dni, urodzony w siódmym miesiącu ciąży. Matka dziecka zakażona przymiotem chwilowo cierpi na zator żył uda połogowego pochodzenia. Dziecko małe, wynędzniałe. Ciepłota podnormalna. Skóra i łącznica ikteryczne zabarwione. Z małych szczelin ust, z pozornie nienaruszonej błony śluzowej ust, gardzieli, twardego podniebienia, z miejsc odparzeniu uległych przy odbyciu i mosznie i z nąplka bez przestanku płynie krew jakby z gąbki. Stolce zabarwione na zielono, pod mikroskopem zawierają liczne ciała czerwone. Dla zbadania krwi nakluto palec. Powstały krwotok udało się zatamować tylko po nałożeniu bandaża. Trzeciego dnia choroby dziecko zmarło.

Autopsja wykazała liczne skrzepy krwi na ustach i mosznie, gdzie skóra była owrzodzona (erosiones). W płucach liczne ogniska krwawienia. Śledziona duża, twarda, z ogniskami (gummatami) częściowo zwapniałymi. Nerki z licznymi wylewami krwawymi, W kiszce ślepej mierna ilość krwi. Osteochondritis sphyilitica.

W hodowlach, przygotowanych z narządów wewnętrznych, był znaleziony swoisty lasecznik, który zabija myszy przy objawach posocznicy, a u królików, zastosowany do jamy otrzewny, wywołuje typowe objawy usposobienia krwotocznego.

Lasecznik ten własnościami swemi podobny jest do laseczніка, odkrytego przez Kolbego i nazwanego bacillus haemorrhagicus. Kolb znajdował go u trzech dorosłych, zmarłych na samoistną plamicę krwotoczną, i widzi w nim istotnego sprawcę tego cierpienia. Zbliżonymi własnościami odznaczają się laseczniki, znalezione przez Babesa w przypadkach usposobienia krwotocznego połączonego z gnilcem, i laseczni-

ki znajduwane przez Tizoniego i Giovanniego przy impetigo contagiosa, połączone z plamicą krwotoczną.

Do tej grupy może być również przyłączony lasecznik, znaleziony przez Dungere u noworodka, cierpiącego na krwotoki.

*Rabek.*

## VI. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

254. Dr Pousson w Journ. méd. de Bordeaux z 19 Maja r. b. zaleca **antipirynę w roztworze do miejscowego znieczulania pęcherza moczowego**. Antipirynę stosuje w 2—4% roztworze i trzyma ten roztwór od 5 do 10 minut w pęcherzu. Znieczulenie w ten sposób otrzymane wystarcza do wprowadzenia cystoskopu lub lito'ryptora, a także przed stosowaniem lapisu przy stanach zapalnych pęcherza. *H. K.*

255. L. Loewenfeld z Monachium podaje **szereg praktycznych wskazówek dla pielęgnowania bezwładnych**. Już Weir Mitchell zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie spokoju jako środka leczniczego w chorobach nerwowych. Leyden spokój w łóżku lub fotelu uważa za pierwsze i najważniejsze wskazanie w bezwładach neurytycznych. Nawet w wielu bezwładach pochodzenia rdzeniowego również i w władzie spokój w łóżku daje dobre wyniki. Niektórzy chorzy uważają podobną radę lekarza za testimonium paupertatis z jego strony: osoby pielęgnowujące chorego powinny zbijać to mniemanie chorego oraz urozmaicać mu tę przymusową niewolę. Są przypadki, gdzie nawet każde prawie poruszenie w łóżku połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem (bezwładny dyfterytyczny, polymyositis); tacy chorzy powinni być bardzo starannie i umiejętnie dozorowani. Przy odżywianiu powinno się mieć wzgląd na ogólny habitus chorego, oraz na jego dotychczasowe przyzwyczajenia. Wielu paralityków n. p. myelitycy, wskutek bezsenności, braku świeżego powietrza tracą łaknienie i odżywianie ich upada, chorzy tacy powinni być zachęcani do obfitego przyjmowania pokarmów. Skutki obfitej diety występują najjaskrawiej w przypadkach bezwładów neurytycznych (polyneuritis) po chorobach zakaźnych i w tych neurytach zakaźnych, które z gorączką się rozpoczynają. Uspokojenie do zaparcia stolca powinno być zwalczane podawaniem młodych jarzyn oraz owoców. U osób bardzo wyniszczonych wskazanym jest wyskok, w innych przypadkach nawet u nałogowych pijaków od wyskoku wstrzymać się trzeba.

