

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

TRZESĆ: Rozprawy. O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych. Napisał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (Dokończenie.)—Wykłady kliniczne. Dr. GURON'A: O rozpoznawaniu i leczeniu zwężenia cewki moczowej. Przełożył dr. S. PERKOWSKI, ordynator szpitala Ujazdowskiego. (c. d.)—Streszczenia i wyciągi. Białkomocz przemijający. Neus, laparotomia, wyzdrowienie. Przypadek tęcza wyleczony wyciągiem Calabaru. O otrzymywaniu i leczniczym działaniu chinini tannici. Poboczne zgubne działanie pilokarpiny u dzieci. Cukier mleczny jako lekarstwo. Hość mleka wysysanego przez niemowlęta z piersi matki. Czarna ospa u Eskimosów w Paryżu. — Kronika zagraniczna. Wiedeń, Kiel, Berlin, Paryż. — Wiadomości z Cesarstwa Petersburg, Kijów. — Kronika miejsca. Gorszący niedostatek pomocy lekarskiej. Komitet etyki lekarskiej. — Wspomnienia pośmiertne. S. p. MAJEWSKI Maksymilian. — Ogłoszenia.

### O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Napisał Wł. Gajkiewicz.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 3, 6, 7, 10 i 11).

Wspomniona wyżej metoda badania, prócz wykrycia bytności ośrodków dla mięśni obrotowych u ludzi i oznaczenia miejsca prawdopodobnego ich położenia, pokazuje nadto iż od ośrodków tych idą włókna nerwowe przez istotę białą korową, całe wnętrze mózgu, odnogi mózgowe i most WAROLA, gdyż zboczenie oczów i głowy bywa i przy cierpieniach wymienionych części mózgowia; a dalej, iż włókna te zachowują te same stosunki w ciągu swego przebiegu, jakie mają same ośrodki, gdyż zbożeniom oczów i głowy spowodowanym cierpieniem tych włókien, towarzyszą również zwykle zaburzenia mięśni twarzowych. Do podobnych zupełnie wyników doszedł GRASSET (prof. agrégé w Montpellier)<sup>1)</sup>, który posługiwał się, jak już wspomnieliśmy, tą samą metodą postępowania co i LANDOUZY. „Jeżeli zbożenie sprzężne, mówi on (*l. c.* str. 10), należy przypisać cierpieniu korowemu, to najczęściej siedliskiem jego są zawoje mózgowe, które otaczają wierzchołek rowka SYLWIUSZA i zawój kątowy (ośrodki 13, 13' i 14 FERRIER'A). Bynajmniej nie sądzę by to był jedyny punkt mózgowia, cierpienie którego wywołuje obrót głowy i oczów. Jak i dla innych ośrodków ruchowych, tak i tutaj cały pęczek włókien białych, który wychodzi z tej okolicy i idzie do odnogi mózgowej, przechodząc przez torebkę wewnętrzną, gdy ulegnie cierpieniu, może dać powód do wystąpienia tego objawu. 40 z naszych spostrzeżeń zalicza się do tego ostatniego działu, a 32 przypadki odpowiadają przeciwnie cierpieniom zawojów mózgowych”.

Mimo iż odbiegniemy od głównego przedmiotu, ze względu jednak

<sup>1)</sup> GRASSET. *De la déviation conjugnée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Montpellier médical. 1870. i osobna odbitka.*

na ważność objawu: zboczenia sprzężnego oczów i głowy, pozwalamy sobie o nim podać niektóre szczegóły. Położenie osiowe (to jest na linii środkowej ciała) głowy jest wynikiem działania synergicznego mięśni przyczepiających się do podstawy czaszki, a mianowicie mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego (*m. sterno-cleido-mastoideus*) i kapturowego (*m. trapezius*), a które kurcząc się z jednej strony, obracają głowę w stronę przeciwną ich przyczepieniu <sup>2)</sup>. W stanie prawidłowym jednakowy stopień skurczenia (*tonus*) mięśni prawych i lewych równoważy się i głowa zostaje utrzymywana na linii środkowej, zupełnie tak samo jak *tonus* synergiczny mięśni unerwianych przez 7-mą parę powoduje jednostajność rysów z obu stron twarzy. Jeśli jednak w takich warunkach nastąpi skurczenie się mięśni obracających głowę, lecz po jednej tylko stronie, to nastąpi zboczenie kierunku położenia głowy od prawidłowego. Mięśnie mostko-obojęczyko-sutkowy i kapturowy są unerwiane przez nerwy szyjowe a głównie przez 11 tą parę nerwów czaszkowych (*n. spinalis*), a mianowicie gałąź jej zewnętrzną.

Położenie osiowe oczów jest wynikiem działania synergicznego mięśni przyczepiających się do równika gałek ocznych. Zboczenie sprzężne ich, to jest takie, przy którym jedno oko jest zwrócone do kąta zewnętrznego oczodołu, a drugie do wewnętrznego, w ten sposób iż oba patrzą w jedną stronę, zależy od równoczesnej czynności mięśnia prostego zewnętrznego (*m. rectus externus*) jednego oka i mięśnia prostego wewnętrznego (*m. rectus internus*) drugiego oka, będących pod wpływem 6-jej pary nerwów czaszkowych (*n. oculomotorius externus*), jak to okazały badania anatomiczno-patologiczne (FOVILLE, FÉREOL, MILLARD, HALLOPEAU, GRAUX) i poszukiwania anatomiczne i eksperymentalne (VULPIAN, LUYSS, HUGUENIN, DUVAL, LABORDE, GRAUX) <sup>3)</sup>.

Kierunek w którym zbaczają głowa i oczy zależy przedewszystkiem, jak to pokazują poszukiwania LANDOUZY'EGO i GRASSET'A, od jakości cierpienia, a mianowicie od tego czy cierpienie to powoduje podrażnienie lub porażenie części mózgowia rządzących mięśniami obrotowymi głowy i oczów. Dotychczas brano pod uwagę tylko ten ostatni rodzaj cierpienia (porażenie), ztąd miano fałszywe pojęcie o kierunku zboczenia. Poszukiwania dwóch dopiero co wymienionych autorów wykazały z jednej strony słuszność wyników do jakich doszli pierwsi badacze w mowie będącego objawu (zboczenia głowy i oczów): VULPIAN i PRÉVOST (1868), a z drugiej strony iż popełnili oni błąd jednostronności, uwzględniając jedynie cierpienia wywołujące porażenia. LANDOUZY we wszystkich przypadkach cierpień powodujących drażnienie (dowodem którego było współczesne istnienie drgawek mięśni twarzowych dolnych i kończyn strony przeciwnej ciała), bez względu na

<sup>2)</sup> Inne mięśnie przyczepiające się do podstawy czaszki, jak *splenius, rectus post. major, rectus post. minor* i *obliquus major*, unerwione przez nerwy szyjowe, nie tyle obracają, ile głównie przechylają głowę na bok.

<sup>3)</sup> GAIKIEWICZ. O porażeniu ośrodkowym nerwu rozocznego (*paralysis centralis n. abducantis*) i wywołanem przez to zboczeniu sprzężnem oczów. MEDYCINA. 1879. Nr. 30 i 31.

