

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 14.

Warszawa d. 8 Kwietnia (26 Marca) 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3 „ — { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzł i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. d-r W. Jaworskiego. Dokonał d-r K. Flis. (Ciąg dalszy). — Kilka słów o dwupłciowym rozwoju przewodów płciowych z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków rozwoju macicy u mężczyzny. Podał Fr. Neugebauer. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. O leczeniu kamicy nerkowej. (Ciąg dalszy). — Kronika. — Nowe leki (Dokończenie). — Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 lutego do 14 marca 1905 r. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. FLIS — Recherches physico-chimiques sur les eaux curatives normales du prof. W. JAWORSKI. 2) D-r Fr. NEUGEBAUER — Quelques mots sur le développement bisexuelle des canaux sexuelles avec considération des cas éclatants du développement de l'utérus chez les hommes.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r K. FLIS — Physikalisch-chemische Untersuchungen der normalen Heilwässer von prof. W. JAWORSKI. 2) D-r Fr. NEUGEBAUER — Einige Worte über die bisexuelle Entwicklung der sexuellen Gänge nebst Berücksichtigung eclatanter Fälle von Entwicklung des Uterus bei Männern.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

(Z pracowni prof. W. JAWORSKIEGO w c. k. klinice chorób wewn. U. J. C. K. Rady Dworu, prof. E. KORCZYŃSKIEGO.)

Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych.

Prof. D-r. W. JAWORSKIEGO.

dokonał

D-R KAZIMIERZ FLIS

asystent c. k. kliniki wewnętrznej Uniw. Jagel.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13).

III.

Przechodząc do szczegółowych badań wód leczniczych normalnych JAWORSKIEGO, ograniczę się na przedstawieniu toku obliczeń jednej tylko wody, a dla reszty podam jedynie wyniki.

a) WODY NORMALNE MINERALNE.

I. Jest to woda słono-alkaliczna, normalna, $8\frac{1}{2}$ stopniowa, oddziaływania wobec lakmusu obojętnego, o c. wł. 1.009 (przy 15° C.). Jej skład chemiczny, jak poprzednio wspomniałem, jest zbliżony do składu popiołu krwi, a mianowicie zawiera ona w 1000 cm.³:

	Stężenie drobinowe N.	Stężenie równoważnikowe η
$K_2SO_4 = 0.2$ gr.	$N = \frac{gr^*}{M} = 0.001147$ grammoleku-	$\eta = \frac{gr}{M/v} = 0.002294$
KCl — 0.3	łów (molów).	
NaCl — 5.5	0.004	0.004
$Na_2HPO_4 = 0.7$	0.094	0.094
$Na_2CO_3 = 3.0$ (= 4.74 $NaHCO_3$)	0.00493	0.01479
$MgCO_3 = 0.3$ (= 0.53 $MgH_2(CO_3)_2$)	0.0565	0.1130
w 1 litrze = 10.0	0.006165	0.01233
	$N = 0.166742$ mol	$\eta = 0.240410$ gr. rów-
		noważn.
	w 1 cm. ³ = 0.0001667 „	w 1 cm. ³ = 0.0002404 „

Obniżenie punktu marznięcia (depresja) $\Delta t = -0.71$
z czego obliczone ciśnienie osmotyczne (O^{17}) = $\Delta t \cdot 12.03 = 7.7$ atmosfer, a ilość drobin osmotycznie czynnych w 1 cm.³

$$n = \frac{\Delta t}{0.00185} = 0.0003895$$

Wielkość dysocjacji, wyrażona stosunkiem $\frac{n}{N} = 2.34$, to znaczy, że woda ta zawiera 2.34 razy więcej drobin osmotycznie czynnych (drobin chemicznych + jonów), aniżeli z obliczenia z wzoru chemicznego wynika.

Przewodnictwo właściwe $K = 0.01333$.

Przewodnictwo równoważnikowe $\Lambda = \frac{K}{\eta} = 55.449$

Jest to woda gastrohypertoniczna (+).

II. Woda alkaliczna słabsza $\frac{1}{2}$ norm., 4 stopniowa, oddziaływania zasadowego, o ciężarze wł. 1.0055, zawiera w 1 litrze:

K_2SO_4	0.10	
KCl	0.15	
NaCl	0.25	
Na_2HPO_4	0.19	
Na_2CO_3	4.00 (= 6.3 $NaHCO_3$)	
$MgCO_3$	0.31 (= 0.538 $MgH_2(CO_3)_2$)	
	5.00	
$N = 0.000087$ molów w 1 cm. ³		$\eta = 0.000094$ gr. równoważn.
$\Delta t = -0.395$		$0 = 4.75$ atm.
	$n = 0.0002135$	
	$\frac{n}{N} = 2.45$	
$K = 0.00596$		$\Lambda = 63.40$
	Gastroizotoniczna (=)	

III. Woda alkaliczna mocniejsza, normalna, 8 stopniowa oddziaływania zasadowego, o c. wł. 1.008, zawiera w 1 litrze

*) gr oznacza ilość gramów soli rozpuszczona w 1 litrze, M ciężar drobinowy soli, v wartościowość.

17) Lüpke. Grundzüge der Elektrochemie. 1903. Str. 128.

KCl	0.10
NaCl	1.00
Na ₂ HPO ₄	0.13
Na ₂ CO ₃	8.00 (= 12.678 NaHCO ₃)
MgCO ₃	0.77 (= 1.336 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	<u>10.00</u>

$$N = 0.000179 \text{ molów} \quad \eta = 0.000189 \text{ gr. równoważn.}$$

$$\Delta t = -0.715 \quad O = 9.3 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0003866$$

$$\frac{n}{N} = 2.16$$

$$K = 0.01136 \quad \Lambda = 60.10$$

Gastrohypertoniczna (+)

IV. Woda słona słabsza normalna, 8 stopniowa, oddziaływania kwaśnego, o c. właściwym 1.0075 zawiera w 1 litrze.

Na ₂ SO ₄	1.00
NaCl	8.00
Na ₂ CO ₃	0.50 (= 0.79 NaHCO ₃)
MgCO ₃	0.50 (= 0.867 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	<u>10.00</u>

$$N = 0.000159 \text{ mol.} \quad \eta = 0.000181 \text{ gr. równ.}$$

$$\Delta t = -0.665 \quad O = 8.0 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0003595$$

$$\frac{n}{N} = 2.09$$

$$K = 0.014036 \quad \Lambda = 77.55$$

Gastrohypertoniczna (+)

V. Woda słona mocniejsza 1½ normalna, 13 stopniowa, oddział. kwaśnego, o c. wł. 1.011, zawiera w 1 litrze

Na ₂ SO ₄	0.5
NaCl	13.0
Na ₂ CO ₃	0.5 (= 0.79 NaHCO ₃)
MgCO ₃	1.0 (= 1.735 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	<u>15.0</u>

$$N = 0.000247 \text{ mol} \quad \eta = 0.000272 \text{ gr. równ.}$$

$$\Delta t = -1.0 \quad O = 12.03 \text{ atm.}$$

$$n = 0.00054$$

$$\frac{n}{N} = 2.23$$

$$K = 0.0205136 \quad \Lambda = 75.418$$

Gastrohypertoniczna (+)

VI. Woda alkaliczno-słona ¼ normalna, 2⅓ stopniowa, oddział. kwaśnego, o c. wł. 1.0025, zawiera w 1 litrze

Na ₂ SO ₄	0,05
NaCl	1.00
Na ₂ HPO ₄	0.05
Na ₂ CO ₃	1.30 (= 2.06 NaHCO ₃)
MgCO ₃	0.10 (= 0.174 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	<u>2.50</u>

$$N = 0.000043 \text{ mol} \quad \eta = 0.0000702 \text{ gr. równow.}$$

$$\Delta t = -0.23 \quad O = 2.77 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0001244$$

$$\frac{n}{N} = 2.89$$

$$K = 0.0035422 \quad \Lambda = 50.458$$

Gastrohypotoniczna (-)

VII. Woda glauberska mocniejsza, normalna, $7\frac{1}{2}$ stopniowa, oddziaływania kwaśnego o cięż. gat. 1.0085, zawiera w 1 litrze:

Na ₂ SO ₄	7.5
KCl	0.2
NaCl	0.5
Na ₂ CO ₃	0.3 (= 0.475 NaHCO ₃)
MgCO ₃	1.5 (= 2.60 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	10.0

$$N = 0.000088 \text{ mol.} \quad \eta = 0.000165 \text{ gr. równow.}$$

$$\Delta t = - 0.35 \quad O = 4.21 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0001894$$

$$\frac{n}{N} = 2.15$$

$$K = 0.010336$$

$$\Lambda = 62.64$$

Gastroizotoniczna (=)

VIII. Woda glauberska słabsza, $\frac{1}{2}$ norm., $2\frac{1}{2}$ stopniowa, oddziaływania kwaśnego o cięż. gat. 1.005, zawiera w 1 litrze:

Na ₂ SO ₄	2.4
NaCl	1.0
K ₂ SO ₄	0.1
Na ₂ CO ₃	1.4 (= 2.22 NaHCO ₃)
MgCO ₃	0.1 (= 0.174 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	5.0

$$N = 0.000074 \text{ mol.} \quad \eta = 0.0001316 \text{ gr. równ.}$$

$$\Delta t = - 0.30 \quad O = 3.61 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0001622$$

$$\frac{n}{N} = 2.19$$

$$K = 0.005864$$

$$\Lambda = 43.04$$

Gastrohypotoniczna (—)

IX. Woda magnowa 2 normalna, 7 stopniowa, oddziaływania alkalicznego, o cięż. właściw. 1.019, zawiera w 1 litrze:

K ₂ SO ₄	0.767
Na ₂ SO ₄	11.833
KCl	0.100
NaCl	0.300
MgCO ₃	7.000 (= 12.145 MgH ₂ (CO ₃) ₂)
	20.000

$$N = 0.000178 \text{ mol.} \quad \eta = 0.000350 \text{ gr. równow.}$$

$$\Delta t = - 0.96 \quad O = 11.55 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0005189$$

$$\frac{n}{N} = 2.91$$

$$K = 0.01796$$

$$\Lambda = 51.31$$

Gastrohypertoniczna (+)

X. Woda wapniowa, $\frac{1}{3}$ norm., $2\frac{1}{3}$ stopniowa, oddziaływania obojętnego, o cięż. właściw. 1.0035, zawiera w 1 litrze:

