

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie r s. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przewidywania do nauki o liszaju zołzowym (*Lichen scrophulosorum*). Podał d-r Funk. — Przyczynek do leczenia bezładu tabetycznego. Napisał K. Stróżewski. — **WYKŁADY KLINICZNE.** O leczeniu chirurgicznym gruźlicy niektórych narządów. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 24. O pewnych wadach wrodzonych kiszki grubej, powodujących zaparcie nawykowe u dzieci. 25. O leczeniu przewlekłych chorób nerek. 26. Niestrawność wskutek niedomogi ruchowej dróg moczowych. 27. Odporność przeciwko zimnicy. 28. Laseczniki błonicy na błonach śluzowych osób zdrowych. — **Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO.** Posiedzenie z dnia 17 lutego r. b. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 12 lutego r. b. — **Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.** — **DROBNIEJSZE WIADOMOSCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **ZMARLI.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Funk — Contribution à l'étude sur le lichen des scrophuleux. 2) D-r K. Stróżewski — Contribution à la thérapie de l'ataxie des tabétiques

Redaction: Dr. M. Sadowski Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Funk — Ein Beitrag zur Lehre von dem Lichen scrophulosorum. 2) D-r K. Stróżewski — Ein Beitrag zur Behandlung der tabetischen Ataxie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Przyczynki do nauki o liszaju zołzowym

(*Lichen scrophulosorum*).

Podał

D-r FUNK.

W różnych czasach zwracało uwagę moją pewne, napozór małoważne cierpienie skóry, właściwe wyłącznie dzieciom. W kilku przypadkach typowych obraz dermatologiczny był następujący: cały grzbiet nosa pokryty jedną owalną lub okrągłą plamą, barwy żółtawo- lub brunatno-czerwonej, o ściśle zakreślonej granicy, gęsto usianą guziczkami prosówkowatymi. Guziczki te odpowiadają wzniesionym wylotom torebek włosojowych. W przypadkach mniej typowych znajdujemy na niezmienionej skórze grzbietu nosa grupę owalną lub kolistą guziczków prosówkowatych, czerwonych lub brunatno-czerwonych, o powierzchni połyskującej; niekiedy obok opisanej grupy znajdujemy nieco takich samych pojedynczych guzików na wardze górnej, skroniach, czole.

Niezwykła uporczywość tej wysypki zwraca uwagę otoczenia. W istocie zmiany opisane trwają bez zmian miesiące i lata, (w jednym z moich przypadków już 7 lat), opierają się też w znacznym stopniu leczeniu.

Sprawa opisana występowała niekiedy u dzieci napozór zdrowych, częściej u dzieci, dotkniętych gruźlicą, przeważnie gruźlą.

Jaka jest istota opisanej sprawy? Odpowiedź na to pytanie daje badanie innej seryi przypadków, mianowicie przypadków typowego liszaja żółtawego (*Lichen scrophulosorum*) z tą samą charakterystyczną plamą lub grupą guzików na grzbiecie nosa. Okazuje się tedy w sposób niewątpliwy, że skóra grzbietu nosa jest siedliskiem ulubionem liszaja żółtawego, i że w pierwszej seryi przypadków mamy do czynienia z liszajem żółtawym, umiejscowionym wyłącznie na grzbiecie nosa („*Lichen scrophul. dorsii nasi*“).

Przytaczam tu kilka wybranych przypadków, interesujących jeszcze i z innych względów.

Przypadek I. *Lichen scrophul. dorsii nasi*. S. F. chłopiec 8-letni, dość czerstwy. Blizna charakterystyczna za uchem po zropieniu gruczołu w drugim roku życia. Ojciec chłopca cierpi na *malum Potti*. Od drugiego roku życia, t. j. od 7 lat, trwa cierpienie skóry o następujących cechach: na grzbiecie nosa obszerna owalna grupa guziczek prosówkowatych, czerwonych, połyskujących, odpowiadających wylotom torebek włosy-łojowych.

Przypadek II. *Lichen scrophulosorum dorsii nasi*. J. B. chłopiec 11-letni. Od roku grzbiet nosa pokryty całkowicie plamą owalną, podłużną, czerwoną; na plamie gęsto usiane guziczki folikularne wielkości ziarnka maku. Gruczoły limfatyczne szyjowe powiększone i stwardniałe, gruczoł podbródkowy twardej, wielkości wiśni. Wieloletni nieżyt jam nosowych.

Przypadek III. *Lichen scrophul. dorsii nasi; impetigo ulcerosum scrophul.* L. R., 1 rok i 8 mies., dziecko blade i wątłe. Przed 6 miesiącami, po zaszczepieniu ospy wystąpiło cierpienie skóry, które trwa dotychczas, mianowicie: 1) owrzodzenia talerzykowate, wielkości soczewicy, rozrzucone po skórze tułowia, łona i bioder. 2) Blado-czerwona owalna, o gładkim brzegu plama obejmuje cały grzbiet nosa; na plamie gęsto usiane guziczki folikularne, barwy czerwonej, gładkie, połyskujące. Takież pojedyncze guziczki rozrzucone gdziegdzie na skroniach, czole, głowie.

Przypadek IV. *Lichen scrophulosorum confluens univers.; lichen scroph. dorsii nasi*. J. Ł., dziecko dwuletnie. Przed 3 miesiącami powstał nieżyt ropny jam nosowych, w kilka dni później niżej opisane cierpienie skóry. Dziecko chudnie, jest bardzo blade; dostępne badaniu gruczoły chłonne nieco powiększone, twarde, śledziona wyczuwalna. Wysypka pokrywa całą prawie skórę grzbietu, piersi, głowy i grzbiet nosa. Składa się ona z kół pojedynczych i zlanych w obszerne plamy brudno-czerwone, łuszczące się, gęsto usiane drobnymi, wielkości ziarnka maku, guziczkami folikularnymi. Jedna obszerna plama pokrywa skórę całego grzbietu. Brzeg tych plam składa się z łuków, jest nieco wzniesiony i żywiej nieco zabarwiony. U obwodu plam tu i owdzie brunatno-czerwone guziczki liszaja żółtawego, pojedyncze i skupione w drobne grupy. Na grzbiecie nosa jedna ściśle kolista plama brunatno-czerwona o brzegu nieco wzniesionym, pokryta drobnymi połyskującymi guziczkami. Mimo starannego kilkumiesięcznego leczenia wysypka trwa dalej bez wielkich zmian.

Tych kilka przykładów wystarczy do charakterystyki liszaja żółzowego grzbietu nosa, sprawy niezbyt rzadkiej wśród dzieci, zwłaszcza uboższych warstw miejskich.

Nauka o „tuberkulidach“ rozwija się żywiej i zaokrągla w ostatnich kilku latach. Zadziwia tu badacza niezwykła różnaitość odmian i obrazów; każdy nieomal przypadek wnosi nowe szczegóły. I liszaj żółzowy, mimo że najbardziej jednolity z „tuberkulidów“, przedstawia znaczne różnice w obrazie dermatologicznym. Już w krótkim, a mistrzowskim opisie KAPOSI'ego uwzględnione są główne tego cierpienia odmiany.

Sam wykwit pierwotny przedstawia już rozmaite postacie. Znana ogólnie jest tylko jedna, mianowicie guziczek płaski, pokryty łuską, pryszczykiem lub strupkiem. Nieznana prawie jest inna postać, wcale od poprzedzającej nie rządsza: jest to guziczek czerwony, bardzo płaski, wielkości ziarnka maku do ziarna konopi, gładki, mocno połyskujący. Większe zwłaszcza wykwyty są tak płytke, że zaledwie nad poziom skóry wystają; charakterystyczna jest ich powierzchnia połyskująca i lekko sfaldowana. HALLOPEAU (Annales de Derm. 1892) podaje opis jednego przypadku liszaja żółzowego o wykwitach połyskujących, jak *lichen ruber planus*. Załączam tu krótki opis jednego z moich przypadków.

Przypadek V. *Lichen scrophulosorum* o wykwitach gładkich, połyskujących. Zakażenie gruźlicą przy akcji obrzezania. D. K., dziecko półroczne, zakażone gruźlicą przy akcji obrzezania. Na napletku i w rowku owrzodzenie trwające prawie od 6 miesięcy, typowe, o brzegach miękkich, wyżartych, podminowanych, barwy fioletowo-czerwonej. W pachwinie lewej dwa guzy chelbocące, wielkości kasztana. Wypływ ropny z uszów i nozdrzy; pryszczyca wargi górnej. Na skórze tułowia i kończyn wysypka, trwająca od 10 tygodni. Są to guziczki usiane gęsto, w różnych odstępach, prosówkowate, płaskie, blado-czerwone, połyskujące.

Pod względem ugrupowania wykwitów przedstawia też liszaj żółzowy dwie główne odmiany. Jedną jest odmiana typowa, ogólnie znana, o wykwitach rozsianych prawidłowo, w równych odstępach, lub też ułożonych w grupy koliste i obrączki, drugą — „*lichen scrophulosorum confluens*“ o wykwitach, zlewających się w grupy koliste i obszerne płaszczyzny, brunatno-czerwone, łuszczące się, szorstkie, o wystających wylotach torebek. Częstokroć jedna obszerna plama pokrywa całą skórę grzbietu. Brzeg tych obszernych plam, ostro od zdrowej skóry odgraniczony, złożony z łuków, nieco wzniesiony i zabarwiony żywiej, pełza dalej, gdy środek plam blaknie lub nawet goi się. Odmiana ta liszaja żółzowego należy do najzwyczajniejszych; wywołuje ona zazwyczaj swędzenie, często też ulega na znacznych przestrzeniach ekzematyzy. BOECK utworzył, jak sądzę, z tej odmiany liszaja żółzowego swoją „*eczema tuberculosum*“. Wyżej przytoczony przypadek 4-ty ilustruje dobrze ów „*lichen scrophulosorum confluens*“.

W pewnych rzadkich przypadkach pozostawia liszaj żółzowy blizny charakterystyczne na miejscu wszystkich lub prawie wszystkich zagojonych wykwitów („*lichen scrophul. cicatrisans*“). W przypadku, który poniżej załączam, setki drobnitkich blizenek, ostro wykrojonych, punkcikowatych i kreskowatych pokrywały gęsto skórę twarzy, tułowia i kończyn.

Przypadek VI. *Lichen scrophulosorum cicatrisans*, *scrophuloderma*, *lymphadenitis tuberculosa*. C. S., z Grójca, lat 5. Cierpi od 4 lat na *scrophuloderma* prawego policzka i *lymphadenitis tuberculosa* prawostronnych gruczołów szy-

jowych. Od 9 miesięcy obszerny liszaj żółtawy (*lichen scroph.*) na skórze twarzy, głowy, tułowia i kończyn z wyjątkiem rąk i stóp. Świeże wykwity przedstawiają się jako *papulo-pustulae* wielkości ziarnka prosa, płytkie, żywo czerwonej barwy, starsze—jako guziczki, pokryte łuską lub strupkiem, lub też gładkie, połyskujące, jak wykwity *lichen planus*. U brzoła obszernych grup znajdujemy najświeższe, największe wykwity; brzeg ten, złożony z łuków, posuwa się zwolna naprzód. Każdy zagojony guzik pozostawia bliznę; właśnie w ostatnich miesiącach pod wpływem tranu znaczna część wysypki znikła, zostawiając setki blizenek, usianych gęsto na skórze twarzy, tułowia i kończyn w postaci punkcików i kresek, ostro w skórze wyciętych, bardzo charakterystycznych.

Liszaj żółtawy daje inne jeszcze obrazy, które tylko w krótkich słowach zaznaczę. A więc w wyżej opisanej odmianie liszaja żółtawego o guziczkach gładkich, połyskujących, wykwity zlewają się też niekiedy, tworząc obszerne brunatno-czerwone grupy drobnych i większych, płytkich, połyskujących guziczków. Jedna obszerna grupa pokrywa niekiedy całą skórę grzbietu i kończyn dolnych. Obraz podobny, jak sądzę, jeszcze nie opisywany, widziałem parokrotnie u dzieci.

