

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Sprawozdanie z rzedu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie w ciągu roku 1885. Podał docent Dr. K. Żuławski. O opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni Traubego. Podał Dr. Wł. Biegański. — **Streszczenia i wyciągi.** 49. O ciężu nerwowym. — **Odcinek.** Wyniki badań nad głodomorem Cetti. (Dokończenie). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

## SPRAWOZDANIE

z ruchu chorych w zakładzie dla obłąkanych w Krakowie  
w ciągu roku 1885.

Podał Docent Dr. Karol Żuławski

prymarjusz tego zakładu.

W zakładzie dla obłąkanych w szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie leczono w roku 1885 wogóle m. 166 k. 108. Z tych wyszło wyleczonych m. 57 k. 30; niewyleczonych m. 48 k. 24; zmarło m. 18 k. 14; z końcem roku 1885 pozostało m. 43 k. 40. Pod względem poszczególnych form chorobowych przedstawił się ruch chorych jak następuje: (Patrz tablicę na następnej stronie).

Ze względu na zatrudnienie chorych było najwięcej sług i wyrobników m. 62 i k. 47, dalej rękodzielników m. 23 i k. 17, urzędników publicznych m. 23, stanu kupieckiego m. 13, k. 6, gospodarzy wiejskich m. 11, k. 2, profesorów i nauczycieli m. 3 k. 7, wojskowych m. 5, lekarzy 3.

Ze względu na wiek było najwięcej chorych między 20 do 25 lat m. 29 k. 15, następnie od 35 do 40 lat m. 28 k. 13, od 30 do 35 lat m. 20 k. 17, od 25 do 30 l. m. 15 k. 15.

Ze względu na stan było: zaślubionych m. 90 k. 40, stanu wolnego m. 73 k. 54, owdowiałych m. 3 k. 14.

Ze względu na czas leczenia: do 1 miesiąca m. 50 k. 18, od 1 do 3 miesięcy m. 25 k. 22, od 3 do 6 miesięcy m. 24 k. 11, od 6 do 9 mies. m. 13 k. 9, wyżej 9 miesięcy i roku m. 11 k. 8.

Z pomiędzy przyczyn chorobowych wykazano: nadużycie napojów wyskokowych u m. 39 k. 6, niedokrewność m. 21 k. 19, choroby nerwowe m. 20 k. 18, skłonność rodową m. 17 k. 13, sprawy połogowe k. 18, nadużycia płciowe m. 10 k. 6, nadużycie morfinu k. 2.

Z pomiędzy form chorobowych przedstawia się najliczniej pomięszanie umysłu, alkoholizm, i niedołęztwo umysłu z porażeniami, podczas gdy mania i zaduma, rzadko się pojawiały. Dominujące to stanowisko pomięszania umysłu nad innymi formami chorób umysłowych przypisać należy i tej okoliczności, że dawniejszy podział chorób umysłowych oparty jedynie na ze-

wnętrznem zachowaniu się chorych upaść musiał z chwilą, gdy oprócz zadumy i manii wykazano jeszcze inne postacie pierwotne, a które dawniej jako następowe z manii lub zadumy powstałe uważano. Jeżeli obecnie zachowanie się zewnętrzne chorych samo przez się nieuprawnia do rozpoznawania pewnej formy chorobowej, to tak samo dzieje się i z innymi objawami chorób umysłowych, okazało się, że jeden i ten sam objaw w kilku postaciach występuje, a formy te pomimo tego wspólnego objawu, całkiem się różnią pomiędzy sobą. Tak np. urojenie wielkości uważane dawniej jako objaw cechujący manię, napotyamy także w pomieszaniu umysłu oraz i w niedołęztwie porażeniem.

FORMA CHOROBOWA.	Pozostało z 1884 r.		Przybyło razem w 1885 r.		Leczono razem w 1885 r.		W 1885 r. opuściło zakład				Umarło zmarłych		Pozostało z 1885 r.	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	wyleczonych		niewyleczonych		M.	K.	M.	K.
							M.	K.	M.	K.				
<i>Alcoholismus</i> .....	6	2	33	4	39	6	23	2	4	1	7	1	5	2
<i>Mania</i> .....	1	3	6	9	7	12	4	6	1	1	1	3	1	2
<i>Melancholia</i> ... ..	2	1	5	6	7	7	5	2	2	1	—	—	—	4
Niedołęztwo umysłu.....	2	4	9	3	11	7	—	—	3	3	1	1	7	3
Niedołęztwo umysłu z porażeniem.....	13	—	22	2	34	2	—	—	14	—	8	2	12	—
Pomieszanie umysłu ostre.	4	8	38	34	42	42	25	18	5	1	—	4	12	19
Pomieszanie umysłu chroniczne.....	3	7	7	6	10	13	—	—	5	6	—	1	5	6
Obląkanie epileptyczne..	9	9	7	7	16	16	—	—	14	11	1	1	1	4
Obserwacya.....	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Morfinizm.....	—	—	—	2	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—
Razem .....	39	35	127	73	166	108	57	30	48	24	18	14	43	40

Postęp ten w nauce zawdzięczyć możemy jedynie tylko ścisłym badaniom klinicznym. Już około roku 1860 wprowadził WESTPHAL za przykładem SNELLA formę pomieszania pierwotnego, wykazując, że choroba ta jakkolwiek chroni-

cznie przebiega, przecież jest pierwotną, a nie następową, jak to przypuszczano. GRIESINGER, reformator psychiatrii niemieckiej, w wykładzie swoim 1867 r. dawne swoje zapatrywania zmienił wypowiadając, że jest obecnie przekonany o pochodzeniu pierwotnem tych przypadków, które do niedawna uważał jako następowe po manii lub melancholii powstałe; a za jego przykładem poszli i inni psychiatrzy, przez co forma ta uzyskała stałe obywatelstwo w klasyfikacyi chorób umysłowych. Wykazano też następnie różne odmiany tej formy chorobowej, jak np. pomięszanie umysłu pierwotne wrodzone (*originäre Verrücktheit Sanderi*) dalej pomięszanie umysłu pierwotne z myślami przymusowemi, z obłądem pieniackim, religijnym, miłosnym, z popędem płciowym przewrotnym i t. p. WESTPHAL, MEYNERT, SCHÜLE wykazali nadto istnienie pomięszania umysłu ostrego.

Ze względu na przebieg, rokowanie i poszczególne objawy pomięszania umysłu, przedstawia się ono jako:

1. Pomięszanie umysłu chroniczne.
2. Pomięszanie umysłu ostre.

Następujące przypadki chorobowe obserwowane w zakładzie dla obłąkanych zaliczyć można do pomięszania umysłu chronicznego.

I. Stanisław D. lat 22 liczący, medyk, przyjęty dnia 6-go Sierpnia 1885 r. Rodzice jego żyją, ojciec jest niskim urzędnikiem, umysłowo i nerwowo zdrowy, matka cierpi na hysteryę. Od dziecka był skromny, małowówny, unikał towarzystwa kolegów i rówieśników, a szukał samotności; pilny i pracowity w szkołach, z trudnością tylko podolał naukom wymaganym. Od kilku lat począł podejrzycwać rodziców i innych ludzi o prześladowanie go; pojawiły się złudzenia zmysłów, wskutek czego przeniósł się do Wiednia, a gdy tam objawów powyższych doznawał, i skargi na osoby różne w policyi zanosił, odesłano go do kliniki psychiatrycznej prof. MEYNERTA.