przyrodę (zapalenia, obumarcia i t. d.) i siedlisko (istota korowa szara lub biała, istota szara lub biała wnętrza mózgu, odnogi mózgowe i część górna mostu WAROLA) cierpienia, znalazł iż zboczenie sprzężne oczów i głowy powstawało nagle, napadami i było przejściowe jak i samo cierpienie. Jeśli takim chorym skierowano głowę siłą rąk do położenia prawidłowego, to po ustaniu działania tej siły, głowa prędko powracała do położenia chorobowego, jak gdyby była na sprężynie. Chorzy zwracali głowę i oczy w stronę mięśni drgających twarzy i kończyn, przypatrywali się niejako swym drgawkom a odwracali głowę od cierpienia mózgowia; było to więc zboczenie zbieżne (*convergens*) w stosunku do drgawek mięśni twarzy i kończyn. Badając w podobnych przypadkach zachowanie się mięśni obracających głowę, przekonamy się iż one a zwłaszcza mięsień mostko-obojęczykosutkowy po stronie przeciwnej drgawkom a więc po stronie cierpienia mózgowia, jest naprężony, twardy, wystaje nad części otaczające; jednym słowem iż obrócenie głowy zależy od skurczenia się mięśni obrotowych tejże strony gdzie jest przypuszczalne cierpienie mózgowia. Spółczesność zboczenia oczów i głowy z drgawkami twarzy i kończyn i pojawienie się skrzyżowane tego zboczenia i drgawek w stosunku do powodującego je cierpienia, czyż nie dopraszają się niejako uczynienia ich zależnemi od jednej i tej samej przyczyny? Jak w przypadkach tych drgawki mięśni twarzy i kończyn zależne są od drażnienia ośrodka ich korowego, tak podobnie i zboczenie sprzężne oczów i głowy należy również przypisać drażnieniu ośrodka mięśni obracających głowę i oczy, lub włókien nerwowych idących od takowego. Jeżeli istotnie zboczenie to oczów i głowy zależy od drażnienia pewnych miejsc mózgu, to w takim razie gdy przyczyny zmienią swój charakter, to i następstwa powinny być inne. Jeżeli mianowicie miejsca mózgu, drażnienie których spowodowało zboczenie sprzężne oczów i głowy, ulegną zniszczeniu, to tak samo jak w tych warunkach następuje porażenie mięśni twarzy i kończyn, tak również i mięśnie obracające gałki oczne i głowę powinnyby uleść bezwładowi; w takich więc razach mięśnie strony przeciwnej pozbawione przeciwwagi zyskałyby przewagę i przekreślały głowę i oczy w swoją stronę, a więc w kierunku przeciwnym niż ma to miejsce w poprzednich warunkach. Znajdzie tu więc to samo, co się dzieje np. z mięśniami twarzy. Jeśli ich ośrodek, przypuścimy prawy, ulegnie podrażnieniu, to powstaną drgawki mięśni lewych i twarz zostanie przeciągniętą na lewo, a jeśli ten sam ośrodek ulegnie porażeniu, zniszczeniu, to i mięśnie twarzowe lewe zostaną obezwładnione i w następstwie ich bezczynności (brak *tonus*), mięśnie prawe przeciągają twarz na prawo. Wnioski do jakich doszliśmy na drodze rozumowania, potwierdza klinika. Rozpatrując przypadki cierpienia mózgowia charakteru porażeniowego, LANDOUZY przekonał się iż w takich razach mięśnie twarzy i kończyn strony przeciwnej były bezwładne, a zboczenie oczów i głowy było rozbieżne (*convergens, alternans*) w stosunku do porażenia mięśni twarzy i kończyn, tak iż chorzy odwracali głowę od porażonych kończyn a przypatrywali się cierpieniu mózgowia. Jest to właśnie prawo VULPIAN'A



i PRÉVOST'A, o którym mówiliśmy w poprzedniej naszej pracy. W przypadkach tych zboczenie oczów i głowy jest trwałe i odprowadzalne, to jest iż można odwieść głowę do położenia osiowego, które, po ustaniu siły naszej ręki, opuszcza ono powoli, nieznacznie. Nadto w przypadkach takich mięsień mostko-obojeżyko-sutkowy, przeciwnie jak w pierwszym razie, jest twardszy i więcej wystający po stronie porażonych mięśni twarzy i kończyn a wiotki po stronie w którą głowa i oczy są zwrócone.

Wiadomo iż ośrodki psycho-ruchowe długo drażnione ulegają chwilo-wemu wyczerpaniu, porażeniu; otóż w przypadkach takich (opisują je LAN-DOUZY i GRASSER) zboczenie oczów i głowy które, podczas drażnienia np. prawego ośrodka, było w stronę lewą, w stronę drgawek mięśni twarzy i kończyn, po ustaniu tego drażnienia następuje w stronę przeciwną bo w prawą, a mięśnie twarzy i kończyn uległe bezwładowi są lewe. Zbytecznym jest prawie dodawać iż istniejące cierpienie mózgowia może powodować jednocześnie porażenie jednych ośrodków a drażnienie innych; tem tłumaczą się nieliczne wyjątki od przytoczonego wyżej prawa co do kierunku zboczenia głowy i oczów odnośnie do innych mięśni.

Z kierunku zboczenia i zachowania się mięśni obracających głowę wynika iż mechanizm tego zboczenia jest następujący: cierpienie drażniące, prawej np. półkuli, pobudza do czynności 11-ty nerw czaszkowy prawy, (gdyż mięśnie mostko-obojeżyko-sutkowy i kapturowy wyczuwają się jako twarde, wystające), i 6-ty nerw czaszkowy lewy (mięśnie oczne: prosty zewnętrzny lewy i prosty wewnętrzny prawy), następstwem czego jest zwrócenie oczów i głowy w stronę lewą. Cierpienie tegoż samego miejsca, lecz niszczące, wywołuje porażenie 6-go nerwu lewego i 11-go prawego (wtedy mięśnie obracające głowę lewe wyczuwają się jako twarde, napężone), ztąd interwencyja ośrodków zdrowej lewej półkuli i działanie toniczne mięśni (które pozostały się bez antagonistów), powodujące obrócenie głowy i oczów na prawo. Klinika więc doprowadza do ważnych wniosków fizjologicznych i anatomicznych, iż wpływ mózgu na ruchy sprzężne oczów jest skrzyżowany, tak samo jak to ma miejsce dla mięśni twarzy i kończyn, lecz jest tożsamostronny dla mięśni obracających głowę (11-ta para); dalej ponieważ wpływ mózgu na nerwy szyjowe jest skrzyżowany, gdyż powstają one poniżej skrzyżowania w piramidach, mózg więc działając na mięśnie obracające głowę, działa jedynie przez nerwy 11-ój pary. Może to stać się ważną wskazówką dla poszukiwań histologicznych nad przebiegiem włókien łączących półkule mózgowe z 11-tą parą.

Kierunek zboczenia głowy i oczów wyżej podany napotyka się nie tylko w cierpieniach ośrodka psychoruchowego mięśni obracających gałkę oczną i głowę, lecz i w cierpieniach włókien idących od tegoż ośrodka, bez względu czy ono jest usadowione w istocie korowej białej, we wnętrzu mózgu, w odnogach mózgowych lub w części górnoprzodniej mostu WAREOLA. I tutaj główną rolę gra jakość cierpienia: przy cierpieniu drażniącym zboczenie następuje w stronę przeciwną cierpienia a przeciwnie w stronę takowego, gdy ono jest charakteru niszczącego, porażeniowego.

Postępując tą samą drogą kliniczną, LANDOUZY doszedł do przekonania iż w dolnej części mostu WAROLA i w rdzeniu przedłużonym, stosunki dopiero co opisane zmieniają się, gdyż cierpienie usadowione w tych miejscach i drażniące włókna łączące ośrodek psychoruchowy z komórkami nerwowymi (na podstawie komory 4-ej) dającymi początek nerwu 6-ej i 11-ej pary, powoduje zboczenie oczów i głowy w stronę cierpienia mózgowia i rdzenia, a przeciwnie w stronę odwrotną gdy ono jest niszczącem. Stwierdza się więc co wykazały dawniejsze spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne na zwierzętach, iż pod względem zboczenia oczów i głowy, mózg zachowuje się zupełnie inaczej jak śródmózgowie (*mesocephalon*). Różnicy tej nie mogą nam wytłumaczyć obecne wiadomości histologiczne. LANDOUZY przypuszcza iż włókna nerwowe łączące ośrodek psychoruchowy z 11-tą parą, biegną po tej samej stronie po której leży ośrodek, aż do piętra górnego właznie mostu WAROLA, po drugiej stronie; a więc są skrzyżowane w piętrze średnim, i po tej samej co ośrodek przy wyjściu z komórek nerwowych komory 4-ej (*noyaux bulbaires*).

Jak to wynika z tego cośmy powyżej powiedzieli, z kierunku zboczenia oczów i głowy możemy wyprowadzać wnioski nie tylko o siedlisku cierpienia lecz i o jakości takowego, co może być ważną wskazówką przy rokowaniu i leczeniu chorego. Jeżeli widzimy chorego z twarzą i kończynami porażonemi a z głową i oczami zwróconemi w stronę tych kończyn porażonych, to z tego wnosimy iż cierpienie jest niszczące i usadowione poniżej górnej części mostu WAROLA; jeśli zaś chory odwraca głowę i oczy od kończyn porażonych, to cierpienie zniszczyło jedną z części między istotą korową szarą a górną częścią mostu WAROLA. Dalej, gdy chory patrzy na kończyny drgające, to cierpienie jest drażniące i to w jednej z dopiero co przytoczonych części, a gdy odwraca się od kończyn drgających to cierpienie jest charakteru drażniącego i położone w dolnej części mostu WAROLA. Wreszcie u chorego, który obraca tylko oczy ku kończynom porażonym, cierpienie jest niszczące i położone w piętrze średnim lub dolnem mostu WAROLA (cierpienie dotyka tylko 6-tą parę a oszczędza 11-tą).

