

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5 kop. —		Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	" 2 " 50			półrocznie.....	rs. 3
		kwartalnie.....	" 1 " 25				

TREŚĆ: Z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie. Kilka przypadków moczówki cukrowej, z szczególnem uwzględnieniem leczenia. Podał dr. J. K. WIKTOR. (dok.) — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenia z dnia 21 Marca r. z. — Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. FÖRSTERA. Podał w streszczeniu dr. St. KOŚMIŃSKI. (Ciąg dalszy). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Do kazuistyki stosowania prądu galwanicznego. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. Wyciąg z wykazu tygodniowego ruchu ludności miasta Warszawy i innych miast za 10-ty tydzień r. b. — Wspomnienia pośmiertne. William FERGUSSON i inni.

Z KLINIKI LEKARSKIEJ

Prof. d-ra KORCZYŃSKIEGO w Krakowie.

V.

Kilka przypadków moczówki cukrowej (*diabetes mellitus*),
z szczególnem uwzględnieniem leczenia.

Podał dr. J. K. Wiktor.

(Dokończenie.—Zob. N. 9, 10, 12 i 13).

Nareszcie zestawimy wyniki leczenia, przyczem uwzględniać będziemy kolejno wszystkie stosowane środki.

1) **Dyjeta mięsna.** Ponieważ obecnie panuje prawie ogólnie zgoda, że dyjeta mięsna, a w ogóle, że żywienie się pokarmami, z których nie wytwarza się glikogen, płuży chorym na moczówkę cukrową, i że niektóre rodzaje moczówki ustępują na czas dłuższy lub krótszy przy zastosowaniu dyjety odpowiedniej, dla tego nadmieniamy tylko w krótkości, że i w naszych przypadkach stwierdziliśmy dosyć korzystny wpływ dyjety mięsnej. I tak: w przypadku I po zastosowaniu jej w dniu 26 Stycznia 1875, jakoteż 9 Lutego 1876 zmniejszyła się ilość moczu, c. wł., odsetka i ilość cukru, a w czasie od 20 — 28 Kwietnia 1876 mimo usunięcia rozczywnu FOWLER'A, a przepisania leku obojętnego, skutkiem dyjety mięsnej nie powiększyła się ilość cukru i moczu. W przypadku II przy dyjecie mięsnej zwiększała się ilość moczu i cukru, mimo podawania makowca (*opium*), a poczęła się zmniejszać, gdy obok kwasu salicylowego polecono dyjetę mięsną. W przypadku III korzystny przebieg choroby w pierwszych dniach spostrzegania odnieść należy przeważnie do dyjety mięsnej, tem bar-

dziej, że od 25 Listopada mimo powiększenia dawki salicylanu sodowego stan moczu znowu się pogorszył; wreszcie w przypadku IV bez zastosowania jakiegokolwiek leku, przy dyjciec mięsnej, mimo zwiększenia się ilości moczu, zmniejszyła się ilość i odsetka cukru.

2) *Makowiec (opium)* używany często z pomyślnym skutkiem przez PAVY'EGO, FAGGE'GO, DUCHEK'A, KRATSCHEMER'A, Da COSTĘ, FOSTER'A i LECORCHE'GO za przykładem głównie lekarzy angielskich, okazywał w naszych przypadkach następujące skutki: W przypadku I przy używaniu makowca od 3—15 Kwietnia zmniejszyła się ilość moczu i ciężar wł., i mimo powiększenia się odsetki cukru o 0.20%, ilość dzienna cukru zmniejszyła się o 20.72 grm. W przypadku II przy dawkach 0.5 grm. dziennie w czasie od 9—13 Listopada ilość moczu powiększała się średnio o 400 cm. sz., odsetka cukru o 0.10%, a w miarę tego ilość cukru o 38 grm. Gdy ponownie podano 0.5 grm. makowca w dniu 9-ym Grudnia, ilość moczu i ciężar wł. zmalały, ale odsetka cukru zwiększyła się o 0.75%, a ilość cukru o 18.8 grm. dziennie; przy dawkach 0.5—0.7 makowca ciężar wł. nieco się wzniósł, ale zato ilość moczu malała dalej o 470 cm. sz., odsetka cukru o 0.27%, ilość cukru o 72.2 grm. Przy dawkach dziennych 0.7 grm. wyczerpywał się wpływ korzystny leku, albowiem ilość moczu malała jeszcze bardziej (o 1084 ctm. sz.), ale odsetka cukru powiększała się o 2.3% tak, że była o 0.77% większą, aniżeli w dniu przyjęcia chorego do kliniki, a ilość cukru zwiększyła się o 25.2 grm. Gdy zaprzestano lekowania za pomocą makowca, ilość moczu zmniejszała się coraz bardziej, tak że mimo zwiększenia się odsetki cukru, ilość jego ostatecznie znowu zmalała do 384 grm., a więc stała się mniejszą niż przed zażywaniem makowca. W przypadku III przy dawkach 0.07 0.5 grm. opium ilość moczu zmalała o 2490 ctm. sz., a lubo c. wł. się wzmógł o 1003 a odsetka cukru o 0.46, przecież ilość cukru malała o 167.52 grm. dziennie; przy dawkach od 0.5—1.0 grm. lubo odsetka cukru powiększając się dochodziła do niezwyklej w tym przypadku wysokości, to wskutek zmniejszenia się dalszego ilości moczu o 280 cm. sz., ilość cukru zostawała prawie niezmienną; dopiero przy dawkach 1 gramowych makowca, przy malejącej coraz bardziej ilości moczu zmniejszyła się także odsetka cukru o 1.36 tak, że całodzienna ilość cukru zmniejszyła się o 151 grm.