Badanie szpitalne wykazało przyrządy wewnętrzne prawidłowe, wyraz twarzy smutny, usposobienie przygnębione. Ciężar ciała wynosił 53 kilo. Zniekształcenia czaszki niebyło, obwód głowy wynosił 53 ctm., wymiar prosty 18 ctm., poprzeczny 15 ctm., wysokość 15 ctm. Przyrządy zmysłowe prawidłowe, działalność mięśni dobra, odżywienie ogólne mierne. Badany podaje, że oprócz duru w dziecięctwie nie miał innych chorób, zaś przed 3 laty wskutek przestraszenia dostał zapalenia osierdzia, i odtąd cierpi na chorobę serca. Twierdzi, że jest umysłowo zdrowym, a obecne umieszczenie w zakładzie jest bezprawne i dowodzi dalszego prześladowania jego osoby, przed któremi zmuszony będzie do Ameryki wyjechać, obecnie zaś udawał się do Berlina. Podaje, że już od przeszło 3 lat znosi prześladowanie, że gdy mieszkał w Krakowie zaglądały mu pewne osoby do okna, wysmiewały go i wygłaszały jego myśli głośno. Gdy wyjechał wskutek tego do Wiednia, także poczęły jakieś osoby zaglądać do okien jego pokoju (na 2 piętrze), pukaly do drzwi, odgadywały jego myśli, wymawiały je głośno, a mieszkańcy z 3 piętra z niego się śmiali i podsłuchiwali go. Tłumaczy, że podsłuchiwanie z 3 piętra odbywało się za pomocą luster, w których się odbija poruszanie warg, a z tego znowu można odgadnąć myśli. Podaje, że cierpi na szum w uszach, ale zarazem słyszy bardzo

często głosy obce, śmiechy i drwinki z siebie; często miewa polucye, pomimo, że dotychczas jeszcze niespółkował, oraz niedopuszczał się samogwałtu. Ojciec podał, że po odebraniu syna z zakładu dla obłąkanych w Wiedniu, zrazu pacjent był zadowolony, przyjemny, i nie zdradzał żadnych objawów choroby umysłowej, później atoli zaprzestał spacerować, czytać, kąpać się, zamykał się w pokoju, wyrzucał rodzicom, że sprowadzili jego prześladowców, po nocach nie sypiał, rozmawiał, odgrażał się i sprzeczał z kimś, chociaż nikogo w pokoju nie było, zażądawszy pieniędzy na podróż do Berlina wyjechał; w Krakowie zatrzymał się, udał na policyą, i żądał uwolnienia go od prześladowców, wskutek czego ojciec zmuszony był oddać go do zakładu.

Z historii choroby z kliniki prof. MEYNERA, wynika, że wedle opinii lekarza policyjnego zgłosił się Stanisław D. dnia 7-go Maja 1885, w policyi, oskarżając mieszkańców 3-go piętra, że go prześladują, myśli jego odgadują, wyśmiewają, a w nocy nawet głośno wymawiają. W chwili przyjęcia był rozrzuwiony, płakał, pytał o przyczynę uwięzienia, nazajutrz twierdził, że już od roku przeszło słyży myśli swoje w odpowiedziach głośno powtarzane, że nie mogąc znieść tej przykrości sobie wyrządzonej, żalił się w policyi, a ta niepojętym sposobem widocznie przez pomyłkę odstawiła go do kliniki. Przez czas pobytu do 21-go Maja, mało co mówił, wzbraniał się jeść, wychodził na spacer, w nocy nie sypiał. Z zakładu napisał dnia 8 Sierpnia 1885 list do rodziców tej treści: „Kochani Rodzice! Złowrogie wasze przyrzeczenia spełniły się w zupełności, jestem umieszczony w szpitalu pod tym samym zarzutem—ma to być dalszy ciąg historii wiedeńskiej, co jednak prawdą być nie może, bo w takim razie coś podobnego byłoby wcześniej nastąpiło. Jeżeli zatem wy do tego ręki swej nie przyłożyliście to proszę powtórnie o przyjazd Wasz i to jak najprędzej, a następnie o wyjaśnienie doktorom, że nie na to się człowiekiem urodziłem, żeby oni mię za bydlę uważali i takim osądzieli, bo dowody człowieczeństwa dają, nie tylko postępowaniem nawet zanadto powolnem, ale nawet każdym czynem, na każdym miejscu. Usposobienie moje tym niesprawiedliwym krokiem w tak spowodowane, musi być usprawiedliwione, bo ono w razie waszej winy mogłoby wpłynąć nawet na wyrzeczenie się rodziny. Spodziewając się szybkiego przybycia Ojca, które jest konieczne także z powodu innych spraw, cauję wszystkich posłuszny syn St. D.“

Następnie spisał następujące podanie do c. k. Nadprokuratorji Państwa: „Niżej podpisany przytrzymany bezpodstawnie w szpitalu S-go Łazarza, zostając bez uwzględnienia jego żądań, otrzymawszy obecnie pozwolenie, uprasza o natychmiastowe wyznaczenie komisji sądowo-lekarskiej. Spodziewam się, tej jedynej największej dla mnie przysługi, choćby „z litości“. Pozostaję tutaj już od Czwartku, gdyż zwlekali pozwolenie pisania wskutek braku (!) papieru aż do teraz. Kraków dnia 8-go Sierpnia 1885. St. D.“

Przez cały czas pobytu w zakładzie protestował chory podczas codziennej wizyty, przeciw bezprawnemu trzymaniu go w więzieniu, modnie tak zwanym zakładzie, miewał ciągle kolizje z chorymi i posługaczami, że jego myśli odgadują, na każdym kroku i w dzień i w nocy go wyśmiewają, wszystko to przypisuje tej okoliczności, że wszyscy muszą być przekupieni przez swoich prze-

śladowców. Wyrzucił lekarzom, że mu urządzają elektryczne telefony, w nocy rzucają światło na jego łóżko, a od chorych dowiadują się potem o jego myślach. Chory jako nieuleczony odesłany został do zakładu w Kulparkowie.

(d. c. n).

Ze szpitala N. M. P. w Częstochowie.

### III.

## O opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni Traubego.

Podał Dr. Władysław Biegański.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

Przy opukiwaniu półksiężycowej przestrzeni natrafiamy niekiedy na znaczne trudności. Już w samym początku zauważyłem, że nie zawsze przestrzeń półksiężycowa daje przy opukiwaniu odgłos bębnekowy, że zależy to od wartości żołądka, od obecności w nim gazów. Zupełnie pusty i zupełnie wypełniony pokarmowemi massami żołądek daje odgłos tępy, co utrudnia znacznie określenie granic przestrzeni półksiężycowej. Wtedy bowiem nie jesteśmy w stanie odgraniczyć wątroby od żołądka, tępy opukowy odgłos wątroby przechodzi bezpośrednio w stępienie na okolicy żołądka. Druga trudność polega na odgraniczeniu żołądka od poprzecznic (punkt *b*), w tym przypadku jeżeli poprzecznicza jest wypełniona gazami; wtedy na miejscu tej ostatniej przy opukiwaniu otrzymujemy także odgłos bębnekowy. Dla odróżnienia zmuszeni jesteśmy wtedy kierować się różną wysokością bębnekowego odgłosu. Słup drgający powietrza w poprzecznic, ze względu na rozmiary tej ostatniej, jest mniejszy od słupu powietrza zawartego w żołądku, przez co i daje zwykle ton wyższy. Może się jednak zdarzyć przy różnej prężności gazów żołądka i poprzecznic, że różnica wysokości odgłosu bywa bardzo nieznaczna, prawie niepostrzegalna. Nakoniec trzecią trudność spotykamy przy opukiwaniu wtedy, kiedy żołądek bywa znacznie wzdęty gazami. Opukiwanie wtenczas bywa bardzo utrudnionem, wszędzie prawie spotykamy poddźwięk bębnekowy na granicach. Jeszcze przy lekkim opukiwaniu ze strony wątroby i płuc łatwiej możemy wynaleźć granicę, lecz ze strony śledziony i poprzecznic, niewypełnionej kałem, natrafiamy na nieprzewyciężone przeszkody. Najslabsze nawet opukiwanie cienkiej, niepowiększonej śledziony daje odgłos bębnekowy i określenie punktu *d* staje się niekiedy całkiem niemożliwem. Należało by tu chyba jeszcze wspomnieć o przeszkodach w opukiwaniu, kiedy prężność gazów w żołądku jest nadmierna, kiedy okolica żołądka daje odgłos płucny, niebębnkowy. Wobec jednak takiej nadmiernej prężności następuje przemieszczenie okolicznych organów, stosunki anatomiczne zupełnie się zmieniają i opukiwanie półksiężycowej przestrzeni niema wtedy żadnego celu.