Następnie t. zw. trądzik żółtawy (*acne scrophulosorum*), postać opisywana u dzieci przez BAZIN'a, CROCKER'a i COLCOTT-Fox'a, jest też prawdopodobnie tylko odmianą liszaja żółtawego. Powstaje „*acne scrophulosorum*“ u dzieci, dotkniętych gruźlicą, w postaci guziczków nader płytkich, czerwonych, połyskujących, wielkości ziarnka prosa, rozrzuconych po skórze kończyn i tułowia, słowem wykwitów liszaja żółtawego. Wykwity te rosną; większe zaledwie wystają nad poziom skóry, powierzchnia ich jest brunatnoczerwona, połyskująca i delikatnie sfałdowana. W dalszym przebiegu środek wykwitów zapada się, żółknie i obumiera, na przestrzeni nie większej od łepka szpilki. Powstaje wreszcie w pośrodku wykwitów otwór, prowadzący do kraterowatego owrzodzenia; owrzodzenia te, rozrzucone przeważnie po skórze kończyn dolnych, goją się, pozostawiając ostro wykrojone blizny. Nowe wykwity ciągle przybywają, widzimy przeto wszystkie okresy ich rozwoju jednocześnie obok siebie.

Zdarzało mi się też spotykać niejednokrotnie postacię poronne liszaja żółtawego (*lichen scrophul.*) u dzieci, dotkniętych gruźlicą, między innymi i gruźlicą, zaszczepioną przy obrzezaniu. Obraz bywa mało typowy: na skórze grzbietu, nieraz brunatno zabarwionej, widzimy niewielką ilość drobnych, jak ziarnko maku, płytkich, połyskujących guziczków; pomiędzy nimi tu i owdzie większe połyskujące bardzo płytkie wykwity. Niezwykła uporczywość tej wysypki, umiejscowienie jej typowe na skórze grzbietu, wreszcie współistnienie innych objawów gruźlicy dostatecznie, jak sądzę, charakteryzuje przypadki poronne liszaja żółtawego.

Wszystkie opisane odmiany liszaja żółtawego spotykałem najczęściej u niemowląt, nabrałem też przekonania, że liszaj żółtawy, wbrew ogólnemu mniemaniu, wcale do rzadkich spraw nie należy, zwłaszcza w pierwszym i drugim roku życia. Jako niewątpliwy objaw lub zwiastun gruźlicy, zasługuje liszaj żółtawy — prawdopodobnie łagodna postać gruźlicy prosówkowej skóry — na całą uwagę klinicysty.

Chciałbym dodać jeszcze słów parę o najrzadszej odmianie liszaja żółtawego, którą nazwałbym *lichen scrophul. corneus*.

Powstają tu guziczki stożkowate, czerwone, wielkości dużego łepka od szpilki; w każdym guziczku tkwi w wylocie torebki twardy czopek naskórkowy, otaczający włos. Guziki te grupują się w koła, obrączki i obszernie płaszczyny barwy czerwonej. Na granicy tych grup znajdujemy najświeższe, najżywiej zabarwione wykwity *).

Przypadek podobny opisał HALLOPEAU i BUREAU (Annales de dermat. 1896, str. 1084); tu, być może, też należy przypadek, opisany przez TENNESON'a (Annales de Derm. 1895, str. 285).

W przypadku własnym, niezupełnie jednak pewnym, umiejscowionym wyłącznie na skórze twarzy (u chłopca 12-letniego), wykwity opisane trwały około pół roku; dokoła czopków nabłonkowych powstało ropienie, po zagojeniu się pozostały bardzo liczne drobne blizny, ostro wykrojone, nie różniące się niczem od opisanych wyżej w przypadku „*lichen scrophul. cicatrisans*“.

PRZYCZYNEK

DO LECZENIA BEZŁADU TABETYCZNEGO

Napisał

KONSTANTY STRÓŻEWSKI.

W pracach moich, poświęconych kwestyi leczenia władu rdzeniowego, omawiałem dość obszernie t. zw. kompensacyjną metodę leczenia bezładu tabetycznego, a zarazem podałem kilka spostrzeżeń, leczonych tą metodą. Spostrzegając w ciągu paru lat ostatnich liczne przypadki władu rdzeniowego, chciałbym w pracy niniejszej w krótkich słowach przytoczyć kilka pouczających przypadków, wykazujących dosadnie wielką wartość leczniczą metody kompensacyjnej. Poprzednio już podałem szemat, jakiego należy się trzymać przy leczeniu bezładu tabetycznego; szemat ów, jak każdy szemat, nie może być bezwzględnie stosowany we wszystkich przypadkach bezładu, ponieważ prawie w każdym przypadku spostrzegamy różnorodne indywidualne zmiany, które wymagają odpowiednich ćwiczeń

W głównych zarysach szemat ów nie uległ zmianie; jednak w miarę większego doświadczenia wprowadziłem do niego wiele zmian, o których pomówię po części, omawiając poniżej przytoczone spostrzeżenia.

Spostrzeżenie 1-sze. Wład rdzenia od 14 lat; od kilku lat zaburzenia w chodzeniu; w ostatnich czasach zupełne porażenie kończyn dolnych. Po 6 miesiącach leczenia możność chodzenia o laskach. Po powtórnym leczeniu możność chodzenia bez laski po pokoju.

K. lat 39; widziałem chorego 17. XI. 97 r. razem z d-rem KORNIŁOWICZEM i GARBOWSKIM. Z wywiadów dowiedziałem się, że w rodzinie chorego są następujące choroby nerwowe: matka ma *tic* w połowie twarzy, siostra — nerwicę, zresztą wszyscy są zdrowi. Sam chory zawsze był słabego zdrowia, za najlepszych swoich czasów męczył się szybko i w nogach nigdy nie był wytrzymały. Przed 18 laty przechodził przymiot, leczony parokrotnie rtęcią i jodem. Od lat 14 zaczęły się zaburzenia w urynowaniu, bóle strzelające bar-

*) Obrazu tego nie należy mieszać z *aene cornea* (HARDY).

dzo uciążliwe w całym ciele i brak odruchów; chodził chory wtedy dobrze. Od kilku lat chód gorszy, ale przed rokiem jeszcze chory mógł, choć z biedą, wcale nieźle chodzić i grać w bilard. Przed 2 miesiącami bóle znacznie się nasiliły, i kończyny dolne zaczęły szybko i stopniowo słabnąć. Od kilku dni chory nie może stać, a przy pomocy osoby drugiej i laski z trudem wielkim przejść może przez pokój. Przy badaniu znalazłem stan następujący: źrenice wąskie, lewa szersza od prawej; obie nie oddziałują na światło; wzrok dobry. W kończynach górnych lekki stopień bezładu, niekiedy mrowienie i drętwienie. Kończyny dolne bardzo słabe, wychudzone znacznie, lewa cieńsza od prawej, wymiary następujące: udo $\left\{ \begin{array}{l} \text{prawe } 37 \text{ ctm.} \\ \text{lewe } 36 \text{ ctm.} \end{array} \right.$ na 20 ctm. od rzepki, goleń $\left\{ \begin{array}{l} \text{prawa } 28 \text{ ctm.} \\ \text{lewa } 27,5 \text{ ctm.} \end{array} \right.$ na 17 ctm. od rzepki. Bezład kończyn dolnych w wysokim stopniu przy otwartych oczach. Czucie na dotyk, ból i ciepłość znacznie osłabione; mięśniowe i stawowe zupełnie prawie zniszczone; przewodnictwo bólu znacznie opóźnione. Zaburzenia w oddawaniu moczu znaczne; często mocz odchodzi bezwiednie; prawie zawsze ma to miejsce przy kaszlu i wysiłkach; oddając mocz, chory nie czuje tego, mocz mętny bardzo, słabo kwaśny. Stolce czasem odchodzą bezwiednie, trudno choremu zdążyć, gdy poczuje potrzebę; nie czuje, kiedy kał przechodzi przez prostą kiszki. Brak odruchów kolano-wych i skórnych. Przy zamkniętych oczach chory nie czuje zupełnie, że ma kończyny dolne. W ciągu kilku następnych dni rozwinęło się prawie zupełne porażenie kończyn dolnych: chory mógł zaledwie z wysiłkiem unieść nogę nad łóżkiem; ani chodzić, ani stać nie mógł; siła w kończynach dolnych żadna; czucie i bezład jeszcze więcej się pogorszyły.

Po 6 miesiącach stotowania odpowiednich ćwiczeń nastąpiła znaczna poprawa: chory znacznie utył, przybyło mu na wadze około 30 funtów; siła kończyn dolnych wcale niezła; czucie stawowe i mięśniowe po części poprawiło się; czucie na dotyk znacznie się poprawiło. Stać chory może bez podtrzymywania, chodzić sam o dwóch laskach. Zaburzenia pęcherzowe poprawiły się: mocz rzadko bardzo odchodzi bezwiednie przy kaszlu, jest przezroczysty, oddziaływanie jego kwaśne. Z wypróżnieniami też lepiej. Po paromiesięcznym pobycie na wsi chory znowu zgłosił się do mnie w celu stosowania ćwiczeń w dalszym ciągu, i poprawa stale szła naprzód tak, że chory po kilku miesiącach mógł przejść się przez pokój bez laski o własnej sile; o jednej zaś lasce wcale nieźle chodził; przy pomocy osoby drugiej i poręczy chodził po schodach, mógł zrobić parę piętr. Stan ogólny poprawił się więcej; wymiary kończyn dolnych były następujące: udo $\left\{ \begin{array}{l} \text{prawe } 42 \text{ ctm.} \\ \text{lewe } 41,5 \text{ ctm.} \end{array} \right.$ goleń $\left\{ \begin{array}{l} \text{prawa } 31,5 \text{ ctm.} \\ \text{lewa } \end{array} \right.$

Przypadek ten ciekawy jest z wielu względów. Najpierw wycieńczenie mocne, wychudnięcie, sprawa, trwająca od wielu lat, w bardzo znacznym stopniu zaburzenia czuciowe, pęcherza, żołądka robiły rokowanie bardzo wątpliwem, prawie beznadziejnym; jednakże wynik otrzymaliśmy względnie wyborny, zwłaszcza, gdy weźmiemy pod uwagę, że chory za swoich najlepszych czasów był wąty, słaby i zawsze szybko się męczył, nigdy długo chodzić nie mógł. Jeszcze jedna ważna okoliczność w danym przypadku przeszkadzała stosowaniu metody kompensacyjnej, mianowicie bóle, które nie tak, jak to zwykle bywa w wiądzie, zjawiają się od czasu do czasu, tutaj były prawie stałe, bez żadnych przerw; każdy ruch, czy ręką, czy nogą, wywoływał silne bóle; od czasu do czasu bywały nasilenia bólów w całym ciele, trwające po parę tygodni z rzędu, bólów, nie dających choremu chwili spokoju. W celu

uspokojenia bólów, chory używa stale codziennie od wielu lat *antineuralgica*, często po parę proszków dziennie. W danym przypadku w początkach, kiedy chory nie mógł stać, ani chodzić, ćwiczenia odbywały się w pozycji siedzącej i leżącej, następnie, kiedy chory mógł stawać, po części ćwiczenia w pozycji stojącej, po części w leżącej, następnie ćwiczenia chodzenia. Ćwiczenia wykonywane były na zmianę to z otwartymi, to z zamkniętymi oczami. Ponieważ chory szybko się męczył, a zarazem narzekał na bóle, więc ćwiczeń wykonywał bardzo nie wiele; sam nie powtarzał, poprzestając na ćwiczeniach, wykonywanych w mojej obecności raz dziennie, i to nie zawsze codziennie. Pomimo, że chory tak nie wiele ćwiczył się, jednak poprawa nastąpiła; niezawodnie zaś byłaby o wiele większa, gdyby chory ćwiczył się stosownie do moich zaleceń.

Spostrzeżenie 2-gie. Wiąd rdzenia od dwóch lat. Bezład kończyn dolnych w umiarkowanym stopniu. Chód chwiejny. Po kilku miesiącach stosowania ćwiczeń chód zupełnie normalny.

