

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 41.

Warszawa d. 25 Września (8 Października) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

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

Geną numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu 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 33. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O znaczeniu rozpoznawczem uroskopii w chorobach chirurgicznych dróg moczowych. Przez S. Groszlika. (Dokończenie). — Kilka uwag o znieczulaniach ogólnych ze specjalnym uwzględnieniem narkozy eterem. Podał d-r W. Hertz. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 139. W sprawie chirurgicznego leczenia chronicznego zapalenia nerek. 140. Wyleczenie przypadku ciężkiej białaczki ze znacznym powiększeniem śledziony za pomocą promieni Roentgena. 141. Wartość rozpoznawcza i lecznicza przekłucia łądźwiowego w zapaleniu opon mózgowych. 142. Półpasiec (herpes zoster) we włóknikowym zapaleniu płuc. 143. Leczenie moczówki zwykłej (Diabetes insipidus) podskórnymi zastrzykiwaniami strychniny. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. GROSLIK — De la valeur diagnostique d'uroscopie dans les maladies chirurgicales de voies urinaires. 2) D-r W. HERTZ — Quelques remarques sur l'anesthésie générale et en particulier sur l'anesthésie par l'éther.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. GROSLIK — Ueber den diagnostischen Werth der Uroscopie bei den chirurgischen Erkrankungen der Harnorgane. 2) D-r W. HERTZ — Einige Bemerkungen über allgemeine Narkosen und speciel über die Aethernarkose.

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

PRACE ORYGINALNE.

O ZNACZENIU ROZPOZNAWCZEM UROSKOPII

W CHOROBYCH CHIRURGICZNYCH DRÓG MOCZOWYCH.

przez

S. GROSLIKA.

(Wygłoszone na konkursie urologicznym w szpitalu św. Ducha w Warszawie d. 7 września 1904 r.).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 40).

Przypuśćmy zatem, że jesteśmy już w posiadaniu dwóch prób moczu, z których jedna zawiera domieszki patologiczne, świadczące o cier-

pieniu odnośnej nerki, druga zaś zdaje się być napozór zupełnie prawidłową. Należy teraz rozstrzygnąć, z jaką sprawą chorobową mamy do czynienia w danym przypadku, i jak funkcjonuje druga nerka.

Co się tyczy przedewszystkiem istoty sprawy chorobowej, to określenie jej winno być oparte na ocenie krytycznej wszystkich wiadomości, zdobytych drogą szczegółowego zebrania wywiadów, dokładnego badania klinicznego i ścisłego rozbioru moczu, otrzymanego zgodnie z wymaganiami współczesnymi, jakkolwiek zaprzeczyć się nie da, że najstaranniejsze rozwa-

żenie wszystkich danych, dopiero co przytoczonych, czasami nie wystarcza do ustalenia ścisłego rozpoznania, i w podobnych przypadkach ostateczne rozstrzygnięcie kwestyi możliwe jest dopiero w czasie samej operacyi.

Daleko większą wagę posiada dla chirurga druga z poruszonych kwestyi, mianowicie: musi on na zasadzie rozbioru moczu, otrzymanego z drugiej nerki, orzec, czy nerka, uważana za zdrową, funkcjonuje o tyle dobrze, że można bez skrpułów podjąć się usunięcia chorego narządu. Pamiętajmy, iż mamy przed sobą do rozstrzygnięcia zadanie nielada, że od orzeczenia naszego zawisło życie chorego. Równie bowiem ciężką bierzemy na siebie odpowiedzialność, uchylając się od zabiegu w przypadku, w którym tylko tą drogą możemy uratować życie chorego, jak podejmując operacyę tam, gdzie mamy poważne wątpliwości, czy druga nerka poddała obowiązkom, do których ją zaprzęgamy. Nie przeto dziwnego, że kwestya ta ściągnęła na siebie całą uwagę chirurgów i powołała do życia okazałą literaturę, która jednak do chwili obecnej nie została jeszcze krytycznie opracowana, wskutek czego muszę ograniczyć się na tem miejscu do wyników najważniejszych. Zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że zupełny brak pierwiastków chorobowych (białka, ropy, krwi) w moczu zdrowej nerki bynajmniej nie dowodzi, że nerka ta spełnia swe zadanie należycie, t. j. że uwalnia ona krew w sposób wystarczający od nagromadzonych w niej wytworów przemiany materyi. Z drugiej strony znów funkcyja fizyologiczna nerki może być całkowicie zachowana nawet w tych razach, gdzie mocz zawiera pewne domieszki obce, ponieważ mogą one zależeć bądź od zmian chorobowych w miedniczkach nerkowych, które to zmiany weale nie wpływają na upośledzenie czynności odnośnej nerki, bądź też pierwiastki nienormalne są wyrazem zaburzeń w pewnym ograniczonym odcinku tkanki nerkowej, przyczem ogólna

wydajność nerki może pozostać bez zmiany, a to dzięki wyrównaniu czynnościowemu ze strony zdrowej tkanki. Dlatego też byłoby błędem nie do darowania, gdybyśmy zdecydowali usunięcie chorej nerki tylko na tej zasadzie, że mocz, pochodzący z drugiej nerki, nie zawiera domieszek patologicznych; moglibyśmy bowiem natknąć się np. na nerkę, w stanie marskości będącą, której sprawność, jak wiadomo, bywa nader upośledzona i bynajmniej nie czyni zadość potrzebom ustroju. Aby uniknąć podobnych zdarzeń, połączonych oczywiście z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorego, winniśmy przedewszystkiem i głównie skierować naszą uwagę na natężenie czynnościowe zakwestyonowanej nerki i postanowienie nasze co do operacyi uczynić zależnem nie od pozornej całości anatomicznej narządu, lecz od ilości pracy wydzielniczej, do jakiej ten narząd jest zdolny.

Miarą sprawności wydzielniczej nerki jest 1^o stopień nasycenia moczu i 2^o natężenie eliminacyjne nerki wobec ciał obcych, umyślnie wprowadzonych do krwiobiegu.

Nasycenie określamy drogą ścisłego rozbioru chemicznego moczu, zebranego jednym z wzmiankowanych wyżej sposobów, przyczem szczególną uwagę należy zwrócić na ciężar gątkowy, ilość mocznika i chlorków, stanowiących, jak wiadomo, główny kontyngens ciał stałych w moczu. Znalezione przy tem badaniu liczby winny odpowiadać stosownym ilościom, zawartym w moczu normalnym z całej doby. Do tak ścisłego rozbioru musimy rozporządzać przynajmniej około 50 ctm. sz. płynu, co wymaga pozostawienia narzędzia w drogach moczowych na przeciąg czasu od 30 do 45 minut, zależnie od wydajności nerki w chwili badania. Nie umiem powiedzieć, jak chorzy zachowują się wobec rozmaitych separatorów, zalecanych przez niektórych lekarzy, ponieważ metody tej nie stosowałem nigdy. Natomiast zapewnić mogę, że pozostawianie cewnika w moczowodzie

chorzy znoszą doskonale, zwłaszcza jeżeli po wprowadzeniu kateteru przyrząd optyczny zostanie natychmiast usunięty z pęcherza, jako już zbyteczny. Zazwyczaj więc nie napotykamy najmniejszej trudności w zebraniu odpowiedniej ilości moczu do rozbioru. Może się jednak zdarzyć, że w chwili badania nerka wydziela skąpe ilości moczu, które nie wystarczają do ścisłego rozbioru chemicznego. W tych warunkach, o ile nie mamy widoków powtórzenia badania lub jeżeli nam zależy na szybkim wyrokowaniu, musimy poprzestać na określeniu ogólnej ilości cząsteczek stałych, zawartych w moczu, na zasadzie punktu jego zamarzania. Wszakże daleki jestem od przyznawania tej metodzie badania przywilejów, jakie jej nadają KORANYI i jego zwolennicy. Po wprowadzeniu kryoskopii do nauki sądzono, że metoda ta otworzy nową erę w badaniu moczu, że wyruguje ona niebawem wszelkie inne sposoby badania, jako zbyt uciążliwe i zbyteczne, że określenie punktu zamarzania moczu stanowi najdokładniejszy wskaźnik przemiany materii i sprawności nerek, i dlatego winno ono być stosowane obowiązkowo we wszystkich przypadkach, w których zależy nam na ścisłym określeniu pracy nerek. Wreszcie za największą zaletę tej metody poczytywano okoliczność, że całkowicie abstrahując od bliższego określenia jakości składników, zawartych w moczu, kryoskopia pozwala nam wyrobić sobie sąd o ilości cząsteczek stałych, wydzielanych z moczem, o co przy ocenianiu sprawności nerek przedewszystkiem nam chodzić powinno. W bezkrytycznym zachwycie nad nową metodą zapomniano jednak o tem, że, ściśle rzecz biorąc, wielkości kryoskopowe, oznaczane symbolem Δ , są tylko odmiennym sposobem wyobrażania ciężaru gatunkowego, który również daje dokładne pojęcie o stopniu nasycenia moczu, chociaż do pojęcia tego dochodzimy inną zupełnie drogą. Jeżeli zatem istotnie nie chodzi nam o nic więcej, jak tylko o ogólną ilość cząsteczek stałych, to z obu sposo-

bów badania na pierwszeństwo zasługuje bezwarunkowo określenie ciężaru właściwego, jako znacznie prostsze. Zresztą molekularna koncentracja normalnego moczu nie cechuje się bynajmniej tą stałością, jaka właściwa jest punktowi zamarzania krwi, lecz podlega znacznym wahaniom, zależnym od tych samych warunków, które wpływają na zwiększenie lub zmniejszenie ciężaru właściwego moczu. Dlatego też sądzę, że badanie kryoskopowe, jako równoznaczne z określeniem ciężaru właściwego, winno być zachowane, jako *malum necessarium*, wyłącznie dla tych przypadków, gdzie ilość moczu, zdobytego wprost z nerek, nie wynosi więcej nad kilkanaście centymetrów sześciennych, która to ilość najzupełniej wystarcza do określenia punktu zamarzania, lecz jest za mała, aby mogła służyć do oznaczenia ciężaru właściwego, a tem bardziej do ścisłego rozbioru chemicznego.

W ostatnich czasach, jako miernik sprawności wydzielniczej nerek, zalecano dość skomplikowane środki badania, polegające na tem, że choremu zastrzykuje się pod skórę roztwory pewnych substancji, które, przechodząc do krwiobiegu, zostają wydalone z ustroju za pośrednictwem nerek, przyczem eliminacja ta odbywa się z mniejszą lub większą szybkością, zależnie od stanu narządów wydzielniczych. Szczególny rozgłos pod tym względem zjednały sobie metylenblau i florydżyna, z nich jednak florydżyna zasługuje, zdaniem mojem, na pierwszeństwo z tego względu, że podczas gdy błękit metylowy przechodzi do moczu bez zmiany, po zastrzyknięciu florydżyny w moczu występuje cukier, którego miejscem powstawania, według wszelkiego prawdopodobieństwa, są komórki nerkowe. A zatem natężenie wywołanego w ten sposób cukromoczu nerkowego może być uważane jako wskaźnik zarówno zdolności wydzielniczej, jak i pracy chemicznej nerek. Rzecz prosta, że przy posługiwaniu się tą metodą badania mocz winien być zbierany bez-

pośrednio z nerek. Zestawienie porównawcze otrzymanych ilości cukru pozwala wyrobić sobie dokładne pojęcie o pracy każdej nerki poszczególnej oraz ocenić stanowisko zdrowej nerki w sprawie wydalania z ustroju produktów przemiany materii.