Wszystko, cośmy powyżej powiedzieli, tyczy się zachowania przestrzeni półksiężycowej w warunkach prawidłowych. Pozostaje nam jeszcze rozebrać warunki patologiczne i zmiany opisywanej przestrzeni wobec tych warunków.

Ztąd będziemy wstanie wyprowadzić wnioski praktyczne dla celów rozpoznawczych w pewnych stanach chorobowych. Dlatego używając zwykłej metody rozpatrzemy naprzód zmiany, powodujące zmniejszenie rozmiarów przestrzeni półksiężycowej, później zaś zmiany powodujące powiększenie.

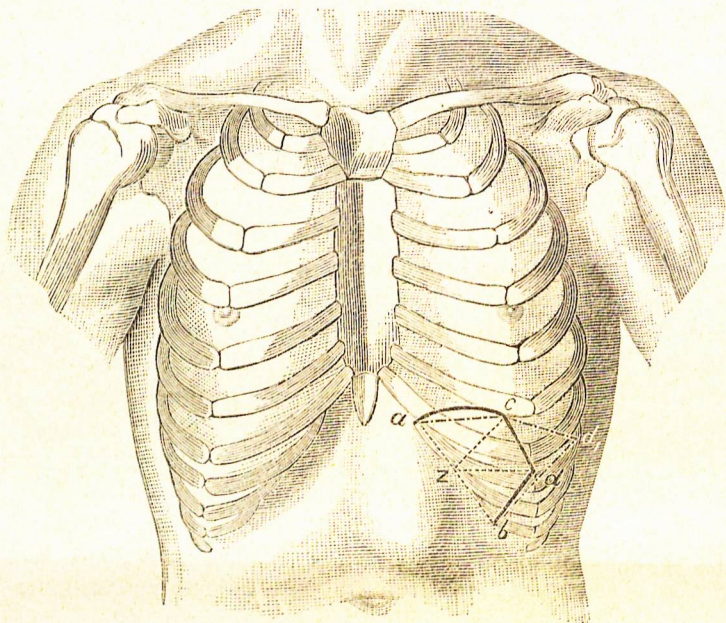


Fig. 2 — półksięż. przestrz. - - - - - trójkątna forma półksięż. przestrzeni  
- - - - - ab, cz, dz wymiary półksiężycowej przestrz.

Rozmiary rzeczonyj przestrzeni będą zmniejszone we wszystkich przypadkach, gdzie spotykamy powiększenie wątroby, szczególniej płatu lewego, a zatem przy powiększeniu zastojowem wątroby wskutek wady serca, przy nowotworach tejże i t. p. Punkt *a* przesuwają się wtedy dalej na lewo, i rozmiar podłużny znacznie się zmniejsza. W ogóle zauważyć muszę, że dla określenia rozmiarów lewego płatu wątroby, opukiwanie granic półksiężycowej przestrzeni jest pierwszorzędnej wartości. Zwykle w tym celu opukiwano tylko rozmiar lewego płatu na linii środkowej między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem; jeżeli zaś do tego rozmiaru dodamy rozmiar *z* z prawa na lewo, czyli określenie właściwego miejsca zakończenia wątroby od strony żołądka, to będziemy mieli jak najdokładniejsze pojęcie o rozmiarach lewego płatu, co nie jest bez wartości w pewnych stanach chorobowych (*cirrhosis*).

Najważniejszem jednak pod względem praktycznym jest zmniejszenie rozmiarów półksiężycowej przestrzeni, zależne od opuszczenia się przepony. Już w stanie fizyologicznym przy każdym głębokim wdechu przepona się kureczy i opuszcza, a dolny brzeg płuca wstępuje w przestrzeń dodatkową oplucnej i tem samem zmniejsza się wysokość półksiężycowej przestrzeni. W patologicz-

nych warunkach zjawisko to jest stałem. Tak na przykład przy rozedmie płuc dolna granica stoi znacznie niżej (pod 7-em żebrem np. w linii sutkowej) i powoduje zmniejszenie rozmiaru wysokości (cz). W wysokich stopniach rozedmy płuc może być nawet ta przestrzeń zupełnie zniesiona. Widziałem niedawno przypadek w szpitalu, gdzie wskutek zwężenia krtani od owrzodzenia przymiotowego powstała tak znaczna rozedma, że cała przestrzeń półksiężycowa przedstawiała postać malusieńkiego skrawka na chrząstce 8-go żebra. Zjawisko to, jak powiedzieliśmy, jest stałem, a zatem można się niem kierować dla rozpoznania rozedmy płuc lewostronnej. Przepona się także opuszcza i powoduje zmniejszenie półksiężycowej przestrzeni w przypadkach znacznych wysięków lewostronnych opłucnej. Na powyższy fakt pierwszy zwrócił uwagę TRAUBE, i uważał nawet to zmniejszenie jako najważniejszy znak rozpoznawczy w odróżnianiu wysięków opłucnej od nacieków zapalnych lewego płuca. Naciek zapalny choćby bardzo znaczny, rozumował TRAUBE, nie powoduje nigdy takiego powiększenia rozmiarów płuca, żeby aż spychało przeponę, tymczasem wysięk, a zwłaszcza znaczny, ciśnię na przeponę i wskutek ucisku wywołuje jej obniżenie. Czem większy wysięk—tem obniżenie większe, może dojść do tego że przepona wypukłością swoją zwróconą bywa do jamy brzusznej, i wtedy przestrzeń półksiężycowa całkiem znika. W przypadkach kiedy wysięk się zmniejsza, pierwszym objawem będzie podnoszenie się przepony; wówczas jeszcze żadnej zmiany na górnej granicy wysięku nie znajdujemy, a już powiększenie zmniejszonej półksiężycowej przestrzeni może nas o tem przekonać. To zdanie znakomitego klinicysty znalazło powszechny odgłos. Uczeń jego FRAENTZEL, w doskonałej monografii zapalenia opłucnej nadaje półksiężycowej przestrzeni ogromne znaczenie w rozpoznawaniu lewostronnego wysięku opłucnej. Tej przestrzeni zawdzięczamy, powiada FRAENTZEL, że rozpoznanie lewostronnego wysięku jest znacznie łatwiejszem, aniżeli prawostronnego. Niestety, znaczenie rozpoznawcze tej przestrzeni było zakwestyonowane przez późniejsze spostrzeżenia. Spostrzegano bowiem przypadki obszernych wysięków lewostronnych bez zmniejszenia półksiężycowej przestrzeni, i przeciwnie nacieki zapalne ze zmniejszeniem. Wskutek tego objaw TRAUBEGO stracił na wartości, i wszyscy późniejsi autorowie (ROZENBACH, GUTMANN, WEIL, JACCOUD, EICHHORST) nie przydają mu wielkiego znaczenia <sup>3)</sup>.