Należy zwracać uwagę na to, żeby nogi były w ciepłe trzymane, pożytecznymi są też chłodne obmywania całego ciała. Używanie świeżego powietrza ma bardzo duże znaczenie: pobudza łaknienie, sprowadza sen i dobry nastrój ducha. Tam gdzie ciągle spokój nie jest potrzebny, chory powinien ruchu do pewnego stopnia używać. (Berlin. klin. Woch. Nr 28, 1895).

*H. K.*



256. Moizard i Bouchard na pos. Tow. lek. szpit. w Paryżu podają **przypadek anginy pseudo-dyfterytycznej, leczony surowicą i zakończony śmiercią.** 6 letnia dziewczynka dostała zapalenia migdałów. Ponieważ siostra jej przechodziła błonicę i leczona była z dobrym skutkiem surowicą, wstrzyknięto 10 c. sz. surowicy. Po kilku dniach polepszenie. Wkrótce jednak podniesienie ciepłoty oraz wysypka ogólna, drgawki, śmierć po 4 godzinach. Autorzy przypisują to działaniu surowicy na ośrodki mózgowo. Na tem samym posiedzeniu dr Galliard podaje przypadek ostrego zapalenia stawów u 33 letniej chorej po użyciu surowicy. (La Progr. méd. 29). J. Z.

257. Grube, badając **odruchy ścięgniste w moczówce cukrowej**, doszedł do następujących wyników: 1. Odruch kolanowy może nie być obecny w moczówce. 2. Brak nie jest tak częsty, jak chcą niektórzy. 3. U osób starszych nad lat 50 zdarza się brak odruchu najczęściej. 4. Brak odruchu zależy od neuritu. 5. Na rokowanie brak odruchu nie ma wpływu. 6. Odruchy mogą być obecne aż do chwili wystąpienia śpiączki. (D. m. W. 1895). J. Z.

258. Dr Klein z Khaifa podaje sposób na **pozbawienie przykrego smaku oleju rącznikowego.** Do szklanki mleka wlewa 15—20 gm. ol. rącznikowego i ogrzewając mięsza ciągle. Po kilku minutach otrzymuje on zawiesinę, którą słodzi syropem pomarańczowym. Mięszanka ta działa lepiej niż olej i wcale nie posiada przykrego smaku. (Lyon med. 29). J. Z.

259. Ze wszystkich środków leczniczych, proponowanych przeciwko cukromoczowi, jedno **Syzygium jambolanum** pewną wartość posiada. Zdanie to wypowiada większość autorów, którzy w ostatnich czasach w kwestyi tej głos zabierali. To samo mówi i von Noorden w ostatniej swej pracy o moczówce cukrowej. Wiele spostrzeżeń klinicznych przemawia za tem, że środek ten w pewnych przypadkach daje dobre wyniki i badania eksperymentalne do tego samego wniosku prowadzą. Niedawno Leoni i Colasanti ogłosili w protokółach Królewskiej Akademii Lekarskiej w Rzymie cztery przypadki diabety, leczone za pomocą syzygium jambolanum: w trzech przypadkach ilość moczu i cukru znacznie się zmniejszyła, w czwartym natomiast lek okazał się bezskutecznym.

Wszystcy pacycenci czuli się podczas kuracyi bardzo dobrze i doskonale znosili lekarstwo. Jest rzeczą obojętną, pod jaką postacią stosuje się ten nowy środek; kora, nasiona, dekokt, wyciąg płynny działają jednakowo. U dwóch psów wywołano sztucznie diabetes podług Minkowskiego przez wycięcie trzustki, u jednego środek pozostał bez skutku, natomiast u drugiego spostrzeżono bardzo powolny przebieg choroby i niekiedy znaczny spadek ilości cukru w moczu.