Nasuwa się teraz pytanie, czy na zasadzie wyników, zdobytych metodami, dopiero co wyłożonemi, możemy wyrokować o bezwzględnej sprawności drugiej nerki, czyli innemi słowy, czy po stwierdzeniu zupełnie prawidłowej pracy wydzielniczej mamy prawo z całą stanowczością orzec, że nerka będzie w stanie sprostać zadaniu, które ją czeka po usunięciu chorego narządu. Musimy, niestety, przyznać, że na to pytanie nauka nie daje pewnej odpowiedzi, gdyż badanie moczu, choćby było dokonane jaknajstaranniej i z uwzględnieniem wszelkich wymagań współczesnych, poucza nas tylko o ilości i jakości szkodliwych dla ustroju produktów przemiany materii, wydalonych za pośrednictwem nerki, nie mówiąc natomiast nie o ilości cząsteczek zużytych, zatrzymanych we krwi i z moczem nie usuniętych. Wprawdzie im większe nasycenie i ilość moczu, im więcej mocz zawiera cukru po próbie florydzynowej, a zatem im sprawniejszą okaże się zdrowa nerka, tem pewniejszą mamy rękojmię, że pomimo upośledzonej lub nawet wygasłej funkcji chorej nerki organizm umie sobie radzić ze sprawą wydalania produktów przemiany materii, i tem większe mamy szanse na to, że druga nerka oswoi się z nowem położeniem rzeczy po operacji. Zresztą nie należy zapominać o czynniku, zdaniem mojem, bardzo ważnym, lecz przy ocenianiu sprawności nerek często, niestety, zapoznanym, a mianowicie, o ogólnym stanie chorego, na którym upośledzenie funkcji skazanej na samotność nerki odbija się w sposób mniej lub więcej niepomyślny. Jednakże przytoczone powyżej mierniki sprawności nerki, jako to: dostateczne nasycenie moczu, prawidłowa eliminacja cukru po zastrzyknięciu florydzy-

ny i względnie znośny stan chorego, niektórzy autorowie uważają jeszcze za niewystarczające do podjęcia operacji. Uważają oni za warunek konieczny określenie molekularnej koncentracji krwi, które, zdaniem ich, ma być najważniejszym wskaźnikiem całkowitej eliminacji z ustroju szkodliwych produktów przemiany materii, a zatem absolutnej sprawności zdrowej nerki. Wiadomo, że punkt zamarzania normalnej krwi waha się między 0,56 a 0,58°C. poniżej zera. Najmniejsze obniżenie temperatury zamarzania krwi, choćby o 0,01—0,02°, już świadczy o zwiększonym nasyceniu, a więc o zatrzymaniu we krwi zużytych produktów przemiany materii, z którymi nerka uporać się nie może. W tych warunkach praca zdrowej nerki, zdaniem tych autorów, nie czyni zadość potrzebom ustroju, i z tego powodu musimy się uchylić od zabiegu radykalnego, ponieważ nefrektomia grozi objawami uremicznymi i niechybną śmiercią. Należy przyznać, że ze stanowiska teoretycznego rozumowanie to ma za sobą wszelkie pozory słuszności. Niestety jednak, ta piękna metoda badania krwi nie ziściła dotychczas nadziei, jakie w niej pokładano, gdyż pozbawiona jest wszelkiego znaczenia praktycznego. Jakkolwiek bowiem jest rzeczą ustaloną, że koncentracja molekularna krwi normalnej cechuje się wielką stałością, lecz, biorąc pod uwagę okoliczność, że właśnie w przypadkach chirurgicznych cierpień nerek punkt zamarzania krwi bardzo często podlega znacznym wahaniom, przewidzianym poniekąd przez samego KORNRY'ego i jego uczniów, musimy dojść do wniosku, że opieranie wskazań do operacji na tej metodzie narażałoby chorych na wielkie niebezpieczeństwo, ponieważ byłibyśmy zmuszeni odmawiać radykalnej pomocy chirurgicznej znacznemu kontyngensowi nieszczęśliwych, niewątpliwie kwalifikujących się do leczenia operacyjnego. Mogę powołać się tu na cały szereg przypadków, przezemnie spostrzeganych, w których pomimo jaskrawego obniżenia punktu

zamarzania krwi—w jednym przypadku nawet do 0,73° poniżej zera—usunięcie chorej nerki zostało uwieńczone zupełnem powodzeniem. Te zaś wyniki pomyślne przypisać należy, zdaniem mojem, okoliczności, że dzięki usunięciu chorej nerki znika z organizmu źródło niebezpiecznych toksyn, które, póki zostają do krwi wyciągnięte, zatruwają tkankę zdrowej nerki i paraliżują jej czynność wydzielniczą, co musi pociągnąć za sobą mniejsze lub większe wzmożenie koncentracji krwi. Nie będę chyba posądzony o uprzedzenie do metody kryoskopowej, jeżeli po wyłuszczonej wyżej uwagach powiem, że określenie punktu zamarzania krwi może mieć rację bytu tylko w tych przypadkach, w których wyszczególnione w szkicu niniejszym metody badania sprawności nerek nie dadzą się dla względów technicznych zastosować. Lecz muszę zarazem ostrzedz, aby i w tych wyjątkowych razach nie dać się zbyt pociągnąć otrzymanym wielkościom kryoskopowym i aby wskazania do operacji opierać głównie na krytycznej ocenie wszystkich zjawisk, dostrzeżonych przy badaniu klinicznem chorego.

W ten sposób punkt ciężkości rozpoznawania cierpień chirurgicznych dróg moczowych ześrodkowuje się głównie na celowo obmyślanych sposobach zbierania moczu, mającego być wszechstronnie zbadanym. Mocz służy za punkt wyjścia rozpoznawania różniczkowego, lecz pozwala nam wytworzyć sobie mniej lub więcej dokładne pojęcie o umiejscowieniu i istocie sprawy chorobowej, tudzież o sprawności narządu wydzielniczego tylko wówczas, gdy mogą znaleźć zastosowanie wszelkie metody i środki, które stanowią zdobycz współczesnej urologii.

KILKA UWAG O ZNIECZULANIACH OGÓLNYCH ze specjalnem uwzględnieniem narkozy eterem.

Podał

D-r Włodzimierz Hertz

b. asystent d-ra Jansen'a w Berlinie.

Tyle już pisano o stosowaniu chloroformu i eteru, jako środków usypiających, że referat niniejszy pragnę utrzymać w ramach jaknajwęższych, by nie nudzić kolegów sprawami, już ogólnie znanymi. Pomimo niezaprzeconych zalet, jakie ma eter, stosowano go u nas nader rzadko. Mniemam, że nie posiadaliśmy dotychczas odpowiedniej, taniej, łatwo dającej się zastosować maski, odpowiadającej wymaganiom, co niewątpliwie wprowadzenie eteru, jako środka usypiającego, znacznie opóźniło. Pracując od wielu miesięcy w klinikach berlińskich, zwróciłem uwagę na sposób stosowania eteru w salach chirurgicznych JANSSEN'a, u którego, jako asystent, wiele narkoz osobiście prowadziłem. Otóż widziałem tam po raz pierwszy w zastosowaniu do narkozy worek z tak zwanego batysty BILLROTH'a. Woreczki te są rozmaitej wielkości, zależnie od wieku operowanego. Długość takiego woreczka wynosi mniej więcej 20—25 ctm., obwód zaś pozwala na wygodne pomieszczenie dolnej części twarzy, począwszy od dolnej szczęki, a sięgając ku górze aż do oczów i czoła; przykrywa zatem jedynie usta, nos i przednią część policzków. Do tego woreczka wkłada się pęk waty higroskopijnej, wielkości małej pięści, watę tę owija się poprzednio lekko w serwetę lub chustkę, złożoną w wałek, tak iż wata, jak z mankieta, z niej wygląda ze stron obu. Na watę, włożoną do woreczka, nalewa się eter w ilości 25—100 gramów na raz, zależnie od wieku pacjenta. Z początku usypiania zbliża się worek ten z eterem do dróg oddechowych, nie przykrywając nim jednak szczelnie twarzy, by przyzwyczaić w ten sposób chorego do zapachu ete-

ru. Powoli zbliżamy maskę coraz więcej, a gdy pacjent już przestaje się bronić, wsuwamy ją głębiej na twarz, trzymając ją jedną ręką nad nosem, drugą zaś pod brodą i dolną szczęką. Nadmienić muszę, że niekiedy z samego początku narkozy wsuwają woreczek dość szczelnie na twarz, chcąc w ten sposób uspić prędzej chorego, skracając *stadium excitationis*. Uważam jednak ten sposób za niewłaściwy, nawet mniej bezpieczny, bardzo nieprzyjemny dla chorego, który doznaje uczucia okropnej duszności i rzuca się tem więcej. Woreczek, nasunięty na twarz, nadyma się podczas każdego wydechu, jak balon albo żagiel, a wciąga się czyli kureczy przy wdychu. Pomimo iż woreczek nie ma żadnych otworów, wymiana powietrza następuje pomiędzy twarzą a brzegami woreczka. W ten sposób trzymamy woreczek, dopóki chory nie zaśnie. Gdy uspienie jest już dostateczne, o czem badając od czasu do czasu oko, podobnie jak przy uspieniu chloroformem, się przekonywamy, unosimy cokolwiek woreczek, tak by powietrze miało swobodniejszy dostęp. Zupełnie zaś woreczka usunąć nie możemy, gdyż spowodowałyby to rychłe przebudzenie się pacjenta.

Serca, ani pulsu podczas narkozy eterem badać stale nie potrzebujemy. U JANSEN'a nikt podczas narkozy o trzymaniu tętna nie myśli, gdyż eter działa pobudzająco na serce i w dozach śmiertelnych paraliżuje najpierw ośrodek oddechowy. Tem większą jednak uwagę poświęcić musimy obserwowaniu oddechu. Oddech stać się może przyspieszonym, utrudnionym lub wreszcie ustać może zupełnie.