3) *Glicerina*. Lek ten zalecony został przez SCHULTZEN'A (*B. kl. W. 1872. 35*) na zasadzie rozumowania teoretycznego, że u chorych na moczówkę dlatego wydziela się z moczem cukier, że brak im fermentu, któryby rozłożył cukier na glicerinę i aldehyd glicerinowy i że glicerina podana tym chorym spala się w zupełności na kwas węglany i wodę. HARNACK polecając glicerinę opiera się na zasadzie, że główne niebezpieczeństwo dla tych chorych tkwi w braku pierwiastków zdolnych do gorzenia, które w stanie prawidłowym wytwarzają się przez rozkład cukru, a więc podając glicerynę dostarcza się przetworu łatwo gorzącego. PAWLINOW (*Virch. Arch. T. 64*) twierdzi, że cukier pali się tylko pośrednio, zmieniawszy się poprzednio w mięśniach na kwas mleczny, i że ta zdolność wytwarzania

kwasu mlecznego znika u chorych na moczówkę, w skutek czego powiększa się wprawdzie rozkład ciał białkowatych, ale sprawa utlenienia w całości się zmniejsza, dla tego trzeba podawać chorym glicerinę, kwas mleczny i inne ciała łatwo się utleniające. Skuteczność gliceriny potwierdzili jeszcze FOSTER, JACOBS, EBSTEIN, MÜLLER i SCHLEICH; z drugiej strony jednakże KÜLZ, KUSSMAUL, i inni odmawiają jej wszelkiej wartości leczniczej, a nawet twierdzą że rychlej szkodzi aniżeli pomaga. Nie wiedząc, że w doniesieniu tymczasowem SCHULTZEN'A zaszła pomyłka co do ilości leku (a rozświecił ją dopiero HARNACK, twierdząc, że podawano chorym nie po 20 — 50 grm., lecz po 180 grm.) zadawaliśmy w przypadku I tylko od 20 — 48 grm. gliceriny dziennie. Biegunka wodnista, do jakiej chory nasz był skłonny, nakazała nam wstrzymać ten lek już po 8 dniach. Przytem zauważano, że ilość moczu i cięż. wł. malejące już po zastosowaniu samej diety mięsnej jeszcze bardziej zmalały; że odsetka cukru wprawdzie cokolwiek się podniosła, że jednakowoż ilość dzienna cukru zmalała przeszło o 36 grm.

4) W o d a K a r l s b a d z k a znaną jest oddawna jako bardzo dzielny lek, działający nader pomysłnie w cięższych przypadkach moczówki, osobliwie, jeśli leczenie odbywa się w zdrojowisku przy odpowiedniej diecie i pośród warunków ubocznych, korzystniejszych zazwyczaj aniżeli to bywa w domu. Ponieważ jednak w ostatnich czasach KÜLZ i KRATSCHEMER usiłowali zachwiać wiarę w skuteczność wody Karlsbadzkiej w tej chorobie, przeto w 2 przypadkach podano takową na próbę. W przypadku I, gdy podano wodę Karlsbadzką w czasie, gdy skutkiem biegunki malała ilość moczu, odsetka i ilość cukru, zauważano w przeciągu kilkunastu dni zmniejszenie się ilości moczu o 560 ctm. sz., odsetki cukru, i jego ilości o 31 grm. Także ilość cukru w tym okresie była najmniejszą w całym spostrzeganiu. Wprost przeciwny skutek widziano w przyp. II. Tu ilość moczu zwiększyła się o 877 ctm. sz., odsetka cukru o 0.93%, a ilość cukru o 115 grm. podczas podawania wody Karlsbadzkiej.

5) K u m y s podawany przez dni 4 w przyp. I działał weale niekorzystnie, albowiem powiększał pragnienie, przyczem ilość moczu, odsetka i ilość cukru zwiększyły się. Nie mogąc z jednego przypadku wyciągać jakichkolwiek wniosków, nadmienimy tylko, że SENATOR (1876) uważa kumys za lek zasługujący na to, aby go próbowano w moczówce cukrowej. Już poprzednio radził kumysu próbować STAHLBERG (1869), a LANDOWSKI (*Journal de Thérapie* 617 1875) widział na 10 przypadków moczówki cukrowej w 8 przyp. polepszenie przy używaniu kumysu.

6) K w a s m l e c z n y, jak wiele innych środków polecanych w moczówce cukrowej ma swych zwolenników i przeciwników. Do pierwszych należy przedewszystkiem CANTANI, a za nim FOSTER, PELLEGRINI, BALFOUR, BRUNTON, BOCCINI, TODINI i OGLE, do drugich KÜLZ, KRATSCHEMER, BLUMENTHAL i inni. Pośrednie miejsce zajmują SENATOR i PAWLINOW twierdząc, że kwas ten, należący tak samo jak glicerina do środków utleniających się bardzo łatwo, może służyć do częściowego zastą-

pienia węglików wodu, szczególnie w tych przypadkach, w których domyślać się można niedostatecznego wytwarzania się kwasu mlecznego w przewodzie pokarmowym. W przyp. II nie widzieliśmy żadnego pomyslnego skutku z podawania kwasu mlecznego. Z początku przy dawkach 2—10 grm. zmniejszył się tylko cięż. gat., ilość zaś moczu i cukru zwiększyły się; przy dawkach 10—36 grm. odsetka cukru zmalała wprawdzie o 0.28%, jednakowoż przy ilości moczu zwiększającej się o 825 ctm. sz. ilość cukru podniosła się o 92 grm.

7) **Chinina** jest lekiem mniej często używanym w moczówce cukrowej. Najkorzystniejsze skutki zauważali po niej **BLUMETHAL** i **MAYER**, żadnego wpływu nie stwierdzili **EBSTEIN** i **MÜLLER**, a wpływ nie korzystny widział w jednym przyp. **KRATSCHMER**. W naszych doświadczeniach w przypadku I odsetka cukru nie uległa zmianie; jednakowoż ilość moczu zwiększała się, dla tego ilość cukru stała się większą, co tem bardziej uderza, że po usunięciu chininy i podaniu leku obojętnego, ilość moczu i cukru same przez się zmalały. W przyp. II skutek był mało wydatowny; wprawdzie ilość moczu zmniejszyła się nieco razem z ciężarem wł., jednakowoż przy równej prawie odsetce cukru ilość tego ostatniego zmniejszyła się tylko o 28 grm. W przyp. IV ilość moczu zwiększająca się przy używaniu większych dawek kwasu mlecznego, podniosła się jeszcze bardziej przy użyciu chininy; a lubo odsetka cukru się zmniejszała, przecież ilość jego dzienna się powiększyła o 37 grm.

8) **Rozczyn FOWLER'A**. Przetwory arsenowe zalecane już poprzednio przez **BERNDT'A**, weszły w użycie lecznicze w moczówce cukrowej od r. 1865, gdy **SALKOWSKI** wykazał, że po dłuższem podawaniu przetworów arsenowych znika u zwierząt glikogen z wątroby, i że nawet nakłócie komórki 4-tej mózgowej, lub wstrzykiwanie kurary nie zdoła wywołać cukromoczu. Mają one także swych zwolenników i przeciwników. Do pierwszych należą **LEUBE**, **PAP**, **POPOFF**, **LECORCHE**; do drugich **KÜLZ**, **KRATSCHMER**, **BLUMENTHAL**, **LEHMANN** i **BUDDE**, z czego wnosić można, że tak samo jak i inne leki, arsen w niektórych przypadkach pomaga, w innych nie. W przyp. I widzieliśmy dosyć korzystne działanie rozczyntu **FOWLER'A**; albowiem od 9 Marca do 3 Maja zmniejszała się ilość moczu, jakoteż cięż. wł., odsetka i ilość cukru, tak, że ilość tego ostatniego przy końcu leczenia wynosiła prawie o 108 grm. mniej, i nie powiększyła się, gdy na kilka dni lek usunięto, i owszem zmalała nawet jeszcze o 31 grm. gdy powrócono do małych dawek tego samego leku.