CaCO ₃	2.200 (= 356 CaH ₂ (CO ₃) ₂)
-------------------	---

$$N = 0.0000223 \text{ mol.} \quad \eta = 0.0000446 \text{ gr. równow.}$$

$$\Delta t = - 0.29 \quad O = 3.49 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0001568$$

$$\frac{n}{N} = 7.03$$

$$K = 0.0026315$$

$$\Lambda = 59.0$$

Gastrohypotoniczna (—)

XI. Woda litowa $\frac{1}{2}$ norm., 2 stopn., oddział. obojętn., o cięż. wł. 1.006, zawiera w 1 litrze:

KCl	0.1
NaCl	0.9
Li ₂ CO ₃	2.0 (= 3.66 LiHCO ₃)
Na ₂ CO ₃	2.0 (= 3.16 NaHCO ₃)
	5

$$N = 0.000108 \text{ mol.}$$

$$\Delta t = - 0.49$$

$$\eta = 0.0001997 \text{ gr. równ.}$$

$$O = 5.89 \text{ atm.}$$

$$n = 0.000265$$

$$\frac{n}{N} = 2.45$$

$$K = 0.006836$$

$$\Lambda = 34.23$$

Gastroizotoniczna (=)

XII. Woda jodowa słabsza $\frac{1}{3}$ norm., $1\frac{1}{2}$ stopn., oddział. kwaśnego, o cięż. wł. 1.003 zawiera w 1 litrze:

KCl	0.1 gr.
NaCl	0.4
NaJ	1.5
Na ₂ HPO ₄	0.3
Na ₂ CO ₃	1.0 (= 1.58 NaHCO ₃)
	3.3

$$N = 0.000039 \text{ mol}$$

$$\Delta t = - 0.19$$

$$\eta = 0.0000622 \text{ gr. równ.}$$

$$O = 2.29 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0001027$$

$$\frac{n}{N} = 2.61$$

$$K = 0.003324$$

$$\Lambda = 53.44$$

Gastrohypotoniczna (-)

XIII. Woda jodowa mocniejsza $\frac{1}{2}$ norm., 4 stopn., oddział. kwaśnego, o cięż. wł. 1.004, zawiera w 1 litrze:

NaJ	4.00
Na ₂ HPO ₄	0.50
Na ₂ CO ₃	0.50 (= 0.79 NaHCO ₃)
	5.00

$$N = 0.0000395 \text{ mol.}$$

$$\Delta t = - 0.205$$

$$\eta = 0.000056 \text{ gr. równow.}$$

$$O = 2.47 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0000568$$

$$\frac{n}{N} = 1.41$$

$$K = 0.003648$$

$$\Lambda = 65.14$$

Gastrohypotoniczna (-)

XIV. Woda bromowa słabsza, $\frac{1}{2}$ norm., 4 stopn., oddział. kwaśn., o cięż. wł. 1.005, zawiera w 1 litrze:

NaBr	4.00
Na ₂ HPO ₄	0.50
Na ₂ CO ₃	0.50 (= 0.79 NaHCO ₃)
	5.00

$$N = 0.000052 \text{ mol.}$$

$$\Delta t = - 0.27$$

$$\eta = 0.000068 \text{ gr. równow.}$$

$$O = 3.25 \text{ atm.}$$

$$n = 0.000146$$

$$\frac{n}{N} = 2.81$$

$$K = 0.00509$$

$$\Lambda = 74.85$$

Gastrohypotoniczna (-).

XV. Woda bromowa mocniejsza, norm., 9 stopn., oddział. kwaśnego, o cięż. wł. 1.0085 zawiera w 1 litrze:

NaBr	9.00
Na ₂ HPO ₄	0.50
Na ₂ CO ₃	0.50 (= 0.79 NaHCO ₃)
	10.00

$$N = 0.000100 \text{ mol.}$$

$$\Delta t = - 0.545$$

$$\eta = 0.0001168 \text{ gr. równ.}$$

$$O = 6.56 \text{ atm.}$$

$$n = 0.0002946$$

$$\frac{n}{N} = 2.94$$

$$K = 0.0096627$$

$$\Lambda = 82.73$$

Gastrohypertoniczna (+)

(C. d. n.).

KILKA SŁÓW O DWUPŁCIOWYM ROZWOJU PRZEWODÓW PŁCIOWYCH

z uwzględnieniem wybitniejszych przypadków

rozwoju macicy u mężczyzn.

(z 17 rysunkami w tekście).

Podał

Franciszek Neugebauer.

(Dokończenie. — Zob. N. 13).

Ograniczam się na zestawieniu tych kilku spostrzeżeń obecności macicy u osobników o jądrach czyli należących do płci męskiej, które wybrałem z ogólnej kazuistyki 103 takich spostrzeżeń, przeze mnie zestawionych.

Stosunkowo często — aż 14 razy — stwierdziłem, że macica — *Uterus* bądź *simplex*, bądź *unicornis*, bądź *bicornis* lub też jeden jajowód lub części jego albo oba jajowody leżały w przepuklinie pachwinowej obok jądra jednego.

BARKOW: Macica obok jądra *in hernia inguinali*.

BILLROTH: *Corpus uteri* + jajowód + torbielowato zwyrodniały gruczoł płciowy *in hernia* po prawej stronie, po lewej normalne jądro *in scroto fisso* przy *hypospodiasis peniscrotalis*.

BÖCKEL: Macica przy jądrze *in hernia*.

CARLE: Macica i lewy jajowód oraz centralny koniec prawego jajowodu obok jądra *in hernia*.

DERVEAU: Macica, oba jajowody i oba jądra *in hernia*.

FANTINO: Macica, oba jajowody i oba jądra *in hernia*.

FILLIPINI: Macica, prawy jajowód i prawe jądro *in hernia*.

GARRÉ: Prawy jajowód, *parovarium*, *epididymis* oraz gruczoł mieszanej budowy (*ovotestis*) *in hernia*.

GULDENARM: Róg macicy dwurożnej, jeden jajowód i jedno jądro *in hernia*.

MERKEL: Macica i jedno jądro *in hernia*.

POZZI: Lewy róg macicy dwurożnej i lewy jajowód obok jądra *in hernia*.

RYDYGIER: Macica obok jądra *in hernia*.

SAENGER: Macica, jeden jajowód i torbiel parowaryalna obok jądra *in hernia*.

THIERSCH: Lewy jajowód macicy dwurożnej *in hernia* przy lewostronnym kryptorchizmie.

Po pierwsze, uderza koinecydenca obecności *uteri* u mężczyzny *cum ectopia uteri inguinali*.

Powtórę zasługują na szczególną uwagę dwa spostrzeżenia DERVEAU i FANTINO, gdzie z macicą razem oba jajowody i oba jądra znaleziono *in hernia*.

Czyżby koinecydenca ta miała być przypadkową? Bynajmniej nie. Czyżby koinecydenca istnienia macicy z jedno- lub obustronnym kryptorchizmem miała być przypadkową?

Na owe 103 spostrzeżenia znalazłem aż 19 spostrzeżeń koinecydeny

obecności macicy u mężczyzny z jednostronnym, a 56 z obustronnym kryptorchizmem, czyli 75 razy na 103 spostrzeżenia bądź jedno- bądź obustronnego kryptorchizmu (wnętrostwa) znaleziono obecność macicy mniej lub więcej wykształconej u mężczyzny.

Wynika z tego praktyczna wskazówka, że przy kryptorchizmie wypada podejrzewać możliwość wewnętrznego wrzekomego obojnactwa, czyli istnienie mniej lub więcej rozwiniętej macicy. Gdy dalej rozpatrzmy kazuistykę, ujawnia się ciekawy związek przyczynowy pomiędzy obecnością macicy a kryptorchizmem.

Jądra, pozostałe w jamie brzusznej lub o opóźnionym *descensus* do moszny, bardzo często wykazywały zatrzymaną rozwój, tak że dany osobnik nie był zdolny do zapłodnienia kobiety, lecz nieraz znajdowano i zupełnie normalne nasienie u takich osobników. Osobnik, opisany przez DERVEAU — 69-letni — był ojcem 6 dzieci; osobnik, opisany przez WILLETT'a — lat 44 — był ojcem dwojga dzieci. W wielu przypadkach pozostałe w jamie brzusznej jądro uległo złośliwemu (zwyrodnieniu (*carcinoma* lub *sarcoma cryptorchidis*). W wielu przypadkach zauważono brak zupełny albo niedorozwój jednego *vas deferens* lub obu, brak jednego lub obu pęcherzyków nasiennych, *prostatæ* etc. Często *vasa deferentia* lub jedno z nich nie posiadały światła lub drożnego ujścia. Wogóle powiedzieć można, że do im wyższego stopnia rozwoju u osobnika o jądrach czyli mężczyzny dotarły nitki MÜLLER'a, tem bardziej zatrzymanym okazywał się rozwój przewodów WOLFF'a. 52 razy na 103 spostrzeżenia istniała równocześnie *hypospadiasis peniscrotalis*, o pozorach mniej lub więcej wyraźnych *vulvae*, 4 razy rozszczepienie dotyczyło tylko prącia bez rozszczepienia moszny; 36 razy prącie i moszna były prawidłowo ukształtowane, 1 raz *hypospadiasis* dotyczyła tylko moszny, a prącie okazało się przebite cewką drożną dla

cewnika aż do osady prącia, 7 razy w opisie nie podano szczegółów co do prącia i moszny. Dwa razy zniekształcenie było skomplikowane przez wrodzone wynicowanie pęcherza (*caestrophia vesicae*). Nie mogę w tem miejscu wchodzić w poszczególne rozbiór drobiazgowy tej areyciekiej pod względem embryologicznym, fizyologicznym i dyagnostycznym kazuistyki, a zaznaczam głównie związek, istniejący pomiędzy wnętrzem a rozwojem macicy u mężczyzn — zarówno o normalnym rozwoju prącia i moszny, jak i o *hypospadiasis peniscrotalis*.

ARNOLD pierwszy wnioskował, że im więcej rozwinię się organ WEBER'a u mężczyzny, tem bardziej powstrzymywany zostaje rozwój zewnętrznych narządów płciowych.

KOCHER (Die Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Stuttgart. 1887) pisał, że przeszkodą dla *descensus testiculi* być może rozwój górnego odcinka przewodów lub nitek MÜLLER'a, który, z macicy wychodząc, przylega do przyjądrza, dalej połączenie *vasis deferentis* z bocznym brzegiem macicy, przyczepienie tętnicy, odżywiającej przyjądrze (*arteria deferentialis*) do górnego rogu ciała macicy, nareszcie zlanie się ze sobą *gubernaculi testis cum ligamento rotundo uteri*. Jaśniej kwestyę postawił SIEGENBECK van HEUKELOM („Über den tubulären und glandulären Hermaphroditismus beim Menschen“ ZIEGLER's Beiträge zur patholog. Anatomie und allg. Pathologie. 1898. Vol. XXIII. Heft 1. pag. 144—160).