Spazmatyczne oddychanie jest dowodem przeładowania krwi eterem; musimy w tym wypadku unieść brzeg woreczka lub usunąć go na chwilę zupełnie. Chrypliwy rzęzący oddech świadczy o aspiracji śliny, śluzu, krwi lub ropy. Początki stanu asfiktycznego poznajemy po zabarwieniu twarzy czerwononiletowem, jak również z ciemnego koloru krwi. Oczyszczenie dróg oddechowych szybkie i energiczne, kilka

głębszych oddechów czystym powietrzem uspokajają podrażnione błony śluzowe, twarz i krew przyjmują normalne zabarwienie. Ustać może oddech zupełnie wskutek zapadnięcia języka lub też odruchowo powstałego kureczu przepony brzusznej. W obu tych przypadkach należy niezwłocznie usunąć maskę, otworzyć usta, szczękę dolną wysunąć naprzód, palec wskazujący wprowadzić do ust, przycisnąć ku przodowi i nadół nagłośnić, wreszcie wyciągnąć język, a gdy to nie skutkuje, przystąpić musimy niezwłocznie do wykonania sztucznego oddechu. Wszelkie rozwieradła, jak również cęgi do języka są, podobnie jak przy uspieniu chloroformem — podług mnie — zbyteczne, a przynajmniej stosowane być mają bardzo rzadko.

Narkoza eterem jest bezwarunkowo łatwiejsza i mniej niebezpieczna od uspienia chloroformem, gdyż lękać się nie potrzebujemy ciężkich i raptownie pojawiających się komplikacji ze strony serca. Chcąc jednak mieć narkozę zupełnie równą i spokojną bez narażania chorego na katary lub poważniejsze cierpienia dróg oddechowych, do których jeszcze przy końcu referatu niniejszego wrócę, musimy zwracać baczną uwagę na prawidłowość oddechu. Dodać muszę, iż podczas narkozy eterem obfitsze jest wydzielanie śliny i śluzu wskutek podrażnienia błon śluzowych, niż przy chloroformowaniu, co zmusza nas zwłaszcza w początkowym okresie uspienia do częstego wycierania jamy ustnej. Musimy się przy tej czynności spieszyć, gdyż przy usuwaniu maski łatwo budzi się pacjent. Zanim zapoznałem się bliżej z narkozą eterem, przesadne miałem obawy co do wszelkiego rodzaju komplikacji, spowodowanych w drogach oddechowych przez eter; przekonałem się jednakże, obserwując wiele setek tego rodzaju uspien, że poważniejsze następstwa należą do rzadkości; widziałem wprawdzie kilka przypadków łagodnych *bronchitis*, nie widziałem jednak ani razu katarów płuc lub zapalenia (*pneumonia crouposa*). *Stadium excitationis* jest nawet u pijaków

przy stosowaniu eteru mniej wybitne, niż przy użyciu chloroformu. By usunąć je niemal zupełnie, należy dorosłym wstrzyknąć pod skórę na pół godziny przed operacją 0,01—0,02 *Morphii muriat*. W czasach ostatnich widziałem w Berlinie całą moc innych przyrządów *resp.* masek do narkozy eterem. Prócz znanych już dawniej woreczków gumowych z maską, szalenie dopasowaną do twarzy, widziałem tu jeszcze w klinikach maskę metalową niklowaną d-ra SUDECK'a w Hamburgu. Maskę ta składa się z dwóch części *a)* górnej w rodzaju lejka z szerokim dnem, zakończonem sitkiem, służącego do pomieszczenia waty, na którą od czasu do czasu leje się eter, *i b)* z dolnej, dokładnie dopasowanej do twarzy, przykrywającej nos i usta; z boku umieszczony jest wentyl, przez który powietrze już zużyte usunięte być może. Powietrze zaś potrzebne do oddychania ma wstęp przez lejek, napełniony watą, polaną eterem.

Strony dodatnie tej maski polegają na absolutnej czystości, gdyż maskę przed użyciem wygotować możemy, i na łatwym regulowaniu powietrza czystego i zużytego. U JANSEN'a maski tej używaliśmy rzadko z powodu zużywania większej ilości eteru potrzebnego do narkozy. Ilość eteru, zużytego *pro narcosi* dla dorosłego, trwającej 30—45 minut, dochodzi przy stosowaniu JANSEN'owskich nieprzemakalnych woreczków od 120—150,0, zaś przy narkozach z maską metalową SUDECK'a ilość eteru zużytego była znacznie większa, chociaż przyznaję najzupełniej, że przy lepszym zapoznaniu się z danym aparatem ilość potrzebnego eteru do narkozy zmniejszyć się może. Oczywiście rzecz, że ze 120,0—150,0, podanych wyżej, część znacznie mniejsza dostaje się do płuc, gdyż po skończonej narkozie pozostaje jeszcze duża ilość eteru w wacie, a nie mniejsza też ilość się ulatnia. Woreczek JANSEN'owski ma przy tem i te wielkie zalety, że wszędzie z łatwością sporządzony być może, łatwo daje się przewieźć, z powodu taniości często zmieniany być może, wreszcie nada-

je się najlepiej ze wszystkich znanych mi sposobów znieczulania ogólnego do operowania w ustach i na twarzy, gdyż, będąc zupełnie miękkim, wszelką żądaną formę przybrać może, jeżeli przesuniemy część górną, wąską tam, gdzie najmniej zawadza. Przy operacjach na twarzy pokrywamy ten woreczek nieprzemakalnym pokrowcem płóciennym wyjałowionym, zawijając brzegi tegoż do środka, tak iż do twarzy dotyka się tylko pokrowiec sterylizowany. Gdy pragniemy wydzielić większą ilość eteru, ściskamy palcami przez worek watę, zawierającą eter, lub też w razie potrzeby ponownie watę polewamy eterem, lecz już w mniejszej ilości.

Jak wiadomo, unikamy narkozy chloroformem we wszelkich cierpieniach i wadach serca, zapaleniach mięśnia (*myocarditis*), zapaleniach osierdzia (*pericarditis*), wadach serca zastawkowych (*vitium cordis*), a szczególnie w *Insufficiencia vavulae aortae et tricuspidalis*. Również niepożądana jest narkoza chloroformem w cierpieniach nerek oraz wątroby. W zwapnieniu naczyń (*arteriosclerosis*) może wprawdzie narkoza eterem wywołać skutek powiększonego ciśnienia krwi pęknięcie małych naczyń mózgowych. Najczęściej jednak połączone bywa zwapnienie naczyń z zapaleniem mięśnia sercowego, a zatem wydaje mi się w tych przypadkach mniej niebezpiecznym stosowanie eteru, niż chloroformu. Wzbronione jest stosowanie eteru do znieczulań ogólnych w chorobach dróg oddechowych (krtani, tchawicy, oskrzeli, płuc, opłucny). Wspomniałem już wyżej, że eter drażni nawet zupełnie zdrowe błony śluzowe, wywołując silne przekrwienie oraz wydzielenie śluzu, dziwić się więc nie możemy, że tem bardziej ujemnie działać musi na błony śluzowe chore. Już z tych kilku wzmianek, obejmujących tylko drobną część przypadków, w których unikać winniśmy tego lub drugiego sposobu znieczulania ogólnego, widzimy, że nie dadzą się ściśle przeprowadzić granice, kiedy eter lub chloroform stosowany być winien, gdyż bardzo

często spotykamy połączone cierpienia płuc z wadami lub cierpieniami serca! Ani chloroform nie będzie w stanie usunąć w zupełności eteru, jak również eter nie zastąpi chloroformu. Nieraz rozpoczniemy znieczulanie chloroformem i w dalszym ciągu do eteru przejść będziemy zmuszeni lub też, naodwrot, eter chloroformem podczas operacyi zastąpimy. W przypadkach, gdy ani eteru, ani też chloroformu stosować nie

chcemy, a pragniemy otrzymać znieczulenie ogólne, używają tu podskórnych wstrzykiwań *Scopolamini* 0,0004 + *Morphii muriat* 0,01, powtarzając te wstrzykiwania w razie potrzeby w ciągu dwóch godzin 1—2 razy. Środki te wywołują względne znieczulenie; do wywołania narkozy zupełnej wystarcza już zwykle kilka kropel chloroformu.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

139. GELPKE. W sprawie chirurgicznego leczenia chronicznego zapalenia nerek.

Myśl chirurgicznego leczenia chronicznego zapalenia nerek kiełkowała już w umysłach niektórych lekarzy, zanim przedostała się do nas z kontynentu Ameryki. Autorowi—operacja metodą TALMA'y w przypadku marskości wątroby z puchliną brzuszną—nasunęła też myśl operacyjnego leczenia marskości nerki, *resp.* chronicznego jej zapalenia, leczenia, mającego na celu wytworzenie dla niej nowych dróg dopływu krwi i usunięcie nadmiernego ucisku ze strony otoczki.

Nerka wogóle pod wpływem dowozu krwi, odbywającego się jedynie za pośrednictwem względnie długiej szypuły i z jednego punktu, w niezbyt pomyślnych znajduje się warunkach. Z drugiej znów strony, mało podatna jej otoczka, w razie wzmożenia się ciśnienia lub zastoju, sprzyja bardzo poważnym zaburzeniom w odżywianiu jej. Omawiany więc tu zabieg operacyjny ma na celu usunięcie ucisku, przez usunięcie otoczki oraz — obok ułatwienia krwiobiegu w nerce — ułatwienie dowozu krwi ku obnażonej jej powierzchni drogą wniknięcia w nią naczyń z tkanek otaczających.

Dla osiągnięcia tego autor, ze względu na brak odpowiedniego unaczynienia w łożysku tłuszczowem, otaczającym nerkę, proponuje przytwierdzenie jej do muskulatury grzbietowej albo do otrzewny, podczas gdy EDELBOHLS—po usunięciu otoczki — zadawała się umieszczeniem jej w poprzednim jej łożysku.

Prof. EDELBOHLS (New York) w pracy swej z r. 1903 notuje 18 operacyi *ex re nephritidis chr.* Z tych w 14 przypadkach operacja była obustronna, w czterech zaś — tylko jednostronna. Białkomocz, trwający od roku do sześciu lat, bywał zawsze przed operacją stwierdzany; niektórym z opisanych przypadków towarzyszyła wodna puchlina i mocznica. Rozpoznanie stwierdzono w czasie operacyi; po zepchnięciu chorej nerki na skórę, zewnątrz rany operacyjnej, znajdowano zwykle: otoczkę silnie przylegającą, powierzchnię nerki ziarnistą, nierówną, miejscami wciągniętą, objętość powiększoną lub zmniejszoną. Raz nawet sprawdzono rozpoznanie mikroskopowo w czasie samego zabiegu chirurgicznego.

Dla wykonania operacyi stosowano wzięcie eteru; w położeniu na brzuchu robiono podłużne cięcie w okolicy, odpowiadającej ner-

ce, ujawszy ją, spychano ją nazewnątrz rany operacyjnej, otoczkę rozszczepiano, odseparowywano aż do samej wnęki i odcinano. Nerkę umieszczano napowrót we właściwym jej miejscu i ranę zamykano; drenowano jedynie przy wodnej puchlinie.

Z zanotowanych 18 przypadków w 13 rozpoznano *nephritis interstit.*, w dwóch *nephrit. parenchymat.*, w trzech postacią mieszaną.

Co do dalszego przebiegu, to zaznaczyć tu należy, że wszyscy chorzy przebyli operację szczęśliwie. U 12 z nich białko i wałeczki z moczu znikły, poprawa następowała około 10 dnia, i chorzy i po upływie 4½ miesiąca mieli się doskonale. Z 9 operowanych, którzy dłużej, niż rok po operacji, znajdowali się w obserwacji lekarskiej—u 6 stale nie znajdowano ani białka, ani wałeczków. U trzech poprawy nie zauważono.