9) **Tran** podawano tylko w przyp. IV przez czas bardzo krótki i to przed samem wystąpieniem zapalenia płuc, dlatego o działaniu tego leku nie powiedzieć nie można. Zachwalali i używali go **THOMPSON**, **HOGG**, **BABINGTON**, a w nowszych czasach **SALOMON**. **SENATOR** poleca go również na zasadzie rozumowania, gdyż lek ten obok gliceridów zawiera także wiele kwasów tłuszczowych wolnych.

10) **Kwas karbolowy** użyty został po raz pierwszy w r. 1871 przez **HABERSHON'A**, w r. 1872 przez **ORSON'A** i **MILLARD'A**, a w r. 1873

przez EBSTEIN'A i MÜLLER'A, którzy to ostatni opierali się na tem zapatrywaniu, że kwas karbolowy niszczyć powinien sprawy burzenia, jakie w wielu przypadkach moczówki mają być przyczyną choroby. Na wpół pomysłne skutki tego leku podawanego od $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ grm. dziennie uważał także BOESE, KRAUSHOLD i HABERSHON, podczas gdy POPOFF, BALFOUR, Da COSTA, DIEHL i van TRAA otrzymywali skutki ujemne. W przyp. I kwas karbolowy działał nie bardzo wybitnie; wpawdzie ilość moczu powiększona poprzednio (przy używaniu kumysu) zmalała o 1100 ctm. sz., jednakowoż przy powiększającej się ilości odsetkowej cukru o 1.18%, ilość cukru zmniejszyła się tylko o 43 grm.

11) Kwas salicylowy i salicylan sody zaraz w początkach swego rozpowszechnienia zastosowany został przez EBSTEIN'A i MÜLLER'A (*B. kl. W. 5.* 1875) w moczówce cukrowej, jednakowoż ze skutkiem ujemnym. Przyczyną nieskuteczności tym razem mogła być dawka bardzo mała salicylanu sody (0.3 — 0.5 *pro die*). W późniejszych doświadczeniach EBSTEIN'A (*Berl. kl. Woch. 1876 24. Ref. w MEDYCYNIE* Nr. 46. 1876) przy użyciu 5, a względnie 10 grm. salicylanu sodowego znikł w jednym przypadku cukier z moczu, a w drugim zmniejszył się znakomicie. W naszych doświadczeniach salicylan sody skutkował lepiej w przyp. III, aniżeli kwas salicylowy w przyp. II. W przyp. II po podaniu kwasu salicyl. w ilości 1 grm. w początkach spostrzegania, ilość moczu zmniejszyła się o 253 ctm. sz., odsetka cukru o 0.5%, ilość cukru o 44 grm. Wyników tych nie możemy w zupełności brać na karb diety mięsnej, gdyż po ponownem zastosowaniu 4 grm. kw. sal. w dniu 26 Grudnia, gdzie wpływ diety mięsnej był mniej widoczny, a chininy nawet niekorzystny, odsetka cukru zmalała o 1.50%, a ilość cukru mimo nieznacznego powiększenia się ilości moczu o 166 ctm. sz., zmniejszyła się o 87 grm. W przypad. III po 2 grm. salicylanu sody ilość moczu opadła o 2634 ctm. sz., odsetka cukru o 1.23, a ilość cukru o 302 grm.; przy 4 grm. salicyl. sody ilość moczu podniosła się o 2551 ctm. sz., i w skutek tego (mimo dalszego zmniejszania się odsetki cukru o 0.42) zwiększyła się ilość cukru o 131 grm.; przy 6 grm. ilość moczu wprawdzie opadła znów o 2024 ctm. sz., jednakowoż odsetka cukru podniosła się o 1.35% tak, że ilość cukru zmalała tylko o 22 grm. W każdym jednak razie przy 6 grm. salicyl. sodowego ilość moczu była o 2017, cięż. wł. o 1004, odsetka cukru o 0.39% a ilość cukru o 193 grm. mniejszą niż przy samej tylko diecie.

13) Oz o n. Tak samo jak tlen, nadtlenek wodu, chlor i nadmanganazyjan potażowy, podawano ozon w moczówce cukrowej w celu utlenienia cukru, który krąży w znacznej ilości we krwi. Ozon będący odmianą tlenu wykryty przypadkowo przez Van MARUM'A, a opisany i nazwany przez SCHÖNBEIN'A, w ostatnich czasach stał się ponownie przedmiotem badań SCHREIBER'A, LENDER'A, CLEMENS'A, NASSE'GO, BINZ'A, HARTUNG'A, EISEL'D'A, WALDMANN'A i wielu innych. Zapał do ozonu ostygł jednak, skoro WALDMANN (Berlin 1872) wykazał, że tak zwana woda ozonowa zawiera

tylko kwas podazotowy, VOCKE (*W. m. Presse* 1876. 12. 14) poddał ostrej krytyce podania LENDER'A, a DOGIEL (*Cbl. f. m. W.* 1875 N. 30) i THE-NARD (*Gaz. des hôpit.* 1876. Nr. 8) wykazali, że ozon działa bardzo niekorzystnie na ciałka krwi czerwone. Wziewań tlenu używali dotąd z dobrym skutkiem w moczówce ROLLO (1797), BARUDEL (1875) równocześnie z wodą VICHY, dalej BÉRANGER, FÉRAUD, YWAN (1864), BIRCH (1869), BOUCHARDAT (1857), podczas gdy inni jak WEBER i t. d., a w najnowszym czasie JACOBS (*Virchow's Arch.* T. 67) nie widzieli najmniejszego skutku z tych wziewań. Ozonu używali w tej chorobie SCELLES (1865) i LENDER. W naszych doświadczeniach stosowano ozon w przyp. IV. W czasie 2½ tygodniowego wdychania ozonu obniżył się ciężar wł. a odsetka cukru zmalała o 2% tak, że mimo zwiększenia ilości moczu o 1311 ctn. sz., przecieź ilość cukru wykazywała zmniejszenie o 46.35 grm. dziennie.