Cierpienia wyżej przytoczonych miejsc mózgu, tak istoty korowej jak i wnętrza mózgu, działają, jak to pokazują spostrzeżenia kliniczne, tylko na gałąź zewnętrzną 11-ej pary nerwów czaszkowych, a nie mają żadnego wpływu na gałąź jego wewnętrzną: krtaniowo-gardzielową. Ośrodki więc tych 2 gałęzi muszą znajdować się na różnych miejscach, i włókna nerwowe od nich idące nie mają ze sobą żadnego bliższego stosunku. Zachodziłoby tu więc to samo cośmy poznali gdzieindziej dla 3-ej i 7-ej pary nerwów czaszkowych, których ośrodki dla pojedynczych gałęzi nie znajdują się w jednych i tych samych miejscach kory mózgowej.

## WYKŁADY KLINICZNE.

D-ra Guyon'a, o rozpoznawaniu i leczeniu zwężeń cewki moczowej  
miane w 1880 r. w szpitalu NECKER'A w Paryżu.

Przeczył dr. S. Perkowski, ordynator w szpitalu Ujazdowskim.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 9 i 10).

III. Skutki fizjologiczne po wprowadzeniu świeczki pojawiają się bezpośrednio, gdyż zaraz po wyjęciu następuje ścieśnienie wywołujące nowy stopień zwężenia. Skurez takowy nie pojawia się jednak natychmiast i chorzy po raz pierwszy mogą wydaląć mocz z wielką jeszcze łatwością; zaś podczas drugiego lub czwartego strumienia wydalanego moczu będzie już bardzo miernym,—co właśnie będzie tem, co nazywamy odczynem z mniejszającym lub zwężeniem czasowem. Zjawisko takowe nawet często zauważyć można podczas samego posiedzenia, gdy łatwo wprowadzoną świeczkę z trudnością przechodzi się wyjmować.

Po tym przechodnim objawie odczynu z mniejszającego, spostrzegamy powrót do rozszerzenia otrzymanego: po jedno lub dwukrotnem bowiem złem wydalaniu moczu pierwotna grubość jego strumienia, otrzymana zaraz po rozszerzeniu czasowem, napowrót powraca. Stan taki nie jest jednak bezwarunkowym.

Prawidłem tu zawsze będzie równomierność pomiędzy odczynem a podrażnieniem. Jeśli więc wystawi się chorego na odczyn zmniejszający, wywołujący wielką trudność w wydalaniu moczu, to nie należy wcale się spodziewać, aby cewka zwężona stała się wkrótce znacznie szeroką. Jeśli odczyn zmniejszający będzie silnym, przewod moczowy nie dojdzie do rozszerzenia odpowiedniego, a co nawet gorsze stać się może, to jest to, że po odczynie zmniejszającym nie będzie powiększenia i zwężona cewka wcale nie ulegnie dobroczynnym zmianom zastosowanego rozszerzania. Trzeba więc umieć mierzyć swą dawkę, co osiągamy starannie badając to co się dzieje pomiędzy posiedzeniami.

Dokonywane z łagodnością posiedzenia krótkie, wywołują kilkugodzinny odczyn zmniejszający, poczem następuje rozszerzenie trwające 24, 36 a nawet i więcej godzin. Jeśli więc dochodzi się do skutku przy działaniu małej dawki, to nie należy jej przekraczać, gdyż przejście takowej może wytworzyć stan chorobliwy bardziej złożony: niestałości z wężenia. Posiedzenia winny też trwać niedługo, i to nie godzinę, nie jej połowę, jako nie raz już zalecano.

Posiedzenia polegające tylko na wprowadzeniu i wyjęciu świeczki dają często dobre wyniki; lecz niemniej również są do zalecenia 4, 6 lub 10-ciu minutowe przebywanie świeczek w cewce zwężonej.

W trzech czwartych wszystkich przypadków zwężeń, rozszerzanie winno się zasadzać na wprowadzeniu i wyjęciu świeczki nie później jak po upływie minuty, i przecięciowo nie należy więcej niż dwie świeczki wprowadzać podczas tegoż samego posiedzenia.

Jeśli napotka się opór u wejścia do zwężenia, to należy w tem miejscu spokojnie pozostawić świeczkę na przeciąg 2, 5 lub 10-ciu minut poczem następnie należy dopiero ją dalej wprowadzać, gdy zaporą już znikła. Jeśli zaś to nie nastąpi, że świeczka sama przez się nie przekroczy zwężenia, to pozostawimy ją jeszcze w spokoju przez kilka minut, a następnie



należy ją usunąć, wcale tem niepowodzeniem chwilowem się nie zrażając: podczas następnego bowiem posiedzenia przejdzie ona w zupełności i łatwo.

Co się dotyczy częstości powtarzania posiedzeń, to łatwo pojąć, że dopóki nie będzie wyczerpaną działalność wpierrw wprowadzonej świeczki, to skutki lecznicze następnej będą nieużytecznemi w tym przeciągu czasu. Nie zyskujemy więc wcale na czasie, częstem powtarzaniem posiedzeń, gdyż przy takowych cewka może bunt wypowiedzieć, co uczyni niepodobnem dalsze przedłużanie rozpoczętego leczenia, i w takich to warunkach rozdrażnienia przewód moczowy może pozostać niedostępnym w przeciągu lat całych. Dlatego też GUYON energicznie potępia zalecanie chorym wprowadzanie jednodniowe świeczki rannej, wieczornej i to jeszcze z pozostawieniem jej w cewce przez pewną liczbę godzin. Bezsensowne to postępowanie podoba się jednak chorym, gdyż koniecznie i wyłącznie nie innego nie rozróżniają w cewnikowaniu, jak tylko czynnik mechaniczny.

Tak więc dopiero na trzeci dzień po posiedzeniu rozszerzenia czasowego, przedstawiać się poczną warunki przyjazne dla przystąpienia do następnego posiedzenia, gdyż skutki po wprowadzonej świeczce trwają najczęściej 36 godzin. Są jednak chorzy, w małej wprawdzie liczbie, dla których co trzeci dzień nie można powtarzać posiedzeń, trzeba więc im zalecać od czasu do czasu o jeden dzień więcej wypoczynku. O niemożliwości tej najlepiej sam chory objaśni, opowie bowiem o długo-trwałości odczynu zmniejszającego, że cewka pozostawała bolesną, zachowując niejaką pamięć wprowadzonego narzędzia, tak jakby przypominała ona go sobie i zdawało się że świeczka jeszcze w niej pozostaje. I w tych to razach zauważyć się nawet daje brak apetytu, obłożenie języka i gorączka. Jest wówczas wskazaniem zaprzestanie posiedzeń przez czas pewien.

Przygody napotykanne podczas posiedzeń, są niemniej wskazaniem dla ich opóźniania. I tak: jeśli wywołanem zostało krwawienie z cewki, to należy na jeden dzień później odłożyć przyszłe posiedzenie. Toż samo stosuje się do silnych bólów, wywołanych świeczką w cewce silnie unaczynionej, z błoną śluzową rozdartą i nieznoszącą dotknięcia.

Pomimo napozór powolnego przebiegu leczenia rozszerzania czasowego, termin nastania dobrych jego wyników, bynajmniej nie jest odległym; ten przeciąg bowiem czasu, nie jest zbyt długim, zwłaszcza gdy idzie się powoli, co jest jednoznacznem z pośpiechem, albowiem postępując powolnie, unika się przygód napotykanych w trakcie rozszerzania czasowego, które właśnie opóźniają leczenie.

Jakim ma być stopień rozszerzenia, który należy osiągnąć? Po oznaczeniu już poprzedniem najmniejszej dawki przychodzi z kolei obecnie się zastanowić nad wyborem ostatniej wprowadzonej świeczki.