Tak szczęśliwy wynik operacji EDELBOHLS przypisuje poprawie odżywiania nerki wskutek wnknięcia w jej substancję nowych naczyń. Znamiennym faktem, wykazanim przez niego, jest też i to, że choroba BRIGHT'a może być jednostronna, a nie koniecznie obustronna, jak dotąd powszechnie mniemano.

Inni chirurdzy, idąc śladem EDELBOHLS'a, poczęli również stosować jego metodę operacyjną w przypadkach chronicznego zapalenia nerek. Stosowali więc ją FERGUSON (w 16 przypadkach), JEPSON, MAC LAREN, GIBBONS (który z pomyślnym wynikiem operował własną siostrę), BLAKE (w 5 przypadkach)—i otrzymali również zachęcające rezultaty.

W Europie też wiele poważnych głosów—w pewnych razach—oświadcza się za operacją (ISRAEL, KÜMMEL, KRÖNLEIN, KOCHER, HARRISON, WARD, BARLING — a nawet z pewnym zastrzeżeniem PEL i KARTWEG).

W jednej z późniejszych prac swoich (1903 r.) EDELBOHLS wykazuje, że z liczby 51 operowanych chorych 21, czyli nieco mniej niż 50%, znacznie się poprawiło lub zupełnie wyzdrowiało.

Zdaniem autora, nie każdy przypadek *nephritidis chr.* powinien być operowany. Przypadki ciężkie, w których spodziewać się można zejścia śmiertelnego w ciągu kilku dni lub tygodni, do operacji się nie nadają, choćby z te-

go względu, że, według EDELBOHLS'a, pomyślnego wpływu tejże można się spodziewać co najmniej dopiero w 10 dni po jej wykonaniu.

Przed przystąpieniem do operacji należałoby rozstrzygnąć, z jaką postacią chronicznego zapalenia nerek ma się do czynienia, choć tutaj pomimo troskliwego badania moczu i wzięcia pod uwagę innych objawów, rozpoznanie często bywa nie łatwe, a nieraz nawet błędne.

Daleko ważniejszą jednak jest rzeczą rozstrzygnięcie pytania, czy mamy do czynienia z jednostronnem, czy też z obustronnem zapaleniem. Aczkolwiek wielu lekarzy zaprzecza istnieniu jednostronnego zapalenia, EDELBOHLS jednak, przeciwnie, właśnie podkreśla zdanie swoje na korzyść jednostronności. Właściwe rozpoznanie ma tu niezmiernie doniosłe znaczenie ze względu na jedno — lub obustronny zabieg chirurgiczny. Dla rozstrzygnięcia tego pytania, przed przystąpieniem do operacji, należy zbadać moczkę każdej nerki oddzielnie. W tym celu posługiwać się można albo kateteryzowaniem moczowodów, albo różnymi mniej lub więcej dowiecipnie obmyślonymi przyrządami (*diviseur, separator*).

Wogóle, o ile sądzić można obecnie z wyników operacyjnego leczenia chronicznego zapalenia nerek, daje ono w ogólnej sumie około 50% wyzdrowień lub poprawy. Jeśli wziąć pod uwagę, że *nephritis chr.* należy do rzędu chorób, niepewnych pod względem rokowania, to z owych 50%, a choćby nawet 30%—40% należałoby być bardzo zadowolonym i zarazem mieć nadzieję, że wraz z ulepszeniem techniki operacyjnej — otrzyma się wyniki jeszcze pomyślniejsze.

Ponieważ od czasu napisania omawianej pracy upłynęło już sporo czasu, autor więc uważa za odpowiednie dopełnić artykuł swój zanotowaniem niektórych faktów i spostrzeżeń.

ASAKURA (klinika KOCHER'a) stwierdził, że u psów i królików po usunięciu otoczki rzeczywiście wytwarzają się nowe naczynia, przenikające substancję korową nerki — i wyraża zdanie, że operacja w pewnych przypadkach *nephritidis chr.* — przez wytworzenie się nowych dróg krwionacznej — powinna okazać wpływ zbawienny.

ROVING wyraża zdanie, że białkomocz po operacji ustępuje wskutek leżenia w łóżku; stwierdza ustąpienie bólów i krwimocz, lecz

zarazem mniema, że usunięcie skurezonej i niepodatnej otoczki sprzyja jedynie przywróceniu szwankującego krwiobiegu.

Autor z doświadczeń swoich na psach otrzymywał podobne wyniki, jak ASAKURA. Po usunięciu otoczki pokrywał nerkę siecią. Psy dobrze znosiły operację; nerka, wycięta po dwóch miesiącach, wykazywała wyraźne nowotworzenie się naczyń; sieć znajdowano luźno sklejoną z nerką i obficie tu unaczynioną.

Wreszcie notuje tu jeszcze jeden przypadek dwustronnego zapalenia, trwającego już od lat wielu. W przypadku tym, po usunięciu otoczek, nerki pokryto *peritoneo* (jak wyżej). Chory zniósł operację dobrze, poprawia się z dnia na dzień, ilość białka spadła z 5⁰/₁₀₀ na 1⁰/₁₀₀.

Wogóle jednak, zdaniem autora, sprawa chirurgicznego leczenia *nephritidis chr.* wymaga jeszcze dalszych badań. Zbyt ni entuzjazm byłby jeszcze nie na czasie.

(Corresp. Blatt für Schweiz. Aerzte, N. 15. 1904 r.).

F. Gr.

140. AHRENS. Wyleczenie przypadku ciężkiej białaczki ze znacznym powiększeniem śledziony za pomocą promieni Roentgen'a.

Przypadek autora dotyczy młodego człowieka z olbrzymią śledzioną oraz stosunkiem białych ciałek krwi do czerwonych, jak 1:1. Choroba datuje się od 1½ roku, od czasu jak po silnym spoceniu się skutkiem męczącego biegu chory przez kwadrans przeleżał w mokrej trawie brzuchem do ziemi. Uczuł on wtedy silne dreszcze i osłabienie. W ostatnich czasach skarżył się na ogólne osłabienie, gniecenie w brzuchu, duszność, bóle w kościach. Wobec złego rokowania autor postanowił leczyć chorego promieniami ROENTGEN'a. Codziennie poddawano działaniu promieni, przy bardzo twardych rurkach i silnym prądzie, śledzionę w ciągu 5—10 minut oraz każdą długą kość rurkową i mostek po 1—2 min. Już po 20 posiedzeniach nastąpiła tak znaczna poprawa w ogólnym stanie chorego, że tenże mógł odbywać dłuższe spacerki i uczęszczać na bale. Obwód brzucha znacznie zmniejszył się. Po następnych 15 posiedzeniach śledzionę zaledwie można było wyczuć, a po 50 wogóle nie dała się już wymacać. Po 40 posiedzeniu stosunek białych ciałek krwi do czerwonych stał się prawidłowym (1:525), bóle kostne ustąpiły. W kwitającym stanie zdrowia chory wypuszczo-

ny został z pod obserwacji i leczenia z radą, ażeby co dwa tygodnie zgłaszał się do badania i roentgenizacji na 2—3 posiedzenia. Jako leczenie uzupełniające, zalecony mu został pobyt w miejscowości górzystej w Szwajcaryi oraz wstrzymanie się od zajęć przez rok. Po pewnym czasie chory odbył bardzo męczący marsz, w ciągu 5 godzin, przyczem dużo biegął, spocił się i przeziębził. Uczuł przy tem klucie w okolicy śledziony, a nazajutrz przywołany lekarz stwierdził powiększenie śledziony. Wystąpił ciężki nawrót. Śledziona sięgała znów okolicy biodrowo-krętarzowej. Liczba ciałek białych wkrótce znacznie wzrosła. Chory znów poddany został roentgenizacji. Po 11 posiedzeniach śledziona nieco zmniejszyła się, skład zaś krwi pozostał tym razem bez zmiany. Wystąpiła silna duszność, gorączka (39°—40°), osłabienie, poty, i chory wkrótce zmarł. Przy oględzinach znaleziono 6½ funta ważącą białaczkową śledzionę z zawałami, białaczkowy, podobny do galarety malinowej szpik kostny oraz białaczkową wątrobę.

Spostrzeżenie autora dowodzi, że promienie ROENTGEN'a, jak to zresztą już przedtem wykazał był SENN, okazują silne działanie na śledzionę i skład krwi. W przypadku autora nastąpił wprawdzie nawrót choroby, lecz nawrót ten wywołany został prawdopodobnie przez silne przeziębienie, jakiemu chory uległ. Ten moment etiologiczny odgrywa, zdaje się, dość dużą rolę w powstawaniu białaczki. Ostry początek choroby po przeziębieniu okazuje niewątpliwie podobieństwo do początku chorób zakaźnych, wygląda, jak napad zimnicy. Za zakaźną przyrodę białaczki przemawia także silne działanie bakteryjowych promieni ROENTGEN'a, pod których wpływem ginie zapewne domniemany sprawca choroby, a elementy krwi i śledziony wracają do stosunków prawidłowych.

Zmiany anatomiczne, zachodzące w śledzionie pod wpływem promieni ROENTGEN'a, polegają na zniszczeniu torebek limfatycznych. Następuje rozpad jąder limfocytów oraz podchwytwanie wytworów rozpadu przez fagocyty. W ten sposób wytłomaczyć można zmniejszenie leukocytozy. Jednocześnie zaś szybkie zwiększenie liczby czerwonych krążków krwi objaśnić można, zdaje się, jedynie usunięciem przyczyny choroby, skutkiem czego narządy krwiotwórcze odzyskują czynność prawidłową.

Ostre, szybko następujące nawroty choroby również najlepiej wyłomaczyć się dają, jeśli przyjmujemy zakaźną naturę choroby.

W piśmiennictwie amerykańskim pojawiły się w ostatnich czasach dość liczne przypadki wyleczenia białaczki prawdziwej i wrzekomej za pomocą promieni ROENTGEN'a. Czy wyleczenie to było trwałe, trudno powiedzieć wobec tego, że sam sposób leczenia białaczki za pomocą promieni ROENTGEN'a datuje się wszystkiego od roku niespełna. Bądź co bądź, metoda ta daje takie znakomite wyniki, jakich żadna inna metoda dotychczas nie dała, i o jakich dotąd w tej śmiertelnie przebiegającej chorobie zaledwie marzyliśmy.

(Münch. med. Woch. 1904. N. 24).

