

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE
DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 16.

Warszawa d. 22 (9) Kwietnia 1905 r.

T. XXXIII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz 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. O nowotworach rdzenia. Podali E. Flatau i Wł. Sterling. (Ciąg dalszy). — Badania fizykalno-chemiczne wód leczniczych normalnych prof. d-r W. Jaworskiego. Dokońcał d-r K. Flis. (Dokończenie). — Wykłady kliniczne. O leczeniu kamicy nerkowej. (Dokończenie). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1905 r. — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) E. FLATAU i Wł. STERLING — Sur les néoplasmes de la moelle. 2) D-r K. FLIS — Recherches physico-chimiques sur les eaux curatives normales du prof. W. JAWORSKI.

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

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) E. FLATAU und Wł. STERLING — Ueber die Neubildungen des Rückenmarks. 2) D-r K. FLIS — Physikalisch-chemische Untersuchungen der normalen Heilwässer von prof. W. JAWORSKI.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału dla chorych nerwowych w szpitalu Żydowskim na Czystem.

O NOWOTWORACH RDZENIA.

(Przypadek operowanego nowotworu rdzenia zewnątrzrdzeniowego, przebiegającego bez bólów dotkliwych).

Podali

E. FLATAU i Wł. STERLING.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

W kończynie dolnej lewej stwierdzamy także osłabienie, jakkolwiek w stopniu znacznie słabszym. Odruchy ścięgnowe bardzo wzmożone.

Trepidation spinale. Obustronnie *clonus pedis et patellae*. Z obu stron wyraźny objaw BABIŃSKIEGO. Odruchy epigastralne zachowane, mezo- i hipogastralnych wywołać nie można. Odruchy z *cremaster* z obu stron słabe.

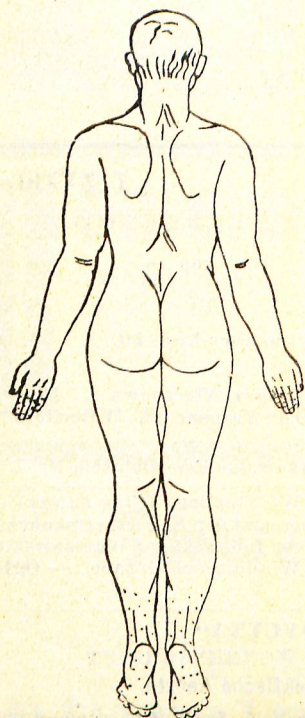
Czucie mięśniowe zachowane.

Inne rodzaje czucia — patrz rysunek.

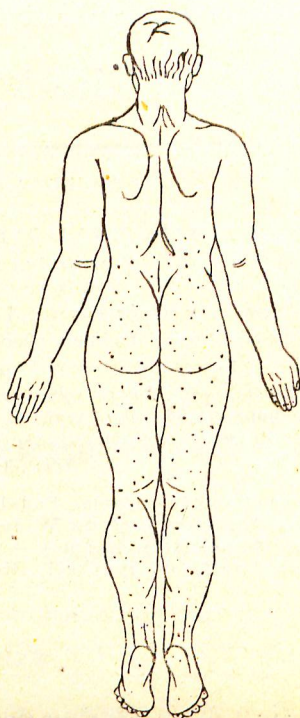
Chory chodzi bez pomocy, lecz bardzo powoli, przy próbie chodzenia prędkiego — chód staje się niepewnym; charakter chodu: paretyczny i zwłaszcza po stronie lewej — spastyczno-drżący.

Czucie stereognostyczne zniesione w tych samych granicach, co i czucie bólu i temperatu-

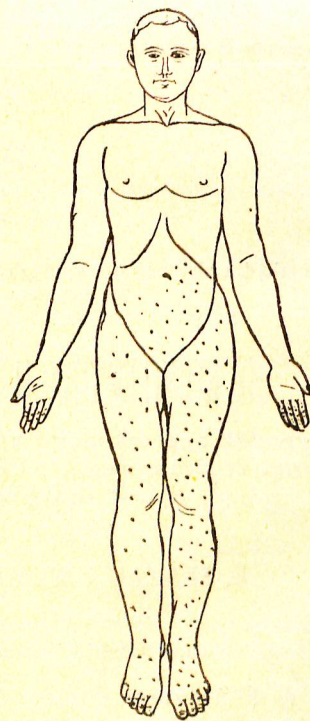
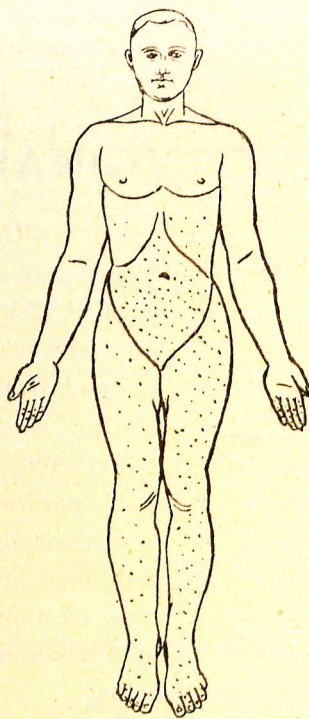
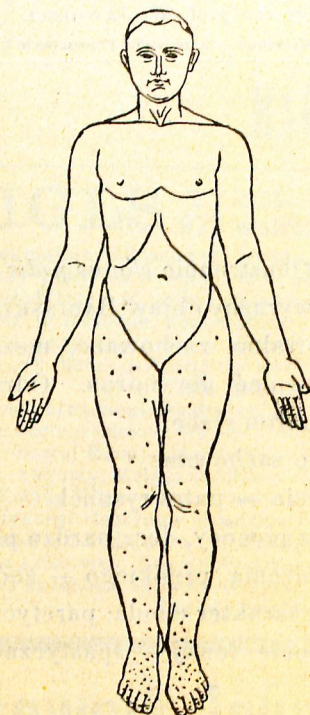
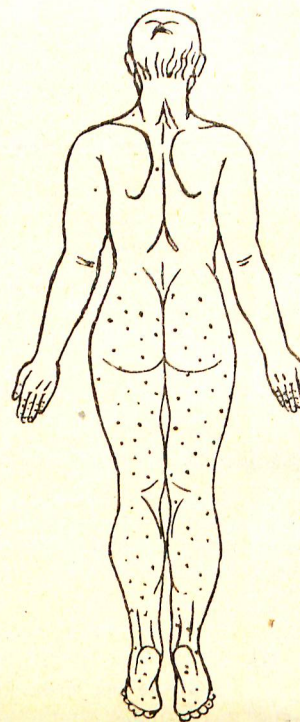
Czucie dotykowe



Czucie bólowe



Czucie cieplikowe



ry. Czucie mięśniowe zachowane w stawie biodrowym i kolanowym. W obu stawach skokowych = 0. Co się tyczy palców, to chory odczuwa z obu stron ruchy wszystkich palców *en masse* do dołu, lecz nie do góry. Po prawej stronie nie odczuwa ani ruchów pojedynczych palców, ani 2, ani 3 palców razem. Z lewej strony nie odczuwa ruchów pojedynczych palców, lecz odczuwa *flexionem dorsalem* 2 sąsiednich palców, wziętych razem (z wyjątkiem 4 i 5).

29. IX. 03. I Injectio 4% *Hydrargyri sozodolici*.

5. X. Chodzi dzisiaj gorzej, zwłaszcza prawa noga sztywna przy chodzeniu.

12. X. Chodzi o własnych siłach. Chód paretyczno - spastyczny, zwłaszcza z prawej strony.

17. X. *Injectio* IV. Przy opukiwaniu bolesne są dolne kręgi grzbietowe. Chód utrudniony, chodzi jednak bez pomocy, nogi wyprostowane, częste kołysanie się zwłaszcza przy zakrętach. Prawa noga znacznie gorsza od lewej. *Retentio urinae*.

20. X. Skarży się na uporczywy ból w prawem podżebrzu. Obustronnie wyraźny *clonus pedis et patellae*. Cała kończyna dolna prawa jest chłodniejsza od lewej.

21. X. Nie może oddać moczu w pozycji stojącej, tylko w siedzącej. *Obstipatio alvi*. Kąpiele.

23. X. Wczoraj po kąpieli prawa kończyna dolna była zupełnie porażona. Przy leżeniu ból w prawem podżebrzu i w prawym boku, przy chodzeniu prócz tego ból w prawej nodze.

En masse nie jest w stanie zupełnie podnieść wyprostowanej prawej kończyny dolnej, lecz może ją zgiąć i rozgiąć.

IV krąg grzbietowy bolesny przy uciskaniu i opukiwaniu.

Ukłucie szpilką odczuwa na lewej połowie brzucha i na lewym udzie gorzej, aniżeli na prawem.

2. XI. Chory nie jest w stanie chodzić bez kija, a opierając się na kiju, chodzi bardzo powoli, chód jest bardzo niepewny — paretyczno-spastyczny, bez ataksyi. Po kilku razach męczy się. Podczas chodu staje się widoczne znaczne osłabienie prawej kończyny dolnej w porównaniu do lewej. Chory jest w stanie stać bez kija, przyczem opiera się całą lewą stopą oraz palcami prawej stopy o podłogę, przyczem cały korpus przegięty jest ku przodowi, a po pewnym czasie można zauważyć opadanie całego korpusu ku przodowi (objaw *propulsyi*).

Sfera ruchowa. Chory nie może podnieść prawej kończyny dolnej *en masse* do góry. Zginanie i rozginanie, przyprowadzanie i odprowadzanie kończyny w prawym stawie biodrowym są możliwe, lecz z bardzo nieznaczną siłą, przyczem przyprowadzanie i rozginanie silniejsze są od odprowadzania i zginania. Zginanie i rozginanie w stawie kolanowym zachowane w słabym stopniu. Przyczem rozginanie silniejsze jest od zginania.

Ruchy w stawie skokowym — bardzo ograniczone — *flexio plantaris* > *flexio dorsalis*.

Ruchy palcami prawej stopy wykonywa chorey niezręcznie, powoli i prawie wyłącznie *en masse*.

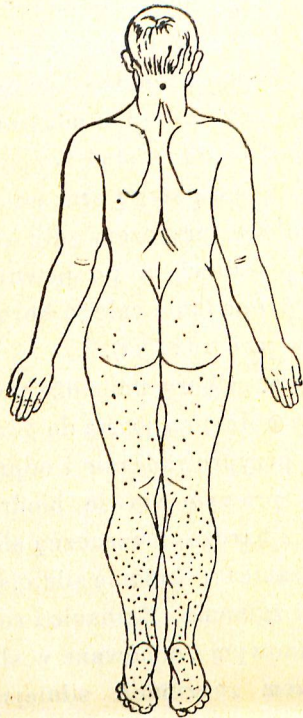
W lewej kończynie dolnej ruchy są znacznie silniejsze, aniżeli w prawej, lecz w stosunku do rozwoju muskulatury chorego — są osłabione. Specjalnie zaznaczyć należy, że chorey może podnieść lewą kończynę dolną *en masse*, i że ruch palcami wykonywa dość prędko.

Przy ruchach biernych w lewej kończynie dolnej nie spostrzegamy wzmożenia napięcia mięśniowego, w prawej jest pewien stopień hipertonii.

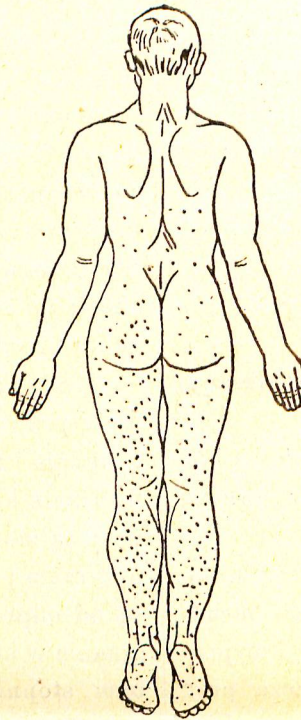
Czucie (patrz rysunek).