<sup>3)</sup> Jaka jest przyczyna, że przy wysiękach raz przepona opuszcza się, a drugi raz pozostaje na swem miejscu? Kwestya to jest bardzo ważna i pośrednio tyczy się zajmującego nas przedmiotu, dlatego postaram się bliżej ją rozebrać. Wysięk wywiera w rzeczy samej na przeponę ciśnienie. Ciśnienie to według fizycznych praw jest w prostym stosunku do wysokości cieczy, zawartej w jamie opłucnej (ilości), oraz do jakości samej cieczy (ciężaru gatunkowego). Manometryczne doświadczenia Leydena, Schreibera i innych przekonały, że ciśnienie to wynosi od 30—50 mm. rtęci. Jest ono rzeczywiście niewielkie, jeżeli porównamy go z ciśnieniem powietrzni, lecz w każdym razie musi odgrywać pewną rolę w przemieszczaniu sąsiednich narządów. Dlatego dziwi mnie zdanie Rosenbacha, który uważa ciśnienie powyższe jako nie znaczące, i stara się przemieszczenie przy wysięku opłucnej objaśnić sposobem aktywnym, czynnościowym—nie zaś passywnym przez ciśnienie. Lecz pomijając poglądy Rosenbacha, rozpatrzmy zachowanie się przepony. Otóż na przeponę z góry wywierają ciśnienie: najprzód powietrzna, działająca pośrednio przez płuca t. j. elastyczną błonę i płyn wysiękowy, powtórę ciśnienie

Rzeczywiście spotykamy często przypadki wysięków opłucnej tak dobrze z obniżeniem przepony, jak i bez. Wobec tego nie może być zdanie TRAUBEGO przyjętem w całej pełni. Musimy go owarunkować. Najpierw zgodzić się trzeba z TRAUBEM, że nacieki zapalne choćby najobszerniejsze nigdy nie mogą zupełnie obniżyć przepony, najwięcej mogą zająć tylko dodatkową przestrzeń opłucnej i tym sposobem zmniejszyć o parę cm. wysokość półksiężycowej przestrzeni, nigdy zaś znieść jej całkowicie. Dlatego, jeżeli w jakim przypadku spotykamy zupełne zniesienie wspomnianej przestrzeni, to objaw ten stanowczo przemawia za wysiękiem. Prawidłowe zaś rozmiary przestrzeni półksiężycowej nie dowodzą, nie przemawiają ani za wysiękiem, ani za naciekiem, gdyż tak dobrze w jednym jak i w drugim przypadku zdarzyć się mogą. Mojem zdaniem daleko większe znaczenie rozpoznawcze może mieć przestrzeń półksiężycowa w przypadkach małych wysięków opłucnej, które jeszcze po największej części mieszczą się w przestrzeniach dodatkowych. Wtedy lekko opukując, łatwo odnajdujemy pas stępienia pomiędzy odgłosem płucnym opukowym i odgłosem bębnowym półksiężycowej przestrzeni. Na prawej stronie stępienie to trudniej wykazać i mniej ono jest charakterystyczne, gdyż nie wiadomo czy zaliczyć go należy do podniesienia granic wątroby, czy też do wysięku. W dwóch przypadkach miałem możność przekonania się o powyższem, i mogę zawsze polecać opukiwanie górnej granicy półksiężycowej przestrzeni w każdym przypadku, gdzie podejrzujemy zgromadzenie płynu w jamie opłucnej

samej cieczy, przypuśćmy  $a$  czyli razem  $1 + a$ . Z dołu na przeponę wywiera ciśnienie także powietrzna działająca przez elastyczne powłoki brzuszne, powtóre ciśnienie pozytywne samych organów brzusznych (prężność gazów w kiszkiach). Przypuśćmy  $b$ , razem  $1 + b$ . Lecz tem nie wyczerpaliśmy jeszcze wszystkich sił działających w danym przypadku. Wysokie położenie przepony, jakie ona zajmuje w czasie rozkurczu, zależne jest od pewnego napięcia włókien mięśniowych, czyli mówiąc innemi słowami - od elastyczności. Otóż w danym przypadku należy jeszcze wkluczyć ową siłę elastyczności, przeciwdziałającą ciśnieniu z góry; oznaczamy siłę tę przez  $e$  i będziemy mieli wzór ciśnienia z dołu  $1 + b + e$ , znosząc z obu wzorów ciśnienie powietrzni pozostaje wzór  $a : b + e$ .

Przepona pozostanie w miejscu jeżeli  $a = b + e$ , przepona opuści się, jeżeli  $a > b + e$ , przepona podniesie się, jeżeli  $a < b + e$ . W przypadkach gdzie mamy czyste zapalenie opłucnej bez zaburzeń ze strony kanału pokarmowego, siła  $b$  jest wielkością mało znaczącą, można ją przyjąć  $= 0$ , pozostaje więc prosty stosunek  $a$  do  $e$ . Teraz tłumaczmy powyższe wzory z języka matematycznego na język lekarski, i otrzymamy: wysięk opłucnej wtedy przez ciśnienie obniży przeponę, kiedy elastyczność (napięcie) przepony jest mniejsza, aniżeli ciśnienie uciskającej cieczy. Wysięk opłucnej nie obniży przepony, jeżeli elastyczność jej jest większa lub równa ciśnieniu cieczy, lub też w razie gdy jest mniejsza, kiedy istnieje odpowiednie ciśnienie pozytywne ze strony organów brzusznych.

Widzimy więc, że elastyczność odgrywa tu najważniejszą rolę. Pozornie zdawać by się mogło, że siła elastyczności przepony jest wielkością stałą, tymczasem już fizyologicznie prawdopodobnie tak nie jest, gdyż musi ona ulegać wahaniom osobniczym, jak wszystkie mięśnie ciała. Patologicznie siła ta zmniejszyć się może przez zmiany odżywcze lub zapalne, zachodzące w przeponie. Zapalenie opłucnej, pokrywającej przeponę, musi bez kwestyi wpływać odżywczo na tę błonę mięśniową, to raz, powtóre chory instynktownie wskutek bólu unieruchomia przeponę, co także nie pozostaje bez skutków w odżywianiu mięśnia. Jeżeli obliczymy, że wpływy te trwają tygodniami, łatwo nam zrozumieć że siła elastyczności ( $e$ ) może się zmniejszyć, zejść niżej normy.



w nieznacznej ilości. Opukiwać jednak w tym celu chorego należy w położeniu stojącym, gdyż w położeniu leżącym na wznak płyn zgromadza się głównie na tylnej ścianie klatki piersiowej, i tracimy możność zbadania go należyście.

Zmniejszenie obszaru półksiężycowej przestrzeni spotykamy jeszcze przy pewnych chorobach serca. Serce właściwie nie wchodzi w zakres granic półksiężycowej przestrzeni, oddziela go od żołądka lewy płąt wątroby, lecz w przypadkach patologicznego powiększenia objętości organu krążenia, przekracza ono granice wątroby i bezpośrednio przylega do żołądka. Tak więc przy obszernych wysiękach osierdzia i przy znacznym przeroście lewej komórki spotykamy zawsze mniej więcej znaczne zmniejszenie półksiężycowej przestrzeni.

Nakoniec wspomnieć jeszcze należy o zmniejszeniu opisywanej przestrzeni wskutek znacznych i grubych zrostów opłucnej w dolnej i przedniej stronie klatki piersiowej. Zrosty te występują zwykle jako następstwo wysięków, dochodzą niekiedy do znacznej grubości, i mogą spowodować stępienie opukowego odgłosu. Ponieważ ze względu na swoje pochodzenie znajdują się w najniższych miejscach jamy opłucnej, a zatem w dodatkowych przestrzeniach, przeto łatwo pojąć dlaczego zrosty te mogą spowodować zmniejszenie półksiężycowej przestrzeni. O takich skutkach obszernych zrostów wspomina jeden tylko z autorów, mianowicie JACCOUD.

Powiększenie rozmiarów śledziony powoduje także zmniejszenie półksiężycowej przestrzeni, jednak nie w takim stopniu jakby się należało spodziewać ze względu na tak blizkie stosunki anatomiczne tego organu do żołądka. Przyczyna tego leży w samym położeniu śledziony, w jej anatomicznym kierunku. Śledziona bowiem ma kierunek z góry ku dołowi i nieco wewnątrz, przedni jej koniec patrzy ku przodowi i na dół, to też w miarę jej powiększenia, swobodnie rozszerza się w stronę jamy brzusznej. Widziałem olbrzymich rozmiarów śledziony, wypełniające całą połowę jamy brzusznej, jednak przestrzeń półksiężycowa była przez to względnie mało zmieniona. Mówię mało, gdyż zwykle skonstatować można pewne przemieszczenie prawej granicy ku przodowi.