13) J a b o r a n d a poleconą została przez CONTANIEGO (*Il Morgagni* 1875. 1. 2.) który miał zauważać, że w moczu oddanym podczas pocenia się znikał cukier i przez LAYCOCK'A, który w 2 przypadkach widział, że ilość moczu się zmniejszyła a stan ogólny się poprawił. Przeciwnie SYDNEY RINGER w 1 przypadku moczówki cukrowej nie zauważał żadnego skutku, pomimo, że przez 6 tygodni kazał zażywać wielkie dawki. Odnosząc się co do ogólnego działania jaborandy do pracy uskutecznionej przez p. SAKOWSKIEGO w klinice lekarskiej krakowskiej w r. 1875 (Przeg. lek. 1875. Nr. 25 — 33 i w osobnej odbitce), przytoczymy tu tylko ogólne wyniki leczenia jaborandą ze względu na moczówkę cukrową. W przyp. II skutek jest dosyć pomyślny, a wniosek ten staje się tem pewniejszym, skoro się uwzględni, że chory przez poprzednie 3 dni nie zażywał żadnego leku. Ze średnich wartości przy 3 dniowem podawaniu jaborandy okazuje się, że ilość moczu opadła o 700 cm. sz., odsetka cukru zmniejszyła się o 2.17%, a ilość cukru obniżyła się o 137.7 grm. tak, że w czasie tym była najmniejszą w całym spostrzeganiu, za to ciężar wł. podniósł się o 1004. Mniej korzystnym a równie pewnym z powodu niezazywania przez kilka dni żadnego leku, był wynik 4 dniowego podawania naparu jaborandy w przyp. III; tu bowiem przy dążności do zmniejszania się ilości cukru i moczu, powiększyła się ilość moczu o 235, a mimo obniżenia się odsetki cukru o 0.52, ilość jego pozostała prawie zupełnie niezmienną. Średni cięż. wł. utrzymał się również na poprzedniej wysokości. Poprzednio ogłoszony został także przypadek moczówki cukrowej (SAKOWSKI str. 19 i 26), w którym wynik leczenia był zupełnie ujemny. We wszystkich tych przypadkach działanie nasłinnne znaczniejszem było od napotnego, mocz oddany bezpośrednio po poceniu się okazywał cięż. wł. niekiedy o 1010 — 1015 wyższy anizeli przedtem, co jednak już po kilku godzinach się w y r ó w n y w a ł o.

Porównyując skutki rozmaitych leków w moczówce, przedewszystkiem godzi się zapytać, z czego należy wnioskować o polepszeniu się choroby, czy z ilości moczu lub odsetki cukru, czy też z ilości dziennej wydzielonego cukru. Wiedząc, że odsetka cukru niezawsze idzie w parze

z jego ilością i że takowa zależy także od ilości moczu; wiedząc dalej że niekiedy zmniejszanie się ilości moczu przy powiększającej się odsetce cukru wywołuje objawy ogólne niekorzystne, i że ciężar ciała i odżywienie chorego zależą przeważnie od ilości wydzielonego cukru; przyjdziemy do wniosku, że ilość dzienna cukru jest jedyną miarą skuteczności pojedynczych leków. Oceniając tą miarą wyniki powyższych doświadczeń musimy powiedzieć, że obok diety mięsnej widzieliśmy największe zmniejszenie się ilości cukru po salicylaniu sody (przyp. III o 193 grm.), po makowcu (w przyp. III o 151 i 167 grm.), po jaborandzie (w przyp. II o 137 grm.), po rozczywie FOWLER'A (w przyp. I o 108 grm.) i po kwasie salicylowym (w przyp. II o 44 i 87 grm.). Nieznacznie tylko malała ilość cukru podczas wzięcia ozonu (w przyp. IV o 46 grm.), podczas używania kwasu karbolowego (w przyp. I o 43 grm.), pośród używania gliceryny (w przyp. I o 36 grm.) i przy podawaniu wody karlsbadzkiej (w przyp. I o 31 grm.). Ilość cukru zwiększała się przy używaniu kumysu (w przyp. I), kwasu mlecznego (w przyp. IV) i chininy (w przyp. I i IV). W przyp. II używanie wody karlsbadzkiej nasparzało o 115 grm. ilość cukru, działanie zaś makowca w przyp. II i jaborandy w przyp. III było bardzo wątpliwe.

W których rodzajach moczówki skutkują pewne leki, o tem na zasadzie tak szczupłej liczby doświadczeń orzekać nie możemy. Dopiero w skutek dalszych i licznych badań, uskutecznianych z należytem uwzględnieniem postaci klinicznych, można będzie wynaleźć szereg ogółowe wskazania i przeciwwskazania do użycia pewnego leku i uczynić lekowanie moczówki więcej racjonalnem, a mniej empirycznem i bardziej uwzględniającem właściwości każdego przypadku, aniżeli to jest obecnie.

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie zwyczajne z d. 21 Marca 1877 r.

Ciała obce w pęcherzu moczowym kobiet. — Pracownia drobnowidzowo-chemiczna.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu ostatniego posiedzenia, zabrał głos kol. NEUGEBAUER i opisał sposób, jakim się posługiwał w celu wycięcia z pęcherza moczowego młodej dziewczyny szpilki podwójnej, którą aż tam przez cewkę moczową wsunęła. Cewka była tak obszerna, że wchodził w nią palec mały, lecz szpilki zaledwie dosięgał. Wydobyćce dokonano cążkami, któremi gdy uchwycono we środku jedną z odnóg szpilki, palcem wprowadzonym *per anum* zakrzywiono jej koniec w kształcie pętli, i tym sposobem przy wyciąganiu wszelkie zahaczanie się po drodze uniemożliwiono. Z powodu tego przypadku NEUGEBAUER opowiedział następnie historję ciał obcych, przytrafiających się w pęcherzu moczowym u kobiet, opierając się na kilkuset przypadkach, jakie bardzo starannie zebrał z dawniejszego i nowszego piśmiennictwa. Przypadki te rozdzielił on na dwa rodzaje: pierwszy obejmuje ciała obce, które z własnego ustroju chorej pochodzą; a drugi takie, które się z zewnątrz dostają. Do pierwszych