Czucie mięśniowe nieco osłabione w palcach lewej stopy (odczuwa ruchy palców *en masse*, lecz nie pojedynczych), znacznie silniej dotknięte jest czucie mięśniowe w pra-

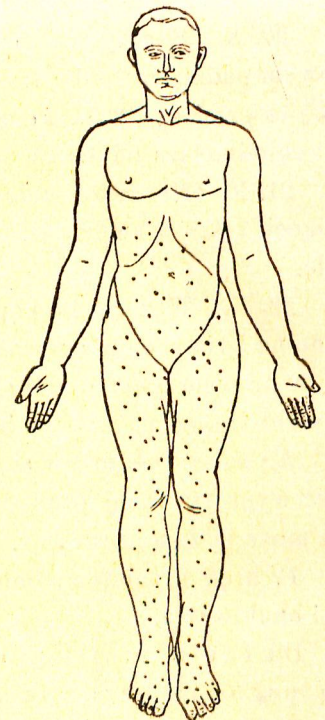
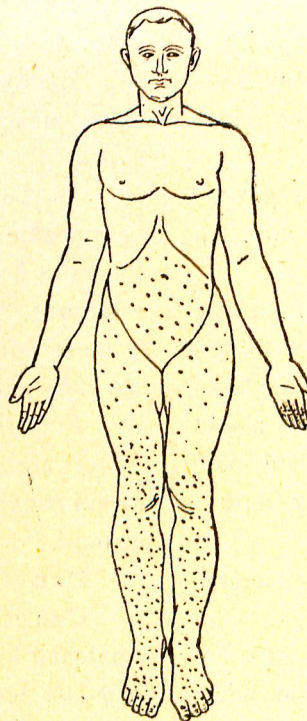
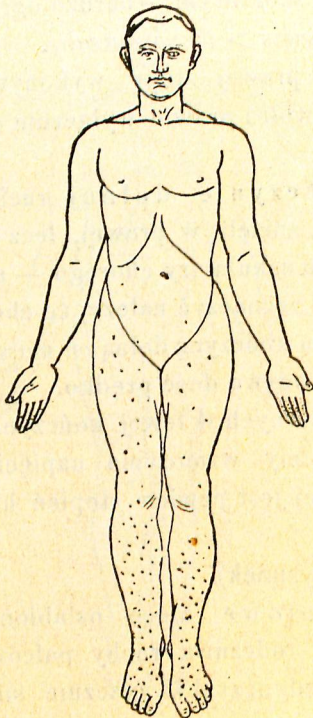
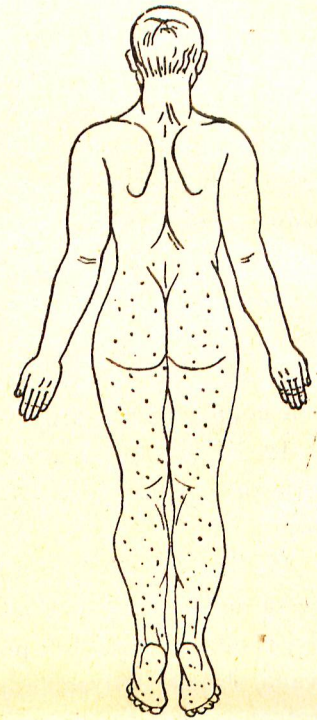
Czucie dotykowe.



Czucie bólowe.



Czucie cieplikowe.



wej kończynie dolnej, nie tylko w palcach, lecz i w stawie skokowym i kolanowym.

PR obustronnie wzmożone, z prawej strony przy pojedynczym uderzeniu — *trepidation*. Z prawej strony *clonus patellae*, z lewej mniej wyraźny. Obustronnie *clonus pedis*, z prawej strony silniejszy.

Objawu BABIŃSKIEGO nie stwierdzono. Odrucho podszwowy = 0; nawet przy ukluciacz palce są nieruchome.

Cremaster obustronnie bardzo słaby.

Odruch z *hypogastrium* = 0, epigastralne są z prawej strony silniejsze.

Retentio urinae et obstipatio alvi.

Z zaburzeń naczyniowo-ruchowych zauważyć należy sinicę obu stóp. Obie stopy są chłodne, prawa chłodniejsza, niż lewa.

Ze strony kończyn górnych i nerwów czaszkowych — zmian nie ma.

Przy chodzeniu — ciągnące bóle w prawej nodze i w prawym podżebrzu, a nocą podczas leżenia bóle w prawym podżebrzu i w prawym boku.

Przy ucisku na kręgosłup występuje lekka bolesność w okolicy IV kręgu grzbietowego, wyrażona słabiej, aniżeli przy *status* z 23. X.

Chory wypisuje się na własne żądanie bez poprawy, nie zgodziwszy się na operację. (Rozpoznano: *tumor medullae spinalis*).

14. I. 04. Chory powrócił powtórnie do naszego oddziału — zdecydowany na operację. Od czasu wypisania się ze szpitala stan jego powoli się pogarszał, w 3 tygodnie zupełnie stracił zdolność chodzenia. W ostatnich czasach w porażonych kończynach od czasu do czasu występują kurcze, lecz bólów nie miewa. Jak dawniej, tak i teraz skarży się na bóle w *hypochondrium dextrum* i w krzyżu. W ostatnich tygodniach wystąpiła *incontinentia urinae et alvi cum insensibilitate*.

St. praes. W nerwach czaszkowych i kończynach górnych — nie szczególnego.

W obu kończynach dolnych — prawie zupełna paraplegia o charakterze spastycznym, zachowane są tylko w nieznacznym stopniu ruchy palców z obu stron, z lewej strony lepiej, aniżeli z prawej. W stawie biodrowym stwierdzono bardzo znaczne wzmożenie napięcia mięśniowego w zginaczach i dość znaczne w adduktorach uda.

W stawie kolanowym — wzmożenie napięcia mięśniowego przy rozginaniu biernem z prawej strony, a z lewej przy zginaniu i rozginaniu w kolanie, w stawach skokowych — przy fleksyi dorsalnej.

Odruchy z *triceps* i okostnowe — normalne.

Odruchy PR i AR — bardzo żywe, przy uderzaniu w *tendo Achillis* i przy zginaniu stopy — *clonus pedis*; stwierdzić się także daje *clonus* kolana i rzepki, które jednakże szybko się wyczerpują.

Wyraźny objaw BABIŃSKIEGO.

Cremaster obustronnie żywy. Brzuszne = 0. *Friapismus*.

25. I. Chory został przepisany do oddziału kol. KRAUZEGO, który d. 1. II. dokonał operacji.

Sub chloroformio wykonano cięcie od 3 do 4 grzbietowego kręgu. Po odseparowaniu części miękkich zdjęto kleszczami LUER'a *proc. spinosi*, a następnie małymi kleszczykami LISSON'a usunięto łuki kręgowe. Wyjęto III, IV, a następnie i II kręgi grzbietowe. Rdzeń zupełnie nie pulsował.

W wytworzonej jamie nowotworu nie znaleziono. *Dura mater* nie była otwierana.

Następnie zaszyto katgutem piętrowo mięśnie, a potem skórę. Do rany wprowadzono 2 burdonety. Przy operacji uzupełnienie użyto ani dłuta, ani młotka.

2. II. 04. Tętno 104, *p. parvus*. PR z obu stron słabe. Hypertonia jak dawniej. AR wyraźne. *Incontinentia urinae*. C. 37,4°.

3. II. C. 37,4°. Tętno 100. Chory czuje się bardzo osłabionym. Objaw BABIŃSKIEGO obustronnie. *Paraplegia completa*. Czućie = *st. idem*.

4. II. C. 37,6°. Tętno 104. *Incontinentia urinae*. Bóle w brzuchu. Język wilgotny, tętno dobre.

5. II. C. 38,2°. Tętno 106. Bóle brzucha. Po lawatywie HEGAR'a odejście gazów. Chory skarży się na ból głowy. Mocz krwawy. *Incontinentia*. Samopoczucie niezłe.

AR i PR wyraźne. Objaw BABIŃSKIEGO z obu stron.

Deligatio. W ranie nie szczególnego nie zauważono.

6. II. C. 38,2°. Tętno 100. W nocy ból głowy. Nieznaczny ból na miejscu rany. Mocz krwawy. *Incontinentia*.

7. II. C. 39,6°. *Deligatio*. W ranie nie szczególnego.

8. II. C. 39,2°.

9. II. C. 37,6°. Tętno 96. Skarży się na osłabienie ogólne. *Incontinentia urinae*. Usunięto szwy. *Prima intentio*.

10. II. C. 39,2°.

11. II. C. 38,4°. Skarży się na silne palenie w ustach.

12. II. C. 38,4°. Tętno 108, *p. parvus, mollis*. Skarży się na brak apetytu.

Incontinentia urinae. *Retentio alvi*.

Tworzą się 2 odleżyny na obu pośladkach, mniej więcej wielkości dłoni.

Paraplegia extremitatum inferiorum completa. Charakter spastyczny porażenia prawie zupełnie znikł. Obu PR nie udaje się wywołać.

AR bardzo żywe, lecz nie ma *clonus pedis*. Objaw BABIŃSKIEGO z obu stron.

Czućie — jak dawniej.

13. II. C. 37,4°. T. 100. *Deligatio*.

14. II. C. 37,4°.

15. II. *Deligatio*.

17. II. C. 37,8°. *Deligatio*.

20. II. C. 38°. Chory czuje się bardzo osłabionym.

21. II. C. 38,6°. *Deligatio*. Tętno słabe. Odleżyny powiększają się.

22. II. C. 37,8°. Bezsenność.

24. II. C. 39°. Czuje się nieco lepiej.

25. II. *Deligatio*.

1. III. *Deligatio*. Odleżyna powiększa się. Stan chorego z każdym dniem gorszy.

5. III. Tętno przyspieszone, słabe.

9. III. *Deligatio*. C. 39,4°.

12. III. Chory bardzo osłabiony. Tętno bardzo słabe.

15. III. Przytomność zaćmiona.

Chory zmarł dnia 16. III.

(C. d. n.).

(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.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 15).

IV.

Zasługą niespożytą H. de VRIES'a (1884) jest obserwacja zjawiska osmozy na komórkach roślinnych, co tenże autor nazwał *plasmolysis*. Za pomocą tej to plazmolizy podał de VRIES pojęcie izotonii, hipertonii i hypotonii.

Jakkolwiek obserwacja na komórkach roślinnych nie dozwala skutecznie pomiarów ciśnienia osmotycznego, i pomiary te dokonano na

sztucznych błonach półprzepuszczalnych (*membranae semipermeabiles*) (PFEFFER), to jednak badania VRIES'a są podstawą ogólnie dziś panującego zapatrywania, że zjawiska chłonięcia i wydzielania w ustroju zwierzęcym dadzą się sprowadzić do praw ciśnienia osmotycznego.

Pomiary zatem fizykalno-chemiczne wód mineralnych są ważne ze względu, iż pozwalają nam ocenić ich działanie fizyologiczne.

Ponieważ najpospoliciej wody lecznicze wprowadza się do ustroju drogą żołądka, przeto w działaniu ich rozróżnić musimy przedewszystkiem zachowanie się ich w żołądku, a następnie, po wessaniu, wpływ na ciśnienie osmotyczne krwi, limfy, wydzielin i wydaliny. Badania w tych kierunkach nie są liczne.

MEHRING¹⁸⁾ na podstawie doświadczeń, na psach przeprowadzonych, twierdzi, że ściana żołądka jest przepuszczalna dla obojętnych drobin NaCl. Bardzo cenne pod tym względem są prace STRAUSS'a¹⁹⁾ 20), który na podstawie badań KOSTKIEWICZA²¹⁾ i swoich własnych dochodzi do wniosków następujących:

1) Wody hipertoniczne pozostają w żołądku *caeteris paribus* dłużej — aniżeli izotoniczne, a te dłużej — aniżeli hypotoniczne.