M. lat 43, przechodził przymiot przed kilkunastu laty, leczony parokrotnie; nadużyć ani płciowych, ani wysokowych nie było. Przed paru laty zaczął jeździć na rowerze dość dużo; przed dwoma laty zauważył różnicę w chodzeniu: po ciemku, przy myciu chwiał się i łatwo się męczył. Sam zaczął stosować sobie ćwiczenia gimnastyczne, przypominające metodę FRENKEL'a, i chód zaczął się poprawiać. Przy badaniu chorego w dniu 10. I. 99 r. znalazłem stan następujący: nerwy czaszkowe i kończyny górne w porządku, jedynie oddziaływanie źrenic na światło leniwe. W kończynach dolnych: siła fizyczna dobra, odżywianie dobre; czucie na dotyk i ciepłość dobre, przewodnictwo bólowe opóźnione na goleniach; zmysł stawowy i mięśniowy upośledzony, zwłaszcza w stawie skokowym; bezład nieznaczny; trudność stania na jednej nodze, na palcach nóg; chwianie się przy zamkniętych oczach; brak odruchów kolanowych. Chory skarży się na bóle strzelające i opasujące.

Chory przyjechał do Warszawy na kilkanaście dni w celu nauczania się pewnej części ćwiczeń, skierowany został do mnie przez dra KORNIŁOWICZA. Następnie ćwiczenia te bardzo starannie powtarzał u siebie w domu w ciągu 4 miesięcy; potem znowu przyjechał na pewien czas, nauczył się nowych ćwiczeń, które powtarzał w domu w ciągu paru miesięcy. Po tem leczeniu widziałem chorego i znalazłem ogromną poprawę: chory mógł wykonywać najróżnorodniejsze ćwiczenia z otwartymi i z zamkniętymi oczami, mógł swobodnie chodzić z zamkniętymi oczami, nocą po schodach, robił duże spacery, zupełnie jak za czasów swego zdrowia. Pozostały z dawnego cierpienia: brak odruchów kolanowych, leniwe oddziaływanie źrenic i od czasu do czasu ból opasujący i bóle strzelające.

Przypadek ten ciekawy jest ze względu na zupełną poprawę upośledzonego poprzednio chodzenia. W tym przypadku stosowane były początkowo ćwiczenia w pozycji siedzącej, leżącej i stojącej jednocześnie, a następnie ćwiczenia w pozycji stojącej i chodzenie.

Spostrzeżenie 3-cie. Wiąd rdzenia od 3 lat. Chód chwiejny o lase. Po kilku miesiącach stosowania ćwiczeń chód dobry bez laski.

A. lat 41, skierowany do mnie przez d-ra KORNIŁOWICZA, przechodził przed 18 laty przymiot, parokrotnie energicznie leczony. Przed 8 laty zjawily się bóle strzelające w kończynach dolnych; przed 6 laty chód pogorszył się i stopniowo stawał się coraz gorszym tak, że chory zmuszony był jeździć na wózku; przeszedł wtedy leczenie swoiste i kąpiele, poczem chodzenie po-

prawiło się. Przed rokiem chory dostał *highmoritis purulenta*, wskutek czego stracił lewe oko. Przed 8 miesiącami poślizgnął się, upadł i złamał lewą goleń; nałożono mu wtedy opatrunek gipsowy, i kość zrosła się.

Przy badaniu 4. XI. 98 r. znalazłem stan następujący: chory widzi tylko prawem okiem; kończyny górne w porządku. Lewa dolna kończyna znacznie chudsza od prawej, prawie wcale niema lewej łydki; w dolnej części lewej goleni widać duży *callus*; siła fizyczna kończyn dolnych dość znaczna; bezład w nich znaczny, zwłaszcza w lewej. Czucie na dotyk dobre z wyłączeniem dolnej powierzchni obu stóp, gdzie znieczulenie jest zupełne; na ból: miejscami *analgesia*, miejscami *hypalgesia*, przewodnictwo bólowe opóźnione. Zmysł stawowy i mięśniowy w kończynach dolnych osłabiony umiarkowanie; w stopach zaś w znacznym stopniu. Sprawność lewej stopy znacznie upośledzona, zwłaszcza ruchy, zależne od mięśni *tibialis ant.* i *extensor digit. com.* Przejść przez pokój może chory bez laski, chwiejąc się; z zamkniętymi oczami nie może stać. Nieznaczne zaburzenia pęcherza. Bóle strzelające czasami.

Po 6 miesiącach leczenia znaczna poprawa: siła mięśniowa kończyn dolnych znacznie wzrosła; łydka lewa znacznie powiększyła się. Chory może chodzić swobodnie z zamkniętymi oczami naprzód, w tył, w bok, o zgiętych kolanach; szybko zwracać się; chory wchodzi codziennie na parę pięt bez zmęczenia, robi parogodzinne spacerki bez zmęczenia i odpoczynku.

W tym przypadku stosowane były ćwiczenia najpierw w pozycji siedzącej i stojącej, następnie w pozycji leżącej i stojącej, nareszcie różnorodne sposoby chodzenia i ćwiczenia w pozycji stojącej. Wszystkie ćwiczenia z otwartymi i zamkniętymi oczami.

Spostrzeżenie 4-te. Wiądnienie od 14 lat. Od 8 lat chód znacznie utrudniony, możliwy jedynie przy pomocy osoby drugiej i laski. Po 5 miesięcznym leczeniu możliwość chodzenia samemu bez pomocy.

J. lat 53; przed dwudziestu paru laty przymiot leczony. Przed 14 laty zmiany czuciowe na klatce piersiowej, ból opasujący, bóle strzykające i cokolwiek utrudniony chód. Po leczeniu swoistem w Busku poprawa. Następnie nowe pogorszenie; od 8 lat chód bardzo utrudniony, chory mógł chodzić tylko z laską i prowadzony przez osobę drugą, przyczem prędko się męczył; po ciemku i w ten sposób chodzić nie mógł. Nieznaczne zaburzenia pęcherzowe od kilku lat. Przy badaniu 5. VIII. 98 r. znalazłem stan następujący: źrenica prawa szersza od lewej; obie nie oddziałują na światło i przystosowanie; zez rozbieżny; porażenie *n. abducentis dextr.*; podwójne widzenie. Kończyny górne w porządku. W dolnych: brak odruchu kolanowego; znieczulenie na dotyk zupełne na całych dolnych kończynach; opóźnienie bólu znaczne, miejscami *analgesia*, *hypalgesia*; zmysł mięśniowy i stawowy prawie zupełnie zniesiony: chory pod koldrą lub z zamkniętymi oczami nie czuje zupełnie swoich nóg, nie rozpoznaje wtedy żadnych ruchów ani biernych, ani czynnych. Stać o własnej sile nie może; przy pomocy może chodzić, wyrzucając nogi, pochylony naprzód; przy zamkniętych oczach i trzymany pada odrazu.

Po leczeniu w ciągu 5 miesięcy znaczne polepszenie; najpierw w ogólnym stanie, odżywianie, siły, nastrój ducha lepszy; przybyło choremu dwadzieścia kilka funtów. Poprzednio chory nie chciał się niczem zajmować, zawsze był przygnębiony, teraz nabrał przekonania, że poprawa postępować będzie naprzód, wziął się do zajęcia. Co do ruchów: stać może swobodnie bez żadnej pomocy; chodzi po pokoju swobodnie o lasce przodem, tyłem, bokiem,

a nawet bez laski, lecz wtedy trzeba iść blisko chorego, gdyż chory ma objawy neurastenicznej obawy upadnięcia i złamania nogi, gdy jest sam. Na ulicy pod rękę z żoną robi długie spacery, wchodzi codziennie na 3-cie piętro do swego mieszkania o lasce i poręczy bez odpoczynku i zmęczenia, po spacerze.

Widzimy z powyższych spostrzeżeń, że stosowanie metody kompensacyjnej w bezładzie tabetycznym korzystne jest wielce z różnych względów: nie tylko poprawia się znacznie sfera ruchowa, lecz poprawia się także i sfera czuciowa; choć pod tym względem chorzy głównie uczą się korzystać z tego czucia, jakie jeszcze posiadają; także ogólny stan chorych ulega zwykle wielkiej poprawie; sprawność ich życiowa podnosi się. Rozumie się, leczenie metodą kompensacyjną nie wyłącza innych środków leczniczych; przeciwnie, w miarę potrzeby należy je stosować. Ważne jest bardzo zwracanie uwagi na odżywianie chorych. Aczkolwiek metoda kompensacyjna daje doskonale wyniki nawet w bardzo zastarzałych przypadkach wiądu rdzeniowego, nawet u osobników, którzy zupełnie już ani stać, ani chodzić nie mogą, jednakże najwłaściwsze byłoby stosowanie jej w przypadkach, gdzie bezład jeszcze jest nieznaczny, aby zapobiedz powiększeniu się bezładu.

WYKŁADY KLINICZNE.

W. WATSON CHEYNE.

O LECZENIU CHIRURGICZNEM GRUŻLICY NIEKTÓRYCH NARZĄDÓW.

Pomimo, że leczenie chirurgiczne gruźlicy wielu narządów oparte jest na ogólnie przyjętych i ustalonych podstawach, to jednak pożytecznym mi się wydaje streszczenie kilku wniosków odnośnych CHEYNE'a, do których autor doszedł na zasadzie osobistego i długoletniego doświadczenia. Leczenie chirurgiczne stosowane bywa w gruźlicy przeważnie narządów następujących: 1) gruczołów chłonnych, 2) otrzewny, 3) układu moczowo-płciowego. Zdaniem Ch., każda postać gruźlicy posiada z początku cechy, właściwe sprawie miejscowej, jednakże odzyskanie pierwotnego ogniska choroby nie zawsze z łatwością dokonane być może.

Chirurg powinien zawsze dążyć do usunięcia pierwotnego siedliska sprawy, o ile tylko jest ono dla zabiegu operacyjnego dostępne.

Z gruczołów układu chłonnego najczęściej podlegają zmianom gruźliczym gruczoły szyjowe. Przyczynę pośrednią sprawy powyższej stanowią choroby migdałków podniebiennych, a częściej nawet próchnica zębów i ropotok uszny. Następce powstawanie gruźlicy w gruczołach szyjowych objaśnić należy tem, że gruczoły te w sprawach wymienionych ulegają zmianom zapalnym, do których przyłącza się z łatwością gruźlica pod wpływem laseczników swoich, przedostających się ze krwi. Jeśli gruczoły, dotknięte gruźlicą, są dość małe, ruchome i zbyt szybko nie rosną, to należy się powstrzymać od zabiegu chirurgicznego, a natomiast przystąpić do leczenia wewnętrznego (arszenik, żelazo), ogólnie wzmacniającego i klimatycznego. Gdy zaś gruczoły szybko się powiększają, zrastając się pomiędzy sobą i z otaczającymi je tkankami, w takim razie jedynie wskazane jest leczenie na drodze chirurgicznej. Wyłuszczenie gruczołów odbywać się powinno razem z otaczającą je tkanką tłuszczową, przytem

autor ostrzega przed zbyt gorliwym łyżeczkowaniem ognisk chorobowych; po łyżeczkowaniu bowiem spostrzegano, po pierwsze, częste nawroty sprawy, a po drugie, powstawanie gruźlicy ogólnej. Jeśli w gruczole utworzył się ropień, to przy wyluszczeniu należy starannie unikać jego otwarcia lub też zabieg wykonać dwuczásowo, t. j., najpierw otworzyć ropień, a po wygojeniu się rany przystąpić do operacji doszczętnej. łyżeczkowanie autor dopuszcza tylko w leczeniu przetok zastarzałych, które po zabiegu przypala czystym kwasem karbolowym. W ogólności usuwać należy wszystkie gruczoly na znacznej przestrzeni tak, jak to zwykliśmy czynić w przypadkach nowotworów złośliwych.

Cięcie powinno być wykonane *largá manu*, wzdłuż całego mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego lub bardz-ej poprzecznie w postaci podkowy. CHEYNE po otwarciu powięzi głębokiej przedewszystkiem oddziela na znacznej przestrzeni żyłę jarzmową, jeśli zaś zrosty są zbyt rozwinięte, to przewiązuje i przecina żyłę, co bynajmniej dla ustroju złych następstw za sobą nie pociąga. Nerwy: błędny i dodatkowy (*accessorius*) udaje się oddzielić zwykle z łatwością; w niektórych przypadkach wypada uciec się nawet do przecięcia mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego w celu usunięcia doszczętnego ognisk gruźliczych. Po tak rozległych zabiegach spostrzegano wprawdzie porażenia częściowe ze strony nerwu twarzowego, jak np. skrzywienie kąta ust, lecz objaw ten po pewnym czasie ustępował bez śladu.