należą odłamki zgruchotanych kości, połknięte zęby, kamienie moczowe, (które mówca ze swego opowiadania zupełnie wyłącza), kości płodu, włosy wytworzone w torbielach pęcherzowych i t. p. Do drugich: igły, szpilki, iglice, kawałki drzewa, ułamane moczociągi, trzonki fajek glinianych, ołówki, kawałki stoczka i t. p. Wnikają one najczęściej przez cewkę i to zazwyczaj w skutek samogwałtu, lub też przez ściany pęcherza z jam okołociecznych, np. gdy są wprowadzone i pozostawione w pochwie lub odbytnicy, przez przetoki maciczne lub jelitowe, przez ropnie pęcherz otaczające i do niego się otwierające, a nakoniec przez ściany brzucha, przy ranach mianowicie postrzałowych. Ciała te pokrywają się bardzo szybko moczami, i stają się jądrami, na około których wytwarzają się kamienie moczowe. Ośm dni np. wystarczało w jednym przypadku do pokrycia grubą kamienną powłoką, wprowadzonej przez cewkę moczową iglicy do pęcherza moczowego. NAUGEBAUER okazał, jako dowód, kilka kamieni moczowych, w których w środku były ciała obce. Jeden z nich wydobyty przez LEBRUN'A, mający w swym środku również szpilkę podwójną, był już przez niego samego okazywany Towarzystwu, przy opowiedzeniu spostrzeżenia zamieszczonego w PAMIĘTNIKU Towarzystwa. Nie przytaczamy tomu i karty, gdyż to stanie się wkrótce zbyt czułym, jest bowiem w tej chwili pod prasą ogólny spis wszystkich prac i postrzeżeń w 72 tomach PAMIĘTNIKA zawartych i nader starannie przez kol. KOŚMIŃSKIEGO, bibliotekarza Towarzystwa zestawionych; ukaże się on na uczczenie 40 letniej rocznicy tegoż wydawnictwa, w dniu 6-go Maja b. r. przypadającej.

Następnie na przedstawienie komitetu redakcyjnego przyznano kol. DOBIESZEWSKIEMU wynagrodzenie w ilości rs. 40 za rozprawę pod napisem „Badania nad szpitalami” która się w ostatnim tomie PAMIĘTNIKA znajduje. Drugiego wynagrodzenia tejże samej wysokości nie przysądzono w tym roku i zostawiono je na rok bieżący tak, iż w roku 1878 przypadnie rozdać trzy nagrody za najlepsze oryginalne prace dowolnej treści Towarzystwu przedstawić się mające.

Wreszcie posiedzenie zamknięto miłą niespodzianką, jaką było odczytanie oświadczenia piśmiennego czterdziestu w tym roku wstępujących z uniwersytetu tutejszego nowych kolegów, które w ostatnim Numerze (13) MEDYCNY w całości podane zostało. Zaczyna ta młodzież ofiaruje Towarzystwu naszemu swój udział w celu założenia dawno już projektowanych przy niemożliwych pracowni i z pierwszego swego zarobku, składa pierwszą ratę w ilości 505 rubli na urzeczywistnienie zamiaru ogromnej doniosłości dla naszej praktyki lekarskiej. Wiadomo, że minęły już u nas te czasy, w których lekarz praktyczny jedynie tylko przy łóżku chorego i w bibliotece szukał swego natchnienia; chemija i badania drobnowidzowe są dziś koniecznością dla niego, a na nieszczęście nie może korzystać z pracowni, jaka się znajduje w uniwersytecie, bo czas ten należy do niego, i tylko w wolnych godzinach może się oddać poszukiwaniom, a tem mniej zastosować się do wymagalności uniwersyteckiego porządku. Chodzi więc o założenie przy Towarzystwie osobnej sali, opatrzonej w dobre drobnowidze i podręczne chemiczne przybory, w którejby każdy z członków Towarzystwa, lub też każdy inny lekarz, byle przez Towarzystwo upoważniony, mógł sobie badać wszystko co mu się podoba, i znalazł tam wszelką dobrą radę i pomoc. Dopięcie takiego zamiaru nie jest wcale łatwym, bowiem dużo potrzebuje czasu, nakładów i wytrwałości, lecz nie jest znowu do tego stopnia niemożliwym, jak tego niektórzy dowodzą. Z pewnością nawet można już dziś przewidzieć, zapatrując się na obecne naszego Towarzystwa zasoby, że zamierzona pra-

cownia będzie mogła niebawem być powołaną do życia, zwłaszcza jeżeli przykład ofiarności dany przez młodzież i na starsze nasze pokolenia lekarские podziela, o czem też powątpiewać wcale się nie godzi. Początki będą skromne, jak niemi były początki biblijoteki, kassy wsparcia i całego obecnego zagospodarowania Towarzystwa, ale przyszłość pewno, przy należytej wytrwałości, swego dokaże. Tymczasem młodym kolegom należy się sprawiedliwe uznanie nie tylko za ich dobre chęci, nie tylko za ich wdowi datek, lecz i za należyte zrozumienie położenia w jakim się obecnie lekarz w obec nauki i w obec swego praktycznego obowiązku znajduje. Towarzystwo przyjmując ofiarowaną sobie sumę, postanowiło uważać ją jako zawiązek specjalnego funduszu na założenie i utrzymanie pracowni; wręczone zaś sobie piśmienne oświadczenie poleciło zamieścić w całości w protokóle posiedzenia na dowód, że do niego należną mu przywiązuje wagę.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym.

Podał St. Kościński.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 11).

Jeżeli samo badanie wzornikiem ocznym nie doprowadza do ścisłego oznaczenia śródczaszkowej sprawy chorobnej, to znów ze stanu pola widzenia możemy wyprowadzić pewne wnioski co do umiejscowienia ogniska chorobnego.

Jeszcze w 1856 r. GRAEFE zauważał, że przy zalewach mózgu, połączonych z połowicznym bezwładem, braknie niekiedy obu prawych lub obu lewych połówek w polach widzenia. Liczne późniejsze spostrzeżenia wykazały, że przy pewnych cierpieniach mózgu powtarzają się typowe postacie owych braków w polach widzenia. Zmiany takie w polu widzenia mają nader ważne semiotyczne znaczenie i dla tego pozwalamy sobie nieco obszerniej nad nimi się zastanowić. Wedle teorii częściowego skrzyżowania się (*semidecussatio*) nerwów wzrokowych, obie prawe połówki w polach widzenia odnosimy do lewego szlaku wzrokowego; obie lewe połówki, — do prawego szlaku wzrokowego. Albowiem wewnętrzne, krzyżujące się wiązki włókien szlaków wzrokowych rozpościerają się w wewnętrznych połowkach siatkówek, gdy tymczasem zewnętrzne wiązki nerwowe szlaków wzrokowych wchodzą w skład zewnętrznych połówek w obu siatkówkach. Spostrzeżenia kliniczne najzupełniej zgadzają z powyższą teorią. Zdarza się bowiem: 1) albo w obu polach widzenia brak połówek zewnętrznych, czynność wzrokowa ogranicza się tylko do wewnętrznych połów w polach widzenia, *hemiopia medialis (nasalis)*, 2) albo też w obu polach widzenia niedostaje obu prawych lub obu lewych połówek, *hemiopia homonyma*. Przeciwnie dotąd jeszcze nie spostrzegano, aby jedno pole widzenia było prawidłowem a w drugim brakło wewnętrznej lub zewnętrznej połowy; nie stwierdzone zostały także przypadki, t. z. *hemiopiae lateralis externae (temporalis)*, w których czynność wzrokowa ograniczałaby się tylko do zewnętrznych połówek pól widzenia (w przypadkach, jakie przywodzi MENDELSTAMM istniała równocześnie *neuritis optica*).