Stosując syzygium trzeba bacznie zwracać uwagę na to, żeby preparat był świeży. (Berl. klin. Woch. Nr 28, 1895). H. K.

260. **O wpływie pracy na maszynach do szycia na kobiece narządy płciowe.** Pod tym tytułem napisał dr A. Gutzmann z Berlina rozprawę inauguracyjną. Materiał dla swej pracy czerpał autor w Berlińskiej klinice uniwersyteckiej dla chorób kobiecych; obejmuje on 356 pra-

cownic na maszynach. Dzienna ilość godzin pracy u tych chorych wahała się pomiędzy 5 a 18 godzinami. Przeciąg czasu, przez który chore pracę swą wykonywały wynosił od 1—32 lat. Wiele chorych od 16 lat do 69, znakomitą większość stanowiły jednak kobiety młode, ponieważ z ogólnej liczby tylko 10% przypada na wiek przejściowy. Zameężnych było 275, niezameężnych 71. Autor zestawił rozpoznanie u tych kobiet z rozpoznaniem sprawozdań rocznych tejeż polikliniki. Chociaż zestawienie takie nie jest w zupełności wolne od zarzutów, jednakże okazuje się, że u kobiet szyjących na maszynach liczba chorób zapalnych macicy i przydatków znacznie jest większą w porównaniu z resztą materiału poliklinicznego. Również i liczba poronień oraz tyłozgień macicy u nulliparis jest nader wysoką u tych pracownic.

Na zakończenie stawia autor następujące wnioski: 1. Pracownice od lat 14 do 16 powinny przedstawiać świadectwo lekarza, że rozwój ich ciała dozwala na pracę na maszynie. 2. Dopiero po dojściu do lat 20 dozwala się na dłuższą pracę, nie powinna ona jednakże 10 godzin przekraczać. 3. Po godzinnej lub dwugodzinnej pracy na maszynie powinien nastąpić krótki wypoczynek; najlepiej zmiana zajęcia na inne. 4. Wzbrania się szyć na maszynie: w czasie miesiączki, w czasie ciąży i po porodzie przez 6 tygodni. Przy cierpieniach narządów płciowych sdyć na maszynie powinno być zarzucone. 6. Krótkotrwała praca na maszynie u kobiet zdrowych nie jest uważaną za rzecz szkodliwą. (Berl. kl. Woch. Nr 28, 1895). H. K.

261. Dr Saalfeld z Berlina w Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr 12 1894 podaje następujące **przepisy w celu zapobiegania odleżynom**. Staranne przygotowanie odpowiedniego łoża, unikanie wszelkich fałd. Zaleca się kłaść skórę łośiową pomiędzy prześcieradłem i materacem. Poduszki napełnione wodą lub powietrzem do dłuższego użycia nie nadają się. Chory powinien często zmieniać położenie, stosuje się to szczególniej do osób w podeszłym wieku. Lekarz codziennie powinien ciało chorego obejrzeć. Zagrożone części mają być codziennie niezbyt mocno natarte wodą z octem lub wódką, lub też innym środkiem ściągającym. Zaleca się czystość przy oddawaniu stolca i moczu, okolicę kiszki odchodowej smarować trzeba lanoliną. Gdy pomimo tych zabiegów profilaktycznych wystąpi zaczerwienienie, wtedy miejsce to trzeba nacierać cytryną lub też pędzlować kolodionem jodoformowym. Gdy naskórek schodzić zaczyna, wtedy stosuje się emplastr. litharg. W przypadkach więcej posuniętych z rozpadem zaleca autor środki przeciwnilne (Liquor Burowii z jodoformem, eurofenem lub aristolem) lub też maść ściągającą (Plumb. tannic. 1, Lanolini 3); gdy rozpad posuwać się zaczyna, wtedy stosuje się 2—3% maść lapisową. H. K.