2) Wolny HCl zjawia się po wodach hypotonicznych wcześniej i wydziela w większej ilości, aniżeli po izo- i hipertonicznych.

3) W pewnych granicach zjawiska te ulegają indywidualnym wahaniom.

4) Przy wodach hipertonicznych występuje najpierw w żołądku sekrecja celem rozcieńczenia, podczas gdy sekrecja specyficzna, produkująca HCl, rozpoczyna się dopiero, gdy

ciśnienie osmotyczne treści żołądkowej do pewnej granicy się obniżyło.

5) Zdolność żołądka do wytwarzania HCl nie wpływa wyraźnie na zależność przebywania wody danej w żołądku od obniżenia punktu jej marznięcia — wreszcie:

Δ treści żołądkowej na szczycie trawienia jest mniejsze, aniżeli Δ krwi, i wynosi średnio — 0.44°. Dla treści, zawierającej wolny HCl, liczba ta waha się w granicach od — 0.33° do — 0.50°, dla treści zaś bez HCl od — 0.35° do — 0.58°.

Inne, bardzo ciekawe i ważne pod względem leczniczym wnioski i doświadczenia STRAUSS'a pomijam, odsyłając czytelnika do prac przytoczonych.

Dla mnie ważna jest wielkość izotonii treści żołądkowej, nazwanej przez STRAUSS'a gastroizotonią, albowiem ją jako podstawę podziału wód przyjąłem.

Błona śluzowa jelit ma według LANDOIS'a²²⁾ znaczenie błony półprzepuszczalnej, a HEIDENHEIM²³⁾ przypisuje jej specyficzny wpływ na chłonięcie.

Wpływ ciśnienia osmotycznego wprowadzonych wód i roztworów soli na krew był również przedmiotem badań kilku autorów, z których jedni wraz z KOEPPE'm spostrzegali po użyciu roztworów hipertonicznych zwiększenie ciśnienia osmotycznego krwi, inni zaś, jak STRAUSS¹⁹⁾, GROSSMANN²⁴⁾, żadnego wpływu wykazać nie mogli.

W końcu badano warunki ciśnienia osmotycznego w ślinie i w kale z odbytnicy (STRAUSS²⁰⁾ oraz wpływ roztworów soli na ciśnienie osmotyczne w limfie (STRAUSS²⁵⁾ i mle-

¹⁸⁾ Ueber die Function des Magens. Verhandl. des XII Congresses fuer innere Medicin. Cyt. przez Kostkiewicza.

¹⁹⁾ Ueber Beziehungen der Gefrierpunkterniedrigung von Mineralwässern zur Motilität und Secretion des Magens. Therap. Monatshefte. 1899. XI.

²⁰⁾ Zur Function des Magens. Verhandl. des XVIII Congresses fuer innere Medicin. Wiesbaden. 1900.

²¹⁾ Die Gefrierpunkterniedrigung der verschiedenen Mineralwässer im Vergleiche zu derjenigen des Blutes. Therap. Monatshefte. 1899. XI.

²²⁾ Lehrbuch der Physiologie. 1899. I część. S. 388

²³⁾ Neue Versuche ueber die Aufsaugung in Duenn-darm. Pfluegers Archiv fuer Physiologie. T. 56. 1894.

²⁴⁾ Ueber den Einfluss von Triuqueuren mit Mineralwässern auf den osmotischen Druck des menschlichen Blutes. Deutsche med. Wochenschr. 1903 N. 16.

²⁵⁾ Ueber osmotische und chemische Vorgänge am menschlichen Chylus. Deutsche med. Wochenschrift. 1902. Nr. 37 i 38.

ku kobiet karmiących (STRAUSS²⁰), KOEPPE¹⁰), GROSSMANN²⁴). Zdania badaczy są pod tym względem różne. Podczas gdy jedni żadnego wpływu nie zauważyli, inni sprawdzali podniesienie ciśnienia osmotycznego po wprowadzeniu zgęszczonych roztworów soli.

Z wód normalnych gastrohypertonicznymi są:

- słono-alkaliczna (I),
- alkaliczna mocniejsza (III),
- słona słabsza (IV),
- słona mocniejsza (V),
- magnowa (IX),
- bromowa mocniejsza (XV),
- alcalina effervescens fortior (B).

Te wody, przebywając w żołądku dłużej, byłyby zatem przeciwwskazane w niedomodze ruchowej żołądka. Zależy to jednak od ilości wprowadzonej wody. Mała ilość wody rozcieńcza się w treści żołądkowej wkrótce.

Za gastroizotoniczne można przyjąć wody:

- alkaliczna słabsza (II),
- glauberska mocniejsza (VII),
- litowa (XI),
- alcalina effervescens mitior (A),
- magnesiae effervescens (E),

ich bowiem Δ leży w granicach, przez STRAUSS'a dla treści żołądkowej podanych, od — 0.33 do — 0.50.

Reszta wód są gastrohypotonicznymi, a mianowicie:

- woda alkaliczno-słona (VI),
- glauberska słabsza (VIII),
- 3 wapniowe (X. C. D.),
- 2 jodowe (XII. XIII),

- bromowa słabsza (XIV),
- żelazista (XVI),
- arsenawa (XVII),
- arseno-żelazista (XVIII),
- dyetetyczna (XIX),
- kwaskowata (XX),
- stołowa (XXI).

Wobec różnorodności ich składu chemicznego trudno podać dla nich jakieś ogólne wskazania lecznicze. Ponieważ szybko żołądek opuszczają, nie są przeciwwskazane w niedomodze ruchowej żołądka.

Na podstawie wyników powyższych badań można wypowiedzieć następujące wnioski:

1) Wody normalne podlegają takim samym prawom rozszczepiania (dysocjacji), ciśnienia osmotycznego i przewodnictwa elektrycznego, jak wody mineralne rodzime.

2) Podawanie analiz fizykalno-chemicznych w postaci jonów jest dowolnością, żadnymi dowodami poprzeć się nie dającą.

3) Metody badań fizykalno-chemiczne nie zdołały wykazać żadnej różnicy między wodami mineralnymi rodzimymi a sztucznymi, natomiast:

4) Badania fizykalno-chemiczne dają nam ważne nieraz wskazówki lecznicze, rzucają bowiem światło na ich działanie fizjologiczne.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek złożyć na tem miejscu podziękowanie profesorowi d-rowsi Waleremu JAWORSKIEMU za inicjatywę do niniejszej pracy oraz docentowi d-rowsi Stanisławowi TOŁŁOCZCE za wiele cennych wskazówek.

Tablica przeglądowa wód normalnych.

Nr.	NAZWA WODY	Normalność	Stępiwość	Cieź. wł. przy 15°C.	Ilość moliów w 1 cm. ³ $N = \frac{gr}{M \cdot 10^3}$	Ilość gram równoważników w 1 cm. ³ $\eta = \frac{gr}{M \cdot v \cdot 10^3}$	Δt	Gastrotonia	Cisn. osmot. 0 = $\Delta t \cdot 12,93$ atmosfer	Ilość drobin ijonów osmotycznie czynnych w 1 cm. ³ . $\frac{\Delta t}{n} = \frac{0,00185}{n}$	Rozszerzalność $\frac{n}{N}$	Przewodnictwo właściwe K	Przewodnictwo równoważnikowe $\Lambda = \frac{z}{\eta}$
I	Słono-alkaliczna	1	8 1/2	1.009	0.0001667	0.0002404	- 0.71	+	7.7	0.0003895	2.34	0.01333	55.449
II	Alkaliczna słabsza	1/2	4	1.0055	0.000087	0.000094	- 0.395	=	4.75	0.0002135	2.45	0.00596	63.40
III	Alkaliczna mocn.	1	8	1.008	0.000179	0.000189	- 0.715	+	9.3	0.0003866	2.16	0.01136	60.10
IV	Słona słabsza	1	8	1.0075	0.000159	0.000181	- 0.665	+	8.0	0.0003595	2.09	0.014036	77.55
V	Słona mocn.	1 1/2	13	1.0011	0.000247	0.000272	- 1.0	+	12.03	0.0005400	2.23	0.0205136	75.418
VI	Alkaliczno-słona	1/4	2 1/3	1.0025	0.000043	0.0000702	- 0.23	-	2.77	0.0001244	2.89	0.0035422	50.458
VII	Glauberska mocn.	1	7 1/2	1.0085	0.000088	0.000165	- 0.35	=	4.21	0.0001894	2.15	0.010336	62.644
VIII	Glauberska słabsza	1/2	2 1/2	1.005	0.000074	0.0001316	- 0.30	-	3.61	0.0001622	2.19	0.005864	43.04
IX	Magnowa	2	7	1.019	0.000178	0.000350	- 0.96	+	11.55	0.0005189	2.91	0.01796	51.31
X	Wapiowa	1/5	2 1/5	1.0035	0.0000223	0.0000446	- 0.29	-	3.49	0.0001568	7.03	0.0026315	59.0
XI	Litowa	1/2	2	1.006	0.000108	0.0001997	- 0.49	=	5.89	0.0002650	2.45	0.006886	34.23
XII	Jodowa słabsza	1/3	1 1/2	1.003	0.000039	0.0000622	- 0.19	-	2.29	0.0001027	2.61	0.003324	53.44
XIII	Jodowa mocn.	1/2	4	1.004	0.0000395	0.000056	- 0.205	-	2.47	0.0000568	1.41	0.003648	65.14
XIV	Bromowa słabsza	1/2	4	1.005	0.000052	0.000068	- 0.27	-	3.25	0.0001460	2.81	0.00509	74.85
XV	Bromowa mocn.	1	9	1.0085	0.000100	0.0001168	- 0.545	+	6.56	0.0002946	2.94	0.0096627	82.73
XVI	Żelazista	1/3	1	1.004	0.000052	0.0001434	- 0.22	-	2.65	0.0001189	2.28	0.0030236	21.085
XVII	Arsenawa	1/4	1/100	1.003	0.000040	0.000075	- 0.21	-	2.53	0.0001136	2.84	0.0032988	43.917
XVIII	Arseno-żelazista	1/4	1/2	1.003	0.000029	0.0000464	- 0.25	-	3.01	0.0001357	4.68	0.002768	59.657
XIX	Dyetetyczna	1/3	-	1.004	0.00004748	0.0000738	- 0.295	-	3.55	0.0001595	3.36	0.0043836	59.40
XX	Kwaskowa	1/4	1	1.0015	0.0000214	0.0000266	- 0.21	-	2.53	0.0001136	5.31	0.003077	115.68
XXI	Stołowa	1/6	-	1.002	0.0000225	0.0000327	- 0.215	-	2.59	0.0001162	5.17	0.002312	70.70
A	Alcalina efferv.mit.	1/5	5	1.005	0.0000742	0.0001372	- 0.39	=	4.69	0.0002108	2.84	0.004456	33.20
B	Alcal. eff. fortior.	1 1/4	8	1.008	0.0001168	0.0002172	- 0.60	+	7.22	0.0003232	2.86	0.007272	33.51
C	Calcaria eff. mit.	2/3	4	1.003	0.0000199	0.0000398	- 0.21	-	2.53	0.0001135	5.70	0.0028612	71.89
D	Calcaria eff. fort.	1/2	-	1.004	0.0000285	0.0000571	- 0.255	-	3.07	0.0001378	4.83	0.0033181	58.11
E	Magnesiae efferv.	3/5	6	1.0075	0.0000781	0.0001323	- 0.385	=	4.63	0.0002081	2.66	0.000595	4.498

W Krakowie, w lutym 1905r.

WYKŁADY KLINICZNE.

Z odczytów klinicznych dla lekarzy w Berlinie.

—
 PROF. DR. G. KLEMPERER.

„O LECZENIU KAMICY NERKOWEJ”

Sprawozdawca Dr. W. CHODECKI.

(Dokończenie.— Patrz Nr 15).

Dyetyka przy kamieniach z fosforanów.