Co się tyczy gruźlicy otrzewny, to sprawa ta, zdaniem CHEYNE'go, występuje w trzech postaciach następujących: 1) otrzewna na całej przestrzeni pokryta jest mniejszymi lub większymi gruzelkami, a jama otrzewny zawiera sporą ilość płynu wysiękowego; 2) na plan pierwszy występują zrosty pomiędzy oddzielnymi pętlicami jelit, jako też nacieczenia twarde w sieci i w krezce. Jeśli dochodzi w tych przypadkach do wysięku, to płyn nagromadza się zwykle w ilości nieznacznej i bywa otorbiony; 3) w postaciach rodzaju ostatniego gruzelki ulegają zmianom wstecznym tak, że spostrzegać można całe ogniska zserowaciale wśród zrostów, w sieci, w krezce, dalej ropnie oddzielne, owrzodzenia na powierzchni jelit i przetoki kałowe. W tej postaci sprawa umiejscawia się przeważnie w okolicach trąbek lub wyrostka robaczkowego. Gruźlica otrzewny nigdy prawie nie występuje pierwotnie, lecz bywa najczęściej jednocześnie z gruźlicą innych narządów.

Cit. jest zdania, że owrzodzenia gruźlicze kiszek nie wywołują swoistego zapalenia otrzewny, ponieważ laseczники Kocu'a przez ściany jelita wędrować nie są w stanie. Rozpoznanie właściwe stanowi nieraz zadanie bardzo trudne, rokowanie zaś przy leczeniu wyłącznie wewnętrznem jest znacznie gorsze, niż przy leczeniu chirurgicznym. Autor w przypadkach operowanych stwierdził zaledwie 25% śmiertelności; nie należy tylko opuszczać rąk po pierwszym pozornie bezskutecznym zabiegu: nieraz wyzdrowienie następuje dopiero po wykonaniu kilku laparotomii w różnych odstępach czasu.

Przypadki zapalenia otrzewny z wysiękiem w znacznej ilości dają najlepsze wyniki pooperacyjne. Niejednokrotnie zdarza się, że, pomimo zachowania wszelkich ostrożności podczas zabiegu i nieuszkodzenia ścian jelit, powstają uparte i długotrwałe przetoki kałowe. Gruźlica płuc i opłucny nie stanowi przeciwwskazań do laparotomii, z której wykonaniem autor nie radzi zresztą zbytnio się spieszyć. Za wczesne bowiem wykonanie operacji wywołuje wkrótce nawrót sprawy; najlepiej jest wyczekać w przypadkach ostrych 4—6 tygodni, a w przewlekłych — tyleż miesięcy i dopiero, gdy leczenie wewnętrzne i ogólne okazuje się bezskutecznem, należy przystąpić do zabiegu chirurgicznego.

Operacja polegać winna na otwarciu jamy brzusznej poniżej pępka, na wypuszczeniu wysięku (zmiany położenia chorego, wybranie płynu tamponami) i na złączeniu szwami powłok brzusznych. Przemywanie jamy otrzewny jakimikolwiek płynami anty- lub aseptycznymi okazuje się nie tylko zbyt bezużytecznym, lecz często nawet szkodliwym. Nie należy też oddzielać i rozrywać zrostów otrzewnowych; wyjątek w tym względzie stanowią powróśla, uciskające i zamykające światło jelit. Trąbki i wyrostki robaczkowe, gruzlicą dotknięte, usuwać można tylko wówczas, gdy są ruchome i oddzielają się z łatwością, w przeciwnym razie lepiej jest pozostawić je w spokoju. Nakłucie brzucha i wypuszczenie wysięku nigdy laparotomii zastąpić nie jest w stanie.

Dodatni wpływ leczniczy cięcia brzuszego w wielu przypadkach gruzlicy otrzewny CHEYNE objaśnia w sposób następujący: po dość nagłym wypuszczeniu płynu wysiękowego, napływa do jamy otrzewny spora ilość surowicy, która w późniejszych (lecz niezbyt późnych) okresach choroby posiada własności bakterycyobójcze. Gruźelki w takich przypadkach podlegają przemianie włóknistej, powstrzymującej je w rozwoju.

Ostatnią część swej pracy CHEYNE poświęca leczeniu chirurgicznemu gruzlicy narządów moczowo-płciowych. Siedliskiem pierwotnym gruzlicy u mężczyzn bywa zazwyczaj przyjądrze (*epididymis*), skąd sprawa szerzy się w górę ku nerkom, lub też odwrotnie, sprawa, rozpoczynająca się w nerce, zstępuje ku dołowi do narządów rozrodczych. U dorosłych gruzlica przyjądrza wybucha na drodze krwiopochodnej, u dzieci zaś sprawa szerzy się najczęściej z otrzewny na pochówkę (*tunica vaginalis*). Jeśli tylko gruzlica przyjądrza nie jest połączona z gruzlicą innych narządów, leczenie powinno być chirurgiczne. Polega ono bądź na usunięciu przyjądrza, łyżeczkowaniu ognisk, bądź też na zabiegu radykalnym czyli trzebieniu. Z tym ostatnim należy być jednak ostrożnym, a to ze względu na liczne zaburzenia nerwowe i psychiczne, występujące szczególnie u osobników młodych po usunięciu doszczętnem jąder.

Gruźlica gruczołu krokowego przebiega w postaci ropni, otwierających się do prostaty lub do pęcherza, ewentualnie do cewki. Powstałe ztąd przetoki wymagają leczenia jedynie chirurgicznego, jako to: łyżeczkowania, stosowania cewników, pozostawianych *à demeure*, i tym podobnych zabiegów, ogólnie w chirurgii przyjętych.

Prawdziwy *crux medicorum* stanowi gruzlica pęcherza moczowego, umiejscowiona najczęściej w trójkącie LIEUTAUD'a. Pomijając leczenie wewnętrzne arsenikiem, kwasem benzoesowym i dyetą mleczną, nawet przepłukiwania pęcherza roztworami kwasu bornego, zastrzykiwania zawiesiny jodoformowej i t. p. najczęściej nie przynoszą pożytku żadnego. Wyniki najlepsze dają tylko t. zw. instylacje sublimatu w stosunku od 1 : 5000 do 1 : 1000 i systematyczne rozciąganie pęcherza przez stopniowe powiększanie ilości wstrzykiwanego doń płynu obojętnego. W niektórych przypadkach korzyść istotną przynosi cięcie nadłonowe z następczem wypaleniem lub wyłyżeczkowaniem ognisk gruzliczych i sączkowaniem pęcherza w przeciągu 2—6 miesięcy. Na tej drodze autor otrzymał 20% wyleczenia zupełnego.

W leczeniu gruzlicy nerki, polegającym najczęściej na usuwaniu tego narządu, cały punkt ciężkości oparty jest na stwierdzeniu stanu prawidłowego nerki drugiej. Ponieważ rozpoznanie takie bywa często niezmiernie trudne, przeto CH. radzi w przypadkach wątpliwych wykonywać nefrotomię zewnątrz-otrzewnową próbną na obu nerkach. Wreszcie w wielu okresach wczesnych sprawy powyższej rezekcja nerki okazała się zabiegiem również nie pozbawionym pewnej wartości leczniczej. (Münch. Medic. Woch. N. 5. 1900). L. Zembrzuski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

24. CONCETTI. **O pewnych wadach wrodzonych kiszki grubej, powodujących zaparcie nawykowe u dzieci.** U dzieci, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia, nader często występuje uporczywe zaparcie stolca, którego usunąć nie można pomimo stosowania całego arsenału środków higienicznych i terapeutycznych. Bywa ono następstwem rozmaitych i rozlicznych przyczyn, że wymienimy tu: niedostateczne odżywianie, pewne metody dyetetyczne (mleko krowie, pokarmy mączne), pewne środki lecznicze (wapno, przetwory makowca, garbnika, żelaza, bizmutu), upośledzenie sprawności układu nerwowego i t. d. Pewne zmiany anatomiczne kiszki grubych, nieznaczne i powierzchowne, ulegają z biegiem czasu wyrównaniu zupełnemu, wyraźniejsze zaś i głębsze dają powód do rozwoju pewnych stanów zapalnych o nader złośliwym przebiegu. Pomijając zupełnie całkowitą lub względną niedrożność jelit, uwzględnąć należy jedynie pewne wady przewodu pokarmowego, przy których, pomimo braku jakichkolwiek przeszkód natury mechanicznej dla wydalenia kału, powstaje złowieszcze, nie ustępujące żadnym zabiegom zaparcie, zwolna doprowadzające do charłactwa i zejścia niepomysłnego. Autor podaje następujący przypadek: U noworodka, w kilka godzin po pierwszym ssaniu, wzdął się niezmiernie brzuch. Pierwsze wypróżnienie, pomimo wysiłków w celu wywołania go, nastąpiło 4 dnia, następne — w przerwach 5—6, czasami 15—16 dniowych. Kał bywał twardy, spoisty, o odrażającej woni, pokryty śluzem lub krwią. Gdy zaparcie trwało dłużej, stan ogólny dziecka stawał się zatrważającym, po wypróżnieniu poprawiał się znakomicie. Trwało to 2½ roku. W tym czasie obwód brzucha na wysokości pępka wynosił 57—65 ctm., 10 ctm. po nad nim — 58—69 ctm., *linea xyphopubica* miała 25,5—29 ctm., *linea xypho-umbilicalis* 16—18 ctm. Na powierzchni brzusznej widać było wyniosłości i wklęsłości, którym odpowiadały pętle leniwo poruszających się jelit. Pętle owe wyczuwało się przeważnie z lewej strony brzucha wzdłuż kiszki zstępującej. Wskazywały one istnienie w ostatnim odcinku kiszki grubiej przeszkody, uniemożliwiającej przedostawanie się kału po za przegrodę. Możliwość wprowadzenia do kiszki zgłębnika na wysokość 30—35 ctm. wyłączała istnienie zwężenia, natomiast stawało się usprawiedliwionem przypuszczenie istnienia rozstrzeni ostatniego odcinka kiszki grubiej w postaci nieruchomego worka, utrudniającego ruch kału ku dołowi. Wkrótce dokonane badanie zwłok tego dziecka potwierdziło to przypuszczenie: znaleziono istotnie niedorozwój (*aplasia*) tkanki mięśniowej ostatniego odcinka kiszki grubiej, — częściowy włókien skośnych, a zupełnie podłużnych.

Pierwotnie nic nie zdradzało obecności jakichkolwiek zmian w kiszki: nowonarodzone dziecko, przynajmniej pozornie, było zupełnie normalne. Lecz już pierwsze resztki mleka niestrawionego, przedostawszy się do kiszki wraz ze smołką, ugrzęzły w ich ostatnim odcinku z powodu braku siły wydalającej, powodując pierwszy zastój wraz z następczym rozwojem gazów i objawów fermentacyjnych i gnilnych, które wywołały w pozbawionym swego normalnego napięcia odcinku kiszki rozstrzeń w postaci kieszeni nieruchomej. Powstałe gazy podążyły do sąsiednich części kiszki, powodując wzdęcie brzucha do niezwykłych rozmiarów.