Ścisłe połączenie obu jąder ze sobą (w przypadku prawostronnego kryptorchizmu) przez macicę dwurożną—mięsisty organ nierozciągalny—było przyczyną, dlaczego prawostronne jądro nie mogło dokonać swego *descensus* wobec krótkości wymiarów poprzecznych macicy oraz jajowodów. Tubularny hermafrodytyzm w danym przypadku był przyczyną, że musiało istnieć prawostronne wnętrzo.

W zupełności podzielam, opierając się na wynikach badań własnych, przypuszczenie SIE-

GENBECK'a, że obecność macicy u mężczyzny wywołuje z natury rzeczy albo jedno- albo obustronny kryptorchizm, a nawet, dodając od siebie, może być przyczyną, że, jak w spostrzeżeniach DERVEAU i FANTINO, oba jądra wraz z macicą znajdują się w jednej połowie moszny lub też w jednym *labium pudendi majus* wrzekomem, jeśli chodzi o męskiego spódzca o *hypospadiasis peniscrotalis*.

SIEGENBECK van HEUKELOM tak uzasadnia swoje przypuszczenie. Nitki lub przewody MÜLLER'a zamiast podlegać zanikowi, rozwinęły się w wyższym stopniu. Podczas gdy górne, nie zlانة ze sobą części ich (jajowody) rozwinęły się, niezależnie od sąsiedztwa, dolne części ich zlały się w jedną całość, tworząc *corpus s. cervix uteri, eo ipso*, jądra i przyjadrza, pierwotnie leżące tam, gdzie u żeńskiego płodu leżą jajniki, zostają połączone między sobą stosunkowo krótkim, mięsnym, nierozciągalnym powrozem (*Ligam. latum. — Uterus — lig. latum*). Wskutek połączenia tego ścisłego jąder z macicą, a więc jądra z jądrem, utrudniony *resp.* unieвозмоżliwiony jest *descensus* jąder. Mogą wskutek tego powstać według SIEGENBECK'a dwojakie anomalie w położeniu jąder, według mnie trojakie; według SIEGENBECK'a albo oba jądra pozostaną w jamie brzusznej, albo też jedno zstąpi do moszny a drugie pozostanie w jamie brzusznej, według mnie, rozwój macicy u mężczyzny może takie wywołać następstwa, że macica i oba jądra mogą wspólnie dokonać *descensus* do jednej połowy moszny (jak w przypadkach, które opisali DERVEAU i FANTINO: *Facta loquuntur!*).

Za słusnością poglądu SIEGENBECK'a, mojem zdaniem, przemawia normalny brak *descensus ovariorum* do warg sromnych: wszak *ovarium*, tak samo jak i *testiculus*, posiada swoje pierwotne *ligamentum*, łączące je przy pośrednictwie ciała WOLFF'a z pachwiną (*Urnierenleitenband*). Jajniki pozostają w jamie brzusznej z powodu ubikacji ich przy macicy, a z drugiej

strony kazuistyka uczy, że bardzo często przy wrodzonej *hernia inguinalis* szczególnie *duplex*, notowano *defectus uteri* lub *uterus bicornis*, nie zupełne zlanie się nitek MÜLLER'a. Wrodzona *hernia ovarii*, jako analogon *descensus testiculi*, powstaje we wczesnym okresie rozwoju czyli przed normalną obliteracją *processus vaginalis peritonaei*.

Celem pracy niniejszej jest zwrócenie uwagi na to, że w przypadkach jedno- lub obustronnego wnętróstwa wypada rozpoznanie robić ostrożnie, szczególnie wypada liczyć się z możliwością wrzekomego obojnactwa, z możliwością istnienia u danego mężczyzny mniej lub więcej rozwiniętej macicy etc., tem bardziej, jeśli spostrzeżenie skomplikowane jest *cum hypospadiasi peniscrotali*. Dalej wypada liczyć się z częstością złośliwego zwyrodnienia jądra przy wnętróstwie — czyli że wypada być nader ostrożnym w rozpoznaniu i w rokowaniu. Czy uzasadnionem jest profilaktycznie w każdym przypadku wnętróstwa ekstypować pozostałe w jamie brzusznej lub kanałach pachwinowych jądra lub jądro—to inna kwestya, do dziś dnia za mało statystycznie opracowana, aby można było dać odpowiedź decydującą. Z drugiej strony wyniki badań osobistych znie-walają mnie do przypuszczenia, że wnętróstwo stanowczo daje predyzyzycję do złośliwego zwyrodnienia jąder, tem bardziej, że wszelkie dane dziś przemawiają za tem, że przyczynę złośliwego zwyrodnienia tkanek — *carcinoma, sarcoma* — nie stanowią bynajmniej pasorzyty, które do ciała wdążyły, lecz że przyczyna złośliwego zwyrodnienia leży w warunkach niezależnych od wdrażania do organizmu jakiegokolwiek pasorzytów zzewnątrz.

Czyżby przypadkowe było złośliwe zwyrodnienie jąder u wrzekomych obojnaków i przy wnętróstwie?

Kilka lat temu na jednym z posiedzeń naszego Towarzystwa Lekarskiego dyskutowano kwestyę raka. Opierając się zarówno na krytycznym rozpatrywaniu wyników piśmiennictwa,

jak i na własnym doświadczeniu, wypowiedziałem powątpiewanie o pasorzytniczem pochodzeniu raka, mięsaka etc. Szanowny kolega prof. PRZEWOSKI, krytykując wtedy moje przemówienie, wyraził się, że „pogląd kolegi NEUGEBAUERA nie przynosi zaszczytu Warszawskiemu Towarzystwu Lekarskiemu, ponieważ kolega NEUGEBAUER jest członkiem tegoż Towarzystwa“.

Do chwili obecnej całe folianty, zapisane przez zwolenników parazytarnego pochodzenia złośliwego zwyrodnienia tkanek ciała ludzkiego, raka, mięsaka i t. d. mnie nie przekonały, jak również i przeważającą liczbę fachowców anatomico-patologów, jak prof. RIBBERT'a i innych. Śmiało i dziś powtarzam, że do dziś dnia upatruję przyczynę złośliwego zwyrodnienia tkanek nie w inwazji chorobotwórczych czynników zewnątrz organizmu, lecz raczej że przyczyny tego złośliwego zwyrodnienia należy szukać w samym organizmie. Czy przyczyna leży w persystencji oraz późniejszym rozwoju pewnych embryonalnych komórek — jak się zapatrywał COHNHEIM, czy też leży w zmianie warunków

odżywczych danych tkanek — nie dziś chwila takie zagadnienie rozwiązać. Nie mając bynajmniej zamiaru zawiązywać dziś dyskusji w tej kwestyi z przedstawicielami anatomii patologicznej zaznaczam tylko zdanie osobiste, sceptycyzm względem twierdzeń o pasorzytniczem pochodzeniu złośliwego zwyrodnienia tkanek ciała ludzkiego — *carcinoma, sarcoma, chorion-epithelioma* (!!!).

Nie będę powtarzał argumentów, na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego przeze mnie zaznaczonych, a pozwolę sobie dziś tylko zwrócić uwagę na stosunkowo znaczną częstość złośliwego zwyrodnienia jąder przy wnętrzowie oraz wogóle na stosunkową częstość nowotworów bądź łagodnych, bądź złośliwych przy wrzekomem obojactwie.

P. S. Co się tyczy *descensus testicularum*, zwracam uwagę czytelników na artykuł kol. KOSTANECKIEGO, drukowany obecnie w „Nowinach Lekarskich“. Początek artykułu zjawił się w Zeszytach 3, w marcu 1905 r.

WYKŁADY KLINICZNE.

Z odczytów klinicznych dla lekarzy w Berlinie.

PROF. DR. G. KLEMPERER.

„O LECZENIU KAMICY NERKOWEJ“

Sprawozdawca Dr. W. CHODECKI.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr 13).

Dla dokładności wypada powiedzieć słów kilka o tak zwanej „nephro-litotomii“. Nawet w najpomyślniejszym przypadku przy dobrym sta-

nie ogólnym i nerce aseptycznej nikt nie może ręczyć za pomyślny wynik operacji. Tak biegły specjalista w chirurgii dróg moczowych, jak prof. ISRAEL, podaje w swej statystyce 4% przypadków śmiertelnych; u innych chirurgów śmiertelność jest znacznie większa. Należy więc w danym przypadku dokładnie rozważyć *pro* i *contra* operacji.

Nakoniec jeszcze słówko o wskazaniach chirurgicznych w ropnym zapaleniu miedniczek nerkowych, mającem źródło w kamicy. Kto tutaj radzi operację, ten spełnia swój obowiązek

sumiennie, albowiem ropienie miedniczki nerkowej może rozciągnąć się na samą nerkę, a co gorzej, może to doprowadzić do zakażenia ogólnego ustroju.

Nie zawsze jest jednak przebieg tak smutny. Kamień może odejść, a wtedy i zapalenie miedniczki ustępuje; często także *pyelitis* pozostaje w średnim natężeniu, nie zagrażając życiu.

Jeżeli siłami natury albo przez operację kamień odchodzi szczęśliwie, to jedna tylko część pracy i obowiązków lekarza jest spełniona. Teraz chodzi o to, by ochronić chorego od nawrotów cierpienia. Jest rzeczą znaną, jak często kamienie nerkowe powracają; wielu lekarzy uważa je jako wyraz *u s p o s o b i e n i a* (dyatezy) rodzinnego i odziedziczonych.

Prof. KLEMPERER jest na zasadzie swoich obserwacji odmiennego zdania. Kamienie nerkowe tworzą się przez zmianę normalnego składu moczu, co znowu w znacznej mierze zależy od pokarmu. Jeżeli w niektórych przypadkach daje się rzeczywiście skonstatować dziedziczność, a często i rodzeństwo całe cierpi na kamienie nerkowe, to należy obwiniać tutaj podobny sposób odżywiania się, jako przyczynę nieprawidłowości w składzie moczu. Dlatego jest rzeczą konieczną zbadać dokładnie w każdym przypadku wadliwość odżywiania. Prawie zawsze uda się nam przez zmianę diety poprawić nieprawidłowość składników moczu i w ten sposób zapobiedz powstawaniu nowych kamieni. Tak więc leczenie chorych na kamicę nerkową przedstawia wdzięczne zadanie dla lekarza przy należytem uwzględnieniu higieny i dyetyki, do których teraz zwracamy się.