Przechodzimy teraz do warunków patologicznych, powodujących powiększenie opisywanej przestrzeni. Na pierwszym planie stoi tutaj wzdęcie gazami żołądka. We wszystkich więc czynnościowych zaburzeniach żołądka, przy nieprawidłowych fermentacjach, które powodują obfite tworzenie się gazów, zawsze otrzymujemy powiększenie rozmiarów prawidłowych półksiężycowej przestrzeni. Mechanizm tego powiększenia odbywa się następującym sposobem: znaczne ciśnienie żołądka z dołu odpycha w górę przeponę, przez co powiększa się rozmiar poprzeczny; dalej wzdęty żołądek podnosi przedni brzeg wątroby do góry, przyciska ją ku przeponie, wskutek czego rozmiar podłużny powiększa się, nakoniec i uciśnięta poprzecznicą chowa się pod śledzionę, a sama śledziona ustępuje od ucisku nieco ku tyłowi. Wszystkie więc rozmiary wobec wzdętego żołądka powiększają się znacznie. Znaczenie tego faktu w rozpoznawaniu chorób żołądka zmniejsza się już przez to, że wzdęty żołądek spotykamy prawie przy wszystkich czynnościowych i organicznych zaburzeniach, a zatem nie może nam dać żadnych poszczególnych wskazówek.

Powiększenie rozmiaru podłużnego półksiężycowej przestrzeni zdarza się

przy zaniku wątroby, szczególnie lewego płatu. Przestrzeń półksiężycowa może sięgać wtedy do samego wyrostka mieczykowatego. Spotykamy więc tego rodzaju powiększenie przy marskości wątroby, przy której to chorobie, jak wiadomo, lewy płat najczęściej, jeśli nie wyjątkowo, ulega przerodzeniu. To też powiększenie znaczne podłużnego rozmiaru w stronę wątroby może służyć za bardzo ważny objaw rozpoznawczy dla marskości wątroby. W ostatnim czasie miałem możność spostrzegania dwóch przypadków wysoko posuniętej marskości wątroby, i w obu znalazłem bardzo wyraźne wydłużenie przestrzeni półksiężycowej. W jednym nawet przypadku, przy opukiwaniu brzegu żebrowego, zaraz od samego wyrostka mieczykowatego zaczynał się odgłos bębenny. Dlatego śmiało mogę polecić ten objaw w przypadkach wątpliwych w celu rozpoznania. Wymiar poprzeczny powiększa się, jeśli przepona podnosi się wyżej stanu prawidłowego. Pomijając wspomniane już poprzednio przypadki podniesienia przepony wskutek powiększenia ciśnienia ze strony organów jamy brzusznej, mamy tylko przypadki patologicznego zmniejszania się rozmiarów płuc, jako jedyny czynny powód do wzniesienia przepony. Mianowicie marskość płuc i pokrewne jej procesy możemy uważać za częstą przyczynę powiększenia poprzecznego rozmiaru półksiężycowej przestrzeni. Na fakt ten zwrócił już uwagę TRAUBE. Obecnie kiedy w nauce powstaje kwestya tak zwanej włóknistej postaci suchot płucnych, objaw ten może służyć za ważny znak rozpoznawczy.

Na powyższym kończymy wnioski ze spostrzeżeń poczynione. Nie chcąc niepotrzebnie rozszerzać rozmiaru niniejszej pracy, przeznaczonej dla pisma peryodycznego, starałem się nie obciążać jej niepotrzebnym zresztą balastem opisu spostrzeżeń, jakich kilkanaście poczyniłem na poparcie powyższych zdań, i w krótkości tylko poczyniłem wyniki. Sądzę jednak że przekonają one każdego, o ile niesłusznym jest lekceważenie w podręcznikach tego przedmiotu, który jednak wiele cennych wskazówek udzielić nam może.

Dzieła cytowane: TRAUBE: „*Gesammelte Abhandlungen*”. T. II. 1872.

WEIL: „*Handbuch und Atlas der topographischen Percussion*” 1877.

EICHHORST: „*Rukowodstvo k fiziczeskim metodam izsledowania wnutrennich bolezni*” (tłomaczenie rosyjskie) 1882.

GUTTMANN: „*Nauka sposobów klinicznego badania*” (tłom. polskie) 1877.

FRAENTZEL: „*Zapalenie opłucnej*” w podręczniku Ziemsena (tłom. polskie).

ROZENBACH: Artykuł: „*Rippenfellentzündung*” w Eulenburga „*Real-Encyclopaedie d. Gesamn. Heilkun.*” wydanie I-sze.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

49. Prof. GUYON. **o cięciu nerkowem.** *De la Taille rénale.* Nowo wprowadzony termin *Taille rénale* oznacza podług prof. GUYON'A operacyjny zabieg, za pomocą którego chorobowo zmieniona nerka zostaje na znaczną przestrzeń rozstwartą, żebyśmy mogli następnie dokładnie zbadać jej wnętrze i z wielką łatwością wydobyc ją znajdujące się w niej kamienne złoży. Ponieważ przypadek kamieni nerkowych, ostatnio w taki sposób przez prof. G. operowany, jest nader ciekawym, przeto postanowiłem w krótkości podać jego historję czytelnikom Medycyny. Książ 46 lat mający, który przez czas swego długoletniego pobytu w podzwrotnikowych krajach podlegał w rozmaitych odstępach czasu

zimnicy, zapaleniu wątroby i żółtej febrze, poczuł w 1880 r. pierwszy raz nadzwyczaj silną kolkę nerkową z lewej strony, która następnie do 1885 r. powtarzała się prawidłowo co 5 lub 6 miesięcy. Mocz jednak przez cały ten czas był jeszcze czystym i nigdy żadnych nie zawierał w sobie patologicznych domieszek. Od 18 dopiero miesięcy t. j. mniej więcej od Października 1885 r. chory zaczął spostrzegać u siebie niektóre nadzwyczaj dziwne objawy, mianowicie 1) że w okolicy lędźwiowej z lewej strony rozwinęła się u niego dosyć znacznych rozmiarów bolesna guzowatość, 2) że prawidłowo co 8 lub 15 dni mocz stawał się na krótki czas mocno mętnym, zawierając w sobie mnóstwo ropy, śluzu i błon śluzowych zielonawego koloru, i 3) że guzowatość i ból w lewym podżebrzu podczas wydzielania się tych ostatnich mas stawały się zwykle mniejszemi. Najdziwniejszym atoli objawem, jaki chory spostrzegł u siebie jest to, że jednego dnia w Kwietniu 1886 r. miał kilka rozwalniających wypróżnień, przy czem wydzieliło się przez kiszkę stołcową mnóstwo ropy, śluzu i błon śluzowych zielonawego koloru, słowem też same wydzieliny, jakie peryodycznie przez moczową wydzielały się cewkę. Opierając się na wliczonych objawach prof. G. rozpoznał ropień w miedniczce lewej nerki, powstały niezawodnie wskutek odłożenia się w niej kamiennych złogów (*Pyelonephritis calculosa*). Ponieważ w danym przypadku nie mogło być mowy o żadnym innem, jak tylko operacyjnem leczeniu, przeto też, po zgodzeniu się chorego, prof. G. przystąpił 8 Listopada p. r. do opróżnienia ropnia i do wydobywania znajdujących się w nerce kamieni za pomocą cięcia w okolicy lędźwiowej. Zabieg ten przeprowadził w taki sposób, że cięcie pionowe wykonał w odległości 5 poprzecznych palców od wyrostków ciernistych kręgow lędźwiowych, zaczynając od 12 żebra, idąc w kierunku prostym ku dołowi po za grzebień kości biodrowej, drugie zaś cięcie poprzeczne miało kierunek równoległy do całej długości grzebienia tej ostatniej kości. Całe cięcie więc miało postać litery L i wynosiło 15—20 ctm. Po oddzieleniu tylko co utworzonego płatu, składającego się ze skóry i powięzi i odwróceniu go na zewnątrz, G. natychmiast napotkał na guzowatość znacznych rozmiarów, wyraźne dającą chelbotanie, z której po przecięciu wyciekła ropa w ogromnej ilości i z wielką łatwością wydalone zostały 3 kamienie rozmaitej postaci i wielkości. Ponieważ następne badanie wnętrza nerki, wykonane za pomocą palca i cewnika pęcherzowego, nie wykryło w tej ostatniej obecności jeszcze więcej kamiennych złogów, przeto też G. uważał operację tę za skończoną i po przemyciu całej tej jamy za pomocą mocnego rozczynu kwasu bornego i wprowadzeniu do tej ostatniej dwu grubych drenów, zeszył brzegi rany na całej długości i nałożył na nią antyseptyczny opatrunek. Przebieg pooperacyjny był w przeciągu 6 dni t. j. do 14 Listopada zupełnie pomyślnym. Tego zaś dnia zjawiała się u chorego bez żadnej z zewnątrz przyczyny, silna gorączka a 16 t. m. pierwsze i nadzwyczaj obfite krwioplucie, które następnego powtórzyło się dnia i ostatecznie chory 20 Listopada zmarł wskutek ogólnego wycieńczenia. Przeprowadzone badanie pośmiertne wykazało 1) że zeszyte brzegi rany zrosły się przez ten czas na całej przestrzeni za pomocą bezpośredniego zlepiania, 2) że lewa nerka była znacznie powiększoną, pokrytą grubą warstwą tłuszczu i mocno zrosniętą z otrzewną i pętlami kiszki w okolicy okrężnicy zstępującej, 3) że nerka ta z powodu wypuklenia jej końców przyjęła postać podkowy, 4) że w tych wypukleniach leżały kamienie, obecności których za życia nie można było określić i nareszcie 5) że w środku miedniczki istniała przegroda mięśniowa o nierównej powierzchni, w zagłębieniach której leżały mocno wklinowane kamienie. Prawa nerka była tylko nieznacznie powiększoną i przekrwioną. W szczycie prawego płuca znaleziono gruzlicze ognisko. Jak widzimy, wynik otrzymany w danym przypadku przy pośmiertnem badaniu, jak również przeprowadzone przez rozmaitych innych chirurgów podobne spostrzeżenia wcale nie przemawiają za tem,