S. P.

141. WERTHEIMBER. Wartość rozpoznawcza i lecznicza przekłucia łądzwiowego w zapaleniu opon mózgowych.

Przekłucie łądzwiowe QUINCKE'go pozwala stwierdzić ropę w przestrzeni podpajęcznej, co daje możliwość rozpoznania ropnego zapalenia opon. W tem cierpieniu otrzymujemy jednak niekiedy za pomocą przekłucia płyn surowiczy. A zatem stwierdzenie płynu surowiczego nie wyłącza ropnego zapalenia opon mózgowych. W gruźliczym zapaleniu opon znajdujemy za pomocą punkcji lumbalnej płyn surowiczy, a w tym ostatnim dość często wykryć można obecność laseczników gruźliczych. W jednym przypadku FREYHAN'a, w którym płyn mózgo-rdzeniowy zawierał laseczniki gruźlicze, nastąpiło wyzdrowienie. Jest to pierwszy przypadek, w którym za pomocą badania bakteriologicznego płynu mózgo-rdzeniowego dowiedziona została możliwość wyleczenia gruźliczego zapalenia opon. W wodogłowie, guzach mózgowia oraz opisaniem przez QUINCKE'go surowiczem zapaleniu opon (*meningitis serosa*) nie znajdujemy wprowadzie bakterii, stwierdzamy natomiast zwiększoną ilość płynu mózgo-rdzeniowego oraz wzmożone ciśnienie, pod jakim płyn ten pozostaje. W warunkach prawidłowych płyn przy przekłuciu wycieka kroplami i znajduje się pod ciśnieniem, wynoszącym 40—60 mm. wody. Jeśli ilość płynu w przestrzeni podoponównej wzrasta, to zwiększa się także zwykle ciśnienie do 150—200—300, a nawet 700 mm. Ilości płynu, jakie w tych warunkach opróżnić się dają, wynoszą 3

do 100 ctm. sz. na pojedyncze przekłucie, przeciętnie zaś 20 ctm. Mniejszą wartość ma przekłucie łądzwiowe pod względem leczniczym. W *meningitis purulenta, tuberculosa*, przy guzach mózgu otrzymano przeważnie wyniki ujemne. Jedynie w *meningitis serosa* wyniki są dobre. Cierpienie to występuje częściej u dzieci, chętnie przylęcza się do chorób gorączkowych (*pneumonia, erysipelas, gastro-enteritis*), u dorosłych zaś zjawia się w przebiegu tyfusu, zapalenia płuc, w następstwie urazów, ostrego lub przewlekłego alkoholizmu oraz nadmiernych i długotrwałych wysiłków mózgowych. Objawy odpowiadają zapaleniu opon mózgowych, przy czem znajdujemy zwykle także przekrwienie dna oka albo tarczę zastoinową, a u dorosłych często także zatrzymanie moczu. Tętno jest zwykle, lecz nie zawsze zwolnione. Gorączka trwa przez czas dłuższy, albo występuje tylko w pierwszych dniach choroby, albo wreszcie wcale się nie zjawia. QUINCKE przytacza szereg przypadków własnych i obcych, w których choroba po 3—5 miesięcznym trwaniu wspomnianych objawów zakończyła się, po większej części nagle, śmiercią, przy czem oględziny pośmiertne wykazały tylko rozszerzenie wszystkich komór mózgowych oraz zwiększoną ilość płynu mózgo-rdzeniowego. Pewna część takich przypadków kończy się samoistnie wyzdrowieniem. Stwierdzenie obustronnej *papillitis* powinno nas ostrzedz, ażeby nie zwlekać z przekłuciem, gdyż grozi utrata, jeśli nie życia, to przynajmniej wzroku. Zdaniem LEBER'a, zanik nerwów wzrokowych u dzieci często zależny jest od przebiegu tego surowiczego zapalenia opon.

Autor przytacza z literatury szereg przypadków meningitidis serosae, wyleczonych za pomocą przekłucia łądzwiowego, oraz jeden własny bardzo ciężki, rozpaczliwy przypadek, zakończony po kilkakrotnych przekłuciach wyzdrowieniem. Ilość płynu, wypuszczonego na jednym posiedzeniu, wynosi od kilku do kilkudziesięciu ctm. sz. LENHARTZ wypuścił jednemu choremu 600 ctm. sz. (igła pozostała na miejscu przez 36 godz.). Często dla sprowadzenia wyzdrowienia niezbędne są kilkakrotne przekłucia, w odstępach kilkodniowych wykonywane. Autor w swoim przypadku wykonał 14 przekłuć i wypuścił razem około 560 ctm. surowiczego płynu. LENHARTZ leczy także silne bóle głowy i wy-

mioty u chlorotyczek za pomocą przekłucia łądźwiowego z dobrym skutkiem. Toż samo BANDEL. W wielu odnośnych przypadkach wzmożone ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego (400—300 ctm.) po wypuszczeniu spada (do 200 i niżej).

Szczególnie dobre usługi oddaje przekłucie łądźwiowe u dzieci w zapaleniu opon mózgowych. W pewnej części tych przypadków postępowanie QUINCKE'go daje nam możliwość zrobienia lepszego rokowania. Są to zazwyczaj przypadki, które przyłączają się do zapalenia płuc lub innego ostrego cierpienia, przypadki, w których z pewnem prawdopodobieństwem przyjąc możemy niebakteryjne surowicze zapalenie opon. Opróżnić należy worek mózgo-rdzeniowy nie tylko wówczas, gdy punkcja próbna wykaże wysokie ciśnienie, lecz i wtedy, gdy objawy ogólne, zwłaszcza zaś stan dna oka świadczą o wzmożonym ciśnieniu wewnątrzczaszkowym. Przekłuwać należy tak długo, aż zwiększone ciśnienie zniknie. W ten sposób uda się nam niekiedy nie tylko ocalić zagrożone życie chorego, lecz także przywrócić gasnące już funkcje duchowe, szczególnie zaś funkcje oczu.

(Münch. med. Woch. 1904, N. 23).

S. P.

142. RIEHL. Półpasiec (*herpes zoster*) we włóknikowym zapaleniu płuc.

Na 481 przypadków włóknikowego zapalenia płuc, spostrzeganych przez autora w ciągu ostatnich lat 10, w 129 (27%) wystąpił *herpes zoster*. Pomieniona odsetka wydaje się za małą w porównaniu z cyframi innych autorów. DRASCHE podaje 40%, METZGER — 43,2%, SMOLER — 32%. Odpowiednio do znacznie częstszego występowania zapalenia płuc u mężczyzn spotykamy też u nich częściej wyprysk, niż u kobiet: podług cyfr autora — 99 : 30. Wyprysk najczęściej zjawia się u osobników z zapaleniem płuc, którzy poprzednio wcale nie chorowali, albo też przechodzili już sprawę zapalną w płucach. Najczęściej *herpes* występuje w zapaleniu płuc u osobników silnych, w średnim wieku będących. Zapalenie włóknikowe płuc w wieku dziecięcym i starszym przebiega prawie zawsze bez wyprysku. Okoliczność ta da się łatwo wytłomaczyć, jeśli zgodzimy się na pogląd GERHARDT'a na powstawanie wyprysku. Według tego poglądu, dla powstawania wyprysku potrzebne są następujące warunki: szybkie podniesienie ciepłoty i wraz

z tem podniesienie ciśnienia krwi, podrażnienie przechodzących przez kanały kostne czaszki włókien nerwu trójdzielnego albo współczulnego w następstwie nagłego rozszerzenia naczyń. Wiek starczy reaguje naturalnie o wiele słabiej na zakażenie, aniżeli silny wiek średni, skutkiem czego znaczne i nagłe wzniesienie ciepłoty nie ma miejsca. Do tego dodać należy jeszcze stan sklerotyczny drobnych tętniczek, który nie pozwala im rozszerzać się pod wpływem wzmożonego ciśnienia i wywierać ucisk na wspomniane wyżej włókna nerwowe.

Zgodnie z danymi innych autorów, *herpes* najczęściej, bo w 79%, występuje 3, 4 lub 5 dnia choroby. Dość często jednak zdarza się, że zjawia się 2 albo dopiero 9—10 dnia, a w jednym przypadku (*potator*) wystąpił 26 dnia choroby na 3 dni przed spadkiem gorączki.

Na 481 przypadków było 70 zejść, a między temi ostatnimi wszystkiego 6 razy zanotowano wyprysk. W najsilniejszym wieku od 20 do 60 lat 90% osób, które zmarły na zapalenie płuc, nie miały wcale wyprysku. Doświadczenie uczy, że wyprysk jest najczęstszy i najrozleglejszy w lekkich postaciach zapalenia płuc. Ztąd mamy prawo wnosić, że brak wyprysku w ciężkim zapaleniu płuc u osobników silnych ma niepomyślne znaczenie prognostyczne. Zdanie to zupełnie podzielają BAUER i STRUEMPELL. U ludzi, nadużywających napojów wyskokowych, zjawienie się wyprysku opóźnia się lub wcale do skutku nie dochodzi. Brak wyprysku w zapaleniu płuc u starców nie tyle sam przez się ma znaczenie dla rokowania, ile wiek chorych oraz połączone z nim zmiany w narządach.

Na trwanie choroby wyprysk nie ma żadnego zgoła wpływu (GEISSLER, RIEHL).

Co się tyczy umiejscowienia wyprysku, to w 90% niemal wykwitły zjawiają się w obrębie 2 i 3 gałęzi nerwu trójdzielnego, przeważnie w obrębie gałęzi twarzowych (*nn. palpebrales inferiores*, *nn. nasales subcutanei*, *nn. labiales superiores*) oraz *n. infraorbitalis*. We wszystkich podobnych przypadkach możemy mówić o typowym umiejscowieniu wyprysku w zapaleniu płuc.

Po tej samej stronie, co i zapalenie płuc, wyprysk znajdował się 12 razy; tak samo często występował po stronie przeciwnej. W 46 prawostronnych i 39 lewostronnych zapaleniach wyprysk wystąpił po obu stronach twarzy; w o-

bustronnych zapaleniach 3 razy zjawil się po stronie prawej, 3 razy po lewej i 11 razy po obu stronach twarzy.

Jako rzadkie umiejscowienie w zakresie 3 gałęzi nerwu trójdzielnego, znajdujemy zajęcie języka oraz muszli usznej. Autor spostrzegł kilka przypadków tego rodzaju. O wiele rzadsze jest umiejscowienie w obrębie pierwszej gałęzi *n. trigemini*: na łącznicy oka, czole, górnej powiece.

Do nietypowych umiejscowień należą przypadki bardzo rzadkie, w których wyprysk występuje na kończynach i tułowiu. Na tym ostatnim spotykamy niekiedy *herpes* w okolicy odbytu i krzyża. Przypadki te łatwo mogą ująć uwagi lekarza, gdyż często przebiegają bez znacznego bólu.

(Münch. med. Woch. 1904. N. 25).

S. P.

143. B. LEICK. **Leczenie moczołki zwykłej (Diabetes insipidus) podskórnymi zastrzykowaniami strychniny.**

Zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi przez FEILCHENFELD'a (Berlin) z zastrzykiwań strychniny w jednym przypadku *polyuriae*, zależnym prawdopodobnie od marskości nerek i powikłanym niedowładom pęcherza moczowego, oraz w jednym przypadku moczołki zwykłej, autor zastosował jego sposób leczenia i u swojego chorego, także dotkniętego tą jej postacią.