II. Leczenie dyetyczne.

W poprzednim wykładzie zaznaczyliśmy już, że najważniejsze zadania dla terapii otwierają się po odejściu kamienia. Wtedy musimy choremu poradzić skutecznie, by zabezpieczyć go od nawrotów choroby. W tym wykładzie zajmiemy się profilaktyką kamieni nerkowych i wyłożeniem jej podstaw.

Każdy kamień nerkowy składa się z dwóch części: krystalicznej i zasadniczej substancji organicznej. Wiemy z badań MORITZ'a, że ta substancja organiczna otacza każdy kryształ, któ-

ry osadza się z normalnego moczu. Jeżeli kryształek kwasu moczowego lub fosforanu wapna rozpuścimy ostrożnie pod mikroskopem, możemy uwidocznić sobie tę substancję organiczną jako cień i możemy nasycić ją barwnikami. Chemiczne oddzielenie tej substancji zasadniczej dotąd nie udało się, ponieważ nie można otrzy-
 mać jej w dostatecznej ilości.

Mikrochemiczne reakcje wskazują, że mamy tutaj do czynienia z substancją białkową. Prof. KLEMPERER przypuszcza, że mamy tutaj do czynienia z pewną substancją śluzową, która znajduje się w każdym normalnym moczu, a zwłaszcza w świeżo oddanym wydziela się w postaci kłaczków.

Przez centryfugowanie świeżego, jeszcze ciepłego moczu otrzymane kłaczkowate nie pozwalają rozpoznać żadnej budowy mikroskopowej; robią one wrażenie masy jednostajnej galaretowatej, zawierającej niekiedy drobne kryształki. Zdaje się ona pochodzić z normalnej błony śluzowej miedniczki nerkowej albo pęcherza i składa się z nukleo-albuminy.

Ten fakt, nie ulegający zaprzeczeniu, że organiczna substancja, stanowiąca podścielisko dla złogów krystalicznych, znajduje się w każdym normalnym moczu, jako jego część składowa, ma fundamentalne znaczenie dla profilaktyki kamieni nerkowych. Według dawnych poglądów, pierwiastkowy niezbyt błon śluzowych dostarczał właśnie owej substancji dla tworzenia się kamienia nerkowego, ale w takim razie leczenie wewnętrzne przedstawiało wartość problematyczną, ponieważ ów niezbyt zdawał się być niedostępnym dla terapii. Obecnie jednak wiemy, że złogi wszędzie tworzyć się mogą, jeżeli kryształy osadzają się z moczu w normalnych drogach moczowych, ponieważ ową rusztowanie tworzącą substancję wszędzie znaleźć mogą. Dlatego zapobieganie osadzaniu się kryształów moczu stanowi ważne zadanie profilaktyki kamieni nerkowych. Dalej musimy nadmienić, że jeden lub więcej kryształów nie są jeszcze kamieniem, jeżeli nie pozostaną długo na miejscu utworzenia się, by mogły rosnąć. Drugie więc ważne zadanie profilaktyki polega na szybkim usuwaniu najmniejszych chociażby kryształków z dróg moczowych.

Wytworzenie się kamienia nerkowego nie może nigdy przyjść do skutku, jeżeli trwale obfity strumień płynu przepłukuje drogi moczowe. Gdzie wydzielina moczu jest skąpa, tworzą się łatwo kamienie moczowe. Mała ilość moczu jest skoncentrowanym roztworem, przedstawiającym pomyślnie warunki dla osadzania się części krystalicznych. Pojedyncze kryształki będą łatwo uniesione z obfitym strumieniem moczu, gdy przy skąpej wydzielinie zostają na miejscu i powoli rosną.

Przy wszystkich stanach zmniejszonego wydzielania moczu (*Oliguria*) kamienie nerkowe zdarzają się dość często. W wadach serca z objawami zastoiny kolki nerkowej i krwotoki z dróg moczowych zdarzają się dosyć często; często poucza nas odejście dużych nawet złogów, żeśmy nie mieli do czynienia z rozpoznawanym zwykle w takich razach zawałem krwotocznym (*infarctus haemorrhagicus*). Jeżeli kamienie w chronicznych zapaleniach są rzadkim objawem, to pochodzi to ztąd, że tutaj ze zmniejszonym wydzielaniem moczu idzie w parze i zmniejszenie jego części składowych. Kamienie nerkowe, które obserwujemy często w pierwszych dniach życia, mają przyczynę w zatrzymaniu moczu. Niejeden złóg, odchodzący w moczu ludzi zdrowych, zawdzięcza swe powstanie chorobie gorączkowej, która ze skąpą wydzieliną moczu stwarza pomyślnie warunki dla rozwoju kamieni nerkowych.

Kamienie nerkowe przy wzmożonym wydzielaniu moczu (*polyuria*) są bardzo rzadkie. Jeżeli dyabetyk dostaje kolki nerkowej, można w tem widzieć dowód gruntownego leczenia, które zwalczyło najważniejszy symptom.

W moczowce prostej (*diabetes insipidus*) nie obserwowano nigdy kamieni nerkowych; często dyskutowaną rzadkość ich w białaczce (*leukaemia*), a nawet podagrze mimo obfitego wydzielania się kwasu moczowego możemy wyjaśnić przez obfitą ilość moczu.

Kamienie nerkowe, z którymi zwykle mamy do czynienia, tworzą się wskutek skąpej wydzieliny moczu, tak zwykłej u wielu ludzi, ponieważ za mało przyjmują płynów. Kobiety mianowicie piją dopiero wtedy, kiedy mają silne pragnienie, a ponieważ to prędko ugaszone zostaje, mała wydzielina moczu jest prawidłem. A nadto wiele kobiet hołduje rozpowszechnionej

zasadzie medycyny popularnej, według której od picia nadmiernie się tyje, i dlatego z próżności mało przyjmują płynów. Jeżeli dokładniej skontrolujemy, co znaczna część kobiet pije, to na dzień nie wypadnie i litr płynu; nie więc dziwnego, że w takich warunkach i mocz jest mocno zgęszczony. U mężczyzn takie wstrzymywanie się od napoju zdarza się rzadziej. Tutaj błąd leży w nieregularnym przyjmowaniu płynów. Często słyszymy, że panowie rano piją filiżankę herbaty i do tego jedzą pieczywo, i dopiero po upływie pięciu, sześciu godzin, znowu coś piją. Mianowicie mocz nocny wydziela się w małej ilości i jest bardzo zgęszczony. To są warunki, sprzyjające właśnie powstawaniu kamieni nerkowych.

Tak więc jako najpierwszy warunek profilaktyki kamieni nerkowych musimy postawić: obfite i regularne przyjmowanie płynów, by drogi moczowe należycie zostały przepłukiwane. Dzienna ilość moczu zdrowych dorosłych osób powinna wynosić 1500—2000 ccm., raczej więcej, aniżeli mniej. Jeżeli zwrócimy uwagę na utratę wody przez skórę, płuca i kiszki, to ilość płynu, jaką przyjmujemy przez 24 godziny, powinna wynosić co najmniej 2½ litra. Tę ilość płynu, konieczną dla normalnej wydzieliny moczu, należy przyjmować po ½ litra przy trzech głównych posiłkach, a prócz tego po obiedzie, a zwłaszcza na noc trzeba znowu przyjąć ½ litra płynu.

Jaki rodzaj płynu przyjmujemy, jest przytem obojętne. W pewnych patologicznych uśposobieniach (dyatezach) kawa, herbata i kakao nie są pożądane, gdy w zwykłych warunkach można je pozwolić. Piwo i wino tylko w małej ilości i bardzo lekkie są dozwolone. Najlepszym i najzdrowszym napojem jest dobra woda.

Dla znacznej liczby cierpiących na kamienie nerkowe stosowne są słabo-alkaliczne wody, zawierające kwas węglowy, jak je obficie spotykamy w przyrodzie. Ale pewnym od kamieni nerkowych jest ten tylko, kto przez całe życie stara się o obfite i prawidłowe wydzielanie moczu, nie zaś ten, który przez 4 tygodnie pije jakąś wodę alkaliczną, a następnie nie myśli wcale o regularnym przyjmowaniu płynów, a przedewszystkiem dobrej wody. Kobiety klasy robotniczej daleko rzadziej zapadają na kamie-

nie nerkowe, aniżeli ze sfer zamożnych, ponieważ przyzwyczajone są przy pracy i przy obiedzie pić obficie wodę. Nie zapoznajemy bynajmniej użytku i przyjemności picia znanych wód mineralnych, ale nie możemy zbyt wysoko ich

cenieć. Alkalia wody możemy zastąpić łatwo przez składniki roślinne naszej diety. Naturalnie, możemy dodawać do wody małe ilości *natrii bicarbonici*.

(C. d. n.).

K R O N I K A.

W epoce strajków.

Powszechny prąd, dążący do poprawy warunków bytu klasy robotczej, wdarł się i do ponurych przybytków niedoli, w których od lat wielu smutny żywot wiedzie specjalny rodzaj białych murzynów, zwany niższą służbą szpitalów warszawskich.

Posługacz szpitala warszawskiego jest to istota, która za 5 rubli pensji miesięcznej musi utrzymać liczną nieraz rodzinę. Jakim sposobem taki cudotwórca jest w stanie wyżywić, odziać i dać jaki taki przytułek żonie i dzieciom, byłoby zagadką nie do rozwiązania, gdybyśmy się nie domyślali, że przychodzą mu w pomoc dochody nielegalne, kosztem ubogich również chorych zdobywane. Ale i tą drogą pomnażane zarobki niewątpliwie wystarczyć nie mogą. Rozumieli to dobrze lekarze, patrzący zbliska na pracę posługaczy i posługaczek szpitalnych, i nieraz walczyli o uzyskanie dla nich możliwych warunków bytu. Pisano memoriały, które spotykał los wszystkich tego rodzaju elaboratów: palono nimi w piecach albo odkładano ich rozpatrzenie *ad feliciora tempora*. I niższa służba szpitalna dalej wlokła swój nędzny żywot, aż, porwana prądem ogólnym, w końcu lutego ogłosiła bezrobocie powszechne, żądając już nie tylko podwyższenia pensji, ale i innych ulg i praw ludzkich, jako to: 1) uwalniania od pracy w dniu, następującym po dyżurze nocnym; 2) uwalniania od pracy na pół dnia w każdym tygodniu, a na cały dzień co drugie święto; 3) dwutygodniowego odpoczynku raz na rok z zachowaniem pensji; 4) lepszego pożywienia oraz dozoru nad niem ze strony jednego z lekarzy miejscowych szpitala; 5) oznaczenia miejsca i czasu na wspólne śniadania, obiady i kolacje; 6) odpowiedniego pomieszczenia do spania i schowania

zamykanego na rzeczy: 7) bezpłatnej kąpieli raz na tydzień; 8) stałej pomocy lekarskiej.