Fosforan wapna osadza się z moczu, kiedy wszystkie kwasy moczowe znajdują się w połączeniu z zasadami. Ta reakcja alkaliczna moczu ma źródło w zakażeniu bakteryjnym, przez co następuje rozkład mocznika na amoniak i kwas węglowy. Mówimy tutaj o tej alkalizacji moczu, która ma swe źródło w nadmiernym doprowadzeniu alkaliów do moczu i zupełnym odcieciu kwasów.

O tej „alkalinurii” możemy tyle tylko powiedzieć, że idzie ona równolegle do wydzielania się i przebywania kwasu solnego w żołądku. I tak widzimy nawet u zdrowych w czasie sprawy trawienia alkaliczną reakcją moczu, jest ona tem wyraźniejsza, im obfitszy był obiad. Gdy kwas solny wraca do krwiobiegu, t. j. w 3—5 godzin po spożyciu posiłku, wtedy wraca i kwaśny odczyn moczu. W tych zaś przypadkach, w których kwaśna zawartość żołądkowa przez wymioty lub przepłukiwanie żołądka usunięta bywa na zewnątrz, alkalinuria może pozostać objawem stałym. Obserwowano to również u ciężkich neurasteników, cierpiących na wzmoczoną kwasotę soku żołądkowego, i przyjęto, że tutaj kurecz odźwiernika sprawia zatrzymanie kwasu solnego w żołądku.

Według obecnego stanu nauki profilaktyka „alkalinurii” musi mieć na widoku poprawę stanu ogólnego chorych, a przede wszystkim wzmocnienie układu nerwowego. Gdzie

mamy do czynienia z zaburzeniami w trawieniu, należy starać się usunąć je. Wogóle zaś zalecimy dietę mieszaną, jarzyny i owoce w małej ilości. Szkodliwy jest nadmiar jarzyn i owoców, jak i wód mineralnych alkalicznych.

Terapia środkami lekarskimi.

W poprzednich wykładach wyłożyliśmy, że przez odpowiedni dobór pokarmów jesteśmy w stanie dać naszemu moczowi taki skład, że osadzanie się substancji krystalicznych staje się niemożliwością. Nie ulega więc wątpliwości, że dyetyczne leczenie kamieni nerkowych w zupełności wystarcza, i leczenie farmaceutyczne jest zbyteczne.

Gdy jednak poświęcamy rozdział leczeniu farmaceutycznemu, czynimy to z tych motywów, ponieważ nie wszyscy chorzy skłonni są poddać się trwałemu ścisłym przepisom higieny i diety. Należy często zerwać z zakorzenionym nałogiem, z przyjemnościami życia, i niejedni chorzy jest serdecznie wdzięczni, kiedy może osiągnąć cel upragniony bez wielkich ograniczeń. To nie ulega wątpliwości, że możemy osiągnąć rozpuszczenie łatwo krystalizujących się substancji przez środki lekarskie, które powinny służyć za dopełnienie terapii dyetycznej.

Jest rzeczą naturalną, że środki lekarskie są również zależne od składu chemicznego kamieni nerkowych, jak i środki higieniczno-dyetyczne.

I. Terapia kamieni, złożonych z moczanów.

Już w poprzednim wykładzie zaznaczyliśmy, że kwas moczowy przechodzi do moczu w 2 formach, a mianowicie, w stanie wolnym i w połączeniu z zasadami, jako sól łatwo rozpuszczalna. Na rozpuszczalność wolnego kwasu moczowego nie możemy wpływać przez środki lekar-

skie, tak samo jak nie możemy wpływać przez dyetę. Możemy tylko ograniczyć ilość wolnego kwasu moczowego, a zwiększyć ilość połączonego z zasadami i przeszkodzić w ten sposób krystalizowaniu się kwasu moczowego. Ideał ten osiągamy przez ograniczenie diety mięsnej, a zwiększenie ilości pokarmów roślinnych. Ze środków lekarskich zasługują na polecenie w tym celu sole alkaliczne. Obserwacje wszystkich lekarzy zgadzają się pod tym względem, że ustrój najlepiej znosi sole alkaliczne w postaci wód mineralnych, zawierających obficie i kwas węglowy.

Badania doświadczalne wykazują niezbicie, że dieta mieszana obok większych ilości wody alkalicznej jest najlepiej w stanie utrzymać kwas moczowy w stanie rozpuszczalności, albowiem wtedy łączy się on z zasadami. Nie należy bynajmniej obawiać się przy picu większych ilości wód alkalicznych za silnej alkalizacji moczu i strącania się fosfatów; reakcja moczu zostaje słabo kwaśną, a nieznaczne strącanie się fosforanów jest bez znaczenia, bo je unosi z dróg moczowych obfity strumień moczu.

Powtarzamy jednak, jest to bowiem ważne pod względem praktycznym, iż małe ilości soli alkalicznych lub wód mineralnych nie wywierają prawie żadnego działania. Do osiągnięcia wyraźnego skutku potrzebne są znaczne ilości wód mineralnych alkalicznych.

Jeżeli chcemy, na przykład, przez podawanie *natrui bicarbonici* wywrzeć wyraźny skutek na ilość wolnego i związanego kwasu moczowego w moczu, to musimy 2,5 grama tej soli podać choremu 4 razy dziennie, za każdym razem w $\frac{1}{4}$ litra wody. Najlepiej jest dawać *natr. bicarbonicum* w czasie śniadania i na 2 godziny przed obiadem, następnie w 5 godzin po obiedzie i przed udaniem się na spoczynek. Podział ten, wypróbowany z doskonałym skutkiem na licznych chorych, opiera się na tej zasadzie, iż podczas trawienia pokarmów białkowych, przez zatrzymanie koniecznego do ich trawienia kwasu solnego w żołądku, mocz ma skłonność do reakcji alkalicznej. Dopiero pod koniec trawienia żołądkowego, przez wessanie związanego kwasu solnego, mocz nabiera reakcji kwaśnej. Dla naszych więc celów, nie należy nigdy dawać *natr. bicarbon.* na pełny żołądek.

Sól ta czy w substancji, czy pod formą wód mineralnych alkalicznych, jest tak doskonałym środkiem dla utrzymania kwasu moczowego w stanie rozpuszczalności, że nie ma istotnej potrzeby wyszukiwania innych środków. W przypadkach zaburzeń żołądkowych przy dłuższym podawaniu tego nieocenionego środka można na miejsce sody dawać węglan wapna, nie posiadający złego smaku, nie rozpuszczający się w nadmiarze w żołądku, a nadto środek ten wstrzymuje rozwolnienie. Tak interesujące badania NOORDEN'a wykazały, że związki wapna wiążą fosforany w kiszkiach, a jednocześnie zmniejszają ilość kwaśnych fosfatów w moczu. To teoretyczne pierwszeństwo przed dwuwęglanem sody ma rzeczywiście w praktyce małe znaczenie.

Wody mineralne, zawierające wapno, nie zasługują na wielkie polecenie, ponieważ zawartość w nich soli wapiennych faktycznie jest bardzo nieznaczna.

Na uwagę zasługują te roślinne alkalia, które mają przyjemny smak i działają orzeźwiająco, a działają tak samo, jak *natrium bicarbon.*, ponieważ w ustroju spalają się na węglany alkaliczne. Tutaj należą *natrum citricum*, wprowadzone w handel przez SANDOW'a, i uricedina, reklamowana gorąco przez STROSCHEIN'a. Ostatni środek jest mieszaniną i składa się z *natr. citric.*, *natr. sulfuric.*, *lithium citric.* i *natr. chlorat.*, Uricedina, mimo szumnych reklam, że rozpuszcza kamienie nerkowe, w rzeczywistości nie jest w stanie więcej zdziałać, niż *natr. bicarbon.*, tylko jest 15 razy droższa.

Krótko możemy rozprawić się z takimi środkami, jak lityna, piperazyna, lisidina, które w wodzie destylowanej łatwo rozpuszczają kwas moczowy i dlatego z wielkimi pochwałami wprowadzone zostały do terapii. Dziś wiemy, niestety, o tych środkach, że ich działanie w moczu jest żadne. Tak zachwalane sole litynowe działają tak samo, jak i skromny dwuwęglan sody, i byłby już czas wielki, by zarządy zdrojów przestały się chwalić miligramami lityny, jakie posiadają ich źródła. Piperazyna i lisidina dodane do moczu, strącają znaczną ilość kwasu moczowego. Dla wpływu lekarskiego na rozpuszczalność kwasu moczowego jedynie reakcja moczu jest zawsze miarodajna: im większa

jest zawartość alkalicznie oddziaływających soli fosforanowych, tem a większa będzie ilość łątwo rozpuszczalnego kwasu moczowego, związanego z alkaliemi. W pierwszym rzędzie są to węglany alkaliczne, a między nimi dwuwęglan sody, które wywierają wybitne działanie na reakcję moczu.

Najnowsze badania His'a o połączeniach kwasu moczowego z formaldehydem zdają się otwierać nowe widoki dla możliwości rozpuszczania kwasu moczowego w samym moczu. Połączenie to bowiem nie ma charakteru soli, jak inne znane dotychczas połączenia kwasu moczowego, ale jest rodzajem esteru; nie da się rozłożyć przez słabe kwasy i w obecności innych soli nie strąca kwasu moczowego. Gdyby więc udało się kwas moczowy moczu przeprowadzić w to połączenie z formaldehydem, to byłaby ta kwestya w szczęśliwy sposób rozwiązana.

Ale, niestety, w praktyce nie udało się urzeczywistnić tego znakomitego skądinąd pomysłu; wykonanie jest z tej przyczyny utrudnione, ponieważ nie można tyle formaldehydu dostarczyć do moczu, ile potrzeba do związania całego kwasu moczowego. Sam His czynił badania z urotropiną, której rozpuszczające własności kwasu moczowego uznał NICOLAIER, i która w ustroju strąca formaldehyd. His wykazał, że po użyciu 6,0 gramów urotropiny w moczu z 24 godzin aż do $\frac{1}{3}$ cały kwas moczowy znajduje się w połączeniu z formaldehydem, który to związek nie osadza się. Fakt ten został potwierdzony i przez innych badaczy i rzeczywiście dotąd żaden preparat nie jest znany, któryby większą ilość kwasu moczowego przeprowadzał w to esterowe połączenie. Należy tymczasem wyznać prawdę, że działanie tych preparatów nie dorównywa bynajmniej działaniu soli alkalicznych, przy których, jak na teraz, zostać wypada.

Co się zaś tyczy terapii kamieni nerkowych, złożonych ze szczawianów, to naprzód należy zwiększyć zawartość moczu w fosforan sody, co osiągamy przez podawanie większych ilości pokarmów mięsnych. Następnie musimy zwiększyć ilość soli magnezyowych, ponieważ przyczyniają się one w znacznym stopniu do rozpuszczenia szczawianów. Ponieważ mięso bogate jest w sole magnezyowe, to dyeta mięsna uczyniłaby zadość i temu wskazaniu, gdy tymcza-

sem jarzyny, jako ubogie w sole magnezyowe, nie zasługiwałyby na polecenie. Co się tyczy środków lekarskich, to możemy zwiększyć ilość soli magnezyowych w moczu, podając choremu *magnesia sulphur.* Ale musimy przypomnieć, że dawniejsza farmakologia twierdzi, iż siarczan magnezyi nie bywa wcale wessany przez błonę śluzową kiszek. Nowsze doświadczenia jednak wykazują, iż przy codziennem podawaniu 2 gramów *magnes. sulphur.*, 0,1 — 0,2 tego środka przechodzi do moczu, co zwiększa rozpuszczalność szczawianów. Obserwacye również wykazują niezbicie, iż osady szczawianów, tworzące się przy dyecie mieszanej, znikają przy podawaniu systematycznem soli magnezyowych, a wracają, gdy zaprzestaniemy tego leczenia. Także chorzy, cierpiący na oksalurję, doznają polepszenia po użyciu soli magnezyowych. Na tej więc podstawie możemy zalecić stosowanie *magn. sulphur.* w dawkach po 0,5 4 razy dziennie w opłatku, jako środek, zapobiegający tworzeniu się kamieni ze szczawianów, zwłaszcza przy obfitszem spożywaniu jarzyn, mleka i jaj. Przypomnimy nakoniec, że wysysanie się soli szczawianowych naszych pokarmów zależy w znacznej części od kwasu solnego soku żołądkowego. Zneutralizowanie więc tego kwasu przyczynić się może do zmniejszenia ilości szczawianów, przechodzących do moczu. Dawki więc umiarkowane wód mineralnych alkalicznych zasługują na polecenie, jakkolwiek rola ich tutaj jest o wiele mniejsza, aniżeli przy kamieniach, złożonych z moczanów.