Z tego co się wyżej powiedziało łatwo pojąć, że połowiczne widzenie lewostronne (*hemiopia homonyma sinistra*) jest następstwem sprawy chorob-

nej w lewym szlaku wzrokowym; uszkodzenie zaś prawego szlaku pociąga za sobą *hemioptiam homonymam dextram*. Jeżeli znów będzie zniszczona środkowa część skrzyżowania, to powstanie *hemioptia medialis*.

Półowieczne widzenie pośredkowe (*hemioptia medialis*) rozwija się prawie zawsze powoli, bez żadnych objawów bezwładu, przez niejaki czas może pozostawać w mierze, a nawet cofać się w swym rozwoju. W początkach zazwyczaj a może zawsze, nie spostrzegamy całkowitego braku obu zewnętrznych pól w polach widzenia, później i wewnętrzne połowy zwykle nie zatrzymują swych granic prawidłowych. Linija rozdzielająca połowy pola widzenia nie zawsze przechodzi pionowo przez punkt, w który wpatruje się chory. Nie często także oznaczyć można ściśle granicę między obiema połowami pola widzenia; między niemi nierzadko znajdujemy obszar, w którym widzenie jest niepewne. Choroba może rozwinąć się tak dalece, że czynność wzrokowa opadnie i w wewnętrznej połowie pola widzenia jednego oka; wówczas słaba pozostaje nadzieja utrzymania połowicznego wzroku oka drugiego. Z tego rodzaju połowicznego widzenia możemy się domniemywać choroby, która ma swe siedlisko w przednim lub tylnym kącie skrzyżowania nerwów wzrokowych, a nawet początek swój bierze z przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*).

Inny zupełnie zachodzi stosunek przy tożsamostrońnem półowiecznem widzeniu, które zdarza się bezporównania częściej niż pośredkowe. *Hemioptia homonyma* najczęściej powstaje nagle, nierzadko w towarzystwie objawów właściwych zalewowi mózgowemu, jak: utrata przytomności, bezwład górnych kończyn, porażenie mięśnia twarzonego a nawet całej bocznej połowy ciała, odpowiadającej brakowi w polu widzenia. Przy braku prawych pól w polach widzenia zwykle występuje i niemota (*aphasia*). W brakujących połowach pól widzenia chorzy najmniejszego śladu poczucia światła nie objawiają; jeżeli zaś zdarzy się że w porażonej połowie pola widzenia pozostanie jaka mała przetrzeźń, w której czynność wzrokowa niezupełnie wygasa, to podobną, odpowiednią, przetrzeźń znajdujemy i w porażonej połowie drugiego pola widzenia. Brakująca część pola widzenia ściśle jest odgraniczona od części nienaruszonej liniją przechodzącą pionowo przez punkt, w który wpatruje się chory; linija ta ku obwodowi pewne zbieżenie może przedstawiać.

Choroba zawsze pozostaje w mierze, nigdy nie kończy się zupełną ślepotą. Rokowanie nie jest złe ze względu na postęp choroby, ale niepomysłne odnośnie powrotu do stanu prawidłowego.

Z tożsamostrońnego połowicznego widzenia wnosić możemy o istnieniu ogniska chorobnego w mózgu, na przebiegu szlaku wzrokowego między jego ośrodkowym początkiem i skrzyżowaniem.

Przy lewostronnem półowiecznem widzeniu często występuje niemota. Jeżeli przy tem chorzy utracą pamięć głosek, to tem trudniej będzie im odczytać takowe, pomimo że litery w lewych połowach pól widzenia dobrze widzą. Nie zawsze atoli ma miejsce zupełna utrata pamięci głosek i t. p., chorzy litery rozpoznają, ale nie potrafią wywołać ruchów koniecznych do wytworzenia odpowiedniego dźwięku. Łatwo się o tem przekonać, pokazując nawet drobne głoski i nazywając je z początku błędnie a następnie prawdziwie; chorzy błędne nazwy odrzucają a przytakują prawdziwej. Niemota może ustąpić, nie sprowadzając żadnych zmian w półowiecznem widzeniu.

Pomimo nierzadkiego pojawiania się *hemioptiae homonymae*, nie możemy poszczyścić się dotąd licznymi anatomo-patologicznymi poszukiwaniami w tym przedmiocie. Z przypadków atoli dotąd znanych wnosić należy, że przy tożsamostrońnem półowiecznem widzeniu możemy podejrzewać:

1) naruszenie jednego ze szlaków wzrokowych; 2) uszkodzenie przedłużenia szlaku w odpowiedniej półkuli mózgowej; ognisko chorobne może się wówczas znajdować albo w tylnej trzeciej części szlaku ocznego (*thalmi optici*) albo też w substancji rdzennej mózgu przylegającej do owej trzeciej części, lub też i dalej ku tyłowi leżącej na zewnątrz od tylnego garbka; 3) naruszenie w istocie korowej w miejscu odpowiadającym rzeczonyj istocie rdzennej.

Podobne semiotyczne znaczenie mają i te przypadki, w których nie są porażone dwie tożsamostronne połowy pól widzenia, ale w tożsamostronnych połowach obu pól widzenia znajdujemy odpowiednie braki. Braki te mogą być albo wysepkowo rozrzucone, albo też ułożone na obwodzie tak, że odpowiednie połowy pól widzenia zdają się być w swym obszarze zmniejszonymi. Temu pognębieniu wzroku zwykle towarzyszą wyraźne objawy mózgowe.