Aczkolwiek żądania te przez radę miejską dobroczynności publicznej w całej rozciągłości uwzględnione nie zostały, jednak podwyższono pensję służbie męskiej z 5 rubli na 7, kobiecej z 4 rubli na 5½ rubla, wyznaczono na życie 25 kop. dziennie zamiast dotychczasowych 20, zgodzono się na 7 godzinny odpoczynek raz w tygodniu, na urlop tygodniowy raz na rok, na odpoczynek 8 godzinny po dyżurze nocnym i t. d.

W ten sposób niższa służba szpitalna wywalczyła sobie jakie takie ludzkie warunki bytu przy pomocy środka okrutnego. Tak, bo bezrobocie, którego skutki odczuwają zamknięci w murach szpitalnych chorzy, nazwane być musi okrucieństwem. Można się zgodzić na wszelakie strajki, ale pozostawienie samemu sobie bezradnie leżącego, nieraz piekielnymi mękami fizycznymi dręczonego nędzarza, pomimo współczucia dla strajkujących, wstręt tylko budzić może.

I dlatego smutny ten przykład niechaj będzie wymowną przestrogą dla sfer właściwych, które w sposób odpowiedni powinnyby zapobiedz możliwości szerzenia się zarazy na wyższe szczeble hierarchii szpitalnej. Ani na chwilę nie przypuszczam, by strajk ogarnąć mógł sferę lekarską, która w imię ludzkości nie zawiesiłaby nagle czynności swoich, ale ciężkie warunki bytu, w jakich żyją młodzi lekarze, darmo w szpitalach pracujący, mogą ich nareszcie popchnąć do kroku energiczniejszego. Prawda, szpital jest dla młodego lekarza szkołą nieocenioną, ale samą nauką żyć niepodobna. Asystent szpitalny, ucząc się, oddaje jednak niezaprzeczone usługi szpitalowi i za pracę swoją wynagradzany być powinien. Przecież i w innych zawodach dzieje

się to samo: dependent, pracujący u adwokata, także uczy się, a jednak dostaje wynagrodzenie, pomocnik inżyniera, czy budowniczego, zapoznaje się z tajemnicami swego fachu, a jednak nie rezygnuje z zapłaty, dlaczegoż więc lekarz stanowić ma wyjątek. Prawda, że lekarz szpitalny pracuje w instytucyi publicznej, gdy dependent adwokata lub pomocnik inżyniera znajduje się w służbie prywatnej, ale nie zmienia to bynajmniej istoty rzeczy: i tu i tam jest pracodawca i pracownik, w obu więc razach stosunek pieniężny pomiędzy jedną a drugą stroną powinien być uregulowany. Gdyby szpital mógł obejść się bez usług asystentów, miałby prawo na ich pretensje odpowiedzieć argumentem, że, poświęcając czas i pracę bezpłatnie szpitalowi, nie właściwie nie tracą, bo nie mogliby przecież pod względem materyalnym lepiej czasu tego i pracy spożytkować. Ale asystenci są jednostkami w szpitalu niezbędnymi, a za usługi niezbędne płacić trzeba.

Nie mniej potrzebni są w szpitalach lekarze ambulatoryjni, których stanowisko, o ile jest traktowane poważnie, jest bardziej jeszcze, niż posady asystentów, odpowiedzialne. Dlaczegoż ci znowu niezbędni dla szpitala pracownicy mają pracować bezpłatnie? W imię filantropii? Ależ nikt takich ofiar dla swoich współbraci nie ponosi, jak lekarze; ależ godziłoby się już raz sprawę niesienia pomocy lekarskiej ludności ubogiej uregulować w sposób racjonalny: ubogi mieszkaniec miasta powinien mieć pomoc zapewnioną, a lekarz, niosący ją, niech nie będzie wyzyskiwany.

Wyzyskują nas na każdym kroku zarówno instytucje publiczne, jak osoby prywatne, a my niby zahipnotyzowani, nie mamy dosyć siły, aby

krokiem stanowczym dotychczasowym anomaliom raz koniec położyć. Przecież nasza praca częstokroć ozdabia wawrzynem filantropii działaczy społecznych, których całą zasługą jest zwerbowanie sobie kilku dobrodusznym synów Eskulapa, przyjmujących bezpłatnie w lecznicy hrabiego X. lub bankiera Z. Proszę mnie tylko źle nie rozumieć. Nie namawiam bynajmniej do zrywania z każdym czynem szlachetnym, do okrutnego odwracania się od potrzebującego bezpłatnej pomocy lekarskiej biedaka, przeciwnie, szczytę się tą iście królewską ofiarnością, jaką zawód nasz się odznacza, ale protestuję przeciwko wyzyskowi, który w stosunku do lekarzy stał się niemal normą. Twierdzę śmiało, że miłosierdzie i bezinteresowność to znamienne cecha większości naszych lekarzy. Bo że tam ktoś, wezwany do chorej służącej, zgarniał chciwie miedziaki, pozostawione przez państwa na zakupy gospodarskie, lub wyrzekł na srogi los, każący mu brać pieniądze od nieuleczalnie chorego nędzarza, a w kilka minut później z pogardą odsunął ofiarowane mu przez tegoż chorego trzy ruble, żądając pięciu, to takie groszorozy stanowią, na szczęście, wyjątki pomiędzy nami i na swą stronę szali przeważyć nie są w stanie.

Ale co innego brak serca, a co innego dobrowolna kapitulacja przed chciwością i niesprawiedliwością ludzką, co innego zapuszczanie szponów drapieżnych do cudzej kieszeni, a co innego upieranie się przy słusznych żądaniach.

Żądać — to jedyne właściwe wyjście z labiryntu krzywd i nadużyć, a nie Aryadny, do wyjścia wiodąca, to solidarność.

Zygmunt Srebrny.

N O W E L E K I.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 13).

Haemolum i Haemogallolum. Odżyweze. Proszki brunatne. 0,5.

Haemostatum. Mieszanina: Chin. sulf., Tanina, tłuszcz wieprzowy.

Hydracatinum vel Pyrocinum. Antipyret. Antineuralg. 0.1 — 0.3.

Hydragoginum. Mieszanina: Tet. Digit., T. Stroph., Scillipierin, Scillitoxin, Oxyspasmin.

Hydrarg. succinamidatum. Do iniekcji międzymięśniowych w przymocie. Proszek biały, rozpuszczalny w wodzie gorącej. 0.05 na dawkę.

Hypnolum. Związek wodoru chloralu z antypiryną. Nasenny. 1.0—2.0

Ingestolum. Mieszanina: Kali sulf., Natr. sulf., Natr. mur., Magn., Ferr. citr., Glycer., Spir. aether., Aq. aromat.

Intestinum. Bism. naphthalino-benzoicum. Antyseptyk kiszkowy. 0.5—1.0.

Isarolum. Jest to zwykły ichtyol. Przetwór konkurencyjny.

Jodocolum. Połączenie jodu z gwajakolem. 0.2—0.4

Jodopheninum. W gościecu. 0.5.

Kresalolum. Zastępuje salol. 0.25.

Kresinum. Antyseptyk do przemywania ran, narządzi. $\frac{1}{2}$ —1%.

Lactolum vel Lactonaphtholum. Antyseptyk kiszkowy. 1.0.

Lactopheninum. Analget., Antineuralg. Proszek bezbarwny, bez zapachu, gorzki. 0.6.

Linadinum. Suchy preparat z śledziony zwierząt.

Losophanum vel Trijodkresolum. Proszek do posypywania w *Ulcus durum*. Maść 1—10% oraz 1—2% roztwory wyskokowe w rozmaitych chorobach skóry.

Malarinum. Produkt kondensacyjny z acetofenonu i fenetydyny. *Antipyreticum, Antineuralgicum.* 0.5—1.0.

Mannitum. *Purgans.* 20.0.

Methacetinum. *Antipyret.* 0.5—1.0.

Methonalum. Nasenny. 1.0—2.0.

Methoxycoffeinum. *Antineuralgicum.* 0.25—0.5.

Methylalum. Nasenny. Antydote w oturu strychniną. 1.0—5.0

Migreninum. Połączenie antypiryny z kofeiną i kwasem cytrynowym.

Morrholum. Ekstrakt wyskokowy z traw. Płyn żółty. 0.2 na dawkę.

Myrtholum. W gruźlicy. 0.15—0.3.

Neuralginum. Mieszanina: antyfebryna kofeina, Natr. salic. 0.5—3.0.

Neurodinum. *Antineuralgicum.* 0.5—1.0.

Nicolicinum. Mieszanina: Tct. colombo, Vin. chin. i dużo innych środków. Zalecano przeciw morfinizmowi.

Paraldehydum. Płyn bezbarwny, smaku paląco-chłodzącego, rozpuszczalny w wodzie, ale po ogrzaniu mętnieje. W 3% wodnym roztworze daje się 3.0 na dawkę. Środek nasenny.

Perdynaminum. Przetwór z białka zwierzęcego. Odżyweży.

Pertussinum. Extr. Thymi saccharatum. W krztuscu.

Pheduretinum. *Antipyreticum, Diureticum.* 0.5—1.0.

Phenalginum. *Antineuralg.* 0.5.

Pixolum. Brunatna masa; w *Psoriasis.* 10% wodny roztwór.

Plantanum. Mieszanina formaldehydu z *Carbo tiliae.*

Pyranthinum. *Antipyret.* 1.0.

Pyridinum. Płyn do wdychań w astmie. 3.0—5.0 nalewa się na talerz i stawia w pokoju chorego.

Robustonum. Suchy ekstrakt słodowy z mlekiem.

Salactolum. Roztwór Natr. salic. w 1% wodzie utlenionej.

Salicylamidum. *Antirheumat.* 0.15.

Salifebrinum. Mieszanina kwasu salic. i antypiryny.

Saliforminum. Urotropinum salic. W podagrze 1.0—2.0.

Salocollum. Phenocollum salic. *Antipyreticum, Antineuralgicum.* 1.0—2.0.

Sanguiniformum. Z krwi wieprzowej.

Sicco. Są to przetwory z krwi wołowej.

Sirosolum. Ekstrakt pomarańczowy z Kali sulfo-guajacolicum. Przetwór konkurujący z Siroliną.