II. Terapia kamieni nerkowych, złożonych z fosforanów.

Wyjaśniliśmy już, że strącanie się fosforanów w moczu zależy w wielu przypadkach od podrażnienia układu nerwowego, które wywołało nadkwaśność soku żołądkowego; tutaj więc nie tyle środki farmaceutyczne, ile leczenie ogólne, wzmocnienie i uspokojenie układu nerwowego grają rolę najważniejszą. Ale i takie środki lekarskie, jak waleriana, preparaty bromu, które zwykle przepisujemy przeciwko neurastenii, mogą być użyteczne i przy fosfaturyi, jako kojące układ nerwowy. Miejscowe środki, ograniczające wydzielanie się kwasu solnego, jak *argent. nitric* (0,1:200 aq. co 3 godziny łyż-

kę stołową), zasługują na polecenie. Powstaje dalej ważne pytanie, czy możemy działać na reakcję moczu, podając kwasy. Kwasy organiczne są zupełnie bez celu, ponieważ spalają się w ustroju na kwas węglowy, w połączeniu zaś z zasadami są szkodliwe, ponieważ jako węglany alkaliczne przechodzą do moczu. Z kwasów mineralnych szkodliwy jest również kwas solny, dolewający przy kwaśności oliwy do ognia. SCHULZ na podstawie swoich badań zaleca w takich razach rozcieńczony kwas fosforowy (*acid. phosphor. 1,0 aq. destill. 20,0. co 3 godz. 20 kropel w wodzie*), ponieważ może on przyczynić się do powiększenia wolnego kwasu fosforowego w moczu. Nadmienić jednak wypada, iż nie posiadamy dokładnych badań o działaniu kwasu fosforowego. Należy tylko zaznaczyć ten fakt, że przez picie wody, zawierającej w obfitości kwas węglowy, można znacznie powiększyć bogactwo moczu w kwas węglowy, a zatem należy polecić picie naturalnych szczaw, nie zawierających alkalii, ale bogatych w kwas węglowy.

Niestety, nie ma dotąd obserwacji, potwierdzających skuteczność tych wód. Samodzielna fosfaturya jest stosunkowo rzadkiem zjawiskiem, a mianowicie ta okoliczność, że nie wiemy, co oprócz nadkwaśności soku żołądkowego jest właściwą przyczyną tego zaburzenia w przemianie materii, wyjaśnia dostatecznie niepewność naszego postępowania terapeutycznego. Na pewniejszym gruncie stoimy przy fosfaturyi pochodzenia bakteryjnego lub pochodzącej z niewłaściwego odżywiania się. Przy pierwszej przyczynie przemycania pęcherza, a wewnątrznie urotropina oddaje nieocenione usługi; jako środek, odkazający mocz, urotropina nie ma sobie równego. Przy drugiej zaś formie fosfaturyi właściwa dyeta stanowi odpowiedni środek leczniczy.

Czy możemy przez lekarstwa rozpuścić złoگی w drogach moczowych?

Niektórzy przypisują wodom alkalicznym działanie, rozpuszczające kamienie. Obserwacja kliniczna zdaje się jednak stwierdzać, że kamienie nerkowe, które są tak wielkie, iż wywołują napady kolki, nie znikają wcale przez leczenie wewnętrzne. Czy zaś małe złoگی, wywołujące nieznaczne tylko objawy, można rozpuścić przez środki wewnętrzne, jest to pytanie,

na które doświadczenie kliniczne nie daje nam dokładnej odpowiedzi. Z dotychczasowych obserwacji i doświadczeń to da się z pewnością powiedzieć, że kamienie, leżące w miedniczce nerkowej, przy kwaśnej reakcji moczu, przez narastanie nowych warstw łatwo powiększać się mogą, gdy przy reakcji alkalicznej nie możemy zaprzeczyć pewnej możliwości rozpuszczenia się. Badania i doświadczenia wykazują niewątpliwie, że mocz, który po systematycznym używaniu wód mineralnych alkalicznych zawiera prawie cały kwas moczowy w połączeniu z zasadami, jest w stanie rozpuścić centygramy złoógów z kwasu moczowego.

Zachodzi jednak pytanie, czy to samo stać się może i w drogach moczowych? Nie mamy podstawy przeczyć temu, i można sądzić, że bardzo małe złoگی, przedstawiające dopiero początek kamieni nerkowych, przez systematyczne użycie większych ilości wód mineralnych alkalicznych mogą ulec rozpuszczeniu. Być może, że w ten sposób możemy wpływać i na większe konkrementy; dowieść tego drogą kliniczną jest bardzo trudno. Nadto nie należy zapominać, że w drogach moczowych stosunki są zasadniczo inne, niż przy doświadczeniu laboratoryjnym.

Wewnątrz dróg moczowych istnieje poważne niebezpieczeństwo, że na kamień narastają warstwy, złożone ze szczawianów i fosforanów, które po większej części tworzą złoگی naokoło kamieni z kwasu moczowego, który stanowi wtedy jądro. Dlatego należy być ostrożnym z podawaniem przesadnie dużych ilości alkalii, one to bowiem sprowadzają to, co często daje się obserwować, że kamień z kwasu moczowego dostaje „biały płaszcz”, złożony z fosforanów. Ale właśnie w wodach mineralnych alkalicznych dowóz alkaliów jest tak unormowany, że możemy spodziewać się rozpuszczenia zupełnego małych złoógów, a zmniejszenia tylko większych kamieni nerkowych, złożonych z kwasu moczowego.

Jest prawdopodobnem, że leczenie solami magnezyowemi wywiera podobnie pomyślny wpływ na kamienie, złożone ze szczawianów; doświadczeń jednak rozstrzygających brak nam dotąd, nie pewnego więc pod tym względem powiedzieć się nie da.

Wskazówki higieniczne i leczenie w miejscowościach klimatycznych.

Nakonieć chcemy powiedzieć jeszcze słówko, jak chory na kamienie nerkowe powinien zachowywać się, by dodatnio wpływał na swoje cierpienie. Naprzód musimy odpowiedzieć na pytanie, czy zaleca się więcej ruch, czy też spokój? Ponieważ wiemy, że praca cielesna wprawdzie w małym stopniu zwiększa wytworzenie się kwasu moczowego, ale pobudza też i wydzielanie się moczu, to możemy śmiało zalecić ćwiczenia fizyczne i gimnastykę, ale jednocześnie trzeba kłaść nacisk na obfity dowóz płynów. O tem nigdy zapominać nie należy. Szczególniej przy zwiększonem poceniu się obfity napój jest konieczny. Widzimy często, jak u ludzi, prowadzących życie siedzące i odżywających się jednostronnie, gdzie sprawy utleniania w ustroju odbywają się opieszale, wytwarzają się kamienie nerkowe. Tylko u takich chorych, którzy przechodzili gwałtowne napady kolki nerkowej, a kamień nie wyszedł, należy rozważyć, że ruch cielesny łatwo wywołać może nowe napady kolki, które o tyle tylko naturalnie są pożądane, o ile usuwają złogi. Na ogół więc wtedy zalecimy spokój, kiedy mamy prawo przypuszczać, że jeszcze kamień nerkowy znajduje się w miedniczce. Ostrzegamy również przed użyciem takich środków czyszczących, które wywołują obfite przesiąkanie płynu w kiszki i odwracają go od nerek. Należy więc unikać środków, należących do grupy *laxantia drastica*. Przy zaparciu więc stolca zalecamy irygacje z wody letniej, które jeszcze zwiększają zwykle wydzielanie moczu. A teraz należy jeszcze rozważyć i tę ważną kwestyę, czy należy takim chorym zalecać kuracje zdrojowe w miejscowościach kąpielowych?

Jest zwyczajem posyłać chorych, którzy przebyli napady kolki nerkowej, do Karlsbadu, Vichy lub Kissingen. O ile tam chorzy prowadzą życie higieniczne, dużo piją, odnoszą niewątpliwie korzyść dla zdrowia przez czas swego pobytu. Źródła alkaliczne takie, jak Karlsbad, Marienbad, Tarasp i Vichy, wpływają niewątpliwie także i na reakcyę moczu; źródła zaś słone mogą wpływać tutaj tylko przemijająco na drogi moczowe. Zaznaczyć jednak wypada, że kuracje zdrojowe nie mogą wywierać trwa-

łego skutku, o ile chory nie zachowuje trwale prawideł higieny co do odżywiania się i napoju. Pobyt w miejscowościach kuracyjnych może działać i o tyle korzystnie, że działa pedagogicznie na chorego. Konieczności jednak bezwzględnej wysyłania chorego do zdrojów nie ma. Jest rzeczą wielokrotnie sprawdzoną, że wielu chorych i bez kuracyi zdrojowej, a tylko przez ścisłe zachowywanie prawideł dyetyki, wyleczyło się z napadów kolki nerkowej. To więc choremu bez końca powtarzać wypada, iż żyć higienicznie należy nie tylko w miejscach kuracyjnych, ale i w domu.

Leczenie kamieni cystynowych.

Kamienie ksantynowe są tak nadzwyczajnie rzadkie, iż bardzo mało wiemy o warunkach ich powstawania; zasady ksantynowe należą do jednej grupy z kwasem moczowym, tutaj więc należy zachować te same prawidła, jakie wyłożyliśmy dla kamieni, złożonych z moczanów. Więcej możemy powiedzieć o kamieniach cystynowych, które wprawdzie są także rzadkie, ale możemy je jednak obserwować. Są to małe, twarde, żółte kamyki, obdarzone połyskiem alabastrowym. Cystynę możemy łatwo chemicznie rozpoznać, albowiem rozpuszcza się w amoniaku i z roztworu krystalizuje się w sześciokątne kryształy. Kamienie cystynowe mogą tylko u takich chorych się tworzyć, którzy z moczem wydzielają cystynę i mają skąpe wydzielanie moczu.

Oddawna już wiemy, że cystynurya zdarza się w pewnych rodzinach dziedzicznie. Dopiero jednak w najnowszych czasach wykryto, że cystyna tworzy część składową większości ciał białkowatych, która przy normalnych warunkach rozkłada się dalej w ustroju i tylko w stanach patologicznych nie może być zniszczona. Cystynuryę musimy więc uważać jako anomalję przemiany materii, podobnie jak moczówkę cukrową (*diabetes mellitus*), przy której cukier gronowy nie ulega utlenieniu i zostaje wydzielany z moczem. I tutaj więc na podobieństwo terapii moczówki zalecimy na pokarm takie ciała białkowate, które nie zawierają preformowanej cystyny. Pod tym względem tylko mała ilość ciał białkowatych została zbadana. KOSSEL jednak wykazał przez swe badania, że protaminy,

zawarte w organach pleiowych ryb, zupełnie wolne są od cystyny; białko z jaj i roślinne zawierają mniej cystyny, aniżeli włókniak i białko surowicy. Tutaj więc mamy dopiero początek racjonalnej dietyki cystynury. Przyszłość

pouczy nas więcej. Także i tutaj zapominać nie należy o obfitem przepłukiwaniu dróg moczowych, a więc zalecać należy chorym obfity napój.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1905 r.