## VII. ODCINEK.

## Specjalności w Warszawie.

Warszawa prócz wielu innych posiada pewną specjalną cechę w sferze działalności lekarskich, mianowicie specjalizację.

W żadnym może mieście specjalności poszczególne naszej wiedzy nie mają tylu przedstawicieli, co w Warszawie. Przekona o tem następujące zestawienie.

W Berlinie jest w chwili obecnej 1700 lekarzy, śród nich znajdujemy tylko 450 specjalistów, t. j. 26% cyfry ogólnej. Oddzielne specjalności są reprezentowane jak następuje: okulistów 45, neuropatologów 47, ginekologów 82, otiatrów 42, laryngologów 70, psychiatrów 16, specjalistów od organów moczowych 50, syfilidologów i dermatologów 39, ortopedystów 19, pedyatrów 42, specjalistów chorób narządów trawienia 4, chirurgów 53 i 1 specjalista od reumatyzmu, podagry i chorób nerek.

W Warszawie kwestya ta przedstawia się inaczej według ostatnio wydanego przez W. Karpińskiego przewodnika. Cyfry, które podajemy z tego przewodnika są pewne, gdyż sami lekarze wypełniali odpowiednie kwestyonaryusze.

Warszawa według tego przewodnika posiada 598 lekarzy, z tych 545 zajmujących się praktyką.

Z pośród tych lekarzy jest specjalistów 304, t. j. 50%, a mianowicie ginekologów 83, chirurgów 59, pedyatrów 56, syfilidologów i dermatologów 40, neuropatologów 28, otiatrów i laryngologów 15, okulistów 15, specjalistów chorób narządów trawienia 8, wreszcie zajmujących się medycyną wewnętrzną wogóle 175, 7 podało się jako zajmujących się praktyką ogólną.

Oto są cyfry dla Warszawy.

Zestawiając dane te w tablicy procentowej, widzimy co następuje:

	Warszawa	Berlin
Lekarzy razem	598	1700
Specjalistów	50 %	26 %
Ginekologów	14 %	4,9%
Chirurgów	9,1%	3 %
Pedyatrów	9,0%	2,8%
Syfilidologów	6,6%	3,7%
Neuropatologów	4,3%	3,8%

Otiatrów i laryngologów	2,5%	6,8%
Okulistów	2,5%	2,9%
Lekarzy chorób żołądka i kiszek	1,3%	0,2%
Zajmujących się chorobami wewnętrznymi	29 %	—

Przejrawszy dokładnie cyfry powyższe, nie możemy nie zwrócić uwagi, iż zaledwie jedna specjalność laryngologów i otiatrów jest silniej niż w Warszawie reprezentowana w Berlinie, pozostałe specjalności reprezentowane są liczebnie o kilkadziesiąt procent słabiej.

Czem się to dzieje?

Na pozór taki rozkwit specjalności radować nas powinien, dowodziłby bowiem zamiłowania wielkiego do naszej wiedzy i wielkiego zainteresowania się nią ogółu lekarzy. Specjalność bowiem, pomijając jej strony ujemne w praktyce, ma to do siebie, że zniewala poniekąd do pracy ścisłej i bardziej owocnej.

Gdyby tak było w istocie, to, jako wyraz tego rozkwitu, piśmiennictwo nasze byłoby nader bogate w szereg prac specjalnych, dowodzących wyrobienia autorów i opanowania przedmiotu. Niestety, powiedzieć tego nie możemy. Kto uważnie przegląda pisma nasze, spotyka się stale z kilkudziesięciu nazwiskami piszących, godnie reprezentujących naszą wiedzę. Tych kilkudziesięciu ludzi zasila nasze piśmiennictwo lekarskie nie tylko ofiarnością intelektualną, ale i materialną, wydając czasopisma bez żadnych zysków, często ze stratą materialną. Ale w stosunku do owych 304 specjalistów jest ich garstka mała.