Somnolum. Roztwór chloralu i uretanu w wyskoku. Nasenny. 1.0—2.0.

Sozolum. Przetwór alumiowy. Do iniekcji do jam ropnych 1%.

Spasmodinum. Prószek. Działa, jak sporysz. 0.03.

Sublaminum. Środek do odkażania rąk. 1:3000.

Sulfaminolum. Zastępuje jodoform.

Tetronalum. Nasenny. 1.0 — 2.0.

Thallinum sulf. Zalecany w rzeźączce do iniekcji 1%.

Tolypyrinum. *Antipyreticum, Antineuralgicum.* 1.0 — 3.0.

Torilum. Ekstrakt mięsny.

Trikresolum. Środek odkażający. Do ran 1% roztwór wodny.

Tripheninum. *Antipyret., Antineuralgicum.* 0.3 — 0.5.

Tumenolum. Masa dziegciowa. W *Pruritus, Eczema.* Roztwory 10% wodne, wyskokowe. Maść 2 — 5%.

Uricedinum. Mieszanina: Natr. sulf., Natr. chlorat., Natr. citr., Lith. citr. Przeciw piaskowi moczowemu.

Urocolum. Jest to Urol z Kolchicyną. W podagrze.

Uropuralum. *Extr. wae ursi.* Tabletki w rzeźączce, niezycie pęcherza.

Xylolum. *Antipyreticum, Antisepticum.* 10 — 20 kropel na dawkę.

Zinolum. Zincum aluminatum. Iniekcje w rzeźączce u mężczyzn i kobiet lub tampony z 3‰ roztworu.

III

Anaesthetica localia.

Aecoinum.	Holocainum.
Aethylechlorid.	Nirvaninum.
Cocainum.	Orthoformum.
Eucainum.	Tropacocainum.

Analgetica.

Analgenum.	Orthoformum.
Dioninum.	Pyramidonum.
Eucainum.	Salophenum.
Heroinum.	Trigeminum.
Kryofinum.	

Antarthritica.

Aspirinum.	Saligeninum.
Citarinum.	Sidonalum.
Lycetolum.	Solvosalum.
Phenocollum.	Urolum.
Piperazinum.	Urosinum.
Piperidinum.	Urotropinum.
Salacetolum.	

Antidiarrhoica.

Benzonaphtholum.	Itrolum.
Bismutalum.	Orpholum.
Bismutanum.	Resaldolum.
Bismutosa.	Tannalbinum.
Dermatolum.	Tannigenum.
Fortoinum.	Tannocolum.
Helcosolum.	Tannoformum.
Honthinum.	Tannopinum.
Ichthoformum.	Thiocolum.

Antigonorrhoeica.

Albarginum.	Larginum.
Dextroformium.	Lygosinum.
Fortoinum.	Protargolum.
Gonosanum.	Salosantalum.
Helmitolum.	Sozjodolum.
Ichtharganum.	Thigenolum.
Itrolum.	

Antilueticia

Asterolum.	Jodolum.
Jod - Eigony.	Jodosolvinum.
Hyrgolum.	Mercuroolum.
Jodalbacidum.	Resorbinum.
Jodipinum.	Sozjodolum.
Jodolum.	Traumatolum.

Antineuralgica.

Analgenum.	Phenacetinum.
Antipyrinum.	Phenocollum.
Aristochinum.	Pyramidonum.
Aspirinum.	Salopyrinum.
Chinapheninum.	Salochininum.
Jodipinum.	Salophenum.
Kryofinum.	Trigeminum.
Methylen. caerul.	

Antipyretica

Acetopyrinum.	Jodopyrinum.
Analgenum.	Kryofinum.
Antifebrinum.	Methylen. caerul.
Antipyrinum.	Phenocollum.
Aspirinum.	Phesinum.
Chinapheninum.	Pyramidonum.
Chin. eosolicum.	Pyrenolum.
Citrophenum.	Salipyrinum.
Euchininum.	Salochininum.
Eupyrinum.	Salophenum.

Antiprurritica.

Anthrasolum.	Orthoformum.
Aspirinum.	Peruolum.
Bromocollum.	Propolisinum.
Dymalum.	Salolum.
Euguformum.	Salophenum.
Ichthyolum.	Thigenolum.
Lenigallolum.	Ung. caseini.
Methyl. salic.	Vasogena.
Naftalanum.	

Antirheumatica.

Acetopyrinum.	Rheumasanum.
Analgenum.	Rheumatinum.
Aspirinum.	Salacetolum.
Betolum.	Saligeninum.
Mesotanum.	Salipyrinum.
Methyl. salic.	Salolum.
Phenacetinum.	Salophenum.

Antiseptica.

Actolum.	Jodolum.
Airolum.	Jodylinum.
Asterolum.	Lygosinum.
Bismutolum.	Mercurolum.
Chin. lygosinatum.	Propolisinum.
Crurinum.	Protargolum.
Dermatolum.	Pyoktaninum.
Dymalum.	Saniformum.
Euguformum.	Solvosalum.
Euophenum.	Sozodolum.
Formalinum.	Traumatolum.
Ibitum.	Ung. Credé.
Itrolum.	Vioformum.
Jodof. bitumin.	Wismolum.
Jodoformogenum.	Woda utleniona.
Jodo - Gallicinum.	Xeroformum.

Antitbc.

Guajacetinum.	Pulmoformum.
Guajacolum.	Pyrenolum.
Hetolum.	Resorecinum.
Ichthyolum.	Sirolinum.
Kreozotum.	Solveolum.
Kreospinolum.	Tannosalum.
Lignosulfit.	Terpinum.
Phosote.	Terpinolum.
Pneuminum.	Thiocolum.

Dermatica.

Aristolum.	Nosophenum.
Bromocollum.	Peruolum.
Chrysarobinum.	Petrosapolum.
Dermosapolum.	Protargolum.
Euguformum.	Pyroformum.
Eurobinum.	Pyrogallolum.
Ichthalbinum.	Resorecinum.
Ichthyolum.	Salophenum.
Jodalbacidum.	Sozodolum.
Jodipinum.	Tannoformum.
Lenigallolum.	Thigenolum.
Liantralum.	Ung. caseini.
Mirmolum.	Vasogena.
Naftalanum.	Xeroformum.

Desinficientia.

Asterolum.	Sapoderminum.
Itrolum.	Solveolum.
Lysoformum.	Sublaminum.
Propolisinum.	

Diuretica.

Agurinum.	Solvosalum.
Apocynum.	Theocinum.
Lycetolum.	

Haemostatica.

Adrenalinum.	Hazelinum.
Cornutinum.	Hydrastis.
Ferropyrinum.	Stypticinum.
Gelatina.	Styptolum.

Hypnotica.

Bromipinum.	Heroinum.
Chloralamidum.	Sulfonalum.
Dioninum.	Trionalum.
Dormiolum.	Urethanum.
Hedonalum.	Veronalum.

Ophthalmica.

Acoinum.	Ichtharganum.
Adrenalinum.	Ichthyolum.
Airolum.	Itrolum.
Dioninum.	Larginum.
Eucainum.	Methylatropinum.
Euphthalminum.	Protargolum.
Holocainum.	Ung. Credé.
Homatropinum.	Xeroformum.

Sedativa.

Brom - Eigony.	Heroinum.
Bromipinum.	Kryofinum.
Bromocollum.	Peroninum.
Citrophenum.	Trigeminum.
Dioninum.	Validolum.

Tonica.

Alcarnosa.	Haemoforum.
Dynamogenum.	Kola.
Eubiosa.	Natr. kakod.
Ferratinum.	Protylinum.
Ferrhaeminum.	Roboratum.
Fersanum.	Roborinum.
Glycerophosphate.	Sanatogen.
Haematinum.	Somatos.
Haematogenum.	Taka - Diastasa.
Haematolum.	Triferrinum.
Haemotrophinum.	Troponum.

Henryk Pacanowski.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Odpowiedź d-rowsi Stanisławowi RYBICKIEMU na krytykę pracy mojej p. t. „Przyczynki do leczenia eklampsyi“.

Szanowny kolega Stanisław RYBICKI, autor paru znanych prac o eklampsyi porodowej, opisując ostatnio ośm przypadków tego cierpienia, jednocześnie poddał krytyce pracę moją w tym przedmiocie, odczytaną w Warsz. Tow. Lekarskiem, a ogłoszoną w N. 9 „Ginekologii“ z roku 1904.

Z powodu wystąpienia tego winien jestem kilka słów wyjaśnić.

Pewne wątpliwości, jakie powstały w umyśle Szan. krytyka co do moich twierdzeń, są wy-

nikiem tej okoliczności, iż pracę moją kolega RYBICKI, jak to sam zaznacza, zna tylko ze sprawozdania, pomieszczonego w N. 53 „Medycyny“ z r. 1904. To też odpowiedzieć winienem tylko na istotne zarzuty.

Zasadniczą różnicą, jaka zachodzi pomiędzy kol. R. a mną w sprawie leczenia drgawek porodowych, są odrębne zapatrywania na istotę tego cierpienia: gdy kol. R. uważa za powód wystąpienia drgawek bądź „przyczynę moralną (zmartwienie)“, bądź „zaleganie skrzepu krwi w macicy“, bądź „zaparcie stolca“ i t. d. — ja, w myśl obecnie przyjętych poglądów w nauce, stoję na tem stanowisku, iż istota drgawek po-

rodowych polega zawsze na zatruciu organizmu przez swoiste cytotoksyny, na zjawisku przenikania kosmków łożyskowych do dróg krwionośnych matki (VEIT, SCHMORL, RUGE i inni).

Z różnicy tych zapatrywań na istotę eklampsyi wypływają różnice w sprawie wskazań leczniczych.

Szan. mój krytyk upusty krwi uważa „raczej za środek symptomatyczny, niż racjonalny” i stosuje je „tylko wtedy, kiedy natychmiastowo zagraża chorej apopleksya lub obrzęk płuc” i t. d., ja zaś, opierając się nie tylko na empiryi, lecz na patologii doświadczałnej i klinice, uważam je za najdzielniejszy środek usunięcia z organizmu matki zarówno toksyn mineralnych, jak i biologicznych. Pozwolę sobie tutaj przytoczyć cyfry, podane przez kol. JAWORSKIEGO w rozprawach nad moim odczytem, a mianowicie: „Wiadomo, że w celu usunięcia z ustroju 50 jednostek t. zw. pierwiastków wyciągowych trujących: kreatyny, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, bakteryi, toksyn i t. p., wystarcza upust krwi, wynoszący 30 gramów, wówczas gdy dla otrzymania tego samego efektu leczniczego innemi drogami wydzielniczymi potrzeba: 250 gramów wypróżnień kiszkowych, 1500 gramów moczu, 1000 gramów potu. Te więc drogi sprowadzają zubożenie tkanek ustroju w wodę, co bywa wprost szkodliwe. Cyfry te, co najważniejsza, wyraźnie określają znaczenie upustu krwi przy eklampsyi“.