TREŚĆ: 1) KARWACKI. Demonstracja rozmaitych hodowli, przygotowanych do badań nad aglutynacją. 2) KARWACKI. O florze nowotworów złośliwych.

1) KARWACKI demonstrował szereg odczynników swego pomysłu do badania odczynu aglutynacyjnego w próbówce. Technika badania odznacza się prostotą, a wyniki wyrazistością. Na dowód tego KARWACKI pokazał próby aglutynacji z surowicą chorego na dur, z surowicą, pochodzącą z przypadków duru rzekomego A i B, z surowicą chorej gruźliczej i z płynem otrzewnowym chorej, dotkniętej nowotworami w jamie brzusznej.

Na wniosek prezesa obiecał przygotować odczynniki podobne dla rozpoznawania przypadków cholery.

RZĘTKOWSKIEMU odpowiedział, że odczynniki te są przeznaczone na sprzedaż, i że zamówienia przyjmuje apteka Karpińskiego.

MUTERMILCHOWI odpowiedział, że odczynniki pozwalają stwierdzić odczyn i drobnowidzowo.

2) „O florze nowotworów złośliwych“.

Ponieważ w nowotworach były notowane i pierwotniaki, i drożdże, i grzybki i bakterye właściwe, prelegent robił po kilka posiewów z jednego guza do różnych pożywek. W tym kierunku prelegent zbadał 14 guzów. 3 razy hodowle były zanieczyszczone. 3 razy posiew był jałowy zupełnie, w reszcie przypadków skonstatowane były „pasorzyty“ o typie SCHÜLLER'a, dalej komórki, które w braku dokładniejszej klasyfikacji autor wlicza do blastomycetów, i ziarniaków DOYEN'a. Z tą ostatnią odmianą autor zro-

bił kilkanaście prób aglutynacyjnych z surowicą zdrowych i chorych i z surowicą dotkniętych nowotworami. Aglutynacja powstała tylko w tej ostatniej seryi poszukiwań, przytem w stopniu bardzo znacznym; otrzymana była bowiem raz przy rozcieńczeniu 320, parę razy przy 100 i t. d.

Wreszcie prelegent przedstawił hodowle własnych blastomycetów i szczepów SANFELICE'go, PLIMMER'a i LEOPOLD'a a także hodowle własne ziarniaków o typie DOYEN'a, oprócz tego i preparaty drobnowidzowe czystych hodowli. Wygląd „pasorzytów“ SCHÜLLER'a ilustrował za pomocą tablicy kolorowej.

Na przemówienie KRYŃSKIEGO i ŻURAKOWSKIEGO odpowiedział, że nie uważa paciorkowców DOYEN'a za czynnik swoisty, lecz za powikłanie spraw nowotworów.

Prezesowi odpowiedział, że brak odczynu aglutynacyjnego spotykał tylko u chorych z nowotworami łagodnymi. ZIELIŃSKIEMU odpowiedział, że inoskopii z płynami wysiękowymi u chorych nowotworowych nie robił, gdyż wydaje mu się, że ta metoda nadaje się wyłącznie do wykrycia odmian kwasofilnych, posiadających otoczki ze swoistego ciała woskowatego i dzięki temu opierających się trawieniu sztucznemu.

KRYŃSKI. Sprawa poruszona przez KARWACKIEGO, była przedmiotem wykładu DOYEN'a na zjeździe chirurgów francuskich i wywołała bardzo burzliwą dyskusję, której wynikiem było wybranie komisji naukowej w celu sprawdzenia jego badań. Podobnie, jak większość prze-

mawiających wówczas na zjeździe, sędzi KRYŃSKI, iż poglądy DOYEN'a, wywołane w poprzednich jego pracach i wykładzie zjazdowym, przyjmować należy ostrożnie, nie wytrzymują bowiem ścisłej krytyki naukowej. Stają one w sprzeczności z tem wszystkim, co wiemy w zakresie histogenezy nowotworów, nie przedstawiając jednocześnie żadnych przekonujących dowodów na swą korzyść. „Wszystkie rodzaje guzów nowotworowych, zarówno raki, jak mięsaki tłuszczaki i t. d., tak zasadniczo różniące się budową, tak odmiennym cechujące się obrazem klinicznym, mają zawdzięczać pochodzenie swe jednemu i temu samemu pasorzytowi — *micrococcus neoformans*, który jakoby wywołuje je stosownie do rodzaju zakażonej przezeń tkanki. Fakt, iż pasorzyta tego znajdował DOYEN w tkance każdego z tych rodzajów guzów, nie stanowi jeszcze dowodu jego roli etiologicznej; dowodem mógłby tu być tylko, według zasadniczego postulatu KOCH'a, wynik dodatni szczepień tego pasorzyta u zwierząt, szczepień, któreby dały rezultat w postaci rozwoju tych nowotworów. Tymczasem zaś takich przekonujących dowodów nie ma w pracach DOYEN'a, który nawet w ostatniej swej publikacji nazywa żądanie takiego dowodu stanowczo „przesadnym“.

Bez tego jednakże wyniki DOYEN'a uważać musimy tylko za jedną z licznych prób wyjaśnienia etiologii nowotworów złośliwych, jakie długim szeregiem przesunęły się przed naszymi oczyma w ciągu ostatnich lat piętnastu.

Może najnowsze metody badań, jak na przykład serodyagnostyka, jak to przedstawiają nam bardzo ciekawe wyniki badań KARWACKIEGO, będą mogły rzucić nieco światła na to nader ważne, a zawsze jeszcze ciemne zagadnienie o etiologii nowotworów.

ŻURAKOWSKI Al. zgadza się zupełnie z prelegentem, że LUBARSCHE zbył pośpiesznie ogłosił twory, znalezione przez SCHÜLLER'a, za komórki korkowe, i sędzi, że LUBARSCHE albo nigdy nie widział komórek korkowych, albo nie widział tworów SCHÜLLER'a. Co do przypuszczenia, że *m. neoformans* może być przyczyną nowotworów złośliwych, to Ż. jest zdania, że należy tu być bardzo ostrożnym. Jest faktem niewątpliwym, że we wnętrzu raków znajdowano zarodniki widlaków, które przez badaczy, należycie nie obeznanych z botaniką, uznane zostały za

pasorzyty rakowe. Nie można zatem zaprzeczyć, że do wnętrza nowotworów mogą się dostawać ciała różne, a więc i bakterye, stale zamieszkujące skórę ludzką. Fakt aglutynowania owych ziarniaków przez krew chorych na nowotwory złośliwe niczego nie dowodzi, jest to bowiem tylko dowód zakażenia ustroju, ale nie tego, że owe ziarniki są przyczyną raków, zupełnie tak samo, jak w niedawno poruszanej sprawie etiologii szkarlatyny, fakt aglutynowania *str. conglomerati* przez krew wielu chorych na szkarlatynę nie stanowi dowodu, że *str. conglomeratus* jest czynnikiem etiologicznym szkarlatyny, a jest tylko dowodem, że wielu chorych na szkarlatynę przebywa jeszcze zakażenie paciorkowcowe.

ZIELIŃSKI Edward uważa wniosek prelegenta, jakoby w płynach przesiękowych nie znajdowały się drobnoustroje, za pośpieszny, o ile KARWACKI zadowolnił się zwykłą metodą badania, a nie posiłkował się inoskopią, która pozwala wykrywać np. laseczki gruźlicze w płynach wysiękowych, zachowujących się jałowo przy stosowaniu metody kultur, a nawet szczepień dyagnostycznych.

Prezes DUNIN sędzi, że o ile *micrococcus* DOYEN'a daje próbę aglutynacyjną, to przypuszczać należy, że w nowotworach on istnieje, nie przesądza to jednakże faktu, czy jest on czynnikiem, je wywołującym. W każdym razie trudno dać wiarę, aby wszystkie nowotwory, tak różniące się między sobą, mogły być wywoływane przez jeden i ten sam pasorzyt.

MUTERMILCH Stanisław zapytuje, czy przygotowana przez prelegenta hodowla tyfusowa nadaje się również do próby WIDAL'a mikroskopowej.

RZĘTKOWSKI podnosi myśl, że wobec wartości dyagnostycznej demonstrowanych przez prelegenta hodowli należałoby je uprzystępnąć w handlu.

Prezes DUNIN zwraca uwagę na doniosłe znaczenie aglutynacji przy rozpoznawaniu niektórych cierpień (tyfus i inne). Gdy po ukazaniu się prac WIDAL'a zaprowadził u siebie w oddziale szpitalnym próby aglutynacyjne, przekonał się, z jakimi trudnościami były one połączone na skutek konieczności posiadania żywych i świeżych kultur. Znaczne ułatwienie w tym kierunku uzyskano naprzód przez posiłkowanie się hodowlami z formaliną, następnie zaś

dzięki odczynnikowi FICKER'a; temu ostatniemu dorównywają hodowle KARWACKIEGO. Prezes sądzi, że obecnie w rozpoznawaniu tufusu brzuszego zawsze uciekać się należy do aglutynacji. Szczególną doniosłość posiadają hodowle KARWACKIEGO na gruźlicę wobec często nastę-

czających się trudności w rozpoznawaniu początkowych okresów tego cierpienia. Ważnem jest posiadać także hodowle i dla cholery, zwłaszcza wobec tego faktu, że morfologiczne własności przecinka cholery są bardzo zmienne.

T. Korzon.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

W SPRAWIE MOJEJ METODY LECZENIA EKLAMPSYI.

Podał
STEFAN GASZYŃSKI.

W N. 13 i 14 „Medycyny“ z r. 1902 w artykule: „Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panujących teorii o samozatruciu“ podałem sposób, w jaki postępuję od roku 1897 przy leczeniu drgawek porodowych. Sposób ten polega na zestawieniu następujących trzech znanych powszechnie czynników leczniczych, a mianowicie na: *a)* przyspieszeniu końca porodu na drodze naturalnej, niekrwawej, w sposób możliwie oszczędzający dla rodzącej; *b)* wykonywaniu upustów krwi żyłnej; *c)* wprowadzaniu pod skórę fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Przyspieszam poród za pomocą wprowadzania gumowych balonów do macicy i miarowego pociągania za rurę odprowadzającą; przy czem siła pociągania stoi w prostym stosunku do potrzeby, względnie do chęci prędszego lub wolniejszego ukończenia porodu.

Upusty krwi wykonywam w ilości 200,0 — 300,0 naraz; przytem dopiero przy wzmagającej się sinicy upust powtarzam.

Fizyologiczny roztwór wprowadzam w ilości 800,0—1200,0 naraz i powtarzam ten zabieg wielokrotnie, zwłaszcza przy małej ilości moczu, trudności w wywołaniu potów i małym napięciu naczyń.

Jako zabiegi pomocnicze stosuję mokre koce JAQUET'a, suche BREUS'a; podaję w okre-

sie następczym naparstnicę, octan potasu, stosuję kąpiele ciepłe i t. p.

Jako zabiegi zapobiegawcze u ciężarnych, które raz już podlegały eklampsji, stosuję metodycznie, w sposób, we wskazanym artykule podany, dyetę mleczną, spokój, brom i t. p.

Daję wreszcie wskazówki co do dalszego zachowania się oraz czasu, kiedy następujące zajście w ciążę jest możliwe.

Przedewszystkiem jednak od chwili wybuchu drgawek wyłączam podawanie morfiny i wszelkich innych narkotyków.

Prawem tylko faute de mieu stosuję chloroform przy każdym bezwzględnie zabiegu, który może więcej jeszcze podrażnić ekscytowany toksynami chory ustrój.

Sposób powyższy w czasie między 6. I. 1897 r. i 10. V. 1901 r. stosowałem w 11 przypadkach drgawek porodowych, których historję choroby we wzmiankowanym artykule przytaczam, i we wszystkich tych przypadkach otrzymałem wyzdrowienie.

Zachęcający ten rezultat, otrzymany w leczeniu tak bardzo ciężkiej sprawy chorobowej, jaką jest eklampsja, pobudził mnie do ogłoszenia wyżej opisanych przypadków i metody.