żeby przy istnieniu kamieni w nerkach zawsze ten stosować operacyjny zabieg. Oprócz bowiem niektórych technicznych trudności, na jakie czasem napotyka się przy przeprowadzeniu *Taille rénale* wskutek tego, że na około nerki, kamienie w sobie zawierającej, rozwija się nadzwyczaj gruba warstwa tkanki łącznej, to jeszcze dosyć często zdarza się i to, że nie wszystkie kamienie można przy tem cięciu wydalic. Ostatnie bowiem, jeżeli leżą w samym mięszszu, lub w rozwijających się na końcach nerki wypukleniach, nadających tej ostatniej postać podkowy, zostają się, jak w tym i w wielu innych przypadkach miało miejsce, nie wykrytemi, a więc i nie wydalonymi. Pozostawione zaś w tem ukryciu kamienie przyczyniają się do tego, że chorzy nie tylko nie uwalniają się od swego cierpienia, ale nawet nabywają nowego, mianowicie przetok ropnych w okolicy lędźwiowej, które żadnemu nie ustępują leczeniu. Najmniejsze więc nie ulega wątpliwości, że tylko całkowite wyluszczenie nerki razem z znajdującymi się w niej kamieniami t. j. nefrektomię, jako uwalniające chorego w zupełności od cierpienia, można uważać za radykalną operację. Jeżeli jednak przypomnimy sobie, że z usunięciem cierpiącej nerki nie usuwamy jeszcze usposobienia moczowego (*diathesis urica*), t. j. możności tworzenia się kamieni w pozostałej jeszcze dotąd zdrowej nerce, co, gdyby nastąpiło, mogło wywołać zupełny bezmocz ze śmiertelnem, rozumie się, zejściem, to każdy przynajmniej, że aczkolwiek w celu zupełnego uzdrowienia chorego nefrektomia może być jedynie wskazaną, jednak nie należy się zbyt spieszyć z przeprowadzeniem tego radykalnego zabiegu, który w przyszłości, może nader niebezpieczne wywołać skutki. Że się tak często stać może t. j. że przy odłożeniu się kamiennych złożeń w tkance jednej nerki może jednocześnie lub w następstwie uleść temu samemu cierpieniu i druga nerka, dowodzą cyfry podane przez M. BRADUR'A, z których pokazuje się, że z pomiędzy 44 operowanych za pomocą nefrektomii, 9 dosyć prędko zmarło z powodu mocznicy, która wywołaną została już to istniejącymi lub w następstwie utworzonymi kamieniami w drugiej nerce. Ponieważ przy wyluszczeniu jednej nerki z powodu istnienia w niej *pyelonephritidis calculosae*, nigdy nie można stanowczo orzec o zupełnem zdrowiu drugiej, a tem mniej jeszcze, że ona wcześniej lub później nie podlegnie temu samemu zboczeniu, przeto też sądzi G., że przy tej sprawie chorobowej należy zawsze oddać pierwszeństwo operacji, która w przyszłości przynajmniej nie naraża chorego na większe niebezpieczeństwo aniżeli sama choroba. Pozostawienie bowiem wprawdzie patologicznie zmienionej, ale jeszcze do pewnej czynności zdolnej nerki, żeby w razie nagłej potrzeby t. j. zachorowywania drugiej, mogła chociaż do pewnego stopnia służyć jako narzędzie mocz odprowadzające, jest dla chorego rzeczą nadzwyczajnej wagi. Oprócz tylko co wymienionego niebezpieczeństwa, jakie w następstwie po wykonaniu nefrektomii, może zagrażać życiu chorego Prof. G. zwraca jeszcze uwagę na niektóre istniejące u takich chorych niebezpieczne powikłania, które czynią operację tę wcale nie możebną do przeprowadzenia. Powikłaniami temi są mocne zrosty, łączące nerki, zawierające kamienie, z sąsiednimi narządami np. otrzewną, kiszkaami, wielkimi naczyniami brzuszniemi i t. p. przy oddzieleniu których mogą znaczne w tych ostatnich nastąpić uszkodzenia. Przypadki bowiem rozdarcia zrosniętych z nerką żyły głównej dolnej, rozmaitych oddziałów cienkich kiszek i t. d., jakie w ostatnich czasach miały miejsce przy wyluszczeniu nerek z powodu *pyelonephritidis calculosae*, wykonanem przez BILLROTH'A, BERGMANN'A i innych chirurgów, stanowczo skłoniły prof. G. do przeprowadzenia w tym swoim przypadku, w którym jeszcze przed operacją rozpoznał istnienie zrostów między kiszkaami i nerką, cięcia nerkowego a nie nefrektomii. *Taille rénale* więc, jak widzimy, zasługuje podług prof. G. w pewnych razach na bezwarunkowe pierwszeństwo z następujących przyczyn 1) że pozostawia w ustroju chociaż znacznie zmienioną, ale zawsze jeszcze do pewnego stopnia czynną nerkę, 2) że przeprowadze-

nie tego ostatniego zabiegu nie naraża chorego na niebezpieczeństwo zranienia któregokolwiek z sąsiednich ważnych dla życia narządów i nareszcie 3) że gdyby ten zabieg okazał się w przyszłości niedostatecznym, można w następstwie wykonać jeszcze nefrektomię. Spieszyć się z wykonaniem tego nerkowego cięcia G. także nie radzi. Doświadczenie bowiem mu pokazało, że chorzy dotknięci pyelonephritami z powodu kamieni, cieszą się jeszcze przez długie lata dobrem względnie zdrowiem i jeżeli tylko straszne bóle, lub inne jakie poważne ogólne zakłócenia nie zmuszają chirurga do przeprowadzenia jakiegokolwiek bądź operacyjnego zabiegu, należy go stanowczo unikać. Istnienia guzowatości w okolicy nerkowej nie można jeszcze uważać jako wskazanie do wykonania chociażby tylko *Taille rénale*. Cięcie powłok brzusznych w okolicy lędźwiowej przy przeprowadzeniu tego ostatniego zabiegu operacyjnego powinno być dosyć znacznem i w taki sposób wykonanem, jak wskazano. Takie bowiem tylko cięcie daje zupełnie swobodny przystęp do samej nerki, którą należy bez najmniejszej obawy na znaczną przestrzeń otworzyć, żeby następnie móżdżek głęboko wniknął do jej wnętrza palcem lub zgłębnikiem i dobrze zbadać miąższ nerkowy i wspomniane wypuklenia.