Wogóle przyjęto za normalną średnicę cewki siedm millimetrów. Lecz czyż z punktu widzenia patologicznego, rozszerzalność przewodu moczowego w stanie zdrowia, może być zrównaną z rozszerzalnością cewki w stanie chorobliwym; czyż zasada ta zupełnie nie jest inną. Oznaczenie dokładne rozszerzalności cewki patologicznej jest niemożliwem, gdyż granica tu nie może być oznaczoną. Przecięciowo więc tylko dążyć można do osiągnięcia rozmiaru 7-miu millimetrów (Nr. 21 CHARLÈRE'A lub 40-go beniquetów). U wielu osobników dojść można do 8-miu millimetrów (t. j. Nr. 24 lub 48-go, a u niektórych nawet dosięgnąć można  $8\frac{1}{3}$ '' (Nr. 25 lub 50-go). Lecz trzeba się ograniczyć na cieńszej świeczce. Jeśli się nie napotka odczynu zmniejszającego, bólów i przypadłości ogólnych, to nie nie przeszkadza dążeniu ku cyfrze wyższej, gdyż jest korzystnem

ić możebnie jak najdalej. Lecz wszakże nieugiętym być nie należy, albowiem dla tej zasady bynajmniej nie jest potrzebnem dla chorego posiadanie cewki szerokości nadzwyczajnej, dla możności wydalania moczu; wydalamy go bowiem za pomocą pęcherza a nie cewki; posiadający zaś zwężenie cewki władają pęcherzem potężnym. Z tych też to powodów, zatrzymać się można na N-rach 18 lub 36 a nawet 16 lub 32-im.

W przypadkach przyjaznych, przy postępowaniu regularnem zyskuje się średnio w przeciągu 3-eh dni, jeden numer czyli  $\frac{1}{4}$ ''; gdyż w tych warunkach wejście i wyjście świeczki jest łatwem. W innych zaś razach, gdy narzędzie będzie trochę wstrzymywaniem, a pomimo to uznajemy konieczność jego dalszego wsuwania, to to już będzie zakrojem na przypadek nieprzyjazny. W obec zaś zwężenia opierającego się wejściu i usunięciu świeczki, należy spróbować pozostawienia jej w cewce, lecz nie na przeciąg godziny, jakto radzono lecz tylko na 10, 15 lub co najwięcej 30-tu minut. Niemniej trzeba być dalekim od zalcanego wyczekiwania dopóki chory od wstawionej świeczki cierpieć nie pocznie, gdyż właściwie tylko po posiedzeniu skończonem chory ból uczuwa. *Criterion* więc dla powiększenia dawki, nie stanowi bynajmniej znośliwość w ciągu posiedzeń, lecz jej stopień w przerwach pomiędzy nimi.

Teraz zastanówmy się nad podstawieniem świeczek metalowych w miejsce gumowych poprzednio użytych. Jeśli np. z trudnością wejdziesz w zwężenie świeczka miękka N-ru 12-go, to nie trudnem będzie zauważyć możebność wprowadzenia większej świeczki metalowej seryi beniquetów (N.N. 25 lub 28-go) i to bez wysiłku. Metodę BENIQUE'GO niewłaściwie nazywano rozszerzaniem mechanicznem, gdyż autor wprowadzając swój sposób leczenia nie rachował wcale na siłę. Przy użyciu świeczek miękkich, wprowadzamy w grę siłę większą, niż to nam wydać się może i dla tego też spostrzegać tu się daje bez pośrednie rozszerzenie zwężenia. Po przejściu mniej więcej łatwem bez wysiłku pierwszego beniqueta, drugi nie spotyka oporu, a chory oświadcza z przyjemnością że można iść w porządku seryi; lecz takowemu życzeniu nie należy czynić zadość, albowiem trzeba umiść w czasie odpowiednim się powstrzymać, nie przeprowadzając na raz więcej nad cztery te narzędzia. Otrzymujemy zaś największą korzyść z tego postępowania bez wysiłku, gdy pierwszą świeczkę metalową zdołamy wprowadzić nie dotykając prawie ścian zwężenia. Aby zaś to osiągnąć GUYON zaleca zastosowanie malej zmiany przy wprowadzaniu świeczek metalowych, gdyż przy wsuwaniu ich po przewodniku gumowym, świeczka przejdzie zwężenie, o nie się nie oprze, ani o dolną ścianę cewki, główka jej nieprzykryje się błoną śluzową; można więc od razu z łatwością wejść w światło zwężenia i iść dalej gdy ono na to zezwala. Nie trzeba tu jednak popaść w błąd nadużycia posiadanego ułatwienia już to z powodu siły użytej do wprowadzenia świeczki, już to posługując się narzędziami zbyt stożkowatemi, gdyż przy obu tych wymienionych co dopiero warunkach byłoby to cewnikowanie przemocą. Narzędzie do wprowadzenia, winno więc być wymierzonem wedle rozmiaru światła zwężenia; winno ono przedstawiać grubość równą obszerności otworu; ale niemniej także należy baczyć i na to aby pełnia narzędzia była również dobrze przesuwalna, jak jego zakończenie. Dla tego też G. poleca wyrabianie świeczek wszędzie jednakowo walcowych, zważając nader mało ich zakończenie, bez nadania mu wszakże kształtu stożkowatego.

W razie dokonywania rozszerzania mechanicznego, należy się więcej posługiwać świeczkami metalowemi niż miękkimi, gdyż pierwsze ułatwiają pracę. Jeśli rozszerzane tą metodą zwężenia mają się leczyć, to nie osiągnęłoby się tego wyniku za pomocą świeczek miękkich. Dla-



go też niektórzy z chirurgów używają świeczek metalowych dla zakończenia leczenia rozpoczętego miękkimi, gdyż te ostatnie przestają oddziaływać. Cewki ze zastarzałymi zwężeniami poddają się jedynie wyłącznemu rozszerzeniu za pomocą narzędzi metalowych i prędką byłaby recydywa, jeśliby ich nie użyto.

Przy siedlisku *prąciowym* zwężeniu, G. również nakazuje używanie świeczek metalowych. Zwężenia te bowiem, ulegną rozszerzeniu jedynie przy użyciu tych ostatnich. Winny one być dla tych przypadków laseczkami prostymi 15-to centymetrowej długości; zwykłe zakrzywienie koliste zwykłych *beniquetów* musi być szkodliwym, gdyż przechodząc w częściach naprzężonych twardych wywołuje bolesność i targanie.

Rozszerzaniem więc za pomocą świeczek metalowych posługujemy się jako dopełnieniem wszelkich innych lecezeń lub też jest ono przymusowem dla zapewnienia trwałości wyników operacyi. Lecz używając tych narzędzi, nie należy nigdy za pomocą nich spawiać diwulsyi ani gwałtu, i nie więcej jak tylko rozszerzenie fizjologiczne, nad znaczeniem którego dostatecznie jużesmy się zastanowili.

(d. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Białkomocz przemijający** stanowi przedmiot obszernej rozprawy prof. v. BAMBERGERA (z Wiednia). W przeciwstawieniu do albuminuryi towarzyszącej zmianom anatomicznym w nerkach („*nephrogene Albuminurie*”). BAMBERGER ową albuminuryję którą dotychczas przemijającą nazywano (mylnie, ponieważ nieraz trwa lata całe), radzi odróżnić jako „*hamatogene Albuminurie*” bez względu na to czy ją powoduje rozpuszczenie ciała krwi czy zбочenia w ciśnieniu i szybkości krążenia krwi i t. d. Zwykle ta ostatnia postać albuminuryi u osób tak zdrowych jak i chorych cechuje się małą odsetką białka ( $\frac{1}{10}\%$ ) ale i przy *neph. album* tak niska odsetka też się zdarza. U ludzi zupełnie zdrowych albuminuryja bynajmniej rzadka nie jest (FÜRBRINGER u 61 zdrowych dzieci znalazł ją 7 razy; LEUBE u 119 zdr. żołnierzy 19 razy). BAMBERGER zwraca uwagę na ważność tego zjawiska przy poświadczaniu stanu zdrowia osób ubezpieczających się. Odróżnia on w tej postaci chorobnej kilka form a mianowicie albuminuryję gorączkową bynajmniej nie przy bardzo wysokiej ciepłocie występującą; album. zastoinową jaka się zdarza przy nierównowaganych wadach zastawek serca, przy rozszerzeniu serca, przy chorobach osierdzia, przy rozednie płuc, przy przewlekłych wysiękach w opłucnej, przy zgęszczeniach mięszsu płuc i t. p.; trzecia forma zdarza się podczas napadu epileptycznego równie jak i kureczach asfiktycznych i strychninowych; nakoniec też sama postać albuminuryi zdarza się przy konstytucjonalnych zбочeniach w mieszaninie krwi (chloroza, leukemija) przy gruźlicy i skrofulach. BAMBERGER przystępując do pytania zkąd w rzeczonych wyżej przypadkach pochodzi albuminuryja i czy na jej powstanie jedna przyczyna czy też kilka przyczyn wpływa, poprzednio zastanawia się nad tem dlaczego mocz w stanie normalnym białka nie zawiera? W odpowiedzi na to pytanie B. rozbiera najpierw teorięj WIRTICHA której się trzymają dotąd SENATOR i LITEN. Według tej teoryi wydzielina kłębków MALPIGHIĘGO jest normalnie białkową i dopiero przepływając przez przewody moczowe białko owej pierwotnej wydzieliny po części zużytem zostaje jako materyjał odżywczy dla nablonka owych przewodów, po części przesiąka do naczyn a szczególnie do przestworów limfatycznych przewody moczowe otaczających, tak, że ostatecznie mocz