U pacjenta, wieku lat 49, dotkniętego objawami *diabet. insipidi*—wskutek wstrząśnienia, spowodowanego upadkiem ze schodów, podczas pierwszych trzech tygodni pozostawania w szpitalu stosowano bezskutecznie leczenie dyetyczne, ograniczenie płynów i leki. Przystąpiono więc do zastrzykiwań strychniny. W ciągu trzech tygodni, począwszy od dawek 0,0025 grm. a skończywszy na dawkach 0,01 grm., z małemi przerwami zastrzyknięto ogółem (w 15 injek-

cyach) około 0,0905 *Strichnini nitrici*. Następnie z powodu pojawiających się objawów zatrucia (mdłości, drgań mięśniowych) iniekcji zaprzestano. Ilość dobową moczu w czasie stosowania ich stopniowo obniżała się z 8000 ctm. sz. na 3400 ctm. sz., a i potem w ciągu miesiąca po zaniechaniu ich, w dalszym ciągu zmniejszając się, doszła ostatecznie do 2400 ctm. sz., a nawet do 1700 ctm. sz., jak to kilkakrotnie stwierdzono.

Dalszego stosowania strychniny musiano zaprzestać z obawy kumulatywnego działania jej a także i dlatego, że takie zmniejszenie się ilości moczu, obok ustąpienia innych objawów i w obec ogólnej poprawy—można niejako uznać za wyleczenie—przynajmniej o ile upoważnia do tego obecny stan chorego i brak nawrotu. Na zarzut, że poprawa taka mogła nastąpić sama przez się wskutek starannej opieki i pomyślnych warunków higienicznych, możnaby odpowiedzieć, że taka w zwykłym przebiegu moczołki prawie się nie zdarza, i że skutek pierwszych zaraz zastrzykiwań zanadto był widoczny i uderzający, aby im odmówić dodatniego wpływu.

Zauważyć tu jeszcze należy, że ciężar gątkowy moczu, pomimo znacznego zmniejszenia się jego ilości—wbrew wszelkiemu oczekiwaniu—pozostał takim samym, t. j. równie niskim, jak w początku choroby. Ta okoliczność właśnie też przemawia na korzyść leczniczego działania strychniny, bo—zdaniem autora—gdyby poprawa nastąpić miała wskutek samoleczniczego działania organizmu, to wraz ze zmniejszeniem się ilości moczu powinienby się odpowiednio zwiększyć jego ciężar właściwy.

Wogóle autor zadowolony jest z wyników, przez siebie otrzymanych, i poleca stosowanie oraz dalsze badanie tej metody leczenia.

(Deut. medizin. Woch. N. 33. 1904 r.).

F Gr.

Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

Zasługuje na uwagę odczyt, wygłoszony w drezdeńskim towarzystwie przyrodniczo-lekarskim przez d-ra SCHWEISSINGER'a pod tytułem: „O próbach na białko i cukier i o zastosowaniu mułu krzemianowego do analizy moczu”. Mówca zatrzymuje się głównie nad wyjaśnieniem przyczyn błędów analitycznych, które zdarzają się dosyć często przy użyciu metod zarówno starszych, jak i nowych. S. często stosował próbę z furfurolem, zalecaną przez MOLISCH'a, względnie UDRANZKY'ego, którą LUTHER przystosował do oznaczeń ilościowych, okazało się jednak, że otrzymywane przez prelegenta liczby dla węglowodanów, wyjąwszy cukier, były znacznie niższe, aniżeli u LUTHER'a. Odczynnik FEHLING'a powinien być przechowywany, jako dwa roztwory oddzielne. Jeżeli czystości odczynu przeszkadzają inne ciała (fosforany, moczniki, kreatynina i t. p.), dające odczyny uboczne, to należy te ciała przede wszystkim strącić za pomocą octanu ołowiu. Odczynnik NYLANDER'a jest dosyć pewny, jeżeli mocz zawiera więcej, niż 0,2% cukru, należy jednak próbę zagotować kilkakrotnie. Daleko prędzej prowadzi do celu t. zw. wzmocniony odczynnik NYLANDER'a (zawierający 8% azotanu bismutu), lecz też i częściej daje wyniki fałszywe. W celu ilościowego oznaczania cukru obecnie co raz częściej uciekają się do próby fermentacyjnej, niż do miareczkowania płynu FEHLING'a. Zwłaszcza przyrząd LOHNSTEIN'a daje wyniki zupełnie dobre w tych przypadkach, w których ilość cukru w moczu nie jest zbyt mała, a próba była wykonana, o ile można, najdokładniej. Do oznaczania ilości cukru szybko i pewnie najlepiej nadaje się polaryzacja, lecz tylko przy użyciu dostatecznie czułych przyrządów, wśród których największym powodzeniem cieszą się polaryzatory o zaciemnieniu przez pół pola widzenia. W przypadkach wątpliwych warto wykonać dla kontroli dwa lub trzy oznaczenia. Odczyn na pentozę posiada dla

lekarza-praktyka znacznie mniejsze znaczenie, niż możnaby o tem wnosić z licznych publikacji, poczynionych w roku poprzednim. Przy wykonywaniu próby z orceiną i kwasem solnym przyczyną znacznych błędów może stać się zanieczyszczenie wysokoku amyłowego, wskutek czego i sam odczyn staje się wątpliwym. Nawet pora dnia, kiedy mocz bywa brany do analizy, gra rolę poważną w wynikach analizy, dlatego też należy zawsze pouczyć chorego, jakie porcje moczu powinny być posłane. Jeżeli, mianowicie, mamy na celu oznaczenie dobowej ilości cukru w moczu, to mocz powinien być zebrany wszystek, następnie zmieszany, i dopiero wtedy bierze się próbę przeciętną. Jeżeli zaś chcemy przekonać się, czy dany mocz wogóle zawiera cukier, to do analizy posyła się mocz, zebrany w kilka godzin po posiłku, składającym się przeważnie z węglowodanów. Ten sposób postępowania daje możność wykrycia w moczu setnych części %, które w innych warunkach nie dałyby się wykryć. Z pośród prób na białko za najlepszą uważa S. próbę HELLER'a, jako niezmiernie czułą, zwłaszcza że męty, zależne od moczników i azotanu mocznika, jest bardzo łatwo odróżnić od kółka strąconego białka. Mniej wyraźna jest próba z żelazo-sinkiem potasu, ponieważ przeszkadza jej obecność śluzu i kwas moczowy, które również dają męty i osady. Co się tyczy próby za pomocą gotowania moczu, to w podręcznikach nie kładzie się zupełnie nacisku na to, żeby przed gotowaniem nie dodawać kwasu, ponieważ częstokroć nawet mały dodatek kwasu (zwłaszcza azotny) rozpuszcza znaczne ilości białka podczas gotowania. Pod wpływem odczynnika ESCHBACH'a obok brązowo-czerwonego osadu kwasu moczowego powstaje jeszcze biały albo biało-żółtawy osad, który składa się z pikrinianu kreolininy i soli potasu. W większości przypadków osad ten jest bardzo nieznaczny, i można go odróżnić za pomocą mikroskopu,

dzięki jego postaci krystalicznej, w niektórych jednak razach może on łatwo wprowadzić w błąd niezbyt wytrawnego badacza. Co się tyczy odczynnika SPIEGLER'a, należy nadmienić, że daje on osad nawet wtedy, kiedy inne odczyny nie dają go, lecz osad ten zależy przeważnie od obecności mucyny. Znaczną część swego przemówienia poświęca SCHWEISSINGER zastosowaniu mullkrzemienego, jako środka, doskonale klarującego moczu. Po dodaniu nawet małych ilości tego ciała (*terra silicea*) do zupełnie mętnego moczu otrzymujemy prawie natychmiast płyn zupełnie przezroczysty. Aczkolwiek ten mull posiada odczyn kwaśny i strąca nieco białka, można jednak zapobiedz temu przez używanie bardzo małych ilości mullu (kilka centygramów) do większych (100 grm.) ilości moczu. Próbkę moczu, oczyszczonego za pomocą mullu krzemienego, po dodaniu odrobiny tymolu przechowują się doskonale całymi latami. Mull ten doskonale nadaje się do odbarwiania moczu, zwłaszcza do usuwania barwników anilinowych. Barwniki, strącone za pomocą mullu, dają się doskonale przemywać, a nawet i odciągać przez rozpuszczenie w wysokoku. Żałować jednak wypada, że tak dzielny środek zyskał dotychczas tak małe zastosowanie.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Hamburgu d-r PASCHEN okazał preparat dziurawiącego wrzodu okrągłego dwunastnicy. Okaz pochodził od mężczyzny 73-letniego. Chory przybył do szpitala, skarżąc się jedynie na wciąż wzrastające zaparcie; stan ogólny i apetyt nie pozostawiały nic do życzenia. Po upływie tygodnia zjawily się nagle bóle dotkliwe w okolicy podżebrza prawego, a po upływie kilku godzin wystąpiły wszelkie objawy rozlanego zapalenia otrzewny (znaczone wzdęcie brzucha, brak wiatrów i wypróżnień, nudności, bóle, tętno bardzo małe). Badanie przez odbytnicę nie wykryło przyczyny cierpienia. Chory zmarł po dniach pięciu wśród wzrastającego osłabienia czynności serca; wymiotów nie było ani razu. Badanie zwłok wykazało, co następuje: wątroba całkowicie przesunięta na lewo; pomiędzy prawym brzegiem wątroby, przeponą i żebrami, oddzielona od dołu od jamy brzusznej przez mocno pozrastane pętle kiszki, znajduje się przestrzeń wielkości głowy dziecka, napelniona powietrzem i kałem płynnym; przestrzeń ta łączy się ze swia-

tlęciem dwunastnicy za pośrednictwem małego otworu; dwunastnica mocno zrośnięta z leżącą po nad nią wątrobą. Po rozcięciu dwunastnicy znalaziono jeszcze jedno owrzodzenie, drążące prawie do samej otrzewny; siedlisko tego owrzodzenia znajdowało się na wysokości główki trzustki, lecz zrośnięte z nią nie było. W żołądku była jedna duża blizna po zagojonem owrzodzeniu. Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że przez cały czas choroby nie było żadnych objawów wrzodu, a chory doskonale znosił zwykłe pożywienie szpitalne; następnie nie spostrzegano wymiotów, ponieważ kał zbierał się w opisanej wyżej jamie. Umiejscowienie wrzodu było typowe: tuż bezpośrednio poniżej odźwiernika. Należy zwrócić uwagę, że i w tym przypadku osobnik należał do płci męskiej, podczas gdy wrzód okrągły żołądka bez porównania częściej spotyka się u kobiet.