Wówczas kiedy kol. R. wlewania solne uważa tylko jako środek do podtrzymania „energii serca po znacznych utratkach krwi, przy silnych wycieńczeniach“, ja stosuję te wlewania po uprzednim krwi upuście i przypisuję im także rolę, wyjaśnioną przez chemię fizyologiczną i klinikę. Mianowicie — roztwór solny działa w tym razie nie tylko swą ilością przez napełnienie odrazu układu naczyniowego, co daje ustrojowi masę płynącej cieczy, ale i jakościowo, mianowicie, wskutek dopływu i napełnienia naczyń następuje szereg aktów mechanicznych i odruchowych — napięcie naczyń, pobudzenie narządów krwiotwórczych, zwiększenie wydzielania moczu, potu; nadto następują tu zmiany w składzie samej krwi; trucizny, w niej zawarte, rozpuszczają się, a narządy zostają

przeplukane oczyszczoną krwią. (Partz: J. JAWORSKI, F. LEJARS).

Wychodząc z podanego wyżej zapatrywania na istotę eklampsyi i stosując konsekwentnie znane zresztą zabiegi — w pewnej ich kombinacji — rzeczywiście otrzymałem pomyślne wyniki. To też, odwdzięczając się Szan. kol. RYBICKIEMU za słowa zachęty do dalszej nad eklampsyą pracy w zaznaczonym kierunku i będąc pewnym, iż na wymianie zdań sprawa ta zyska, pozwolę sobie wyrazić nadzieję, iż użyta przeze mnie „kombinacya“ paru zabiegów w leczeniu eklampsyi porodowej znajdzie szerokie uwzględnienie wśród kolegów i pobudzi nie jednego z nich do stosowania jej, a tem samem może do nowych w tym przedmiocie zestawień i prac.

Stanisław Cykowski.

Warszawa, w marcu 1905 r.

Jeszcze słów kilka

o drgawkach porodowych i ich leczeniu.

Podał A. RYBICKI.

D-r Stanisław CYKOWSKI w odpowiedzi na uwagi moje, dotyczące leczenia eklampsyi jego metodą („Medycyna“ z r. b. N. 11), dotknął przede wszystkim różnicy, mającej niby zachodzić w poglądach naszych na przyczyny tej choroby, a w szczególności, że ja do nich zaliczam: zmartwienie, zaleganie skrzepu w macicy, zaparcie stolca (resztę ich pokrył domyślnikiem „i t. d.“), on zaś „zawsze“ jako taką przyjmuje tylko zatrucie organizmu przez swoiste cytotoksyny i przenikanie kosmków łożyskowych do dróg krwionośnych. Z tej to różnicy w zapatrywaniach naszych na istotę choroby wynika, jego zdaniem, i różnica w sposobach leczenia jej, a w szczególności stosowania upustów krwi i

zastrzykiwań podskórnych fizyologicznego roztworu soli, zalecanych ogólnie przez niego, a kwestyonowanych do pewnego stopnia przeze mnie.

Nie chcąc być posądzonym o przyznawanie tylko błahym na pozór przyczynom możności wywołania tak ciężkiej, jaką jest eklampsja, choroby, a przytem powątpiewając, iżby praca moja, przedmiotu tego dotycząca, z przed lat ośmnastu „znana“ była ogółowi kolegów, jak pisze kol. C.¹⁾, zmuszony jestem powtórzyć tu poglądy moje na istotę i przyczyny drgawek porodowych, w tej właśnie pracy wypowiedziane²⁾.

Eklampsja właściwa ciężarnym, rodzącym i położnicom jest chorobą ściśle od sprawy płodzenia zależną, w zmianach więc, jakie ta sprawa w ustroju niewieścim powoduje (czy to nieprawidłowo posuniętych fizyologicznych, czyli też wynikających z niej powikłaniach chorobowych), upatrywać winniśmy jedynie podstawowe przyczyny wybuchu choroby. Na to pojęcie, o ile mi się zdaje, zgadzają się po dziś dzień wszyscy autorowie—przed ośmnastu laty wszakże, kiedy pisałem pracę moją o eklampsji, z chaosu różnych poglądów na istotę tej choroby wybitnie wyłaniały się dwa, a mianowicie, dawniejszy, na zakażeniu moczowym lub amonowem oparty (FRERICHS, SPIEGELBERG a po części i HALBERTSMA), i nowszy, że go tak nazwę, hemo-dynamiczny (TRAUBE, ROSENSTEIN, MUNK) raczej na zbyt daleko zaszyłych zmianach w składzie i krążeniu krwi, ciężą spowodowanych, niż na chorobowym zakażeniu oparty. O zakażeniu toksynami lub komórkami i czyli też kosmkami łożyskowemi jeszcze wówczas mowy nawet nie było, a w całej literaturze, przedmiotu tego dotyczącej, udało mi się spotkać zaledwie jedną teorię DELORE'go, na hipotezie o zakażeniu swoistemi bakteriami opartą³⁾.

Chcąc pogodzić najróżnorodniejsze ówczesne pojęcia o przyczynach powstawania eklamp-

syi, pozwoliłem też sobie (*loco citato*) postawić i mój własny pogląd na patogenezę tej choroby, a więc po zastanowieniu się nad całym szeregiem teoretycznych o niej pojęć i wyczerpaniu wszelkich uzasadnień i rozumowań, orzekłem, że eklampsja jest typową neurozą, od podrażnienia ośrodka drgawek obustronnych pochodzącą — a wobec tego⁴⁾: „Obojętną jest rzeczą, co drażni w danej chwili, byleby bodziec drażniący był dostatecznie silny, lub ośrodek odpowiednio do drażnienia nadający się. W ostatnim razie napozór nie znaczący nawet bodziec drgawki wywołać może.

„Tylko w ten sposób sformułowane pojęcie pogodzić może różne teorye o istocie eklampsji i objaśnić różne sprzeczności; tylko na tej drodze jesteśmy w możności wytłomaczyć zawsze jednaki typ drgawek porodowych pomimo różnych współtowarzyszących im objawów za życia lub znajdujących po śmierci.

„Wszystko, cokolwiek wpływa na niekorzystną zmianę odżywiania ośrodka, co w rezultacie odporność jego zmniejsza i czyni wrażliwszym na działanie bodźców, zatem, tak dobrze małokrwistość, jak przekrwienie, wodnistość krwi, *plethora* surowicza, jak wreszcie zakażenie krwi pierwiastkami szkodliwymi (moczowymi), wszystko to, działając czas pewien na ów ośrodek, może do eklampsji uspasabiać a nawet w razie przekroczenia pewnego *maximum* nieszkodliwości samodzielnie ją wywoływać. W różnych przypadkach taka przyczyna uspasabiająca może być różna, zawsze jednak główną jej podstawą jest ciąża.

„Nie we wszystkich wszakże przypadkach przyczyna uspasabiająca dosięga owego *maximum*, po którym już drgawki samodzielnie wywołać może; owszem, wiadomo nam, iż pojawiają się one najczęściej nie w ciąży, lecz podczas porodu — akt więc ten łączy w sobie najwięcej momentów, napady drgawkowe w y w o ł u j ą c y c h.

„Takiemi w mojem przekonaniu i w przekonaniu wielu innych badaczy są: 1) nagłe podniesienie ciśnienia wewnątrz - naczyńowego, pracą porodową wywołane i 2) podrażnienie nerwów obwodowych, z tą pracą w związku zo-

¹⁾ Wzmianki o niej niema nawet w starannie opracowanej rozprawie d-ra W. Popiela, pomieszczonej w „Medycynie“ z r. 1899.

²⁾ Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i lezeniu drgawek porodowych (Eclampsia parturientium) jako dopełnienia prac własnych poprzednich. „Medycyna“ T. XV.

³⁾ „Medycyna“ T. XV. Str. 684.

⁴⁾ „Medycyna“ T. XV. Str. 685 i 686.

stające. W tym ostatnim razie eklampsja jest dopiero prawdziwą neurozą zwrotną, za jaką ją mieć chce stale wielu autorów. Bodziec drażniący nie potrzebuje tu nawet być gwałtownym, zastaje bowiem w danej chwili, ośrodek mniej odporny, a ztąd łatwo dający się podrażnić. W ten sposób objaśniamy powstawanie drgawek w ciąży i w porodzie.

„Eklampsja w położu jest albo następstwem, porodowej i jest wówczas dalszym ciągiem tegoż samego podrażnienia, albo też, jeżeli tu dopiero rozwija się samodzielnie, powstaje i teraz z przyczyn podobnych do tych, jakie sprowadzają drgawki w poprzednich okresach płodzenia.

„W każdym razie eklampsja położowa do wodzi, że wytworzone przez ciążę w ośrodku nerwowym usposobienie do drgawek dość długo przeciągnąć się może, że zatem wynikło ono nie z przyczyn chwilowych, lecz długotrwałych i stopniowo spotęgowanych.

„Stawiając w ten sposób pojęcie o powstawaniu drgawek porodowych, nie przeczy my wcale możliwości oddziaływania na tę sprawę w pewnej mierze zakażeń krwi (bez względu na ich naturę), przypisujemy im jednak działanie raczej uspasabiające, niż wywołujące eklampsję“.

Tak więc, choć w roku 1887 nie znane mi jeszcze były nowe teorie zatrucia cytotoksynami lub przenikania kosmków, czy komórek łożyskowych do dróg krwionośnych ciężarnej, mimo to pojęcie moje o eklampsji wcale nie przeczyło i nie przeczy obecnie możliwości działania tych przyczyn (choć nie „zawsze“, jak chce kol. C.) na wywoływanie drgawek porodowych, ale zalicza je do kategorii przyczyn raczej uspasabiających, niż bezpośrednio je wywołujących. Do tych zaś ostatnich odnieść możemy cały szereg różnych czynników, a więc i owo zmartwienie, tembardziej zaleganie skrzepu w macicy, powodujące silne jej kurcze, zaparcie stolca z rozdęciem trzew⁵⁾ i t. p., w szczególności zaś silne bóle porodowe z okresu przy odpowiednim przygotowaniu ośrodka drgawek obustronnych u rodzącej, czyli wielkiej jego wrażliwości.