wychodząc z nerki już normalnie białka nie zawiera. Gdyby się trzymać tej teorii, to by wypadło wszystkie przypadki albuminuryi uznać za zależne od chorobliwych zmian nabłonka w przewodach moczowych. Tymczasem np. przy otruciu fosforem mimo zmian w owym nabłonku albuminuryi nie ma, a z drugiej strony albuminuryja nieraz tylko kilka godzin trwająca jak np. po napadzie epileptycznym nie może być przecież objaśnioną tak nagłą i tak przemijającą zmianą anatomiczną w nabłonku. Wreszcie badania mikroskopowe POSNER'A nad skrawkami nerki gotowanej nerki nigdy białka niebywa. BAMBERGER dalej stara się przekonać że warunki ciśnienia w naczyniach krwionośnych kłębków niemogą być przyczyną dla której białko krwi nieprzesiaka, kiedy przecież wszędzie białko krwi przez ściany naczyń włosowatych nawet przy mniejszem ciśnieniu niż w nerkach przesiąka. Eksperyment przekonywa że niemożliwym jest stworzenie takich warunków w których by przez błonę organiczną z płynu zawierającego wodę, sole i białko, tylko woda i sole (jak w kłębkach nerki) przesiąkały a białko zatrzymanem bywało. Wreszcie odsetka mocznika we krwi (0,025%) jest tak różną od odsetki mocznika w normalnym moczu (2%) iż już to samo jak słusznie mniema HEIDENHAIN, niepozwala przypuszczać iżby wydzielenie moczu w nerce było prostą, mechaniczną filtracją, zależną jedynie od warunków ciśnienia krwi w kłębkach. BAMBERGER przeto jest zdania że przyczyną nieprzesikania białka krwi przez ściany naczyń w kłębkach nerki jest jedynie warstwa nabłonka, cały kłębek powlekająca, urządzenie które stanowi wyłączną właściwość nerki. Wiemy że utrata nabłonka w błonach śluzowych i na skórze powoduje zaraz wydzielenie płynu białko zawierającego. Nabłonek kłębków hamuje przesiąkanie białka tylko w ustroju żywym a nadto tylko białko surowicy krwi przez nabłonek ten nieprzesiaka, kiedy przeciwnie nabłonek ten nie jest w stanie zapobiedz przesiąkaniu białka z rozpuszczenia ciała krwi powstałego (*hämoglobinuria*) i białka kurzego w razie gdy to ostatnie do krwi wstrzykujemy. Wreszcie niezawodnie zboczenia w ciśnieniu krwi i prędkości jej krążenia mogą powodować przesiąkanie białka przez powłokę nabłonkową kłębków. Co się dotyczy przyczyn haematogenicznej albuminuryi to B. stara się dowieść, że samo zwiększenie ciśnienia krwi, do którego jej wszystkie formy dotąd zwykle odnoszono, nie może być za jedyną jej przyczynę uznanem. Przy daleko posuniętej ekscentrycznej hipertrofii lewej komórki serca, gdzie niezawodnie ciśnienie krwi jest podwyższonem, nieraz przez lata całe białka w moczu niebywa, a albuminuryja występuje dopiero wtedy, kiedy w dalszym okresie choroby przychodzi stłuszczenie serca i rozszerzenie komórki prawej. Dalej B. przytacza wyniki eksperymentów RONEBERG'A (zob. MED. Nr. 33 i 34 z r. 1879) które jakoby dowodzą iż nie podwyższenie ale właśnie zmniejszenie ciśnienia krwi staje się powodem przesiąkania białka w kłębkach nerki. Zdaniem B. w owych eksperymentach nie wzięto pod uwagę tej okoliczności, że obok zmian w ciśnieniu krwi wchodzi w grę i zmienna szybkość prądu krwi. Własnymi doświadczeniami B. stara się przekonać, że po wyeliminowaniu zmiennej prędkości krążenia, ilość przesiąkającego białka wzrasta w stosunku prostym z wzrostem ciśnienia. Zgodne z tem wyniki otrzymane zostały jednocześnie przez GOTTSCHALL'A. Wreszcie jeżeli według wskazówek HEIDENHAIN'A oblicza się absolutne ilości białka w doświadczeniach RONEBERG'A wykazane, to wypada, że ilości te, w miarę wzrastającego ciśnienia są większe; że zatem jeżeli odsetka białka jest przy wyższem ciśnieniu mniejszą, to dowodzić to może jedynie, iż podwyższenie ciśnienia mocniej wpływa na przesiąkanie wody aniżeli na przesiąkanie białka. Zdaniem B. za główną przyczynę haematogenicznej albuminuryi po-

czytać należy zwolnienie krążenia krwi. Bo jeżeli słuszności teorii RUBE-  
BERG'A odmówić należy, to z drugiej strony samo podwyższenie ciśnienia  
krwi powodem albuminuryi być nie może, kiedy przy niesłychanie podnie-  
sionem ciśnieniu przez lata całe albuminuryja do skutku nieprzychodzi.  
BAMBERGER jednak nie sądzi by zwolnienie krążenia było też wyłącznym  
powodem rzeczonej postaci albuminuryi. Przeciwnie mniema iż tu może  
wchodzić jednocześnie w grę jakieś funkcjonalne, bez zmian anatomicz-  
nych, zboczenie w stanie nabłonka kłębków. Dalej przypuszcza iż wpływ  
w tymże kierunku wywierać mogą pewne zboczenia w sferze naczynio-ru-  
chowej, nawet pochodzenia ośrodkowego. Tu szczególniej zaliczyć wypada  
zdaniem B. albuminuryję gorączkową. Albuminuryja przy gorączce się zda-  
rzająca nie zależy od wysokości ciepłoty ale od właściwości indywidualnych  
układu nerwowego. Moment naczynio-ruchowy zdaniem B. odgrywa też  
pewną rolę w albuminuryi występującej po napadzie epiletycznym, chociaż  
tu jednocześnie wpływ wywierają zboczenia w krążeniu, powodowane przer-  
wami w oddychaniu. Wreszcie B. mniema że i obecność odmienniej postaci  
białka (zbliżonej do białka kurzego lub do haemoglobiny) we krwi może  
być przyczyną haematogenicznej albuminuryi.

(*W. m. Wochsft 1881.—All. m. C.-Z. 1881—14, 15, 16 i 17*).

**Ileus, laparotomia, wyzdrowienie.** Lekarz szpitala w Toruniu L. SZUMAN  
wykonał cięcie brzucha u 59-letniego chorego, który od lat 4 miał prawą  
przepuklinę udową. Paska nigdy nie nosił. Objawy ileus nastąpiły pewnego  
dnia po odprowadzeniu przepukliny przez samego chorego. Trzeciego dnia  
po tem wymioty kałowe. Osmego dnia przyjęty do szpitala i tegoż dnia  
operowany. Cięcie 5 cali długie boczne po stronie prawej. Operowano bez  
mgły karbol. ale z zachowaniem wszystkich zasad antyseptyki. Poszukiwanie  
zaciśnięcia w jednym kierunku na długości 1½ łokcia kiszki okazało się  
bezowocnem. Kiszkę stopniowo wydobywaną obmywano pilnie 5% roztwo-  
rem kw. karbolowego i natychmiast z powrotem do jamy brzusznej wkla-  
dano. Dopiero w pętach kiszek leżących w małej miednicy i ztamąd na  
zewnątrz wydobytych zwięźlenie wykryto. Byłoto kolankowate zgięcie cal-  
kiem zamykające światło kiszki poniżej miejsca zgięcia. Nastąpiło już,  
choć słabe zlepienie pomiędzy zbliżonemi ku sobie pętami w skutek zgię-  
cia. Zlep ten rozdarł a masy kałowe powyżej zwięźlenia będące stopnio-  
wo i delikatnie wygnieciono do pustego odcinka przewodu kiszkowego.  
Na wypukłości kolankowatego zgięcia było miejsce wyraźne zgangrenowa-  
ne długości 2 ctm. Sz. postanowił mimo to postąpić konsekwentnie rach-  
ując na to, że miejscowa *peritonitis adhesiva* złych następstw ewentualnego  
przedarcia niedopusci. Starał się jedynie owe zgangrenowane miejsce uło-  
żyć w bezpośredniem zetknięciu ze ściennym listkiem otrzewnej. Rana  
brzuszna aż po kąt jej wewnętrzny została zeszyta, a w kąt ten wprowa-  
dzono dren. Operacyja trwała przeszło godzinę. W okresie pooperacyj-  
nym zasługuje na uwagę zmiana (2-go dnia) opatrunku karbolowego na  
salicylowy z powodu objawów zatrucia. Opatrunek codzien zmieniany.  
W 2 doby po operacyi z powodu groźnego rozdęcia okrężnicy *in epigastrio*  
wykonano nakłócie trójgranicem na 1½ mm. grubym. Powtórzone nakłó-  
cie nazajutrz. Piątego dnia wyjęto dren. Ciepłota pozostawała ciągle pra-  
wie prawidłową. Szóstego dnia przyszły stolce. Dwunastego dnia chory  
wstał. Zagojenie rany przewlekłało się przez cały miesiąc.