Przy bardzo wielu chorobach mózgowych występują zaburzenia w czynnościach mięśni ocznych: najczęściej zdarzają się bezwładny, rzadziej skurcze. Objawy te chorobne stanowią nader ważne wskazówki ułatwiające odszukanie w mózgu siedliska pierwotnej choroby; znaczenie ich semiotyczne wielce jeszcze zyska na powadze, gdy dokładniej będzie poznany przebieg nerwów oko-ruchowych, bloczkowych, odsiebnych i twarzowych oraz ich stosunek z ośrodkami ruchowymi i odruchowymi. Nerwy te biorą swój początek na podstawie czwartej komórki mózgowej; tu więc należy szukać umiejscowienia pierwotnej sprawy chorobnej, jeżeli objawia się spóźnie, zaburzenia w czynnościach ruchowych, zależnych od kilku z wyżej wspomnianych nerwów.

Zdaje się, że pierwotna przyczyna ruchu sprzężonego obu gałek ocznych leży w przednich garbkach wzgórka czworaczego. ADAMIUK wykazał, że prawy przedni garbek wzgórka rządzi ruchami obu oczu na lewo, ruchy zaś na prawo zależą od lewego garbka. Przy mocnem podrażnieniu odnośnych części wzgórka głowa zwraca się w tę samą stronę co i oczy. Głębokie przecięcie w linii pośrodkowej wzgórka ogranicza ruchy do oka tej strony, która była podrażniona. Podrażnienie wzgórka w linii pośrodkowej sprowadza ruch oczu ku górze i rozszerzenie obu źrenic. Przy podrażnieniu tylnych garbków wzgórka gałki oczu zwracają się ku wewnątrz i dołowi, źrenice się zwężają. Przy podrażnieniu podstawy rowka SYLWIUSZA (*aqueductus Sylvii*) występuje mocny ruch ksobny gałek ocznych.

Z powyższego wynika, że w nierzadkich przypadkach ograniczenia ruchu gałek ocznych czy to na prawo, czy też na lewo (przy czym zwykle równocześnie zatracca się zwrotność gałek ocznych ku górze lub dołowi), siedliska pierwotnej sprawy chorobnej szukać należy w jednym z przednich garbków wzgórka czworaczego. Brak nam atoli w tym względzie anatomo-patologicznych poszukiwań.

Doświadczenia ADAMIUKA zgadzają się ze spostrzeżeniami PRÉVOST'A, który twierdzi: 1) że przy zalewach mózgowych oczy i głowa zwracają się w jedną stronę; 2) że przy umiejscowieniu choroby w wielkich półkulach mózgowych oczy i głowa zwracają się w tę stronę, w której sprawa chorobna ma swe siedlisko; objaw ten często po dniach kilku znika bez śladu; 3) że przy umiejscowieniu pierwotnej choroby *in isthmo encephali*, oczy mogą się zwrócić i w stronę przeciwną i wtenczas objaw ten trwa znacznie dłużej.

Przy objawie oddechowym CHEYNE--STOKES'A zauważano także pewne zmiany w gałkach ocznych. Wiadomo, że objaw rzeczony polega na tem, że po głębokich ruchach wdechowych następuje przerwa trwająca 10—20 sekund. Otóż podczas owej przerwy w oddechaniu źrenice zwężają się,

nie oddziaływają wcale na światło; gałki zaś oczne poruszają się wahadłowo w kierunku poziomym zwracając się najmocniej ku stronie przeciwnej porażonej połowie ciała. Im przerwa w oddechaniu jest dłuższa, tém zwrotność gałek jest większą (MERKEL).

Przy częściowem stwardnieniu mózgu (*sclerosis cerebri*) z wyższych przyrządów zmysłowych chorobnym zmianom ulegają prawie same tylko oczy. Za pomocą wziernika i badań pośmiertnych niejednokrotnie stwierdzono w podobnych razach zanik nerwu wzrokowego. Większe atoli rozpoznawcze znaczenie przedstawia zachowanie się mięśni ocznych; oczy biegają (*nystagmus*), objaw który prawie nigdy nie zdarza się przy innych przewlekłych cierpieniach mózgu. Owo bieganie oczu przedstawia pewne podobieństwo z drżeniem kończyn, powstającym, gdy takowe w ruch wprowadzone będą (CHARCOT). *Nystagmus*, zjawisko zresztą niestale, zdarzające się w połowie przypadków, uważać należy jako objaw porażeniowy, spostrzegano bowiem równocześnie wyraźne bezwłady w rozmaitym stopniu, opadnięcie powieki górnej, zéz zbieżny, rozszerzenie źrenicy a nawet zupełną nieruchomość obu gałek ocznych. W takich przypadkach badania pośmiertne oprócz przestoczeń w rozmaitych częściach mózgu wykryły stwardnieniowe zmiany w nerwach wzrokowych i nerwach mięśni ocznych.

Wedle CHARCOT'A podwójne widzenie (*diplopia* w skutku bezwładu mięśni ocznych) stanowi objaw wstępny stwardnienia mózgu, który następnie często zupełnie znika. Niedosłep (*amblyopia*) jest daleko częstszym objawem stwardnienia mózgo-rdzeniowego; rzadko atoli przechodzi w zupełną ślepotę. Tarcza nerwu wzrokowego, nawet przy mocnym niedosłepie, często chorobliwych zmian nie przedstawia.

Rozmaite nowotwory, tętniaki, gummata, wyrosła kostne, gruźelki i t. p. usadowione na podstawie mózgu lub czaszki mogą wywołać bezwłady mięśni ocznych. Rozpoznanie siedliska i istoty sprawy chorobnej przedstawia w takich razach wielkie trudności.

W ogóle powiedzieć można, że, gdy sprawa chorobna umiejscowiona jest u podstawy, występują bardzo wczesnie i zupełne bezwłady mięśni ocznych. Rozpoznanie to tem więcej zyskuje na prawdopodobieństwie, gdy stopniowo i inne nerwy zupełnemu ulegają porażeniu, przyczem współcześnie nie ma objawów ogólnych, zdradzających chorobę mózgu. Przeciwnie liczne, niezupełne bezwłady wskazują na siedlisko choroby w samym mózgu (tu bowiem włókna nerwowe bywają rozsunięte, a stąd łatwiej przychodzi do skutku tylko częściowe ich porażenie). Atoli i zupełne bezwłady wszystkich mięśni ocznych zdarzają się przy istotnych śródmózgowych chorobach.