Tam, gdzie zachodziły sprawy gnicia i fermentacji, musiała, oczywiście, powstać najznacześniejsza rozstrzeń wraz z następczym scieńczeniem porażonej

tkanki. Warstwa mięśniowa błony śluzowej kiszki zdradzała tylko ślady zwykłej energii, o czym świadczył jej przerost i przykurczenie, które rozwinęły się w następstwie bezskutecznych wysiłków zastąpienia w pracy właściwej warstwy mięśniowej, gdyż *muscularis*, czy to wskutek wadliwości wrodzonej w jej budowie, czy też z powodu braku wrażliwości jej włókien, pozostała w stanie zaniku, scieńczała, do pracy niezdolna, pomimo bodźców niejednokrotnych, zazwyczaj wywołujących w normalnych warunkach wprost przeciwny skutek, bo przerost (*hypertrophía* i *hyperplasia*). Prawdopodobnie nie bez wpływu było skąpe unaczynienie, również, być może, wrodzone. Na tem tle musiał powstać zastój kału w danym odcinku kiszki, a w następstwie — coraz znaczniejsza, stopniowo zwiększająca się rozstrzeń. Sąsiednie odcinki kiszki, normalną obdarzone muskulaturą i zdolne do właściwej im sprawności fizyologicznej, uległy dzięki wspomnianym przeszkodom ilościowemu i jakościowemu przerostowi i unaczynieniu obfitemu. Temu też należy zawdzięczać istnienie od czasu do czasu wypróżnień. Inne objawy zależą od zachodzącej w kiszki sprawy gnicia. Przedewszystkiem mamy do czynienia z jego wpływem na błonę śluzową: drażnienie i zniszczenie nabłonka wskutek nacieczenia, obrzęku, nagromadzenia leukocytów, odpadanie mniej więcej znacznych płatów nabłonka, dzięki czemu tworzą się przewłokle, ostre lub nader ostre zapalenia kiszki grubej, albo owrzodzenia, doprowadzające do zupełnego przedziurawienia.

Na zaznaczenie zasługują jeszcze objawy, zależne od wessania produktów toksycznych, obficie wytwarzających się w kiszki. Wreszcie powstają zapalenia naczyń i tkanki około naczyniowej, a tkanka łączna między-mięśniowa i podśluzowa ulega silnemu bujaniu.

Oprócz powyższego przypadku podaje autor opis jeszcze 25 innych (jednego własnego i 24 z literatury) i dzieli je na 3 grupy typowe, ze względu na objawy, różnicę przebiegu i wyniku cierpienia, wreszcie — na różnice anatomiczno-patologiczne.

Do pierwszej grupy zalicza przypadki zwyczajnego wydłużenia kiszki grubej, mianowicie odcinka, który idzie od kiszki zstępującej i zgięcia esowatego. Dzięki wąskości miednicy dziecięcej kiszka tworzy jedno — dwa — trzy zgięcia, przemieszcza się nieco w prawą stronę brzucha i sprzyja zastojowi mas kałowych, a więc zaparciu z następczym wchłanianiem produktów toksycznych, tworzących się w następstwie nie normalnych fermentacji. Powstają zaburzenia w odżywianiu, małokrwistość, wychudnięcie, ból głowy, neurastenia, osłabienie ogólne i t. p. Rokowanie w tych przypadkach bywa zazwyczaj pomyślne, gdyż z biegiem czasu, dzięki stopniowemu powiększaniu się objętości miednicy, giną owe skłębienia i zgięcia, spowodowane niemożnością zmieszczenia się kiszki wydłużonej w miednicy.

Do drugiej grupy włącza autor przypadki, w których obok powiększenia kiszki grubej w wymiarze podłużnym mamy do czynienia z ogólnie większym światłem i zgrubieniem jej ścian. W kiszce takiej odbywa się silny rozrost tkanki łącznej. Przeszkadza ona rozwojowi czynnemu tkanki mięśniowej, która, lubo również uległa przerostowi, lecz w znacznie mniejszej mierze. Przeplatając włókienka mięśniowe, tkanka łączna jeszcze bardziej upośledza zdolność czynnościową mięśni, przenikając zaś w małe tętnice zgrubia ich ścianki lub zamyka światło. Traci na tem niezmiernie odżywianie danej okolicy. Wreszcie bezustanne oddziaływanie trujących wytworów gnicia jeszcze bardziej wzmacnia rozrost tkanki łącznej i wywołuje rozwój zapalenia miąższowego kiszki i ich sklerozę.

Wobec niemożności poprawienia stanu odżywiania i wad w budowie ścian kiszkowych rokowanie jest o wiele poważniejsze, niż w przypadkach grupy pierwszej. Zresztą, przy nienaruszonej błonie śluzowej i przy nieznacznych zaburzeniach w naczyniach krwionośnych i w tkance okołonaczyniowej sprawa chorobowa może trwać dziesiątki lat (w jednym np. przypadku chory żył 50 lat).

Wreszcie do trzeciej grupy należą przypadki, w których daje się spostrześć rozstrzeń wrodzona mniej więcej znacznego odcinka кишки grubej wraz z rozstrzenią następczą i przerostem części sąsiednich albo bez niej. Najwłaściwszem, zdaniem autora, mianem dla odnośnych grup jest: *macrocolon*, *megacolon* i *ectacolon*.

Rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności, gdy się zważy symptomatologię, uwzględnioną powyżej przy opisie jednego przypadku, leczenie natomiast pozostawia jeszcze dużo do życzenia. Stosowanie środków wewnętrznych jest bezskuteczne: środki czyszczące i ławatywy, dzięki drażnieniu kiszki, mogą sprawę pogorszyć. Mięsenie, elektryzacja i wodolecznictwo chwilowe tylko wywołują polepszenie. Najbardziej wskazane jest żywienie racjonalne. Pomoc chirurgiczna okazała się w dotychczasowych przypadkach bezowocną. Jednakże tylko od niej należy się spodziewać wyników dodatnich, o ile stosowana będzie wcześniej. Polegać ona winna na możliwie wczesnej rezekcji chorej kiszki i na zszyciu części niezmiennych.

(*Arch. f. Kind. str. 319—367 tomu 27*).

Krawshar.

25. C. NOORDEN. **O leczeniu przewlekłych chorób nerek.** W leczeniu przewlekłych chorób nerek lekarze postępują obecnie według utartego oddawna szablonu. Leczenie to polega na następujących mniej więcej przepisach: w diecie umiarkowana ilość pokarmów białkowych, z oddaniem pierwszeństwa roślinnym, obfita ilość świeżych i gotowanych owoców, jarzyna, legominy; ilość pokarmów tłuszczowych i węglowodanów reguluje się zależnie od stanu odżywiania w każdym poszczególnym przypadku; z napojów gorąco zalecane bywa mleko we wszelkich postaciach, bądź to słodkie, bądź kwaśne, bądź wreszcie śmietana, a nawet kefir i kumys; częstokroć lekarze zalecają chorym, aby wypijali dziennie conajmniej 1—2 litry mleka, a nierzadko napotyka się w praktyce przypadki, gdzie była przeprowadzona długotrwała, energiczna kuracja mleczna, z 3—4 litrami mleka dziennie. Napoje wyskokowe, herbata i kawa bywają zupełnie zabraniane albo też dozwalane w bardzo małych ilościach. Wreszcie zalecana bywa zazwyczaj prócz tego jakakolwiek słaba woda alkaliczna, w ilości 1—2 kubków dziennie, — wybór zaś wody mineralnej zależy najczęściej tylko od stopnia używanej przez źródło reklamy.

Przedewszystkiem zwraca NOORDEN uwagę na to, że weszło w zwyczaj chorym na nerki z pomiędzy pokarmów białkowych zabraniać mięsa t. zw. czerwonego (np. wołowiny), a zezwalać wyłącznie na mięso białe (rybę, cielęcinę, drób). NOORDEN stanowczo powstaje przeciwko temu upowszechnionemu zwyczajowi, który nie wytrzymuje krytyki ani z punktu widzenia praktycznego, ani też naukowego. Bardzo często chorzy, przez pewien czas sumiennie przestrzegający owego przepisu, uprzykrzają sobie białe mięso do tego stopnia, że starają się wogóle zmniejszyć ilość spożywanego białka, tracą apetyt, mało jadają i w ten sposób podkopują swe ogólne odżywianie. Jeżeli zaś tego rodzaju choremu zezwolimy na dietę mięsną mieszaną, natychmiast, wedle spostrzeżeń autora, łaknienie się wzmacnia i siły powracają. Szkodliwość czerwonego mięsa w porównaniu z białem ma polegać na tem, że pierwsze zawiera większą ilość substancji drażniących nerki, mianowicie substancji ekstraktywnych. Lecz największą

ilość kreatyny (3—4 *pro mille*) znaleziono właśnie w mięsie białem kury i królika, gdy w mięsie wołowym ilość kreatyny nigdy tej cyfry nie osiąga. Istotna zaś różnica pomiędzy obydwoma rodzajami mięsa polega na różnej zawartości barwników o nieznanym jeszcze składzie chemicznym, których *à priori* do substancji szkodliwych zaliczyć nie mamy prawa.

Następnie autor szczegółowo omawia sprawę napojów w chorobach nerek, a zwłaszcza w marskości nerek. 11 lat temu BAMBERGER'owi pierwszemu przyszło na myśl pytanie, czy należy chorym na przewlekłe cierpienia nerek zalecać duże, czy też małe ilości napojów. Na zasadzie obserwacji z analogicznych chorych, z których jednemu zalecił obfite, drugiemu skąpe przyjmowanie napojów, BAMBERGER doszedł do przekonania, że nie należy ograniczać ogólnej ilości napojów, gdyż to powoduje znaczniejsze wydzielanie w moczu białka. Większość autorów późniejszych, powołując się na BAMBERGER'a, zaleca też możliwie najobfitsze przyjmowanie napojów w celu jakoby dokładniejszego przepłukiwania nerek.

Głosy przeciwne stoją zupełnie odosobnione: CAMERER spostrzegał przypadek *nephritis parench. chr.* z obrzękami, gdzie dzięki energicznemu ograniczeniu ilości napojów obrzęki wkrótce znikły, ilość moczu znacznie się powiększyła. NOORDEN zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie ograniczenia ilości napojów u dyabetyków, dotkniętych cierpieniami nerek, wskutek czego ułatwia się pracę mięśniowi sercowemu i odwleka niebezpieczeństwo grożące wskutek jego przemogi. Wreszcie w ostatnich czasach v. ZIEMSEN radzi zmniejszać ilość przyjmowanych napojów chorym, dotkniętym marskością nerek, u których współcześnie występują wybitne cechy miażdżycy tętnic.

Autor od sześciu lat zajęty jest powyższą sprawą, i liczne obserwacje, poczynione w tym kierunku nad chorymi, dotkniętymi marskością nerek, zmuszają go do twierdzenia, że, ograniczając tego rodzaju chorym ilość napojów do $\frac{5}{4}$ — $\frac{3}{2}$ litra na dzień, bardzo często przynosimy im znaczną korzyść.

Najzbawienniejszy wpływ wywiera to ograniczenie ilości napojów w daleko posuniętym okresie choroby, kiedy występują już napady duszniczy sercowej, kiedy badanie przedmiotowe wykazuje obok przerostu lewej komory znaczne rozszerzenie serca. Wówczas stosowana bywa zazwyczaj naparstnica, ze skutkiem wprawdzie pomyślnym, ale chwilowym, gdyż przypadłości powyższe wkrótce powracają, i chorzy wpadają w stan beznadziejny, kiedy ani naparstnica, ani inne leki sercowe pożytku już nie przynoszą. Zalecając zaś wtedy wyłączne ograniczenie ilości przyjmowanych napojów, bez współczesnego stosowania innych środków, otrzymywał autor (w przeszło 30 przypadkach) wyniki następujące: napady duszniczy sercowej wkrótce ustępowały, sen powracał, ilość moczu znacznie się powiększała, wymiary serca niewątpliwie się zmniejszały; polepszenie trwało u wielu chorych miesiące całe, nawet lata.

Ze znacznej liczby spostrzeganych przypadków autor przytacza jeden następujący: do autora $3\frac{1}{2}$ roku temu zgłosił się 42-letni pan X., od 5-ciu lat chorujący na nerki; w ostatnich czasach wystąpiła duszność i bolesne uczucie ucisku w okolicy serca, zmuszające chorego w nocy wstawać z łóżka; badanie wykazało pomiędzy innymi znaczne rozszerzenie lewego serca, dochodzącego do linii pachowej przedniej, i *retinitidem albuminuricam*. Ponieważ chory miał sobie zalecone przez lekarza przyjmowanie w ciągu doby $3\frac{1}{2}$ —4 litrów płynów ($1\frac{1}{2}$ litr. mleka, $\frac{5}{4}$ l. wody mineralnej Fachingen lub Neuenahr), — autor poradził choremu jedynie ograniczyć ilość płynów do $\frac{5}{4}$ litra na dzień i pozostawił mu swobodny wybór mleka, wody, zup, nawet zezwolił na kieliszek lekkiego wina lub piwa,

Po paru dniach dolegliwości ustąpiły i nie powracają do tej pory. Badając tegoż chorego przed $\frac{1}{2}$ rokiem, autor stwierdził przesunięcia się uderzenia wierzchołkowego o 2 palce na wewnątrz, zniknięcie *retinitidis albuminuricae*, jakkolwiek białkomocz trwał w dalszym ciągu.