W zakończeniu wywodów moich o przyczynach i powstawaniu eklampsji (*loco citato*) postawiłem też następujący wniosek:

„Pojęcie powyższe o istocie eklampsji o tyle, mojem zdaniem, jest praktycznie ważne, o ile przyjmuje w zasadzie możliwość różnych przyczyn, uspasabiających i wywołujących drgawki; z niego więc wynika logiczny wniosek, iż pod względem leczniczym przy eklampsji nie wolno jest nam stosować się do jednego z góry postawionego prawidła, lecz że przy wyborze środków winniśmy nieodżownie stosować się do wskazań, jakie nastęrcza nam poszczególne przypadki“.

Wierny tej zasadzie, w uwagach moich, pomieszczonech w N. 11 „Medycyny z r. b., nie zarzuciłem kol. C. niewłaściwego stosowania tego lub owego środka w poszczególnych przypadkach, ale zaoponowałem przeciw zalecaniu jakiegokolwiek metody, stale leczyc mającej eklampsję. Wprawdzie wobec wypowiedzianego stanowczego zdania, że przy eklampsji „zawsze“ ma miejsce zakażenie swoiste cytotoksyną lub czemś podobnem, idea o użyciu specjalnego środka lub stałej kombinacji środków zrodzić się może w umyśle naszym, idei tej wszakże niepodobna jest nam „zawsze“ akceptować, dopóki nie rozwiązane zostanie pytanie, co też się dzieje z owym zakażeniem w przypadkach, gdzie eklampsja po rozwiązaniu rodzącej, jak ręką odjął, natychmiast ustaje? a tych przecie przypadków jest bardzo wiele. Czyliżby z chwilą rozwiązania ginąć miały natychmiastowo i owe toksyny lub kosmki łożyskowe?

Gdybyśmy nawet zgodzili się na stałą obecność zakażenia toksynami w eklampsji, to należałoby nam pomyśleć raczej o zastosowaniu jakiejś swoistej seroterapii, niż o zalecaniu we wszystkich przypadkach kombinacji, ze środków hemo-dynamicznych złożonej, do jakich sam kol. C. zalicza zalecane przez siebie stale upusty krwi ogólne i wlewania roztworu fizyologicznego soli.

Co do mnie, pojmuję, że upust krwi ogólny doraźnie zmniejszyć może nadmierne ciśnienie krwi w naczyniach ośrodków nerwowych, ale nie pojmuję, w jakiby sposób mógł usunąć doraźnie wszystkie we krwi obecne szkodliwe pierwiastki, eklampsję wywołujące mające, czy

⁵⁾ Wielu autorów rozróżnia nawet oddzielną formę „Eclampsia ab ingestis“.

to kreatyny, kreatyniny, mocznik, kwas moczowy, czy też bakterye, toksyny i t. p.

Toż samo powiedzieć można i o wlewaniach podskórnych roztworu fizyologicznego soli kuchennej, które, zastosowane zaraz po upuszczeniu, mają chyba dynamicznie poprawić to, co upust krwi osłabił, t. j. podnieść ciśnienie w układzie naczyniowym, a potem dopiero na drodze chemicznej do rażnie zneutralizować wszystkie pierwiastki zakaźne we krwi obecne. Zaiste, — byłby to środek nieoceniony, gdyby tak ogólnie miał być w tym kierunku skuteczny.

Oto są wątpliwości, jakie nastroczają się lekarzowi praktycznemu, nie mogącemu korzystać z doświadczeń w laboratoryach i klinikach

uniwersyteckich, i dlatego wyznaję otwarcie, że mię odpowiedź kol. C. na uwagi moje o leczeniu jego sposobem eklampsyi wcale nie przekonała, i pozostaję przy zdaniu, że, chociaż zalecane przez niego środki, oddzielnie każdy biorąc, mogą być z korzyścią stosowane w poszczególnych przypadkach tej choroby, to jednak w kombinacyi, przepisanej przez kol. C., stale stosowane być nie powinny.

Poczekajmy zresztą na dalsze rezultaty spostrzeżeń kol. C. i tych wszystkich, którzy rady jego usłuchać zechcą.

Skierniewice, w kwietniu 1905 r.

Ruch chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława.

za czas od 14 lutego do 14 marca 1905 r.

W miesiącu sprawozdawczym przybyło chorych 91 (47 m. 44 k.), pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 91 (47 m. 44 k.), wypisało się zdrowymi 81 (44 m. 37 k.), z polepszeniem 1, zmarło 8, na miesiąc następny zostaje 91 chorych.

Róża w dalszym ciągu zajmuje liczebnie pierwsze miejsce między rozmaitemi postaciami infekcyi. W miesiącu sprawozdawczym przybyło 23 przypadki (10 m. 13 k.), z ubiegłego miesiąca pozostało 32 (16 m. 16 k.), wypisało się zdrowych 32 (17 m. 15 k.), jeden z polepszeniem, zmarło 2 (1 m. 1 k.), pozostało na miesiąc następny 20 (7 m. 13 k.). Cechą wybitną chorych na różę w tym miesiącu były nawrotne stany chorobowe pomimo stosowania możliwie ścisłych zabiegów terapeutycznych.

Chorzy przebyli dni szpitalnych 323 (26 m.) 400 (29 k.). Przybyli z następujących ulic i domów: Chłodna 8, Dzielna 45, Grzybowska 76, Karmelińska 15, Leszno 17, Marszałkowska 52, Nowogrodzka, Nowowiejska, Nowe Miasto 21,

Okopowa 26, Przemysłowa 26, Płocka 14, Ś-to Krzyska 33, Śliska 32, Wolska 38, 18, Żelazna 3 (3 przyp.), ze wsi Baniochy, Nowe Brudno, Koło, Wola.

Ospa. Przybyło 17 (8 m. 9 k.), z poprzedniego miesiąca pozostało 23 (13 m. 10 k.), wypisano zdrowych 14 (9 m. 5 k.), 3 kobiety zmarły, pozostało na miesiąc następny 23 (12 m. 11 k.). Ospowi chorzy przebyli dni szpitalnych 347 (21 m.), 292 (19 k.). Wśród ospowych chorych 4 było nieszczepionych, nasilenia choroby były nieraz ciężkie i wymagały mniej lub więcej skomplikowanych opatrunków chirurgicznych na kończynach, tułowiu, oczach i uszach. Chorzy zapisani z następujących ulic i domów: Brzeska 1, Białostocka 2, Czerniakowska 3, 92, Chłodna 4, Chmielna 5, Freta 40, Kaliksta 17, Leopoldyna 9, Nowomiejska 10, Smocza 11, Twarda 12, ze wsi Marki, Piaseczno, Staczek 3, Targówek, miasta Dźwińska.

Tyfus wysypkowy. Przybyło 9 (8 m. 1 k.), 2 m. wypisano zdrowych, 1 zejście śmier-

telne, 6 (5 m. 1 k.) pozostało na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli chorzy na tyfus wysypkowy 141 (6 m.) i 18 (1 k.).

Przybyli z ulic: Chmielna 68, Czerniakowska 5, Hrubieszowska 2, Twarda 6, ze wsi Ochota 5 przypadków.

Tyfus brzuszny. Pozostała z ubiegłego miesiąca 1 k., przybyło 9 (5 m. 4 k.), na miesiąc następny zostaje 10 (5 m. 5 k.), dni szpitalnych przebyli 48 (5 m.) i 72 (5 k.). Przybyli z ulic: Chłodna 20, 18, Marszałkowska 42, Ogrodowa 65, Przemysłowa 25, Szwedzka 19, Tylna Młynarska 9. Wieś Czyste 2 przypadki.

Płonica. 10 przyp. (6 m. 4 k.) pozostało z ubiegłego miesiąca, 2 (1 m. 1 k.) przybyło w miesiącu sprawozdawczym, wypisano zdrowych 10, pozostało na miesiąc następny 2 (1 m. i 1 k.), dni szpitalnych przebyli 82 (7 m.) i 75 (5 k.). Przybyli z ulic: Nowolipie 10, Wolska 39.

Błonica. Pozostało 3 k., przybyło 4 (2 m. i 2 k.), wypisano zdrowych 2, jedna zmarła, 4 pozostaje na miesiąc następny. Dni szpitalnych przebyli 50 (5 m.) 35 (2 k.).

Krzusiec. Przybyło 4, pozostaje na miesiąc następny 4. Dni szpitalnych dotąd przebyli 21 (3 m.) i 6 (1 k.).

Odra. Pozostało z poprzedniego miesiąca 4 (1 m. 3 k.), przybyło 4 (1 m. 3 k.), wypisało się zdrowych 4 (1 m. 3 k.), pozostało 4 (1 m. 3 k.). Dni szpitalnych przebyli 31 (2 m.) i 50 (6 k.).

Grypa. Z poprzedniego miesiąca zostało

5 (3 m. 2 k.), przybył 1 m., wypisało się zdrowymi 6 (4 m. 2 k.). Przebyli dni szpitalnych 55 (4 m.) i 31 (2 k.).

Następnie, z ubiegłego miesiąca pozostało: 5 rannych (4 z ranami postrzałowymi, z których 2 wypisało się zdrowymi); 1 z kontuzją goleni, 1 z wrzodem goleni są w leczeniu; 1 m. zatrucie esencją octową po 11 dniach szpitalnych zakończone zupełnem wyzdrowieniem; 1 m. po zapaleniu opon mózgowych urazem, 4 ostre kataralne zapalenie błon śluzowych dróg oddechowych, 1 rumień (*erythema*), ostre zapalenie gardła (1 m.), przybyłe wraz z pozostałymi 2 (1 m. 1 k.) z ubiegłego miesiąca, zakończyły się wyzdrowieniem. Prócz tego w miesiącu sprawozdawczym przybyli chorzy na gościec stawowy (1 m.), na zimnicę (1 m.), na małopokrwistość bledniczą 1 k., na uwiąd stareży 1 m. 2 k. (1 zejście śmiertelne), na zapalenie płuc 2 m., nerwoból trzew 1 m., zapalenie nerek 1 k., plamicę krwotoczną 1 m. po 24 dniach pobytu w szpitalu wypisał się zdrowym.

Ogółem w miesiącu sprawozdawczym 182 chorych przebyli 2553 dni szpitalnych.

Zamiejscowych chorych przybyło 20 (14 m. 6 k.). Śmiertelność miesięczna 4,4%.

Badań pośmiertnych wykonano 3.

Biletów odmownych chorym, nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława, wydano 3 (2 m. 1 k.).

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi

o każdym niedoręczonym numerze.