(*D. m. W. 1881. Nr. 6 i 7*). *St. M.*

(Opis tego przypadku znajduje się także w N-rze 11-ym GAZETY LKARSK. z r. b. *Red.*)

**Przypadek tęcza wyleczony wyciągiem Calabaru.** Dr. BURMAN wezwany zo-  
stał d. 8 Września do jedenastoletniego chłopca, który otrzymał ranę w no-  
gę od żniwiarki. Okolica pięty lewa była poszarpana, kość piętowa była



obnażona a ścięgną ACHILLESA, również na 2 cale długości obnażone było. B. zszyl ranę o ile się dała, ale pokazało się iż poszarpanie było wielkie, rana zakryć się w całości nie dała i część skóry przeszła w zgorzel. Rana zresztą dobrze się goiła i mały chory miał się doskonale aż do dnia 17-go tegoż miesiąca, kiedy poraz pierwszy pokazała się sztywność w karku; powoli rozwinął się ciężce ogólny, tętno 120 razy na minutę i było twarde. Przepisano wodan chloralu i belladonę w pełnej dawce, okna w pokoju zastonięto i zadawano choremu mleko, silny bulijon i portwein, a w enemie dano olej kleszczowinowy. Szczęki można było ledwo na pół cala od siebie oddalić. Najmniejsze poruszenie powodowało ogólne kurecze. Stan był bezgorączkowy; położono chorego na brzuch, gdyż w tej pozycji najmniej bólu doznawał i tak całą chorobę przeleżał. Nawet połknięcie lekarstwa sprowadzało silny ogólny kurecz, przy czem całe ciało wyginało się w pałąk. Wstrzykiwano podskórnie morfinę, ale i ta mała operacja wywoływała kurecze. Zaczęto zadawać wyciąg Calabaru w małych żelatynowych krążkach, z których każdy zawierał  $\frac{1}{40}$  grana tego leku. Zadawano choremu co 4 godziny taką dawkę od d. 29 Września do 10 Października; w parę dni już skutek zbawienny się objawił i nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

(*Lancet*—*January 22—1881*). G. F.

o otrzymywaniu i leczniczem działaniu chinii tannici pisze C. BINZ opierając się tak na własnych spostrzeżeniach, jako też na obserwacjach HAGENBACH'A (1881) i BECKER'A (1880). Szczególniej B. stwierdza skuteczność tego przetworu w kokluszu. Radzi dawać dwa razy dniem po tyle decigramów (1 decigram= $1\frac{1}{2}$  grana) ile dziecko ma lat. (Zatem np. dziecku 4-letniemu dwa razy dniem po 6 gran). Garbnikan chininowy jest przetworem daleko słabszym aniżeli *chin. sulph.* i *chin. muriat.* ale posiada nad niemi tę wyższość w praktyce pedyjatrycznej, że jest prawie bez smaku. Przy tem przetwór rzeczony jest stosunkowo tanim a tembardziej cena jego stanie się przystępną jeżeli otrzymywać się takowy będzie według wskazań BINZ'A nie przez rozpuszczanie obojętnego *chininum muriaticum* w garbnikanie ammonowym, a raczej z czystego roztworu chinoidyny, to jest z niekrystalicznej (*amorphe*) pozostałości otrzymanej przy wyrobie chininy z kory chinowej. Tym sposobem otrzymany niekrystaliczny garbnikan chininy (*Chininum amorphum tannicum neutrale*, wyrabiane obecnie wyłącznie u C. ZIMMER'A we Frankfurcie— $\frac{1}{2}$  kilo czyli 1 funt. kosztuje 30 franków czyli 12 rubli) jest chemicznie i leczniezo równoznacznym z przetworem otrzymanym z roztworu krystalicznej soli chininowej. Co się dotyczy działania chininy w kokluszu to B. stanowczo twierdzi, że chinina odpowiada tu wskazaniu przyczynowemu osłabiając żywotność chorobnego fermentu. Zaprzecza zaś mniemaniu ROSSBACH'A (1880) iżby skuteczność chininy zależną była od jej wpływu jako środka stłumiającego pobudzalność zwrotną w mleczu kręgowym. Przytem mniema że chloral który w kokluszu tylko na ten moment nerwowy działa a więc tylko symptomatycznemu wskazaniu zadość czyni, okazuje się mało skutecznym, choć na razie napady kaszlu łagodzi. (Za najważniejsze w praktyce uważam jednoczesne podawanie dzieciom w kokluszu chininy i chloralu. Oba środki bywają doskonale przez długi czas znoszone a jeżeli chininę wcześniej, w okresie kataralnym, zaczęto dawać, to przebieg kokluszu wielce zostaje złagodzonem p. *Spr.*)

(*B. kl. W.* 1881. Nr. 9). St. M.

Poboczne zgubne działanie pilokarpiny u dzieci stwierdził SEEMANN który używał tego środka w 8 przypadkach szkarlatynowego zapalenia nerek wstrzykując  $\frac{1}{6}$  grana *pro dosi*. Pilokarpina okazała się bardzo skuteczną; puchlina szybko przy jej użyciu znikła. Objawy *collapsus* nie są według S. groźne i uniknąć się dadzą. Ale S. zwraca uwagę na ostre występowa-

nie zapalnych spraw w płucach i opłucnej bezpośrednio w skutek wstrzykiwań pilokarpiny. Następstwo to spostrzegał S. w 3 przypadkach z pomiędzy 8 rzeczonych.

(Spraw. z posied. tow. HUFELAND'A d. 21 Maja 1880.—*All. m. C.-Z. 1881. Nr. 18*).

**Cukier mleczny jako lekarstwo** przedstawionym jest przez M. TRAUBE'GO (z Berlina) który głównie próbował jego działania na sobie. Cierpiąc zwykłą obstrukcją używał T. z dobrym skutkiem cukru mlecznego biorąc po 9 do 15 gramów (średnio 3 drachmy) na raz na czczo w szklance mleka zbieranego przegotowanego lub niezbianego wodą pół na pół rozcieńczonego. Cukier mleczny należy bardzo miarko sproszkowanym używać. Powyższa dawka sprawiała 1 do 2 gęstawych wypróżnień. TRAUBE przypomina że szklanka mleka krowiego zawiera już normalnie około 3 drachm cukru mlecznego i że ten to właśnie składnik mleka jest regulatorem utrzymującym zawsze żywy ruch peristaltyczny w kiszkaach u niemowląt. T. zapewnia że bez szkody można dawkę powiększyć do 6 drach. (Jeżeli zapewnienie T. się sprawdzi znajdziemy w cukrze mlecznym doskonały środek ułatwiający trawienie mleka, ale nadewszystko najodpowiedniejszy środek wypróżniający przy uporezywem zaparciu stoła u niemowląt czy to piersią matki czy mlekiem krowim karmionych. *p. Spraw.*)

(*D. m. Wchf. 1881. Nr. 9. St. M.*)

**Ilość mleka wysysanego przez niemowlęta z matki** oceniał u 10 noworodków ściśle DENEKE w ciągu pierwszych 9-ciu dni życia. Średnie ilości przyjęte w ciągu doby wynosiły: 44, 135, 192, 266, 352, 365, 383, 411 i 425 gramów. (Cyfry te mogą posłużyć za wskazówkę przy oznaczaniu ilości pokarmu jaką niemowlęta sztucznie karmione w pierwszych dniach życia przyjmować mają *p. Spraw.*). (*Bull. W. 1881. Nr. 8—referat z Arch. f. Gynec. 15 Bd.*)