Jeśli więc ograniczenie ilości napojów wywiera zbawienny wpływ na chorych z marskością nerek w okresie późnym, tem bardziej należy środek ten stosować w okresach wcześniejszych, jako środek profilaktyczny. I tu autor istotnie widział znaczne korzyści z zalecania tego sposobu.

NOORDEN widział nieraz przypadki, gdzie we wczesnym okresie marskości nerek chorzy li tylko wskutek obfitego przyjmowania napojów, już to przy kuracji mlecznej, już to podczas kuracji u wód w Neuenahr, — zapadali na niedomogę serca. Według NOORDEN'a chorych tego rodzaju daleko stosowniej jest skierowywać do Nauheim, Kissingen lub Homburga, gdzie, dzięki kąpielom, obfitującym w kwas węglany, i innym tam stosowanym środkom, mają możliwość poprawienia czynności serca, niż zalecać im picie wód alkalicznych, przynoszących pożytek wogóle bardzo wątpliwy, a czasem nawet bardzo szkodliwych.

Autor zwraca uwagę, że przy przeprowadzaniu ograniczenia ilości napojów do $\frac{5}{4}$ — $\frac{3}{2}$ litra na dobę lekarz napotyka częstokroć u chorych na marskość nerek na duże przeszkody: głównie chodzi tu o walkę z pragnieniem chorego i o upewnienie się, że obok małej ilości napojów chory spożywa dostateczną ilość innych pokarmów.

Jakkolwiek w sprawach terapeutycznych spostrzeżenia przy łóżku chorego odgrywają rolę pierwszorzędną, jednakowoż autor przeprowadził i szereg badań naukowych. Zachodziło mianowicie pytanie, czy i jak wpływa ograniczenie napojów na wydzielenie produktów ostatecznych przemiany materii, — czy ograniczenie to nie powoduje niepożądanego zmniejszenia ilości wydzielanego mocznika, kwasu moczowego i t. d. Na zasadzie szeregu prac tak NOORDEN'a, jak i jego uczniów (DAPPER'a, RZĘTKOWSKIEGO), autor doszedł do wniosku, że w żadnym okresie marskości nerek ograniczenie ilości napojów do $\frac{5}{4}$ litra dziennie nie wywiera wpływu na wydzielanie się ważniejszych produktów przemiany materii. Ilość białka absolutna, t. j. wydzielana w ciągu doby, również pozostaje ta sama; przy mniejszej ilości moczu na dobę, procent białka jest większy, przy zwiększeniu ilości moczu procent się zmniejsza.

Jakkolwiek autor spostrzegał nietylko przypadki marskości nerek, lecz także przewlekłego zapalenia miąższowego i zapalenia ostrego, i częstokroć także w tych przypadkach otrzymywał dobre wyniki po zastosowaniu ograniczenia ilości napojów, — jednak nie dotyka jeszcze wskazań do zalecania obfitej lub ograniczonej ilości napojów w innych cierpieniach, z wyjątkiem marskości nerek, badania bowiem autora w tym kierunku nie są jeszcze ukończone.

(„Die Ther. der Gegenwart. Nr. 6. 1899“).

W. Rubin.

26. O. ROSBACH. **Niestrawność wskutek niedowładu narządów moczowych.** Autor spostrzegał wiele przypadków niedowładu narządów moczowych, przypadków nie należących ani do działu właściwych porażień pęcherza, ani do działu zaburzeń moczenia wskutek przeszkody mechanicznej (zwężenie cewki, przerost gruczołu krokowego), objawiających się prawie wyłącznie, przynajmniej w początku, zaburzeniami żołądkowo-kiszkowymi, które autor nazywa niestrawnością moczoruchową (*dyspepsia urocinetica*).

Ogłędziny pośmiertne, wykonane przez autora na chorych, dotkniętych tego rodzaju niestrawnością, wykazały, że idzie tu najczęściej o ruchową słabość całego układu dróg moczowych, poczynając od kanalików nerkowych, połączo-

ną często z wynaczynieniami żylnymi na powierzchni pęcherza (krwawnice pęcherzowe) i miedniczek nerki.

Niestrawność moczoruchowa jest szczególnie częsta u mężczyzn po 50 latach. Chorzy ci mają wstręt do mięsa, skarżą się na zgagę, nudności, zawadę w szczękach i gruczołach ślinowych, na uczucie ogólnego zmęczenia i osłabienie w dolnych kończynach. Od czasu do czasu, zwykle pod wieczór, zdarzają się dreszcze, istnieje tu jednak skłonność bardziej ku ciepłocie niższej od prawidłowej, niż ku gorączce. Istnieje również potrzeba częstego moczenia, nadewszystko w nocy. Niekiedy bywa przykre uczucie w podbrzuszu, zaparcie lub, rzadziej, przepuszczające rozwolnienie. Chorzy są bladzi, i niekiedy barwa ich skóry bywa żółtawa.

Badanie narządów trawienia daje wynik ujemny; lecz, obmacując dolną część brzucha, przy ułożeniu chorego na plecach, z uniesioną miednicą i udami umiarkowanie sprowadzonymi, wyczuwa się mniej lub więcej wyraźnie pęcherz, który, zamiast zwykłej postaci okrągłej, bywa wydłużony w kierunku ku pępкови i jednocześnie niezwykle zwężony w swej poprzecznej średnicy.

Mocz ma duży ciężar gatunkowy i odczyn słabo kwaśny; nie zawiera białka, lecz śluz oraz dużo białych ciałek krwi i prędko rozkłada się na powietrzu. Cewnik daje się wprowadzić łatwo, ale moczu wycieka zaledwie 200 do 300 grm., gdy, sądząc z pozornej objętości pęcherza, oczekuje się go najmniej 700 do 800 grm. Znaczy to, że mamy tu do czynienia nie z jednostajnym rozszerzeniem tego narządu — jak się to dzieje w klasycznym zatrzymaniu moczu, — lecz z wydłużeniem przy zmniejszeniu średnicy poprzecznej.

Oprócz tego uderza nas powolność, z jaką mocz wycieka przez cewnik. Chory przytem nie może się długo powstrzymać od moczenia. Nawet po wprowadzeniu umiarkowanych ilości płynów, pęcherz rozszerza się nad miarę, i chory odczuwa nieprzepartą potrzebę moczenia; niekiedy samowolne moczenie staje się niemożliwym, tak iż trzeba się uciekać do cewnikowania.

Ponieważ choroba ta rozwija się powoli, jakby skrycie, to może ona trwać długo niezauważona. Przyczyna zaburzeń trawiennych, wywołanych przez nią, pozostaje również nieznaną, jeżeli się nie wie o istnieniu niestrawności moczoruchowej, co jest tam przykrzejsze, że ten rodzaj niestrawności ustępuje tylko przy leczeniu, zwalczajacem zaburzenia moczowe.

Leczenie to bywa wogóle skuteczne w niezastarzanych postaciach choroby, a mniej pomyślne w cierpieniu zadawnionem i nadewszystko powikłanem zajęciem nerek. W pierwszym przypadku trzeba się uciec do ciepłych kąpiei, słabego mięsienia brzucha, moczowodów i okolicy pęcherza; chory powinien pić nie wiele i unikać wszystkiego, co może drażnić nerki lub pobudzać ich czynność. Długotrwałe przebywanie w łóżku i faradyzacja ścian brzusznych są również korzystne. Niekiedy dobre wyniki daje dłuższe zażywanie azotanu strychniny, wyciągu wroniego oka i ergotyny. Co do odżywiania, to przedewszystkiem należy unikać napojów wysokowych, głównie piwa i kwaśnych win. Wreszcie chory powinien dbać o prawidłowe wypróżnienia.

Cewnikować należy tylko w przypadku zatrzymania moczu. Gdy jednak niedowład pęcherza jest bardzo znaczny, systematyczne cewnikowanie trzeba zarzucić, ponieważ, z jednej strony, pęcherz zawiera wogóle bardzo niewiele moczu, a z drugiej, częste wprowadzanie cewnika wywołuje bardzo łatwo zapalenie pęcherza, pomimo zachowania wszelkich ostrożności bezgnilnych. Należy się więc ograniczyć na wewnętrznym użyciu urotropiny i kwasów mineralnych.

(*La semaine médicale* Nr. 39. 1899).

St. Roslan.

27. A. CELLI. **Odporność przeciwko zimnicy.** Rasowej wrodzonej odporności niema, chociaż osobniki z każdej rasy mogą ją nabyć w większym lub mniejszym stopniu. W miejscowościach zimniczych spotykał autor ludzi, żyjących w najgorszych warunkach zdrowotnych, stale narażających się na zarażenie, a mimo to nie zapadających na zimnicę. W jednym przypadku znoszono bezkarnie zastrzykiwania znacznych ilości krwi chorych na ciężką postać zimnicy. Fakt ten uznaje autor za dowód istnienia odporności wrodzonej. Surowica tego osobnika jednak nie miała żadnych własności uodparniających.

Odporność nabyta powstaje przez przebycie zimnicy — nie jest ona długotrwałą i jest zupełnie niezależna od leczenia chininą — można ją też wywołać sztucznie. Ani we krwi, ani w surowicy krwi, ani w sokach z narządów ludzi i zwierząt, ani w sokach z tkanek z miejsc ukłutych przez owady, zawierające *haemosporidia* — nie mógł autor wykazać ani toksyn, ani antytoksyn. Również ani surowica, ani soki z narządów zwierząt odpornych nie mogły wywołać u człowieka odporności. Również surowica konia, który dostawał duże dawki chininy, aż do 20,0 do żyły — nie posiadała własności uodparniających. Z całego szeregu środków farmakologicznych, tak do wywołania odporności, jak w celach leczniczych najlepiej się nadają chinina, euchinina i metylenblau. Najodpowiedniejszy jest metylenblau, jako najtańszy, nie wywołujący przykrych objawów ubocznych i działający skutecznie w małych dawkach. Dla celów zapobiegawczych wystarcza 0,5—1,0 przez parę dni, dla leczniczych też sama dawka przez 15—20 dni. Wynika z tego, że seroterapia nie wyświetla przyczyny odporności w zimnicy.

(*Annali d'igiene sperimentale*. 1899. fasc. 3). *Z. Karłowski.*

28. M. KABER. **Laseczniki błonicy na błonach śluzowych osób zdrowych.** Badając śluz z jamy gardzieliowej 128 osób zdrowych, mających styczność z chorymi na błonicę, K. w 15 przypadkach znalazł niewątpliwe laseczniki błonicy, przeważnie u osób, mających bezpośrednią styczność — jak matki, pielęgnujące chore dzieci. W 5 z nich było lekkie zapalenie gardzieli, w pozostałych błony śluzowe bez zmian. W jednym przypadku w 6 dni po badaniu wystąpiła błonica, w pozostałych, sprawdzając co drugi dzień, po upływie 12—28 dni nie można było wykazać laseczników LOEFFLER'a. Z 600 osób, nie mających żadnej styczności z chorymi, znalazł autor w 15 przypadkach laseczniki, które jednak tylko w 5-iu przypadkach były jadowite dla świnek. Wobec znanych wahań jadowitości laseczników LOEFFLER'a nie może to przemawiać przeciw ich swoistości. W badaniach swoich odróżnia autor laseczniki błonice od pseudobłonicy. Rozpoznanie swe opiera na 1) cechach morfologicznych młodych 6 godzinnych hodowli, wyrosłych na surowicy LOEFFLER'a; 2) na podwójnym barwieniu metodą NEISER'a; 3) zmianie odczynu w hodowlach; 4) na jadowitości dla świnek.

(*Zeitschr. f. Hyg. u. Infectkr. B.* XXXI. H. 3). *Z. Karłowski.*

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 17 lutego r. b.