W rozprawach, które powstały na tle tego przemówienia, WIESINGER kładzie nacisk na trudności rozpoznawania i potwierdza uwagę prelegenta nad częstością tego rodzaju chorób u mężczyzny w porównaniu z kobietami. Co się tyczy danego przypadku FRAENKEL robi uwagę, że przedziurawienie musiała wywołać jakaś sprawa ostra. Co się tyczy czynników przyczynowych, to, istotnie, na powstawanie owrzodzeń dwunastnicy powyżej jej brodawki muszą działać te same przyczyny, które sprzyjają tworzeniu się wrzodów okrągłych w żołądku. Spostrzegamy jednak przypadki, w których owrzodzenie leży niżej od otworu przewodu żółciowego, lecz o etiologii ich wiemy, niestety, jeszcze mniej, niż o etiologii pierwszych. Możemy tylko powiedzieć, że i objawy cierpienia w przypadkach takich są inne. podczas gdy wrzód dwunastnicy, położony tuż za odźwiernikiem daje objawy takie same, jak wrzód żołądka. Jeden tylko objaw, o ile naturalnie istnieje, pozwala odróżnić te dwie sprawy chorobowe, mianowicie wypróżnienia krwawe wobec braku wymiotów krwawych, aczkolwiek czasem nie wielka ilość krwi odchodzi z wymiotami, w wypróżnieniach zaś bywa jej wtedy bardzo dużo. We wrzodzie żołądka bywa wprost odwrotnie. Jeżeli wrzód znajduje się niżej od brodawki dwunastnicy, a w dodatku w tej części kiszki utworzyło się zwężenie, to żółce przechodzi w obfitości do żołądka, i następują wymioty, zawierające nieraz wprost olbrzymie

ilości żółci. Dalej FRAENKEL przypomina o zrostach wąskich lub rozległych pomiędzy dwunastnicą i pęcherzykiem żółciowym lub wątrobą, które tworzą się w czasie choroby, a prowadzą do zwężeń, względnie załamania kiszki z następczem przerwaniem drożności przewodu pokarmowego. W końcu REICHE potwierdza wywody swego poprzednika o umiejscowieniu wrzodu w dwunastnicy i o zwężeniach światła kiszki. Dodaje tylko, że te nisko położone zwężenia dają pewne objawy dosyć typowe. Do najważniejszych należą: 1) obecność żółci i trypsyny w wymiocinach lub wydobytej treści żołądka, i 2) rozszerzenie dwunastnicy i żołądka, położone w lewym i prawym podżebrzu. Jeżeli wtedy napełnić mocno powietrzem żołądek i dwunastnicę, to dolna granica pierwszego obniża się mniej lub więcej znacznie, podczas gdy dwunastnica nie zmienia swego położenia. Wrzody dwunastnicy posiadają również wielkie znaczenie ze względu na liczne powikłania, do których prowadzą zrosty pomiędzy kiszką i narządami sąsiednimi, np. z miedniczką nerkową prawą lub z żyłą wrotną.

Zakończył posiedzenie odczyt d-ra DELBANCO: „o pocie barwnym“. Mówca zawdzięcza d-wi ZADDACH'owi zbadanie włosów, pochodzących z jamy pachowej pewnej bardzo nerwowej damy, liczącej około 47 lat wieku. Jama pachowa i bielizna posiadają na pierwszy rzut oka zabarwienie jak gdyby krwawe. Zjawisko to nie sprawia chorej żadnych dolegliwości, a istnieje od szerega lat, lecz tylko pod jedną pachą. DELBANCO rozpatruje szeroko sprawę potu barwnego. Utrzymywano, że pot barwny występuje pod wpływem fosforanu żelaza, to znowu, że zależy to od jakiegoś związku sinu, analogicznego do pyocyjaniny. MIBELLI donosi o występowaniu potu błękitnego po każdorazowym użyciu wewnętrznem kwasu chryzofanowego. Literatura tego przedmiotu sięga roku 1831. Żółte lub pomarańczowe zabarwienie potu z pod pachy i okolicy narządów płciowych spostrzega się względnie często. W przypadkach podobnych, zarówno jak i w opisanym, znajdowano na włosach odnośnych drobne zgrubienia. Badanie drobnovidzowe wykryło, że te zgrubienia, składające się z nawarstwień pomarańczowo-czerwonych, zawierają drobnoustroje, które wydzielają barwnik. HARZ dono-

sił niedawno o wynikach badania bakteriologicznego podobnego potu. Wykryte przez tego badacza drobnoustroje, mianowicie *bact. auratum*, znalazł PLAUT w przypadku, badanym przez ZADDACH'a. Wogóle jednak zgrubienia, spotykane na włosach w jamie pachowej, aczkolwiek nie wydzielające żadnego barwnika, nie należą wcale do rzadkości. Zjawisko to jest obecnie zbadane dokładnie i znane pod nazwami: *Trichomyces nodosa*, *Lepothrix*, *Trichomyces Palmellina*, dawniej zaś przypisywano je przysychaniu wydzieliny skórnej, później znowu grzybkom swoistym, o których istotę toczyły się liczne spory. W przypadkach potu czerwonego możnaby sądzić, że do zjawiska czysto fizyologicznego przyłączyło się jakieś zakażenie mieszane. Mówca kończy swe przemówienie bardzo słuszną uwagą, że występowanie potu zabarwionego u histeryczek należy zawsze przyjmować z wielką ostrożnością, ażeby nie zostać wprowadzonym w błąd przez osobnika bardzo skłonnego do udawania.

O bardzo ciężkim przypadku uszkodzenia ciała mówił J. MERKEL na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Norymberdze. Wypadek ten spotkał 69-letniego inżyniera, który, zwiedzając młyn, dostał się pod koło rozpędowe i w jednej chwili postradał rękę lewą i to w ten sposób, że ramię było zupełnie oderwane i wisiało na płacie ze skóry. Lekarz, który znajdował się w pobliżu, odciął strzęp skóry, nałożył opatrunek prowizoryczny i kazał przewieźć chorego do szpitala, zwłaszcza że nie było ani znacznego krwawienia, ani nadmiernego bólu. W szpitalu zdjęto natychmiast przesiąknięty krwią opatrunek i przystąpiono do zbadania olbrzymiej rany. Naokoło górnej trzeciej części ramienia sterczały resztki oderwanych mięśni, otaczających staw barkowy (*latissimus dorsi*, *pectoralis major*, *deltoides*, *teres major et coraco-brachialis*). Wśród strzępów tkanek sterczał ostry odłamek kości ramieniowej długości 8 cm., staw barkowy był otwarty. Przesiknięte krwią strzępy mięśni, części ścięgien, na których wiszą kawałki kości, pnie nerwowe—wszystko to opadało jako bezkształtna masa, niezmiernie utrudniająca orientowanie się. Ponieważ splot barkowy rozsypał się wśród postrzępionych mięśni, trudno było odszukać oddzielne pnie nerwowe. Odnaleziono

nareszcie nerw pośrodkowy i promieniowy, jako zgniecione sznurki na kilka ctm. długie, nerwu zaś łokciowego nie udało się znaleźć, ponieważ został oderwany gdzieś bardzo wysoko. Tętnica pachowa, przykryta przez mięśnie, miała wygląd zaczipowanego sznura, i dopiero, kiedy ją nieco naciągnięto, zjawilo się w niej tętnienie. Przewiązano ją w trzech miejscach i puszczone, poczem pień tętniczy schował się szybko pomiędzy mięśniami w głębi jamy pachowej. Wtedy dopiero wyluszczone główkę kości ramieniowej wraz z pozostałą częścią trzonu. Powierzchnię rany wygładzono, o ile się dało, przez obcięcie sterzących końców mięśni, ścięgien i pni nerwowych, ranę przemyto wodą gorącą (60°C) wyjałowioną i nałożono opatrunek. Po dniach siedmiu ogólny stan chorego był bardzo dobry. Ciepłota nie przekroczyła ani razu 38°. Ponieważ pewne części skóry i mięśni uległy zgorzeli, przeto cały wysiłek zwrócono na to, żeby utrzymać jaknajwiększy płat skórny, którego można byłoby później użyć do przykrycia rany.

Wykład d-ra Fr. PINELES'a, wygłoszony w towarzystwie lekarskiem wiedeńskim, stanowi ciekawy przyczynek do fizjologii i patologii gruczołu tarczowego i ciał nabłonkowych u człowieka. Przemówienie swe prelegent rozpoczął od przedstawienia stanu ustroju, który rozwija się wskutek zupełnego usunięcia wspomnianego gruczołu. Osobnik taki posiada wzrost karli, wyraz twarzy przypomina kretyna, na skórze obrzęk śluzakowy, zanik narządów płciowych dochodzi do wysokiego stopnia, inteligencya bywa bardzo upośledzona, stałe zaparcia. Wszystkie te objawy należy przypisać brakowi gruczołu tarczowego, zanik zaś narządów płciowych i idiotyzm spotykamy również i w przypadkach niedorozwoju tego gruczołu. Osobniki, dotknięte wspomnianym niedorozwojem, dochodzą czasami do względnie późnego wieku (20, 22, a nawet 37 lat), co wyraźnie przeczy twierdzeniom, jakoby gruczoł tarczowy był niezbędny do utrzymania życia. Zasluguje na zaznaczenie fakt, że wśród objawów klinicznych, towarzyszących niedorozwojowi gruczołu tarczowego, w historyach chorób nigdzie nie ma wzmianki o tężyczce. Mówca sam badał wielokrotnie dzieci, dotknięte tem cierpieniem, lecz nigdy nie mógł stwierdzić obecności cięższych,

bądź słabszych objawów tężyczki, drgawek ogólnych, spazmów i niedowładów. Ponieważ zwierzęta, pozbawione gruczołu tarczowego, a także ludzie po doszczętej operacyi wola często zapadają na tężyczkę, możnaby więc było przypuszczać, że brak tężyczki przy niedorozwoju gruczołu tarczowego znajduje się w związku bezpośrednim z najzupełniej prawidłowym stanem ciał nabłonkowych. Okazuje się więc, że wszelkie zarzuty, przeczące temu pogładowi, są bezpodstawne, w samej zaś rzeczy należy wnosić, że osobniki z niedorozwojem gruczołu tarczowego są zabezpieczone od tężyczki, ponieważ ciała nabłonkowe są zachowane. Brak tężyczki wobec niedorozwoju gruczołu tarczowego i po usunięciu wola i, przeciwnie, częste względnie występowanie tężyczki po usunięciu obydwóch płatów bocznych gruczołu (ciała nabłonkowe, jak wiadomo, przylegają do płatów bocznych gruczołu i podczas operacyi łatwo mogą uleść, jeżeli nie zupełnemu wycięciu, to przynajmniej uszkodzeniu) stanowią dalsze poważne dowody, przemawiające na korzyść przypuszczenia, że napady tężyczki są ściśle zależne od zachowania lub braku ciał nabłonkowych. Dalej PINELES przechodzi do wyników doświadczeń własnych na zwierzętach, które rzucają wiele światła na sprawę omawianą, i stara się wyświecić związek, jaki zachodzi pomiędzy tężyczką u ludzi i zwierząt operowanych, zaznacza wielkie podobieństwo (pod względem klinicznym) pomiędzy *tetania strumipriva* i rozmaitemi postaciami tężyczki idiopatycznej z jednej strony u ludzi a tężyczką u zwierząt, i utrzymuje, że wszelkie postacie tężyczki idiopatycznej (tężyczka u robotników, u dzieci, u kobiet ciężarnych, u ludzi, dotkniętych cierpieniami żołądka) są analogiczne do *tetania strumipriva*, ponieważ mają tę samą podstawę patologiczno-fizjologiczną, mianowicie: niedomogę ciałek nabłonkowych. Twierdzi nakoniec, że zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, spostrzegane w wielu przypadkach tężyczki idiopatycznej, częste, jak gdyby epidemiczne występowanie rozmaitych postaci tego cierpienia w miesiącach marcu i kwietniu, wszystko to pozwala przypuszczać, że ten jeden jakiś czynnik szkodliwy wpływa na upośledzenie, wzgl. zaburzenie czynności ciał nabłonkowych.