Powie kto, iż działalność pozostałych specjalistów skupia się w praktyce, że nie mają chęci lub też zdolności odpowiednich do zabrania głosu w kwestyach specjalnych na łamach pism, ale za to zasilają dyskusją tutejsze towarzystwo lekarskie, dają mu na każdym posiedzeniu obfity do dyskusyi materiał—jednem słowem, jeśli nie piśmiennie służą nauce, to choć za pomocą odpowiednich demonstracyj starają się wobec lekarzy zaznaczyć, iż specjalność swą traktują z naukowego punktu widzenia. I tu jednak spotyka nas zawód. Znow w protokółach towarzystwa też same nazwiska, znow ciż sami ludzie, co z nauką ścisłą zadziernęli więzy; inni i tu milczą i tu nie zaznaczają niczem swej specjalności.

Pozostaje więc wykazanie swych zdolności na polu praktyki w szpitalach, i tu jednak z wyjątkiem może chirurgów nie znajdujemy zbyt wiele nazwisk.

Inne specjalności nie są tak szczęśliwe, zaledwie kilku z każdej ma pole do wykazania swych wiadomości w praktyce szpitalnej, reszta zadawalnia się praktyką prywatną.

Oceniać zasługi na tem polu położone jest rzeczą zbyt trudną i... niepolityczną. Czy one są, ani twierdzić, ani zaprzeczać



nie możemy, zaznaczamy tylko, że nie są one widoczne ani w piśmiennictwie, ani w dyskusjach specjalnych:

Natomiast chcielibyśmy zwrócić uwagę na tworzenie się spycjalności na bruku warszawskim.

Aby ogłosić się specjalistą, zdawałoby się niedość dobrych chęci, ale trzeba chyba jakichś kwalifikacyj. Część mała zdobywa te kwalifikacye na studiach w klinikach, czy to zagranicznych czy miejscowych, i zaznacza je w piśmiennictwie. Takich w każdej spycjalności policzyć można na palcach, inni kwalifikują się, asystując innym starszym specjalistom—takich również niewielu, inni wreszcie, skoro im przyszła myśl szczęśliwa, wypisują sobie w ogłoszeniach lub na szyldach wprost sami kwalifikacye — tych spotkasz rzadko w piśmiennictwie, a rzadziej jeszcze w szpitalach.

Nie chcemy przez to twierdzić, aby Warszawa nie miała prawdziwych specjalistów, oddających się swej gałęzi z umiejętnością i zamiłowaniem, przeciwnie, każda spycjalność reprezentowana jest przez lekarzy, którzy śmiało siły swe mierzyć by mogli z zagranicznymi, t. z. wszechświatowymi powagami, zwracamy tylko uwagę, że poza nimi stoi cały szereg takich, którzy niczem swej działalności nie zaznaczyli, i że tych ostatnich jest za dużo.

Z powyższego wysnuć należy wnioszek, że Warszawa za wielu ma specjalistów, stanowczo za wielu. Berlin jest w nich uboższy, a przecież ma on tę wyższość nad nami, że ściągają doń chorzy z całej Europy środkowej, nas nie wyłączając. Czyby więc lekarze wchodząc w praktykę nie chcieli zwrócić na to uwagi i mniej za ogólnym, jak widać szkodliwym, isć prądem. Trochę trzeźwego zapatrywania na sprawę, trochę zastanowienia się mieć należy.

Odpowiedzą nam, że publiczność pcha lekarzy do tego, zdaje nam się jednak, że nie po jej stronie wina. Przyzwyczajono ją do tego. Kto leczy krtań, uważa za ujmę dla siebie zwrócenie uwagi na trzewia brzuszne i, naturalnie, odsyła chorego do specjalisty, choćby nawet czuł się na siłach dać odpowiednią poradę, kto jest neuropatologiem, nie udzieli porady kobiecie, cierpiącej na chorobę macicy. Nie dziwnego, że publiczność, przyzwyczajona do tego, nauczyła się już się szukać specjalistów od reumatyzmu, od usuwania tasiemca i t. p.