Na posiedzeniu tem odczytano wiadomość o przytułku położniczym wiejskim, otwartym w częstochowie w lipcu r. z. staraniem kol. PISARZEWSKIEGO. Na utrzymanie płaci miasto 1500 rb. Przytułek ma salę na 4 łóżka, pokój porodowy,

pokój dla płatnych chorych (po 2 rb. na dobę), stałą akuszerkę z pensją 300 rb. i obowiązkiem żywienia chorych po 30 kop. dziennie, lekarza przytułku kol. PR-SARZEWSKIEGO i pomocnika, kol. PIETRASIEWICZA.

W Kaliszu przy szpitalu św. Trójcy staraniem kol. DROZDOWSKIEGO i CHODAKOWSKIEGO powstał oddział położniczy na 4 łóżka. Dzięki związaniu oddziału ze szpitalem, i urządzenie i utrzymanie kosztuje bez porównania mniej, niż w specjalnym przytułku położniczym: kuchnia, pranie, łóżka nic nie kosztują; od biedy można się obywać bez stałej akuszerki i sali dla gorączkujących. Zdaniem kol. CHODAKOWSKIEGO, oddziały położnicze szpitalne łatwiej i prędzej prowadzą do celu, niż oddzielne przytułki. Zebrani nie podzielili tego zdania, sądząc: 1) że i w oddziale kaliskim konieczne są stała akuszerka i oddzielny pokój dla gorączkujących 2) że w razie gorączki połogowej daleko łatwiej zamknąć i zdezynfekować oddzielny przytułek położniczy, niż oddział położniczy szpitalny.

W Leśmierzu pod Łęczycą istnieje od lat 2 przytułek położniczy staraniem i kosztem p. Boettichera (założenie 150 rb., utrzymanie miesięczne 80 rb.). Dwa łóżka, stała akuszerka i babka, pomoc lekarska na każde wezwanie o 6 wiorst. Zaufanie u ludności zupełne, nawet u kobiet zamężnych.

Wydział uprasza sz. kolegów o wiadomości o przytułkach i oddziałach położniczych w miastach i przy fabrykach. Ma to wielkie znaczenie dla dalszego powstawania przytułków i oddziałów położniczych, bez których tak trudno wyrobić się lekarzowi na dobrego akuszerza. Starania o pozwolenie i zbieranie środków powinnyby podejmować młodzi zwłaszcza koledzy, pragnący poświęcić się położnictwu lub w niem wydoskonalić.

Sprawą kształcenia babek zajęła się jeszcze przed tow. hig. Rada Miejska Dobr. Publ. Otóż w szkole babek powiększono liczbę miejsc z 12 do 18 a przytułkiem miejskim pozwolono kształcić w każdym po 4 babki, które mogą zdawać egzamin w szkole rządowej.

P. J. KARŁOWICZ dał krótką charakterystykę chaty polskiej. Na wstępie wskazał, że dzisiejsza chata rozwinęła się z jaskini, przechodząc okresy ziemianki i lepianki. W Europie prócz najbardziej południowego typu mieszkań (ognisko zewnątrz domu) widzimy następujące 1) szwajcarski lub szaletowy (może pozostałość po rzymianach i grekach), sięgający przez Bośnię do Azji mniejszej: na wysokim podmurowaniu, stanowiącem jakby parter, dla zwierząt domowych, wznosi się piętro dla ludzi, otoczone balkonem ze schodami zewnętrznymi. 2) Typ frankoński piętrowy (pozostałość po celtach), właściwy dawniej Niemcom środkowym i południowym, dziś powszechny, kosmopolityczny. 3) Typ saski lub starogermański sąsiedował bezpośrednio z nami, zajmując Saksonię i całe Niemcy północne: ogromna szopa z wysokim bliskim ziemi dachem, wspólna dla ludzi, zwierząt, zbiorów i zapasów. 4) Typ skandynawski: węższa szczytowa ściana domu służy za wejście. Przed wejściem w tej ścianie znajduje się rodzaj werendy na słupach pod przedłużeniem dachu — podsień (przyłap, przyźba). 5) Typ nasz, wspólny prawie całej Słowiańszczyźnie i Litwie. Uczeń niemieccy nazywają nasz typ wschodnio-niemieckim, twierdzą że został przyjęty od Niemców, o czym mają świadczyć wyrazy, dotyczące budownictwa, wzięte z niemieckiego. Otóż co do wyrazów, to język nasz na wszystkie części chaty ma wyrazy słowiańskie. Wyrazy więc, wzięte z niemieckiego, służyły do nazywania nie części istotnych chaty, ale ich odmian. Co do samej chaty, to nie można odnaleźć żadnego podobieństwa z chatą starogermańską saską, która z nami bezpośrednio sąsiedowała.

Chatę naszą przedewszystkiem cechuje oddzielność mieszkania ludzkiego od stajni, chlewów, stodół, śpichrza, okalających dziedziniec. Chata parterowa

w niewielkiej odległości od drogi, zwrócona do niej szczytem (ścianą węższą), ma dach nie tak niski i nie tak wysoki, jak w innych typach, złączony u szczytu pod kątem prostym.

Po za tem dwa są typy naszej chaty. W najczęstszym do chaty wchodzi się pośrodku dłuższej ściany. Sień, idąca na przestrzał lub przedzielona ścianką, oddziela po obu stronach dwie izby rogowe: mieszkalną z oknami na ulicę (biała izba, świetlica), i czarną izbę — ko.norę po drugiej stronie. (Z obu tych izb przez dzielenie może jeszcze powstać alkierz i komórka).

W typie dziś rzadkim widzimy, jak i w skandynawskim, ową podsień (wystawę, przyzbę, przyłap) na słupach w szczytowej ścianie chaty. Ztąd wejście prowadzi do izby głównej, za którą znajduje się jeszcze jedna dalsza. Typ ten dziś zdarza się w Poznańskim, na Kujawach i na Mazurach, dawniej musiał być częstszy. Wskazuje on może wpływ Skandynawski na naszą chatę. Typ ten ma znaczenie praktyczne w klimacie zimnym: otwierając drzwi główne, nie wpuszcza się zimna do samego środka — serca chaty, jak w sieni środkowej, ale tylko do pierwszej izby.

Ślady rzadszego typu naszej chaty przeszły z Mazowsza na Litwę i tam się przechowały.

Ów rzadszy typ chaty widywał p. Makowski w Podlaskiem, d-r DOLIŃSKI w mazurskich koloniach na Wołyniu.

D-r ŁAZAROWICZ przeciwko częstym u nas przypadkom utonięcia (200 corocznie według statystyki urzędowej) poleca koła ratunkowe z korka, obszyte nieprzemakalnym płótnem, zaopatrzone w taśmy sznurowe, w cenie $3\frac{1}{2}$ —4 rb. Koła takie powinny wisieć tam, gdzie z doświadczenia wiadomo, że utonięcia powtarzają się corocznie: przy młynach, u przewozów. Posłużą one i tonącym i ratującym. Żąda 1) odpowiedniej odezwy do rodziców przed porą letnią o zaopatrywanie w koła ratunkowe miejsc, przeznaczonych na kąpiele rzeczne dla młodzieży 2) zobowiązania młynarzy i przewoźników do zaopatrzenia się w te koła. Dla zapobieżenia kradzieżom należy koła poświęcać i umieszczać na nich znak św. Opatrzności.

TECHÓRZNICKI widywał w Rosyi kratki drewniane, służące wybornie do ratowania tonących. DOBRZYCKI radzi zszywać koła ratunkowe domowym sposobem z korków, marnujących się w piwiarniach i szynkach.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z d. 12 lutego r. b.

1) Nowo wybrany prezes kol. STRAUSS wypowiedział mowę, w której dziękował za wybranie i wzywał do wspólnej i zgodnej pracy.

2) Kol. WASZKIEWICZ, sekretarz sekcji sanitarnej Towarzystwa, przeczytał sprawozdanie tej sekcji, dotyczące się asenizacji Wilna. Wymieniwszy zarzuty, które powstały w świecie naukowym przeciw kanalizacji, opisał inne sposoby, używane do usuwania nieczystości z miast, i zaznaczywszy wady jam kloakowych, istniejących w Wilnie, które lubo mają w części ściany cementowe, zanieczyszczają jednak wszystkie grunt, gdyż żaden cement nie jest w stanie oprzeć się przez czas dłuższy produktom gnicia, tworzącym się w jamach, mówca powiada, że sekcya uważa za konieczne, nim zarząd miasta wypracuje ostatecznie plan usuwania nieczystości, zalecić suchą asenizację przy pomocy wojłoku roślinnego

z rodzaju *Bryaceae*, który ma wyższość nad torfem z roślin rodzaju *sphagnaceae*. Byłoby do życzenia, aby sprawę tę miasto wzięło pod swój bezpośredni zarząd, nie zostawiając, jak to ma miejsce obecnie, na łasce właścicieli domów. Prezes sekcji, kol. STANIEWICZ obliczył koszt suchej asenizacji w porównaniu z dotychczasowymi sposobami; jest on nieco wyższy, lecz ta strata pieniężna obficie się wynagradza korzyściami sanitarnymi.

Miejsce do wywożenia nieczystości nie powinno być wyznaczane od strony zachodniej miasta, gdyż w tym przypadku zachodnie wiatry, które w Wilnie przeważają, rozniosą zarazki chorobowe po mieście.

3) W dodatku do powyższego sprawozdania kol. WOJNICZ opisał i pokazał pod drobnowidzem komórki *Bryacea* i *Sphagnum* i wyjaśnił ich własności asenizacyjne.

4) Mag. weter. NONIEWICZ wskazał swój sposób barwienia laseczników gruczkowych. Barwi początkowo w karbolofuksynie, opłukuje w wodzie, odbarwia roztworem wodnym kwasu siarczanego (1:4), opłukuje wodą i powtórnie barwi hematoksyliną EURLICH'a przez 1—2 minut; następnie przemywa wodą i opłukuje ½% roztworem amoniaku. Preparat jest zabarwiony na równomierny kolor niebieski, a laseczniki na jaskrawo-czerwony. Sposób ten barwienia daje możliwość przedkiego przygotowania preparatu; laseczniki nie kurczą się, jak przy innych sposobach, a nawet stają się nieco grubsze i odróżniają się łatwo od innych podobnych laseczników. Odpowiedni preparat był pokazany pod drobnowidzem.

5) Kol. WYGODZKI mówił o sposobie, stosowanym przez siebie w krwotokach poporodowych atonicznych z macicy. Używany jest ogólnie w podobnych przypadkach sposób DUEHRSEN'a (tamponowanie marłą jodoformową), który jednak zawodzi, gdy macica nie okazuje żadnej skłonności do kurczenia się. Przy tem powikłaniu prelegent wkłada ¼ metra marli jodoformowej dla pokrycia miejsca łóżkowego i zaraz potem wsuwa wielki tampon z jednego kawałka waty antyseptycznej, który wypełnia całą macicę, pochwę i wystaje na zewnątrz. Przesączenia się krwi przez tampon nie uważa prelegent za wskazane do wyjęcia go; przeciwnie, posuwa go coraz wyżej, pustkę, w ten sposób utworzoną od dołu, zapelniając nową watą. Przez cały czas przyciska jedną ręką tampon od zewnętrznych części płciowych do góry, a drugą naciska przez skórę dno macicy. Ucisk powinien trwać nie mniej, niż 3 godziny, jest przeto bardzo męczący. Dla ulżenia w pracy prelegent zaczął stosować do ucisku przez skórę sposobu FRITSCHE'a (das rationelle Wickeln des Unterleibes, opisany w „Klinik der Geburtshülflichen Operationen“ 1894, str. 319). Przytacza dwa przypadki, w których niechybna śmierć została odwrócona dzięki zastosowaniu sposobu, opisanego przez prelegenta.

Rozprawy nad odczytem, z powodu spóźnionej pory, zostały odłożone do następnego posiedzenia.