K. Z.

Wiadomości bieżące.

— W roku bieżącym na wydział lekarski Warszawskiego Uniwersytetu zapisało się 66 studentów.

— Dowiadujemy się, że z inicjatywy 2 ordynatorów szpitala Ś-go Ducha Zarząd tegoż szpitala urządził nareszcie prowizoryczne pro-sektoryum, w którym na czas budowy ambulatoryum odbywać się będą sekcye naukowe.

— „Wostocznoje Obozrenie“ donosi, że lekarze i felecerzy, którzy należą do pospolitego ruszenia 2-go stopnia, zostali zwolnieni przez Sztab Główny od wyjazdu na wojnę, ci zaś z nich, którzy już pojechali, mają wracać do domu.

— „Therapia-Palace“ w Cirkwenicy pod Abazą została sprzedana towarzystwu węgierskiemu. D-r EBERS zmuszony był zwinąć swoje sanatorium, ponieważ nowonabywcy mają zamienić dotychczasowe sanatorium na zakład leczniczy dla dzieci gruźliczych i zółzowatych.

— Pomiędzy 13 i 16 października ma się odbyć w Abazyi IV Zjazd Austrijackich balneologów.

— Komisya gubernialna Saratowska ogłasza o pojawieniu się cholery w Saratowie, i dlatego Ziemstwo Saratowskie postanowiło prosić władze odpowiednie, aby z personelu lekarskiego tejże gubernii nie byli wzywani lekarze i felecerzy na plac boju.

— Pensjonat polski w Meranie Maryi DOBROWOLSKIEJ, prowadzony na sposób sanatorium pomimo zaszłej przed tygodniem śmierci właścicielki, prowadzony będzie w dalszym ciągu przez córkę jej Eugenię DOBROWOLSKĄ. Pensjonat ten, znany naszym lekarzom, już od całego szeregu lat wyrobił sobie zasłużone uznanie w szerokich kołach przez troskliwość w obsłudze chorych, jak również i przez wzorową kuchnię, odpowiadającą wszelkim wymaganiom dyetetyczno-lecz-

niczym. Dodać należy, iż pensjonat ten, pomimo swej skromnej nazwy, zaopatrzony jest w odpowiednie pomoce i urządzenia, pozwalające na metodyczne przeprowadzenie nawet skombinowanych kuracyi. Stała opieka lekarska na miejscu. Ceny dostępnejsze, niż w innych tego rodzaju zakładach.

— Poseł d-r M. DANIELAK, korzystając z pobytu prezydenta ministrów d-ra KÖRBER'a w Zakopanem, wręczył mu następujący memoriał:

Ekscelencyo!

Galicja ma 16 zdrojowisk i jedną stacyę klimatyczną: Zakopane. Pomimo prawie zupełnego braku opieki ze strony rządu centralnego, zdrojowiska nasze dzięki skuteczności swoich wód i zdrowotnych warunków klimatu nadzwyczajnie się rozwinęły, i liczba kuracuszów i turystów z każdym rokiem w ogromnym stosunku wzrasta. Liczba gości w zdrojowiskach galicyjskich wynosiła w roku ubiegłym około 40,000 osób, liczba gości w Zakopanem, zameldowanych w stacyi klimatycznej w r. 1903, wynosiła przeszło 10,000.

Uzdrowiska te są już dzisiaj znacznym ekonomicznym czynnikiem, przyczyniają się wielce do rozwinięcia przemysłu krajowego i ruchu handlowego. W przybliżeniu można oznaczyć kwotę, jaką pozostawiają goście i turyści w miejscach kąpielowych naszych na 16 milionów koron rocznie.

Szwajcarya, a za nią inne państwa zachodnie zrozumiały doskonale swój własny interes, jaki leży w ruchu turystycznym. Zrozumiał to także naleyście rząd węgierski i celem wzmożenia się ruchu turystycznego w Tatry węgierskie poczynił takie ułatwienia, takie udogodnienia, przeznaczył już na ten cel dziesiątki milionów koron, że pod niejednym względem prześcignął nawet rząd szwajcarski. Natomiast rząd au-

stryacki dla zdrojowisk swoich mało albo prawie nie dotąd nie zrobił, a turystyką wcale się nie zajmuje.

Zaniedbał nawet w niesłychany sposób swoje własne miejsce kąpielowe, skądby mógł ciągnąć nawet duże zyski, t. j. Krynice.

Parlament węgierski wskutek inicjatywy rządu swojego zwolnił wszystkie zdrojowiska od podatków na przeciąg lat dwunastu.

Sejm galicyjski ze szczupłych swoich funduszów łoży co roku znaczne sumy na podniesienie naszych zdrojowisk. Gdyby i rząd centralny w ten sposób postępował, to w krótkim przeciągu czasu nasze zdrojowiska i stacje klimatyczne stanęłyby na stopie europejskiej i stałyby się rzeczywiście źródłem znacznych dochodów dla kraju i państwa.

Dzisiaj wobec hasła: „Należy uprzemysłować Galicyę!“, wobec usilnych starań, ażeby ten biedny kraj, przez dziesiątki lat zaniedbany, w postępie i rozwoju wstrzymywany, ekonomicznie odrodzić, czas także pomyśleć i o naszych zdrojowiskach i stacjach klimatycznych.

Polegając na wyrażonej tylokrotnie życzliwości Waszej Ekscelencyi dla naszego kraju i witając Cię w najpiękniejszej części polskiej ziemi, wśród uroczystych Tatr, mamy zaszczyt przedłożyć W. E. następujące życzenia nasze w sprawie Zakopanego i powiatu Nowotarskiego z prośbą o laskawe tychże uwzględnienie:

1) Powiat Nowotarski i Zakopane od szeregu lat domaga się utworzenia Sądu obwodowego w Nowym Targu i Sądu powiatowego w Zakopanem. Obecnie, kto ma sprawę w sądzie obwodowym w Nowym Sączu, musi stracić 3 dni, aby się do sądu dostać i wrócić.

Prosimy zatem W. E. o najrychlejsze otwarcie Sądu obwodowego w Nowym Targu i Sądu powiatowego w Zakopanem.

2) Zakopane stało się dzisiaj jednym i jedynym miejscem klimatycznym górskim, dokąd przeciętnie obecnie zjeżdża po 10 tysięcy turystów rocznie. Kraj co mógł, to dla Zakopanego zrobił. Wybudował przedewszystkiem wygodne szosy w Tatry i drogi w samem Zakopanem. Gmina jednak biedna, nie mająca żadnego majątku, nie może zdobyć się na najniezbędniejsze potrzeby rozwoju, mianowicie na: kanalizację, wodociągi i oświetlenie należyte. Rozwój Zakopanego zawisł od wydatnej na szereg lat rozło-

zonej pomocy rządowej na budowę kanałów, wodociągu i założenie stacji elektrycznej.

3) Pomimo, że poczta w Zakopanem daje rocznie przeszło 100,000 koron przychodu, z czego 50,000 koron jest czystego zysku, dotąd nie ma ona należytego pomieszczenia. W sezonie letnim trzeba czasami stać pod gołym niebem na deszczu, nim się dociśnie do biurka urzędnika. Mimo tych braków zarząd pocztowy znowu polowicznie sprawę załatwia, wynajmując w nowym małym domu parę ciasnych ubikacji na pocztę, zamiast wybudować raz porządny budynek pocztowy. Koszt dzierżawy jest znacznie większy, aniżeli by kosztował właściwy odpowiedni gmach na anunitetach wybudowany.

4) Nie mamy dotąd połączenia krótkiego z Węgrami.

Do jeziora Szczybrskiego wybudowano po stronie węgierskiej kolej zębnicową, u nas jest w projekcie budowa kolei zębnicowej pod Świnicę. Po jej wybudowaniu mogłaby być przedłużoną przez środek Tatr na Węgry. Taka linia kolejowa ma zapewnioną rentowność. Wkrótce w tej sprawie zostanie Wysokiemu Rządowi przedłożona petycja. Prosimy o przychylny jej traktowanie.

5) Gdy linia strategiczna kolejowa z Chabówki do Suchej Góry została w tym roku ukończoną i do użytku oddaną, upraszamy o jaknajrychlejsze upaństwowienie całej linii kolei z Chabówki do Zakopanego z odnogą do Suchej Góry, a to ze względów strategicznych i w interesie Tatr.

6) Prosimy o zaprowadzenie czterdziestopięciu dniowych biletów powrotnych do Zakopanego na liniach kolei galicyjskich i szląskich, jak to już uczynił rząd węgierski, ułatwiając ruch turystyczny.

7) Upraszamy o specjalną ustawę uwalniającą domy nowe lub według nowoczesnych zdrowotnych wymagań przebudowywane w Zakopanem, od podatków na lat 20. Ustawa taka jest dla Zakopanego niezbędną.

Jeżeli się zwracamy o pomoc do państwa, to czynimy to także w interesie samego państwa. Zakopane płaci już teraz podatków więcej, niż cały powiat nowotarski. Jeżeli rząd dopomoże do rozwoju Zakopanego, zapewni przez to państwu znaczny przyrost dochodów. (Przewodnik kąpielowy N. 12 z dnia 20 września r. b.).

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Feliksa JABLONOWSKIEGO wakuje wsparcie rub. 139 za 2-ie półrocze roku 1904, przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii Rzymsko-Katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (: ul. Niecała N. 7 :) oznacza się termin do dnia 15 grudnia r. b. Przy prośbie złożyć należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3 lekarzy-członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamierzonym stanie proszącego i okolicznościach, przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze, na prowincyi zamieszkali, przesłać winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia
Członek Komitetu *D-r M. Jakowski.*

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób, pracujących na polu naukowym, imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona przyznane zostaną w r. 1905 dwie nagrody pieniężne.

Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych, (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi) ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1901, 1902, 1903 i 1904; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z Ustawą Kasy Pomocy i stosownie do zastrzeżeń, uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet, zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłował zebrać, dla poddania ocenie prace, ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń prosi o składowanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu lub na ręce jednego z Członków Komitetu.

Za Prezesa Komitetu *Kosobudzki.*
Członek Komitetu Sekretarz *Feliks Kucharzewski.*

Od Administracji.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracji o każdym niedoręczonym numerze.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik fabryki Karola Gust. Hildebrandta w Krakowie i broszurka „Meran — Willa Stefania“ d-ra Romualda BINDER'a.