(*Annales des maladies des organes Génito-Urinaires*. Nr. 3—1887). A. Grünbaum.

## ODCINEK.

### Wyniki badań nad głodomorem Cetti.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

**MUNK.** O wywozie azotu i składników w popiołu z moczem.

Całe białko, rozkładające się w ustroju, wychodzi w postaci mocznika. U Cetti'ego ilość mocznika przez czas postu opadała stopniowo z 29 grm. do 20 grm. dziennie. U zwierząt głodzonych natomiast bywa inaczej: wydzielanie mocznika dosięga w pierwszych 2—3 dniach znacznej wysokości, następnie szybko spada. Na tej też zasadzie oparł VOIR swą teorię o białku krążącym i stałem. Jak tłuszczy, zawarty w pokarmach, ogranicza rozkład białka, również w pokarmach zawartego, tak i tłuszczy, nagromadzonego w ustroju, ogranicza rozkład białka tkankowego (*Organicweiss*). Z tego powodu człowiek otyły mniej rozkłada białka, niż chudy, a zatem wydziela też mniej mocznika. Cetti przeciwnie był szczupłym, zatem i rozkład białka był u niego znacznym. U otyłych obłąkanych nie chcących jadać zauważono zaledwo 6—9 grm. mocznika dziennie.

Z drugiej strony podnosi się ilość wydzielanego mocznika skutkiem obfitego dowozu wody. MUNK już przed laty wykazał, iż obfity napój u dobrze odżywianych osobników nieznacznie powiększa rozpad białka, natomiast u głodzonych w daleko wyższym stopniu.

Chlor w moczu zmniejszył się u Cetti'ego z 5,5 grm. z wolna aż do 0,6 grm. (10-go dnia). U psów ilość chloru opada szybko i w znacznym stopniu. Zapewne więc u człowieka chlorki nie są tak mocno związane, jak u psa.

Możnaby tu zrobić zarzut, iż Cetti przyjmował zapewne nie wielką bodaj ilość pokarmu. Ze tak jednak nie jest, dowodzi zachowywanie się potasu i sodu. Normalnie człowiek przyjmuje więcej chlorku sodu niż soli potasowych, a zatem i z moczem więcej wydziela sodu. Głodny zaś ustrój przeciwnie wydziela więcej potasu, który przeważnie mieści się w narządach; przy rozpadzie białka w miarę trwania postu stosunek potasu do sodu powinien być coraz większy. Tak też było u Cetti'ego. Gdy zaczął jadać na nowo, stosunek

ten ponownie się odwrócił, tak iż wypadło 65 części sodu na 35 potasu. Całkowita ilość alkaliów (K i Na) razem wziętych zmniejszała się ciągle w miarę trwania postu. W przeddzień rozpoczęcia postu było w moczu  $6\frac{1}{3}$  grm. alkaliów, nazajutrz zaś po skończonym poście  $1\frac{1}{2}$  grm., ponieważ dla powrotu do równowagi ustroj zatrzymuje znaczną ilość alkaliów i nie oddaje ich do moczu. W sposób analogiczny zachowywał się także chlor.

Ilość kwasu fosforowego w moczu nie odpowiadała właściwemu stosunkowi do ilości wydzielanego azotu: normalnie bywa 1 kw. fosf. na 7 azotu, u Cetti'ego zaś stosunek ten był znacznie wyższym (1 kw. fosf. na  $4\frac{1}{2}$  części azotu). Fakt niniejszy tem tylko da się wyjaśnić, że oprócz mięśni ulegały rozpadowi inne jeszcze narządy, obfitujące w fosfor a ubogie w azot; temi zaś są kości. Ponieważ kwas fosforowy w kościach związany jest z wapnem i magnezem, przeto sole te winne były pojawić się w moczu (w popiole) w ilości zwiększonej. Rzeczywiście 3—5-go dnia postu było w moczu o  $\frac{1}{3}$  wapna więcej, niż w przeddzień postu; to samo dotyczy magnezyi.

Ciekawym jest też stosunek wapna do magnezyi. Normalnie bywa w moczu więcej magnezyi, u Cetti'ego zaś stosunek był odwrotny.

Poszukiwania niniejsze rozszerzają znakomicie krąg wiedzy naszej o miejscach rozpadu tkanek w ustroju głodnym. Wprawdzie i dawniej już zauważono u zwierząt głodzonych zmniejszenie wagi kości, wszelako nie umiano faktu tego wymotywować dostatecznie.

Fr. MÜLLER. Zachowywanie się kału oraz produktów gnicia kiszki w moczu.

Przy gnicciu ciał białkowych w przewodzie jelitowym występują między innymi produktami indol i fenol, które, wessane ponownie, zjawiają się w moczu pod postacią kwasów indoxyliarszanego i fenolsiarszanego. Z ilości więc owych związanych kwasów siarszanych sędzić można o natężeniu sprawy gnicia białka w kiszkiach.

Wydzielanie indykanu z moczu u Cetti'ego spadło do *minimum* już pierwszego dnia postu, a 3-go dnia wcale go nie było. Dopiero nazajutrz po rozpoczęciu przez C. na nowo przyjmowania jadła indykan pojawił się w moczu. Zgadza się to z danymi, osiągniętymi dawniej przez autora wspólnie z TUCZKIEM u nie chcących jadać obłąkanych, oraz przeczy pogładowi, jakoby zwiększona w niektórych chorobach np. przy raku żołądka, ilość indykanu w moczu była dowodem wyczerpania (*inanitio*).

Zupełnie inaczej zachowywało się wydzielanie fenolu, zbadane przez MUNK'A. Ilość fenolu spada znacznie 3-go dnia postu, ale od tej chwili począła szybko się podnosić i 8—9-go dnia dosięgła cyfry 3—7 razy wyższej, niż u człowieka zdrowego. Jednocześnie i równolegle powiększyła się też ilość związanych kwasów siarszanych.

Z tego widać, że i w ustroju głodnym odbywa się w kiszkiach gnicie w stopniu znacznym; zapewne ulega mu mucyna błony śluzowej kiszki oraz niektóre azotowe produkty przeróbki materji. U psa stosunek bywa odwrotny: znika fenol, a wzrasta ilość indykanu.

Wiadomo, iż nie cała siarka, z rozpadu białka pochodząca, zostaje jako kwas siarszany wydalona, lecz część jej wydziela się jako t. zw. siarka obojętna. Otóż ta siarka w stosunku do kwasu siarszanego wzrasta do wysokiego stopnia u osobnika głodzonego. Tym sposobem podczas głodu daleko mniejsza część całkowitej siarki podlega utlenieniu aż do kwasu siarszanego. To samo spostrzegano u głodzonego kota.

Już 1-go dnia postu moczu Cetti'ego, po dodaniu półtorachlorku żelaza, przybierał barwę brunatnoczerwoną, której poprzedniego dnia nie było. Na trzeci dzień postu barwa ta wystąpiła jeszcze wyraźniej. Zależała ona od kwasu octoowego (*Acetessigsäure*), w destyllacie zaś moczu znalazło się bardzo

dużo acetonu. Po ukończeniu postu i powrocie Cetti'ego do zwykłego odżywiania odczyn z półtorachlorkiem żelaza znikł, a ilość acetonu szybko opadła.