J. S.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

W Towarzystwie lekarskiem berlińskim POSNER wygłosił odczyt o własnościach trujących moczu, oparty na badaniach VERTUN'a. Wkrótce po ukazaniu się pracy P. KURZ'a i innych badań nad zdolnościami wydzielniczymi nerek, uwagę powszechną zwróciły na siebie prace BOUCHARD'a i jego uczniów, które miały na celu wyjaśnienie wydzielania się przez nerki produktów przemiany materii, po-

nieważ zatrzymywanie się ich w ustroju miało powodować samozatrucie. Wszelkie teorie dotychczasowe, które starały się wyjaśnić, jakie mianowicie związki chemiczne powodują objawy samozatrucia, nie zostały potwierdzone stanowczo. Co do BOUCHARD'a, to dodać należy, iż chodziło mu tylko o własności trujące całkowitego moczu, a nie oddzielnych jego części składowych. W tym celu wstrzykiwał on do żył świeżo zebrany jałowy mocz królików i sądził, iż dowiódł, że 40 do 50 ctm. sz. takiego moczu na kilo wagi wystarcza do zabicia zwierzęcia, u którego występowało obniżenie się ciepłoty, duszność, zwężenie źrenic i śpiączka, a rzadziej drgawki. Poglądy te szybko przyjęły się wśród badaczy włoskich i francuskich, którzy sprawdzali je przy łóżku chorego i sądzili, że mają prawo mówić o wyczerpaniu nerek we wszystkich przypadkach, w których nawet małe dawki moczu posiadały własności trujące, a wzmożone wydzielanie się ciał trujących poczytywali za sprawdzian chorób zakaźnych. Autorowie niemieccy: SENATOR, BRIEGER, EWALD, ALBU, którzy się szczególnie interesowali sprawą samozatrucia i własnościami trującymi moczu, zachowali się bardzo powściągliwie i z niedowierzaniem względem tej teorii. Tak GUMPRECHT ogłosił jeden przypadek tężyczki, w którym mocz żadnych cech szczególnych nie posiadał. Według POSNER'a badania krytyczne następcze wykazały źródło błędów, które podważały wartość zastosowania praktycznego nowej teorii. Tak np. już samo wprowadzanie do krwi znacznych ilości płynu nie jest obojętne dla ustroju, lecz wywołuje szereg zjawisk szkodliwych, np. zakrzepy i zatory (*thrombosis et embolia*). Dalej należy zwrócić uwagę i na indywidualność zwierzęcia, ponieważ młodsze i gorzej odżywiane giną szybciej, niż starsze i odżywiane dobrze. W końcu nie uwzględniano tego, na co pierwszy zwrócił uwagę HEYMANN z Bergh-Utrecht, że do krwi wstrzykuje się płyn o zupełnie różnym stężeniu—bardzo siężony mocz do mało stężonej krwi. To też przy powtarzaniu doświadczeń BOUCHARD'a usilnie starać się należy o unikanie przytoczonych błędów. Należy więc wstrzykiwać mocz nie do krwi, lecz pod skórę. W ten właśnie sposób prowadzili doświadczenia POSNER i VERTUN na myszach, które posiadają prawie stały ciężar (20 grm.), a co się tyczy stężenia płynu, to miarodajny dla nich był nie ciężar właściwy, lecz ilość cząsteczek, zawartych w danej ilości płynu. Okoliczność ta posiada wielki wpływ na natężenie sprawy osmotycznej. Ważne jest również obniżenie punktu zamarzania. Pod tym względem krwi odpowiada roztwór 0,91% soli kuchennej, który dla ciepłokrwistych uważać należy za fizyologiczny, a nie 0,5%, który tylko dla żab będzie fizyologiczny. Wobec takiego roztworu krew zachowuje się obojętnie, posiada on nadto ten sam punkt zamarzania, co i krew, i jest izotoniczny, dla tego też wszelkie badania uskutecziano z tym płynem. Okazało się tedy, że woda przekroplona, płyn w porównaniu z krwią hypotoniczny, wstrzyknięta pod skórę, działa dosyć trująco, zwyczajna woda z wodociągu, posiadająca niższy punkt zamarzania, jest już mniej trująca, po tem następuje 0,6% roztwór soli kuchennej, a 0,91% jej roztwór jest zupełnie obojętny. Własności trujące wzrastają szybko w płynach hipertonicznych. Roztwory cukru grobowego działają tak samo, jak roztwory soli z tym samym punktem zamarzania i t. d. Dla tego też w doświadczeniach z moczem, co do jego własności trujących, trzeba uwzględniać i czynnik trujący, zależny wprost od stężenia płynu i jego punktu zamarzania, a wtedy łatwo jest przekonać się, że te własności trujące są bardzo niewielkie. Które związki chemiczne moczu działają trująco, dziś jeszcze orzec nie można: być może, iż są to sole potasowe. Zresztą w ostatnich czasach i wśród autorów francuskich odzywają się głosy, odmawiające wszelkiej wartości wyników dawniejszych prac BOUCHARD'a. LINDEMANN zaś na podstawie

własnych doświadczeń twierdzi, że mocz wogóle nie posiada żadnych własności trujących. Wobec tego, co było powiedziane dotychczas, dochodzimy do wniosku, że wyników z doświadczeń na zwierzętach nie można wprost przenosić na ludzi, gdyż prawdopodobnie u rozmaitych gatunków zwierząt otrzymamy i wyniki niezgodne. To też i powoływanie się na te doświadczenia, w celu dokładniejszego zrozumienia przyczyn mocznicy, jest jedynie wielce uludne, mianowicie, jeżeli zechcemy przypuścić, że objawy mocznicy zależą od nagromadzenia się we krwi pewnej ilości cząsteczek, pochłaniających wodę, wskutek czego czynią one cierpieć ośrodki nerwowe. Z resztą takiemu rozumieniu rzeczy przeczą i badania nad krwią osobników, dotkniętych mocnicą. Wszak pewne postaci mocznicy zależą od warunków osmotycznych, co wypływa z doświadczeń P. GUTTMANN'a, który wywoływał u zwierząt objawy mocznicy, wstrzykując im stężone roztwory soli kuchennej. Z drugiej znowu strony ostatnie wyniki doświadczeń, że roztwory izotoniczne zachowują się w ustroju obojętnie, posiadają wartość niezaprzeczoną dla nauki o przelewaniu krwi. Nawet i do zastrzykiwań podskórnych należy używać roztworów izotonicznych, a to dla uniknięcia bólu. Izotonia posiada wielkie znaczenie dla nauki o zatruciach; tak np. 1% roztwór chloranu potasu jest bardziej trujący, niż izotoniczny 2%.

W tem samym Towarzystwie prof. MENDEL przedstawił mózg, pochodzący od chorej na akromegalię. U chorej 25-letniej, prócz wybitnej akromegalii, stwierdzono hemianopsję, powiększenie gruczołu tarczowego i brak miesiączki; po za tem chora uskarża się na dokuczliwe bóle głowy i wymioty naprzemian z nadmiernem łaknieniem i pragnieniem (*polyphagia et polydipsia*). Spostrzeganie chorej trwało miesiąc. Na podstawie podobieństwa, które zachodziło pomiędzy danym przypadkiem i innymi, spostrzeganymi w różnych czasach, prof. MENDEL rozpoznał cierpienie jako prawdopodobny nowotwór przydatku mózgu (?)—(*hypophysis cerebri*). Badanie zwłok w zupełności potwierdziło rozpoznanie. Okazało się mianowicie, że cały przydatek został zniszczony przez guz wielkości orzecha włoskiego. Na podstawie badania drobnowidzowego rozpoznano śluzo-mięsak. Prócz tego znaleziono zanik włókien nerwowych w miejscu skrzyżowania się nerwów ocznych, wole, nie zanikła, lecz dosyć dużą grasicę, znacznie powiększoną śledzionę, torbiele w jajniku lewym i silnie rozwinięte gruczoły mleczne. Zmiany w układzie kostnym znajdują się, bez wątpienia, w ścisłym związku z cierpieniem przysadki mózgowej, co do innych zaś zmian, to trudnoby było upatrywać jakikolwiek związek z cierpieniem zasadniczem. Prof. MENDEL przypuszcza raczej, że akromegalia stanowi cierpienie ogólne, porażające cały szereg narządów, cierpienie zaś przysadki odbija się li tylko na układzie kostnym. Co się tyczy leczenia, to po wypróbowaniu całego szeregu środków farmaceutycznych, mówca zwrócił się do organoterapii, w nadziei, że podawanie przetworów przysadki może wpłynąć dodatnio, jeżeli nie na istotę, to przynajmniej na przebieg choroby. Nadzieja jednak okazała się złudną i zawiodła tak samo w tym przypadku, jak i w dwóch innych, leczonych poprzednio.

K. Z.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PUGLIESE badał wpływ wycięcia śledziony na wydzielanie i skład żółci. Doświadczenia, wykonywane na psach, dowiodły, iż żółć zawierała daleko mniej barwników, gdy tymczasem: ani ilość jej, ani ciężar gatunkowy nie ulegały zmianie. Zdaniem autora, czynność śledziony polega na nagromadzeniu tych pierwiastków, które służą do wytwarzania barwnika żółciowego (barwnik krwi), i przenoszeniu ich za pomocą żyły wrotnej do wątroby. W braku śledziony, pierwiastki te gromadzą się w innych narządach (zwłaszcza w szpiku) i nie dostają się do wątroby drogą żyły wrotnej, lecz przez krążenie wielkie, skutkiem czego komórki wątrobowe otrzymują mniej barwnika krwi, a tem samem wydzielają mniej barwnika żółciowego. (D. M. Zg. 71—99).

= CROUZEL zaleca 5% roztwór boraksu w mleku jako dobrą odtrutkę przeciw wielu kwasom mineralnym. W obecności boraksu wszystkie związki mineralne, z wyjątkiem alkalicznych, strącają się w postaci nierozpuszczalnych soli borowych. Z drugiej strony kwasy trujące rozkładają boraks, łącząc się z sodem i uwalniając kwas borny. Mleko znów działa bądź przez swój tłuszcz, bądź przez twaróg, chroniąc błonę śluzową przed niszczącym działaniem kwasów i zasad. Twaróg ma tu dwojakie znaczenie: pod wpływem

kwasów krzepnie, a z wieloma zasadami mineralnymi tworzy połączenia nierozpuszczalne. Odtrutka powyższa nie działa na związki cyanowe, żelazocyanowe, chlorowe, saletrzane, arsenowe i szczawianowe. (Repert. de pharm., 10. 7. 99).

= PLATON stosował z wybornym skutkiem wlewania wody gorącej w chorobach narządów płciowych u kobiet. Postępowanie jego polegało na tem, iż chora codziennie zrana w łóżku wprowadza do odbytnicy litr wody o temperaturze 50—55°C., którą zatrzymuje ½ godziny. Następnie chora przestrzykuje pochwę takąż wodą. Sposób ten okazał się dobrym w przewlekłych stanach zapalnych macicy, krwotokach, przegięciach, a zwłaszcza w ostrych rzeżączkowych i połogowych zapaleniach z udziałem otrzewny. Obok tego autor stosował tampony ichtyolowe i makowiec. (Marseille med, 1 czerwca 99).

= MARGARITTI DURAZZO podaje następujący sposób ukrycia przykrego smaku oleju rycynowego: w litrowej butelce kłóci się szklankę piwa w ciągu kilku minut, przyczem tworzy się dużo piany. Następnie zlewa się piwo powoli, ażeby w butelce pozostała sama piana. Nalewa się na pianę olej rycynowy i kłóci przez kilka minut; utworzona zawiesina nie posiada przykrego smaku. (Ther. Mon. czerwiec 99). P.

— **Zmarli.** W Meranie po długich cierpieniach zakończył życie rodak nasz, d-r Edward BRUEHL, długoletni lekarz zdrojowy w Gleichenbergu i Meranie, człowiek-rzadkiej zacności charakteru. Chorzy rodacy mieli w nim na obczyźnie nie tylko gorliwego lekarza, ale i serdecznego opiekuna.

— W Warszawie zmarł d-r Kazimierz FALKIEWICZ, b. lekarz powiatu w Opatowie, następnie w Ciechanowcu, w 33 roku życia.

— W Kolonii zmarł prof. LEICHTENSTERN, dyrektor kliniki wewnętrznej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów prowincjonalnych prospekt „Kuryera Świątecznego“ 1900.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 24 Февраля 1900 г. Друк K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.