Należałoby może oddziaływać dziś w innym na publiczność duchu, aby wybierała sobie stałych lekarzy domowych, liczba tych bowiem lekarzy ze szkodą dla chorych jest coraz mniejsza, a za specjalistów uważać tylko takich, którzy rzeczywiście pracą swą i umiejętnością zdolni są reprezentować godnie wybraną przez siebie gałąź.

*Medicus.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Towarzystwa lekarskie.** W Anglii wielu lekarzy występuje przeciw ciągle wzmagającej się liczbie towarzystw lekarskich. Skutkiem tego nadmiernego rozwoju ilość członków pojedynczych towarzystw spadła do minimum, jakoś referatów obniżyła się, proponują tedy zlanie się oddzielnych towarzystw w kilka, które względem tych pojedynczych stowarzyszeń odgrywałyby rolę metropolii. Takie rozwiązanie kwestyi daje bardzo dobre wyniki w Ameryce.

— **Jubileusze.** Rudolf Leuchart, znany badacz nad robakami, obchodzić będzie 25 Grudnia r. b. jubileusz 50 letni działalności naukowej) ku uczczeniu jego zasług zawiązał się komitet w Lipsku.

— **Nowe tow. ubezpieczeń dla lekarzy.** Association amicale des médecins français, powstałe niedawno, opiera się na następujących danych. Do towarzystwa mogą zapisywać się wszyscy zdrowi lekarze, zamieszkujący Francję, wieku od 25 do 64 lat, wkłady są następujące:

Wiek	A.	B.	Wiek	A.	B.
	fr.	fr.		fr.	fr.
25	54	65	45	80	101
26	55	67	46	82	104
27	56	68	47	83	106
28	57	69	48	85	109
29	58	70	49	87	112
30	59	72	50	89	114
31	60	73	51	91	117
32	61	75	52	93	120
33	62	76	53	95	123
34	63	78	54	97	126
35	65	80	55	99	129
36	66	82	56	101	133
37	67	84	57	103	136
38	69	86	58	105	139
39	70	88	59	107	143
40	72	90	60	109	146
41	73	92	61	112	149
42	75	94	62	114	153
43	76	96	63	116	157
44	78	99	64	118	165

Wpłacający do kasy według rubryki A, otrzymują pomoc w razie choroby do 65 roku, według rubryki B do końca życia. W razie choroby dłuższej nad dni 4 członkowie otrzymują po 10 fr. dziennie w ciągu 2 miesięcy, po tym czasie po 100 fr. miesięcznie aż do wyzdrowienia.



Jeżeli członków będzie 300 (obecnie 250) można będzie robić wkładki podwójne, a wtedy i wysokość zasiłku będzie również podwójna.

Podobne stowarzyszenie w Anglii prosperuje już od la 10.

A u nas?

— **Rozwój miejsc kuracyjnych.** We Francji istnieje 1044 miejscowości kuracyjnych, z których na wody alkaliczne wypada 358, siarczane 318, słone 219, żelaziste 149! W r. z. leczono się na tych wodach przeszło pół miliona ludzi.

— **Towarzystwo lekarzy czeskich.** Według Czas. lek. Czes. towarzystwo lekarzy czeskich wzrasta corocznie. W r. 1868 było wszystkich 80 członków, w r. 1893 — 642, w r. b. 660. Pierwszym członkiem czynnym był Chodounsky, członkiem założycielem Petters, pierwszym członkiem honorowym Eiselt. Najmłodszymi członkami honorowymi są Maydl i Pavlik, członkiem założycielem Horbaczewski.

Najwięcej referatów było w r. 1894 (85). Książnica towarzystwa w r. 1868 zawierała 8 książek, dziś liczy 4226.

— Najcięższa kobieta w Ameryce, ważąca 17 pudów zmarła w Millersburgu.

## Z M A R L I:

— W b. m. zmarł z suchot płucnych na Krymie były profesor Uniwersytetu Warszawskiego **Łazarz Thumas**. Zmarły pochodził z Ormian kaukaskich, studiował medycynę w Petersburgu i przez czas pewien był asystentem Botkina. Do Warszawy przysłany został na katedrę farmakologii. Niebawem zajął się urządzeniem brakującej dotąd pracowni, w której pomimo dość pierwotnego urządzenia umiał zgromadzić sporą liczbę pracujących. Z tej pracowni wyszły dwie dysertacje doktorskie: O farmakologii fluorku sodu i o przemianie materii pod wpływem kalomelu.