**Czarna ospa u Eskimosów przywiezionych do Paryża.** U Eskimosów przybyłych do Paryża, gdzie mieli być pokazywani w *Jardin d'acclimatation* wybuchła zabójcza ospa, która ich wszystkich życia pozbawiła. Przybyli oni 2 Stycznia z Crefeldu, odbywszy poprzednio wędrowkę do Darmstadt, Frankfurtu, Pragi i Berlina. Jedna z pomiędzy trupy, dziewczyna 16-letnia umarła w Darmstacie, bez żadnej wysypki. Następnie w Crefeld umarła 40-letnia kobieta także bez wysypki, a później w temże samem mieście umarło dziecko nazajutrz po objawieniu się wysypki ospowej. Tym którzy przy życiu pozostali zaszczepiono w Paryżu ospę ochronną d. 5 i 7-go Stycznia, ale to ich od choroby i od śmierci nie uchroniło. Było ich jeszcze 8-miu i wszystkich jako chorych posłano do szpitala S-go Ludwika. Troje umarło w okresie inwazyi, bez wysypki, lecz przy silnych bólach głowy i grzbietu. Czterech umarło po pokazaniu się wysypki ospowej, przyczem bezustannie dobywała się krew z oskrzeli, a moczył był tak silnie krwisty iż przedstawiał się jak czysta krew. Wysypka pokazywała się powoli, pęcherzyki napełnione były krwią, a niektóre z nich podobne były do bąbelicy (*pemphigus*). Nareszcie ostatni przypadek śmierci nastąpił bardzo szybko, bez wysypki prawdopodobnie w skutek posocznicy. Wszyscy oni prowadzili życie umiarkowane i nie nadużywali napojów wysokociśnieniowych. Na czterech wykonano oględziny pośmiertne i znaleziono zwykle w takich razach zmiany. Niczęsto zdarza się podobna sposobność obserwowania ospy u jednostek, które w swoim kraju wcale tej chorobie nie podlegają, ale przestrogę stąd należy wyciągnąć iż sprowadzając takich ludzi do Europy, trzeba przedewszystkiem zabezpieczyć ich od tej choroby przez zaszczepienie espy ochronnej, które w tym razie było spóźnione.

(*Lancet—February 19—1881*). G. F.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

**Wiedeń.** Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w d. 25 Lutego r. b. prof. BILLROTH mówił o operacjach chirurgicznych na przewodzie pokarmowym wykonywanych z powodu rakowatych cierpień tegoż przewodu.

— Dnia 28 Lutego prof. BILLROTH wykonał drugi raz wycięcie części odzwiernikowej żołądka u chorej 39-letniej z rakowatym nowotworem wielkości pół pomarańczy, obejmującym pierścieniowato odzwiernik i zajmującym część dwunastnicy. Zwężenie odzwiernika było bardzo znaczne. Po otwarciu jamy brzusznej B. znalazł liczne przyrosty pomiędzy odzwiernikową częścią żołądka a przednią ścianą brzuszną, skutkiem czego operacja znacznie była utrudniona i przeciągnęła się do 2 $\frac{1}{2}$  godzin. Zresztą technika operacyjna była ta sama co przy poprzedniej operacji (zob. Nr. 9 MED. z r. b.). Po operacji chora czuła się względnie dobrze, gorączka była mała, objawów zapalenia otrzewnej niebyło.

**Kiel.** Z powodu świeżo wykonanego częściowego wycięcia ściany żołądka przez BILLROTHA, przypominają pisma lekarskie iż przed 2 laty prof. ESMARCH wyciął chorej kobiecie kawał przedniej ściany żołądka wielkości dłoni. Zagojenie nastąpiło po dniach 14; operowana dotąd żyje zdrowa.

**Berlin.** Z powodu utworzenia się towarzystwa medycyny wewnętrznej które pierwsze swe posiedzenie odbyło 21 Lutego, miała miejsce w dawnym towarzystwie lekarskim berlińskim uroczysta demonstracja dnia 2 Marca. Do bardzo licznie zgromadzonych członków Towarzystwa lekarskiego przemówił przewodniczący prof. LANGENBECK występując nie przeciw utworzeniu nowego Towarzystwa ale przeciwko motywom którymi w pismach nielekarskich starano się wykazać potrzebę jego jako wynik zaniedbania medycyny wewnętrznej w łonie starego Towarzystwa lekarskiego. Pominąwszy partyjność uniesień tej i drugiej strony, znajdujemy tak w przemówieniu LANGENBECK'A jak i w mowie LEYDEN'A, w nowem towarzystwie bardzo ciekawe i piękne rzeczy. Wyjątki z tych przemówień podamy w MEDYCYNIE.

— W dniu 27 Stycznia r. b. zgorzała znaczna część gmachu anatomicznego.

**Niemcy.** Stowarzyszenie niemieckich towarzystw ubezpieczenia na życie wystąpiło do kanclerza państwa z podaniem, iżby we wszystkich miejscowościach liczących wyżej 5000 ludności zaprowadzonymi były obowiązkowe oględziny pośmiertne.

**Würzburg.** Sąd krajowy w d. 9 Lutego r. b. skazał winiarza A. Selz'a na 4 miesiące więzienia i 1000 marek kary za fałszowanie wina, mianowicie za dodawaniem doń cukru gronowego i t. p

**Paryż.** Rada nadzorcza dobroczynności publicznej (*Conseil de surveillance de l'Assistance publique*), na posiedzeniu z d. 10 Lutego r. b. jednogłośnie uchwaliła (z wyjątkiem jednego członka wstrzymującego się od głosowania) aby nadal szpitale, domy przytułku i inne Zakłady tego rodzaju w departamencie Sekwany, były wyłącznie obsługiwane przez osoby świeckie. Postanowienie to wywołało rozprawy nad projektem mających się utworzyć szkół dla posługaczy i posługaczek świeckich. Otóż wedle uchwały tejże Rady, ma ich być dwie: 1-sza szkoła niższa ma być pomieszczoną w szpitalach specjalnych Salpêtrière i Bicêtre, z prawem wydawania dyplomów po odbytych egzaminach; 2-ga wyższa normalna, t. z. udoskonalenia, ma rozpocząć swą działalność w jednym ze szpitali ogólnych; do niej przyjmowanymi będą jedynie wychowawcy szkoły niższej utrzymujący się na konkursie publicznym. Wychowawcy pierwszej szkoły stanowić będą kandydatów na wykształconych posługaczy i posługaczek szpitalnych, z drugiej zaś mają wychodzić pomoce dozorców lub dozorezyń szpitalnych. Dekret ten wydany bez zasięgnięcia zdania ciała lekarskiego szpitali paryżkich, wywołał energiczny protest ze strony republikana chirurga prof. DESPRÉS'A, który w liście nader energicznie napisanym do prefekta Sekwany, dobitnie wykazuje, że wielkie korzyści i zasługi dla szpitali zakonnych siostr miłosierdzia, nie dadzą się żadną miarą osiągnąć przy pomocy wychowawców wymienionych szkół cywilnej posługi szpitalnej. Zdaniem naszym jest to pewnik którego dowodzić nie ma potrzeby.



## WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

Petersburg. Czytamy we „Wraczu” (1881. Nr. 8): „W Marcu nakoniec ma wejść w wykonanie tak dawno oczekiwane oddanie szpitali (Petersburskich) pod zarząd miasta. Zmiany tej z niecierpliwością wyczekują wszyscy przychylni dobru szpitali choćby tylko dlatego, że przy zarządzaniu szpitalami przez miasto więcej będzie niż dotąd jawności. A być może że w skutek rzeczonyj zmiany będzie można spełnić i to *primum desiderium*, iżby szpitale służyły nie tylko do leczenia chorych ale i dla nauki słuchaczy medycyny”.

Kijów. Prof. JACENKO przedstawił 21 Lutego r. b. swym słuchaczom chorego któremu przed rokiem wykonał operację w celu założenia stałej przetoki żołądkowej (z powodu zwięzienia przelyku w skutek polknięcia kw. siarczanego). Operowany doskonale się odżywia przez przetokę.