Sposób powyższy leczenia drgawek nie zawiera ani nowych leków, ani nowych, nie znanych dotychczas zabiegów. Jest on tylko ugrupowaniem i ujęciem w jeden zespół poszczególnych, znanych powszechnie czynników leczniczych, z których jednak każdy, oddzielnie wzięty, nie daje tak dobrych re-

zultatów. Takie wszakże zestawienie daje prawo do uważania opisanego powyżej sposobu leczenia za oddzielną jednostkę leczniczą czyli metodę.

Nie tylko ja tak rozumiem, ale i inni, skoro przytoczone postępowanie uznano ogólnie na posiedzeniu Tow. Lek. z dnia 8. X. 1904 r. (vide Sprawozdanie z posiedzeń lekarskich — „Medycyna“ N. 53 r. 1904) za „nową metodę“ i połączono ją z nazwiskiem jej jakoby twórcy, kolegi Stanisława CYKOWSKIEGO.

Niezależnie od tego kol. Stanisław RYBICKI pisze („Medycyna“ N. 11 r. 1905, str. 205): „Kol. St. Cykowski zaleca w leczeniu eklampsji kombinację zabiegów, złożoną z upustów krwi, wlewań podskórnych roztworu soli, zawijania chorych w koce i możliwie wczesnego, lecz nie na przemoc opartego rozwiązania — daje więc nam rodzaj recepty, jak leczyć tę chorobę, czyli tworzy metodę“.

Tak też rozumie i sam kol. CYKOWSKI, skoro pisze: („Medycyna“ N. 14, 1905 r. str. 285): „odwdzięczając się Szan. kol. RYBICKIEMU za słowa zachęty do dalszej nad eklampsją pracy w zaznaczonym kierunku, pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że użyta przeze mnie „kombinacja“ paru zabiegów w leczeniu eklampsji porodowej znajdzie szerokie uwzględnienie wśród kolegów i pobudzi niejednego z nich do stosowania jej, a tem samem może do nowych w tym przedmiocie zestawień i prac“.

Jeżeli tak jest, jeżeli obecni na posiedzeniu z dnia 18. X. 1904 r. koledzy uznali „kombinację“ za nową, i, jak to widać z przytoczonych cytów, przyznali to również kol. RYBICKI i kol. CYKOWSKI, to dłaczego kol. CYKOWSKI jednym choćby słówkiem nie zaznaczył, że „kombinację“ tę nie wytworzył we własnym umyśle, lecz ją wziął gotową z pracy mojej, którą mu w odbitce sam dedykowałem, tego już doprawdy wytłumaczyć sobie nie umiem. Na wyraźny do niego, jako autora metody, zwrot kol. RYBICKIEGO kol. CYKOWSKI nie protestuje, a zatem mileżąco potakuje swoje autorstwo. Wszak niewątpliwie kol. CYKOWSKIEMU również, jak i mnie, chodzi o dobro sprawy. A sprawa zyskałaby niechybnie, gdyby do swoich 21 przypadków, leczonych omawianą metodą, dodał moich 11, co razem stanowiłoby 32 przypadki z jednym przypadkiem śmierci.

(Przypadku oznaczonego w pracy kol. C. Nr. X, gdzie chora przybyła do kliniki na pół godziny przed porodem, nie można wcale brać pod uwagę, analizując metodę moją. Przypadek, oznaczony Nr. XVI, przemawia raczej za omawianą metodą, niż przeciwko niej; gdyż, jak w tablicy I widzimy, rozwiązanie nastąpiło po 26 napadach drgawek, obserwowanych w klinice; przybyła zaś chora do kliniki już w stanie nieprzytomnym, z silnie wyrażoną sinicą, a zatem w domu jej już napady drgawek niezawodnie powtarzać się musiały. Przypadek, oznaczony N. XIV, pomimo okoliczności łagodzących — poród bliźniaczy, wzmożone zatem źródło toksyn — kłască należy na niekorzyść samej metody).

Nie leży wogóle w mojem usposobieniu ani kogokolwiek obwiniać o złą wolę, ani na kogo napadać. Przeciwnie przypuszczam, że ten drobny *lapsus* został spełniony mimowolnie, i że zechce go Szan. kol. CYKOWSKI w najbliższym numerze sprostować. Stwierdzam więc tylko na mocy artykułu mego (l. c.) fakt, że metoda, o której mowa, została przeze mnie obmyślana, zapoczątkowana i przeprowadzona na szeregu przypadków, i kategorycznie żądam, aby nadal, związaną została z mojem nazwiskiem i pod taką tylko nazwą umieszczaną była w piśmiennictwie, zarówno naszym, jak obcym.

Metoda, która daje 1 przypadek śmierci na 32 przypadki eklampsji, jest niezaprzeczenie dobra i zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie. Trzeba tylko pilnie przestrzegać, aby właśnie metoda ta była w oddzielnych przypadkach stosowana w całej rozciągłości, gdyż pojedyncze czynniki, składające się na wytworzenie tej mojej „kombinacji“, wzięty każdy oddzielnie, nie dają, jak to już wyżej zznaczyłem, tak dobrych rezultatów. Raz jeszcze powtarzam, trzeba w leczeniu eklampsji postępować czynnie w trzech kierunkach: usunąć źródło toksyn, usunąć, o ile możności, same toksyny, przepłukać chory ustrój.

Tyle co do koncepcji idei samej. Co zaś do zarzutów, czynionych metodzie mojej przez kol. RYBICKIEGO, chciałbym również obiektywnie parę słów powiedzieć.

Doszedłem do tej mojej „kombinacji“ drogą analizy klinicznej przypadków, obserwowana-

nych przeze mnie przez czas ordynatury mojej w klinice położniczej.

Przekonać Szanownego kolegę co do słuszności zapatrywań moich na drodze chemii fizyologicznej nie mogę, choćby tylko dlatego, że wszak nie znamy jeszcze ani istoty toksyn, ani też nie mamy możności określić ich ilości we krwi danego osobnika.

Jeżeli jednak poszukamy odpowiedniej analogii w dziedzinie lecznictwa wielu innych spraw chorobowych, przyjść musimy do przekonania, że obserwacja kliniczna często wyprzedza i do czasu przynajmniej zastępuje badania fizykochemiczne.

Fakt, że z chwilą zamarcia płodu następuje poprawa w zdrowiu matki, oraz, że przy istnieniu zwiększonego źródła toksyn — ciąży mnoga — przebieg cierpienia jest cięższy, wystarcza do wyprowadzenia wniosku, że, im prędzej pozbędziemy się tego źródła, tem dla ustroju będzie lepiej. Kol. RYBICKI pisze: „co się też dzieje z owem zakażeniem ustroju toksynami 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“?

Postaram się dla poparcia mej myśli oprzeć się na tej samej obserwacji, którą Szan. Kolega Oponent przytoczył, oraz na obserwacji pokrewnej, tej mianowicie, że z chwilą śmierci płodu, o ile ta nastąpiła nie zbyt późno, matka powraca do zdrowia.

Przyjmując za zasadę, że eklampsja jest zatruciem ustroju toksynami płodu, z przytoczonych obserwacji dochodzę do zgola odmiennych wniosków, niż Szan. kol. RYBICKI. Przywiązuję wielką wagę do wzmiankowanej obserwacji, gdyż posłużyła mi ona wogóle za punkt wyjścia do ułożenia mojej metody leczniczej.

Płód przedstawia źródło toksyn, bliżej nieokreślonych. Póki płód żyje i znajduje się wewnątrz macicy, toksyny te przechodzą ze krwi jego do krwi matki. Z chwilą śmierci płodu lub usunięcia tegoż znika odrazu źródło nowych toksyn.

Że z chwilą śmierci płodu, pozostającego jeszcze w macicy, momentalnie ginie źródło nowych toksyn, tłumaczę sobie w ten sposób, że

wszak krwiobiegiem płodu z chwilą jego śmierci ustaje, i płód w jednej chwili staje się ciałem obcym, z krwią, pozbawioną cyrkulacji. O ileby, rzecz prosta, ciało to obce pozostawało dłużej w macicy, zatrzymałoby ustrój matki jadem trującym; na to jednakże potrzeba dłuższego przeciągu czasu. Że z chwilą usunięcia żywego płodu ginie również momentalnie źródło nowych toksyn — tego nie trzeba dowodzić. Pozostaje zatem ta ilość toksyn, które płód zdołał już wyprodukować.

Jeżeli ta ilość jest nieznaczna, organizm sam da sobie radę.

Jeżeli ta ilość jest wielka, nie mu nie pomoże. Lecz jeżeli ta ilość jest taka, że całkowite zatrucie nie następuje, czyż nie możemy mieć szansy, że ustrój chory uratujemy, usuwając nadmiar toksyn częściowo przez wenesekcję, częściowo zaś przez podniesienie diaforezy za pomocą wlewań podskórnych, koców i t. p. Chcąc zaś podziałać na to, aby, o ile możności, zawsze mieć do czynienia z mniejszą ilością toksyn, czyż nie należy również możliwie szybko ukończyć poród?

Rozumowanie to posiada, zdaje mi się, cechy słuszności.

Jedna tylko kwestya wymaga jeszcze rozwiązania:

Czy, mianowicie, toksyny wytwarzają się przez cały czas ciąży, jako zwykły fizyologiczny produkt przemiany materii płodu, i czy działają kumulacyjnie, przechodząc stale do krwiobiegu matki i nagromadzając się w nim aż do tego stopnia, że wywołują ostre objawy zatrucia? czy też powstają przypadkowo, jako objaw patologiczny w zaraniu życia płodu?

Za pierwszą z tych hipotez przemawia CZEMPIN (Die Entstehung der Eklampsie. 1901), za drugą zaś następujące rozumowanie, oparte na analizie klinicznej obserwacji.

Jak wiemy, okres zwiastunów w eklampsji jest prawie żaden, i jeżeli są nawet pewne, wątpliwe zresztą, objawy, to poprzedzają one bezpośrednio prawie wybuch drgawek. Gdyby zatem jad wydzieliał się stale, to przez cały czas ciąży lub przynajmniej pod jej koniec byłyby okresy nasilenia i zwolnienia, jak to, na przykład, widzimy w uremii nerkowego pochodzenia.

Możnaby wprawdzie przyjąć wraz z CZEMPIN'em, że wymioty ciężarnych są tym objawem

zatrucia, ale po pierwsze, wymioty występują wcześniej, a eklampsja późno; po drugie, w przypadkach uporczywych wymiotów powinny być częściej występować drgawki, czego jednak nie bywa. Daleko zatem słuszniej wydaje nam się postawić wniosek, że *materia peccans* w eklampsji są toksyny, które z przyczyn nam nieznanych powstają nagle lub prawie nagle i *in statu nascendi* wywołują wybuch drgawek. Jad zatem nie działa kumulacyjnie, lecz natychmiastowo w chwili wprowadzenia go do krwiobiegu matki. Hipoteza ta może, rozumie się, być obalona i z chwilą, gdy postępy chemii biologicznej rzecz całą konkretnie nam wyjaśnią, chętnie bardzo przejdziemy do innej, tymczasem jednak droga dedukcyi pozwala na zakreszenie metody postępowania leczniczego, które, widzieliśmy, daje rezultat bardzo zadawalający.

Szanowny Oponent, który tyle pracował w omawianej sprawie i z takim zamiłowaniem, jak to widać z licznych i wytrawnych prac jego w odnośnym zakresie, sprawę tę traktował, wydaje się cokolwiek rozgoryczonym i sceptycznie do leczenia eklampsji usposobionym.

Pozwolę sobie o jedno Go zapytać: czy może sceptycyzm ten nie wypłynął właśnie z tego, że zbyt gorąco ukochał Szan. Kolega swą ideę uważania eklampsji za „typową neurozę“ i, mając tę właśnie ideę na myśli, czy nie zbyt jednostronnie (mam na myśli częste stosowanie metody VEIT'a) dążył do jej rozwiązania? To wytworzenie sobie myśli przewodniej przejmuję nas często takim do niej przywiązaniem, że boimy się wprost, aby nowe teorie, nowe prądy nam jej nie rozwiały. Jest to, sędzę, wspólne wszystkim ludziom, którzy miłują swoje zajęcie, którzy nie tylko czas swój, ale i duszę w nie wkładają.