W ostatnich latach swej krótkiej działalności profesorskiej pracował na klinice dyagnostycznej. Ogłosił kilka cenionych prac z dziedziny farmakologii.

Przedwcześnie zmarły prof. Ł. Thumas odznaczał się sumiennością w wykonywaniu swych obowiązków, lekcye jego były zawsze bardzo starannie opracowywane. W stosunkach z uczącą się młodzieżą umiał sobie zyskać jej sympatyę i szacunek taktem i bezstronnością w traktowaniu wszelkich kwestyj.

Zmarł, nie dosięgnąwszy 40 lat życia, budząc szczerą żal we wszystkich, co mieli możność poznać jego szlachetny sposób myślenia, zalety jego serca i rozumu.

— Dnia 12 Sierpnia zmarł w Strasburgu nagle prof. dr **Hoppe-Seyler** w 70 roku życia, znany ze swych badań i dzieł w kwestyach chemii fizyologicznej. Redagował „Zeitschrift für physiologische Chemie.”

— Szwedzki major **Thure Brandt**, wynalazca masażu narządów miednicy, zmarł w Södertelge nad jeziorem Melar.

## NADEŚLANO DO REDAKCYI.

*W. Janowski.* Przyczynek do metodyki badań nad elastycznością. Odb. z Pam. Lek. T. W.

*Dr R. Landau.* Geschichte der jüdischen Aerzte. Berlin 1895. Verlag von S. Karger. Charitést. 3.

*Prof Dr H. Kadyi.* Rozwój i działalność C.-K. Szkoły Weterynaryi we Lwowie. Lwów 1895.

**Dr Wl. WRZEŚNIEWSKI**, b. ordynator kliniki chirurgicznej Uniw. Warsz. osiadł w Częstochowie. Przyjmuje z chorobami chirurgicznemi. Aleja II, dom p. Zapalkiewicz. 4—1.

## SPIS RZECZY.

### Prace oryginalne.

Dr Józef Swieżyński. Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewaną do kiszki stłocowej u człowieka i zwierząt, 537. J. Zawadzki i L. E. Bregman. Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następczym zatorem tętnicy Sylwiusza oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego, 541.

### Streszczenia zbiorowe.

Fr. Giedroyć. Objawy skórne w chorobach wewnętrznych (Dalszy ciąg), 546.—M. Misiewicz. Obecne stanowisko nauki o niezycie pęcherza moczowego (Dalszy ciąg), 550.

### DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**I. Medycyna wewnętrzna.** 245. Dr Feliks Klemperer i Dr Ernest Levy. O surowicy tyfusowej, 557.—246. Dr Feliks Hirschfeld. O śpiączce przy moczowce cukrowej, 558.

**II. Farmakologia.** 247. Dr Fr. Eschbaum. Waga kropeł płynnych środków leczniczych, 461.—248. Dr Benario. Citrofen, nowe antipyreticum i antineuralgicum, 565:

**III. Choroby nerwowe.** 249. Bechterew. Badania nad genezą napadów padaczki, 566.—250. J. M. Charcot i Pitres. O metodzie anatomo-klinicznej w jej zastosowaniach do badania umiejscowień, 568.

**IV. Choroby kobiet.** 251. Dr Duroziez. Miesiączkowanie w chorobach serca, 571.

**V. Choroby dzieci.** 252. Alois Epstein. Pseudodyfterya pochodzenia septycznego, 573. — 253. Dr H. Finkelstein. Przypadek usposobienia krwotocznego, 575.

254—261. Wiadomości pomniejszych, 576.

ODCINEK: Specjalności w Warszawie, 579.

Kronika bieżąca, 582.—Nadesłano do Redakcyi, 584.—Ogłoszenie.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelka, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Августа 1895 года.