— W Nr. 31 „Kijewlanina” streszczoną jest opinija szanownego profesora PIROGOWA w ważnej sprawie dyfteryi w gubernii Połtawskiej. W walce z chorobami epidemicznymi zdaniem P. główną rolę gra administracja a nie sztuka lekarska. Wszystko tu zależy od rozsądnego i trzeźwego poglądu na sprawę ze strony administracji ogólnej i lekarskiej. Na 2160000 gubernii połtawskiej jest wszystkiego 82 lekarzy. To też o walce z epidemią w całej gubernii niemoże być mowy na seryjo. Dlatego P. radzi wszystkie usiłowania skierować ku tym miejscowościom w których epidemia dopiero co występuje.

Kijów. Prokurator wystąpił przeciwko d-rowsi SCHWARZ ze skargą z powodu wydania przezeń fałszywego świadectwa na zasadzie którego jakiś świadek wezwany do sądu nie stawił się w terminie. Ubolewamy nad przykrem losem naszego kolegi ale wdzięczni jesteśmy panu prokuratorowi za to że przypomniał lekarzom ważność ich obywatelskich obowiązków.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

Gorszący niedostatek. W ostatnich czasach niektóre czasopisma codzienne bardzo często i z wielkim hałasem gromią lekarzy, wymieniając zwykle pierwszą literę nazwiska i ulicę, z powodu niestawienia się na wezwanie chorego, odmówienia pomocy w porze nocnej i t. p., „gorszących nadużyć”. Nie wypada nam wehodzić w ocenienie *in merito* „przekroczeń” naszych kolegów, niemysłimy też na usprawiedliwienie istotnie winnych robić głośno bilansu nadużyć lekarzy z jednej i nadużyć publiczności względem lekarzy z drugiej strony. Chcemy raczej zwrócić uwagę naszych organów publicznych na to, że tu zdrowości osobiste jeżeli mają miejsce, są bogatej doniosłości w porównaniu z pewnym niedostatkiem prawdziwie gorszącym w tak wielkiem mieście jak Warszawa. Otóż najzupełniej się zgadzamy na to, że w cywilizowanym społeczeństwie każdy bez żadnego ograniczenia chory; każdy o drogą osobę z powodu jej choroby zaniepokojony; każdy z powodu wątpliwości co do stanu zdrowia potrzebujący biegłej opinii o każdej porze dnia czy nocy, powinien znaleźć pomoc czy radę lekarza. Ale iżby społeczeństwo i jednostki tej pomocy i rady, ciągle dniem i nocą istotnie potrzebujące, miały być od zapewnienia jej sobie wolnemi; iżby zaspokojenie rzeczonych potrzeb miało się dziać kosztem czasu, zdrowia i kieszeni wszystkich lekarzy i każdego z osobna; iżby jednemu słowem społeczeństwo uznające gorąco potrzebę pomocy lekarskiej i oburzające się na brak takowej nie poczuwało się do obowiązku zadosyć uczynienia potrzebie w taki sam sposób jak to czyni w obec niebezpieczeństwa wojny, głodu, ognia i powodzi, które się przeciw nierównie rzadziej zdarzają niż ból brzucha, kaszel i t. p., tego niemożemy ani chwalić ani uniewinniać. Cóż zrobić zatem należy? Oto pójsz za przykładem miast cywilizowanych, utworzyć stałe posady lekarzy ubogich z funduszów miejskich, urządzić dyżury nocne z tychże funduszów, a niezawodnie przez to skutecznie rzeczywistej potrzebie się zaradzi. Dzisiejsi lekarze miejscy i policyjni jeżeli mają być lekarzami sanitarnymi niemogą być lekarzami ubogich. Warszawa potrzebuje przynajmniej 20 lekarzy ubogich. Turyn np. o połowę mniej ludny ma ich 12. Do urzędzenia dyżurów nocnych zarządy miast w Cesarstwie wszędzie się przyczyniają.

Komitet etyki lekarskiej. Posiedzenia komitetu obradującego nad projektem kodeksu etyki lekarskiej odbywają się regularnie raz na tydzień. Członkowie komitetu zbierają się na posiedzenia licznie i wszyscy żywy biorą udział w obradach. Z powodu wynikłych wątpliwości w kwestyi obowiązku świadczenia i opinijowania ze strony lekarza przed sądem, w obec władz administracyjnych, w obec towarzystw ubezpieczenia i na żądanie rodziców w wypadkach zamierzonego małżeństwa dzieci, komitet uznał za stosowne zaprosić do obrad biegłego prawnika prof. MIKLASZEWSKIEGO. Wynikiem obrad komitetu będzie nie tylko zbiór prawideł etyki lekarskiej ale i obszerny memoriał obejmujący motywa uchwał komitetu, w której to pracy wszechstronnie zostaną przedstawione stosunki lekarza względnie do nauki lekarskiej do kolegów, do publiczności, do władzy.

## WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

† Majewski Maksymilijan, lekarz powiatu Ciechanowskiego i drogi żelaznej Nadwiślańskiej zmarł d. 10 Marca r. b. Ś. p. Maksymilijan urodził się w Kunowie, w Sandomierskiem w r. 1828. Po ukończeniu z odznaczeniem gimnazjum Pijarskiego w Radomiu w r. 1846 udał się jako stypendysta Warszawskiego okręgu naukowego na wydział lekarski uniwersytetu w Charkowie, gdzie zdolnościami swemi i pilnością zjednał sobie zyczliwość i przyjaźń ówczesnego słynnego profesora chirurgii VANZETTIE'GO, sprowadzonego z Włoch dla organizacji wydziałów lekarskich w uniwersytetach Cesarstwa. Po uzyskaniu stopnia lekarza pozostał przy uniwersytecie Charkowskim jako ordynator kliniki chirurgicznej, wkrótce jednakże jako stypendysta obowiązany do odslużenia pobieranego przez czas studyjów stypendium, wysłany został na Kaukaz na stanowisko lekarza batalijonowego, gdzie w czasie wojny w r. 1854 i 55 był przy zdobywaniu Karsu. Po 7-miu latach służby wojskowo-lekarskiej na Kaukazie, powrócił nareszcie do rodzinnego kraju w r. 1858 i osiadł jako lekarz wolno-praktykujący a następnie i powiatowy w Ciechanowie, gdzie przez lat 22 pozostawał. Nareszcie zaraził się tyfuszem wysypkowym od chorych w liczbie 18-stu we wsi Unikowie będących, dokąd tyfus zawleczony został przez jednego więźnia przysłanego z Płocka, gdzie w roku zeszłym taka epidemija tyfusu pomiędzy więźniami się rozwinęła, że nakoniec dla przerwania jej zabudowanie więzienne całkiem opróżniono, a jego mieszkańców niedawno rozesłano w liczbie przeszło 500 do aresztów gminnych całej gubernii Płockiej. Wielu z tych więźniów stało się rozsądnikami tyfusu wysypkowego jaki obecnie w różnych miejscowościach tej gubernii się przytrafia, a którego ś. p. Maksymilijan padł ofiarą. Nie osiągnął go żaden pocisk gdy wśród gradu kul niósł pomoc ranionym wojownikom na krańcach Europy, a jednak zginął na stanowisku powołania lekarskiego, z którego dopiero fizyczna niemoc już rozwiniętej choroby strąciła go na łożo śmierci!

Ś. p. Maksymilijan był jednym z najzdolniejszych lekarzy prowincjonalnych, posiadał wielką umiejętność postępowania tak z chorymi jako też z kolegami, odznaczał się prawością charakteru, zamiłowaniem pracy i gotowością służenia każdej dobrej sprawie. Wkrótce też po osiedleniu się w Ciechanowie, zjednał sobie sławę zdolnego lekarza i zacnego towarzysza tak, że nietylko w Ciechanowskiem, lecz nieledwie w całej gubernii nie było ani jednego ważniejszego przypadku chorobowego, do któregoby MAJEWSKIEGO o pomoc lub na poradę lekarską nie wzywano. Powszechna miłość i uwielbienie jakie ś. p. Maksymilijan zjednał sobie za życia, uwydatniły się szczerem żalem liczego zgromadzenia ludzi wszelkiego stanu i powołania i kilkunastu lekarzy umyślnie na smutny obrzęd pogrzebowy przybyłych z całej gubernii. Ciechanowskie traci w ś. p. MAJEWSKIM dzielnego lekarza i prawego urzędnika, koledzy najzaciejszego towarzysza i światłego doradcę, rodzina wrozonego męża, ojca i brata, a społeczeństwo jednego z członków z zaparciem się siebie dla dobra współbraci pracującego.

Cześć pamięci wzorowego lekarza i obywatela!

J. R.