Ta miłość do swych myśli sprawia też, że dla ludzi, pracujących na polu nauki, jedynym zadowoleniem jest przeświadczenie, że cząstka ich jaźni przechodzi do ogólnego skarbcza wiedzy, i tem boleśniej dotyka ich poczucie krzywdy, jaką sprawić może odmawianie im własnych wierzeń i „kombinacyi“.

Stefan Gaszyński.

Warszawa, 15 kwietnia 1905 r.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SCHWARZ (Jägerndorf) (Szląsk), podaje nowy, wypróbowany przez siebie sposób opatrunku owrzodzeń goleni (*ulcera cruris*), które, jak wiadomo, są dość uparte. Tym razem S. stosował Ektogan (preparat z *zincum superoxydatum*). Z tego preparatu robi się emulsyę po dodaniu gliceryny i wody, podług recepty: *Ectogan.* 5,0, *Glycerini* 30,0, *Aquae destil.* 100,0, *Methylviolet.* 0,2, *S. Emulsio Ectogani.* W tej emulsyi macza się pół metra gazy czystej i stosuje ją zaraz lub można schować ją, zawinąwszy *charta cerata*, na dłuższy czas, a gdyby wyschła, wystarcza zmoczyć ją wodą. Opatrunek nakłada się w ten sposób: wrzód oczyszcza się watą, zmoczoną w tej emulsyi, nakłada się złożoną we czworo gazę ektoganową tak, że sięga trochę poza granice owrzodzenia, na to watę, przepojoną emulsyą ektoganową, poczem owiązuje się banda-

żem muślinowym. Czynnikiem leczniczym w danym przypadku jest tlen *in statu nascendi*, wyswobadzający się powoli z ektoganu, i tlenek cynku (*zincum oxydatum*), powstający z *zincum hyperoxydatum*. Przy tym opatrunku chory może chodzić i spełniać czynności swego fachu.

(Wiener klinische Wochenschrift. 39. 1904).

= Zdaniem COURMONT'a i GENET'a krzywawa wagi u chorych z obrzękami pozostaje w odwrotnym stosunku do wydzielania chloru. Przy spadaniu wagi ciała utrata chloru przewyższa dowóz; przy podnoszeniu się wagi następuje zatrzymanie chloru we krwi. Zamiast niedogodnego określenia ilości chloru w moczu, autorowie wprowadzili zwykle ważenie chorych. Przekonali się, że, gdy chory wydala np. litr moczu dziennie z 4 grm. NaCl, to po zwiększeniu się diurezy pod wpływem na-

parstnicy do 3 litrów, mocz zawiera nie 12, lecz 24 grm. NaCl. Na chorych sercowych działa tylko naparstnica „dechlorująco”, na chorych nerkowych tylko teobromina.

(Lyon, med. 31. 1904).

= LAACHE zauważył występowanie żółtaczki przy stosowaniu exalginy i laktofeniny. Co do pierwszej, miał tylko 2 przypadki; co do drugiej, to spostrzegł 20 chorych z gościeniem lub nerwobólem kulszowym, leczonych laktofeniną, z których u 10 ukazała się żółtaczka około 9 dnia przy dawce 1.0 trzy razy dziennie. Chorzy okazywali objawy zwykłej żółtaczki zastoinowej. (D. M. Zg. 98. 1904).

= BARADULIN podaje kilka uwag ogólnych o zapaleniu wyrostka: Nienormalne położenie kątnicy i wyrostka stanowi usposobienie do zachorowania. Kamienie kałowe w wyrostku nie są przyczyną, lecz następstwem zapalenia. Nie należy operować wszystkich przypadków. Zalecanie makowca w napadzie ostrym pogarsza przebieg. Operacja jest dozwolona w napadzie ostrym tylko w 2 razach: przy tśnieniu wielkiego ropnia i przy ogólnym zapaleniu otrzewny. W *Appendicitis chronica* operacja jest wskazana: a) gdy chory miał przynajmniej 2 napady; b) gdy po napadzie, mimo

dyety i stosownego leczenia, pozostają w dole biodrowym objawy miejscowe.

(Wraczeb. Gazeta. 33 — 04.)

= BROSIUS opisuje epidemię przymiotu i jej następstwa po 12 latach. W fabryce szkła 7 pracowników 18 — 30 letnich, między nimi dwóch braci, zaraziło się od towarzysza za pośrednictwem wspólnej dmuchawki. Po kuracji wcieraniami powrócili do roboty. W 12 lat później dwóch chorowało na wiał, dwóch na bezwład postępujący, jeden został zdrowym, dwaj ostatni nie mogli być zbadani. Z obu braci jeden miał wiał, drugi bezwład.

(Arch. f. Derm. n. Syph. T. 71.)

= BRUNON opisał przypadek szankra przymiotowego na dolnej muszli nosa u 7-letniego chłopca. Autor znalazł 1½ cm. po za lewym otworem nosowym ślady pierwotnego stwardnienia w kształcie małego ezerwonego, ostro ograniczonego owrzodzenia. Rodzice przypomnieli sobie, że w początku choroby był katar z krwawo zabarwionym wyciekami. Była różyczka i obrzmienie gruczołów podszczękowych lewostronne. Chłopiec miał zwyczaj, bawiąc się, wprowadzać do nosa rozmaite przedmioty.

(Jour. de malad. cutan. 3 — 04).

Wiadomości bieżące.

— I Zjazd międzynarodowy chirurgów odbędzie się między 18 a 23 września r. b. w Brukselli.

Jako delegat polski, mam zaszczyt zawiadomić o tem Sz. Kolegów i usilnie prosić, żeby zechcieli wziąć jaknajliczniejszy udział w tym Zjeździe.

Otrzymaliśmy na tym Zjeździe zupełnie równe prawa z wszystkimi innymi narodami, pokażmy, że nie pozostajemy po za nimi.

Zjazd ten różni się o tyle od innych, że nie będzie na nim dowolnych odczytów, a przeciwnie będą tylko referaty na tematy oznaczone, wygłoszone przez referentów, do tego uproszonych, a potem wywiąże się dyskusya, w której każdy członek może brać udział.

Porządek obrad jest następujący:

1) „Wartość badania krwi w chirurgii”. Referenci: W. W. REEN (Filadelfia); SONNENBURG (Berlin); ORTIZ dela TORRE (Madryt); DEPAGE (Bruksella).

2) „Leczenie przerostu gruczołu krokowego”. Referenci: REGINALD HARRISON (Londyn); ROVSING (Kopenhaga); RYDYGIER (Lwów).

3) „Interwencya chirurgiczna w cierpieniach żołądka nierakowatych”. Referenci: MAYO ROBSON (Londyn), v. EISELSBERG (Wiedeń), MALTOLI (Włochy); MONPROFIT, ROTGANS (Amsterdam); JONNESCO (Bukareszt).

4) „Leczenie gruźlicy stawów”. Referenci: BIER (Bonn), BROCA (Paryż); BRADFORD (Boston), CADIVILLA (Bolonia), WILLEMS (Gandawa).

5) „Leczenie zapaleń otrzewny“. Referenci: LENNANDER (Upsala), FRIEDRICH (Lipsk), LEJARS (Paryż); MC COSH (New-Jork), KROGIUS (Helsingfors), de ISLA (Madryt).

6) „Rozpoznawanie chorób chirurgicznych nerek“. Referenci: ALBARRAN (Paryż), KÜMELL (Hamburg), GIORDANO (Wenecya), LAMBOTTE (Bruksella).

Upraszam tych Sz. Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w tym Zjeździe, żeby byli łaskawi jaknajwcześniej zgłosić się do mnie, ażebym mógł podać listę polskich uczestników, która — spodziewam się — będzie pożądana.

L. Rydygier.

Polski delegat na I Zjazd międzynarodowy chirurgów.

— „Marcelego NENCKIEGO dzieła wszystkie.“ Taki jest ogólny tytuł wielkiego dwutomowego dzieła, świeżo wydanego w Brunświku nakładem i drukiem firmy Friedrich Vieweg i Syn r. 1905. Szczegółowy tytuł jest następujący: Marcelli NENCKI Opera omnia. Gesammelte Arbeiten von prof. M. NENCKI. T. I 1869 — 1885, mit dem Porträt des Verfassers in Photogravure, einem Facsimile und sieben Tafeln. Tom I zawiera stronnic XLII i 840. Tom II zawiera stronnic 884 i ośm tablic. Cena 45 marek. Wydanie bardzo wspaniałe, na pięknym papierze; druk bez zarzutu, omyłek żadnych. Tom pierwszy obejmuje prace, dokonane w ciągu pierwszych lat 16 - u, drugi od roku 1885 - go do końca życia wielkiego chemika. Zdumiewająca pracowitość NENCKIEGO, olbrzymi zakres jego badań, a przede wszystkim zajmowanie się kwestyami dla nauki pierwszorzędno znaczenia sprawiają, iż zebranie i wydanie wszystkich jego prac, już to dokonanych przez niego samego, już też pod jego kierownictwem przez jego uczniów, może być uważane za olbrzymi odłam historii chemii biofizyologicznej. Wydanie dzieła tak kosztownego i to wydanego z taką starannością i pietyzmem stanowi nowy dowód, jak Niemcy potrafią cenić naukę i czczyć jej przedstawicieli. Trzeba było wielkiej energii

i niemałej pracy, aby „Marcelego NENCKIEGO dzieła wszystkie“ razem zgromadzić, w jedną całość organiczną ułożyć i w ciągu stosunkowo niedługiego czasu wydać w tak wspaniałej szacie. Nie zrobiliśmy tego my, rodacy NENCKIEGO, nie zrobił tego Instytut Medycyny eksperymentalnej, w którym NENCKI ostatnie lata pracował, ale zrobili Niemcy. Zamiary dobre bo były, ale czemuż, niestety, tylko zamiary. Dla ścisłości kronikarskiej przypomnieć musimy, iż na jednym z zebrań, poświęconych sprawie uczczenia pamięci NENCKIEGO, zasłużony pedagog pan S. DICKSTEIN pierwszy podniósł myśl wydania wszystkich dzieł NENCKIEGO, uważając to słusznie za jeden z najodpowiedniejszych sposobów uczczenia pamięci naszego ziomka, nietylko jego samego, ale i uczczenia nauki, którą NENCKI tak olbrzymio wzbogacił. A rozmach był ogromny. Przecież noszono się z myślą utworzenia instytutu naukowego „Imienia NENCKIEGO“, coś w rodzaju instytutu PASTEUR'a; tymczasem myśmy nic nie zrobili, może, po części w nadziei, że nas kto inny wyręczy — i tak się też stało.

— Kol. TACZANOWSKI, dotychczasowy ordynator szpitala Jana Bożego w Warszawie, ma być przedstawiony do zatwierdzenia na stanowisko lekarza naczelnego tegoż szpitala.

— „Odczytów Klinicznych“ wydawanych przez redakcję „Gazety Lekarskiej“ Nr. 190 i 191 wyszedł z druku i zawiera: Bradykardya - Tachykardya. Napisał prof. dr Edmund NEUSSER. Z niemieckiego tłumaczył kol. Józef KOLASIŃSKI.

— Międzynarodowy zjazd dla walki z gruźlicą odbędzie się w Paryżu w roku bieżącym od 2 do 5 października włącznie.

— ZMARLI. W Warszawie d-r Eugeniusz FRANKENSZTEJN w 56 roku życia. Prawy człowiek, rozumny lekarz, pozostawia żal w sercach tych, co go bliżej poznali.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Kuryera Codziennego“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

Доволено Цензурою Варшава 8 Апрелья 1905.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.