Wiadomo, iż odczyn ten oraz znaczna ilość acetonu w moczu występują przy ciężkich zaburzeniach przeróbki materji: cukrzycy, raku i szybkim charłactwie. Pojawienie się odczynu daje rokowanie niepomyślne i grozi zejściem w stan śpiączki (*Coma*). Z badania niniejszego wypływa, iż aceton może być dowodem inancij, dowodem rozkładu przez ustrój własnego białka.

SENATOR i LEO znaleźli u Cetti'ego podczas postu ślady pepsyny w moczu, nazajutrz zaś po ukończonym poście ilość pepsyny wzrosła znacznie.

Kał dotychczas nigdy u człowieka głodzonego badanym nie był. Cetti miał jedno tylko wypróżnienie bolesne 7-go dnia postu. Składało się ono głównie z pokarmów, przyjętych przed rozpoczęciem postu, a tylko mała cząstka, wyglądająca zupełnie inaczej, powstała już w czasie postu. W dwie godziny po ponownem rozpoczęciu odżywiania był drugi stolec, pozbawiony części pokarmowych.

Kał głodowy (*Hungerkoth*) nie różnił się prawie od kału człowieka, żywiącego się mięsem, a zatem przy pokarmie lekko strawnym kał zależy zapewne przeważnie od produktów sekrecyi kiszek, nie zaś od nieprzetrawionych resztek pożywienia. Odczyn kału był kwaśny, barwa żółto-brunatna. Pod drobnowidzem nie znaleziono ani włókien mięsnych, ani innych resztek, lecz tylko części roślinne, zależne od połączanego tytoniu. Natomiast całe pole drobnowidzowe usiane było zgiętymi igłami, które po ogrzaniu szkiełka przedmiotowego stapały się w krople połyskujące tłuszczowo i składały się z kwasów tłuszczowych. Po usunięciu kryształów tych za pomocą alkoholu pozostała masa jednolita, drobnoziarnista, bez pierwiastków morfologicznych.

Ilość kału głodowego wynosiła 220 gram., z których na części suche przypada 38,2 gram. Ilość tłuszczu = 35% substancji suchej. Tłuszcz ten przepływa do kiszek zapewne z żółcią i sokiem trzustkowym. To samo bywa u psa głodzonego.

Ilość azotu w kale była bardzo mała i wynosiła zaledwo  $\frac{1}{4}$  część tej ilości, którą RIEDER znajdował przy podawaniu zwierzętom pożywienia bezazotowego. Dowodzi to, iż podczas jedzenia wlewa się do kiszek daleko większa ilość wydzielin azotowych, niż w czasie głodu.

W destyllacie kału był siarkowodor i ślady fenolu, a brakło zupełnie indolu; dalej kwasy żółciowe oraz dużo hydrobilirubiny.

*Henryk Pacanowski.*

### Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** W sferach naszych lekarskich krążą głuche wieści o projekcie utworzenia oddziału żeńskiego dla chorych gorączkowych w szpitalu Ś-go Łazarza. Nie wątpimy iż niefortunny ten pomysł nie wyjdzie nigdy ze sfery projektów. W obec stojącego pustkami przez większą część roku szpitala zapasowego, wobec pomieszczenia w szpitalach naszych chorych w zupełności do nich się nie kwalifikujących, z powodu iż potrzebują oni raczej doglądu niż leczenia, projekt ten nazwać należy nie na miejscu w wysokim stopniu. Mieszkańcy naszego miasta wiedzą o tem, iż w szpitalu Ś-go Łazarza od początku jego istnienia tylko syfilityczni chorzy są pomieszczeni i dlatego uboga ludność z największym wstrętem da się w nim pomieścić. Będą w oddziale tym tacy tylko chorzy, których nieprzytomnych, a zatem bez ich wiedzy tam przeniosą, dobrowolnie nikt się w nim umieścić nie da. Po cóż więc przewzycięzać ten poniekąd uzasadniony wstręt, skoro można temu w inny sposób zaradzić. Urządzenie takiego oddziału pociągnęłoby za sobą wydatki, któreby można daleko właściwiej zużytkować. Tworzyć oddział, który pustkami stać będzie, lub do którego trzeba będzie gwałtem zwozić chorych, niemożna nazwać pomysłem szczęśliwym.

— Nieprawdziwa wiadomość jakoby w Nowej-Aleksandryi panować miały choroby zaraźliwe stała się powodem, iż uroczę to miejsce, jedno z najprzyjemniejszych na letnie pomieszkawanie z początku lata nie bardzo się zapełniło. Obecnie jednak, kiedy kilkakrotnie z wiarogodnych źródeł pochodzące zaprzeczenie publiczność przekonało o nieprawdziwości tych pogłosek, Nowa-Aleksandrya mieszkańcami przeważnie Warszawskimi się zapełniła.

— Inspektor służby zdrowia m. Warszawy, rozesłał okólnik do wszystkich w Warszawie praktykujących lekarzy z prośbą o doniesienie, który z nich ma zamiar wziąć udział w zjeździe higienicznym mającym się odbyć w Wiedniu w końcu Września r. b.

— W ostatnich czasach przybyło w Warszawie aż pięciu lekarzy miejskich nadetatowych, pełniących te obowiązki honorowo.

**Zagraniczne.** Z przyjemnością dzielimy się z naszymi czytelnikami wiadomością, iż Dr. Ludwik RYDYGIER właściciel prywatnej kliniki chirurgicznej w Chełmnie, zamianowany został professorem kliniki chirurgicznej w Krakowie. Nowomianowany professor odwiedził Kraków, gdzie ma stanąć nowy gmach celem pomieszczenia kliniki chirurgicznej. Wiadomość tę podaje „Przegląd lekarski”.

— W Paryżu mieszka lekarzy praktyków 2188 ( $\frac{1}{6}$  wszystkich lekarzy we Francyi) akuszerok 1523 i farmaceutów 762.

— W Szwajcaryi znajduje się 450 uzdrowisk (*Curorte*), z których Kanton Berneński zawiera najwięcej, bo 90.

— Z nastaniem lata i upałów zjawiają się wiadomości o przytrafiających się przypadkach cholery azjatyckiej. Pierwsze z nich nadeszły z Calabrii, gdzie cholera przeniesioną została, jak zwykle przez majtków. Rząd włoski zarządził wszelkie możliwe środki ostrożności żeby powstrzymać wybuch epidemii.

#### Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 27. OBALIŃSKI. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacji wola. OBRZUT. O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach (c. d.). CYBULSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.). GUMPIOWICZ. O aklimatyzacji w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu malajskim (c. d.). W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (c. d.). PRUS. Listy z Paryża. W N-rze 29. MATLAKOWSKI. Skrócenie więzów okrągłych, czyli t. z. operacja Alexandra w obec wypadnięcia macicy. CYBULSKI. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyologicznego (c. d.). GUMPIOWICZ. O aklimatyzacji w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu malajskim (dok.). JÓZEFczyk. Rak gardziela. Śmierć naturalna skutkiem pęknięcia ściany gardziela. Przypadek sądowo-lekarski.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 29. HOYER. O nastrzykiwaniach naczyń śledziony dla badań histologicznych. T. HERYNG. O chirurgicznem leczeniu suchot krtani i ich wyleczalności (c. d.).

W Zdrowiu. W N-rze 22. Kanalizacja wielkich miast w Europie.—Prawodawstwo fabryczne w Szwajcaryi.—MALINOWSKI. Rys historyczny rozwoju instytucji dobroczynnych i szpitali w Królestwie, Galicyi i Poznaniu.

## O G Ł O S Z E N I A.

CHOROBY NERWOWE, LECZENIE ELEKTRYCZNOŚCIĄ.

**Prof. Dr. Nawrocki.**

Ordynacka Nr. 2, róg Aleksandryi, dom Hr. L. Krasieńskiego, mieszkania Nr. 6,  
od 4—5 godziny.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. GUSTAW FRITSCHE Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.