Odszukanie siedliska pierwotnej choroby daleko jest łatwiejszem w tych razach, gdy do częściowego bezwładu jednej połowy ciała przyłącza się porażenie n. oko-ruchowego strony przeciwnej. Wówczas sprawa chorobna w mózgu odbywa się po stronie oka porażonego i to w okolicy, w której nerw okoruchowy przebiega tuż pod odnogą mózgu (*crus cerebri*).

(d. c. n.)

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

Do kazuistyki stosowania prądu galwanicznego. Na polu ubiegania się o środek, któryby był skutecznym we wszystkich przypadkach ostrego gośca stawowego wystąpił niedawno DROSDOFF („*Centrl. f. d. med. Wissensch.*” N. 17—1875) z opisem kilku przypad-

ków wyleczenia cierpienia stawowego, używając prądu elektrycznego wzbudzonego (*faradisation*). Nie po raz pierwszy to spotykamy się z tém *remedium aphasicum* w nauce o gościec stawowym. REMAK (*Galvanotherapie 1858*), który sam przy postaciach ostrych gościec używał prądu galwanicznego stałego, zalecając wzbudzony przy przewlekłych, wspomina, iż FROBER już usuwał bolesność i obrzmienie przy ostrym gościec stawowym, za pomocą prądów magneto-elektrycznych, a CAHEN — zmniejszenie się stawów obrzmiących u podagryków. FROMMHOFF przypisuje skuteczność tego sposobu leczenia gościec wielostawowego działaniu elektrokatalitycznemu. DROSDOFF ze swoich spostrzeżeń doszedł do przekonania, iż używając prądu wzbudzonego ból w cierpiących stawach się zmniejsza, niekiedy nawet do tego stopnia, iż chory który przed faradyzacją nie mógł wykonywać żadnego ruchu, jest w stanie wykonywać bezboleśnie ruchy czynne i bierne. Zmniejszenie to bólu trwa jeszcze kilka godzin po faradyzacji, a nadto napady bólów następne są słabsze co do mocy i trwania. Tak pomyślnie wyniki skłoniły BRETZ'A (*Deutsch. Archin. f. klin. Med. Bd. 18. H. 4 i 5*) do zrobienia szeregu spostrzeżeń na klinice prof. ZIEMSEN'A w Monachium nad działaniem prądu wzbudzonego na przebieg i objawy gościec ostrego stawów. Autor przekonał się, iż prąd elektryczny, nawet wielkiego natężenia nie wywołuje bólu w cierpiących stawach, a gdy to ma miejsce, to bolesność przemija już po kilku minutach. Ostatni przypadek zachodzi gdy cierpienie stawów nie jest silne, gdy tymczasem zupełna nieczułość na działanie prądu elektrycznego, idzie w parze z cierpieniem stawów większego stopnia. Ta nieczułość jest zwłaszcza widoczną w stawach, niepokrytych grubą warstwą mięśni, bo te kurczą się pod wpływem elektryczności, powodują poruszenie i ucisk na staw, zazwyczaj wywołujące wielką bolesność. Czas trwania faradyzacji, podawany przez autorów, wynosi 5 — 10 minut dla każdego stawu. Na miejscu działania prądu elektrycznego, widzimy po pewnym czasie, iż skóra blednie, a przy dłuższem działaniu błądź ta ustępuje miejsca zaczerwienieniu. Temu to rozszerzeniu naczyń, przypisuje autor działanie pomyślnie na zapalenie stawu, a na poparcie swego przekonania, przytacza doświadczenia SINITRIN'A (BRÜCKE: *Vorlesungen über Physiologie. II. str. 81*) który niszcząc górny zwój szyjowy nerwu współczulnego (*n. sympathicus*), powstrzymywał zapalenie oka wywołane przecięciem nerwu trójdzielnego (*n. trigeminus*). Autor jednak zapomina, iż usunięcie bolesności, jednego z najnieprzyjemniejszych objawów gościec stawowego, nie znaczy jeszcze, iż samo cierpienie stawów przeminęło, tém bardziej, iż, jak sam w końcu swej pracy dodaje, postępowanie w mowie będące, to jest faradyzacja stawów, nie zdawała mu się wpływać na skrócenie trwania cierpienia i na występowanie zwykłych gościec powikłań. Bądź co bądź, zaznaczyć jednak potrzeba, na co zgadzają się prawie wszyscy, którzy używali elektryczności przy ostrym gościec stawów, iż środek ten jest doskonale znieczulającym. Na zakończenie przytacza autor w krótkości, opis 18 przypadków gościec ostrego stawowego, leczonego tylko faradyzacją, a które uznysłowiają skuteczność tego postępowania.

W temże samem czasopiśmie, spotykamy się z pracą dra WEISSFLOG'A, w której opiewa znów hymny dziękczynne faradyzacji, za skutki jakie mu ona oddała na polu cierpień obrażeniowych (traumatycznych). Już przed kilku laty, wystąpił tenże z podobnej treści artykułem. Ubolewa on, iż pp. chirurgowie przyjęli tę pracę po macoszemu, z lekceważeniem, nie chcąc oddać ani jednego słuczonego i zbolalego członka na stwierdzenie jego wywodów, a przecież, dodaje autor, „przy zapaleniach obrażeniowych, faradyzacja jest najsilniejszym, nieomylnym i dla swego bezwzględnie znieczulającego działania, zarazem najcenniejszym środkiem przeciwzapalnym (*antiphlogisticum*), jakimi nasze obecne lecnictwo rozporządza. Wstrzymuje ona nietylko sprawę zapalną, lecz sprowadza jednocześnie wchłonięcie wytworów zapalnych, a nawet działanie to wchłaniające nie ogranicza się jedynie do wysięków surowicznych, lecz rozciąga się także i do surowiczoropnych (jak przy nagromadzeniu ropy w przedniej komorze oka (*hypopyon*) i do wysięków krwistych.” Oto w dosłownem tłumaczeniu słowa autora. Chodzi tylko o to, ciągnie on dalej, by możliwie największą ilość elektryczności doprowadzić do części obrażonych, z uniknieniem zbyt silnego podrażnienia nerwów czucia i ruchu. Osiągnąć się to daje,

używając za przewodnik elektryczności wodę, w której zanurzone są bieguny elektryczne. Przy, zazwyczaj zewnętrznem, umiejscowieniu owrzdzeń, oparzeń, ran pooperacyjnych i t. d., zastosowanie wody jest możliwe. W przeciwnym razie, doprowadza się elektryczność na duże przestrzenie przez stale elektrody (blaszki mosiężne 10 ctm. długości na 3—4 ctm. szerokości, do których przymocowane są gąbki). Trwanie rzadko dłuższe nad godzinę, a powtarza się o ile można najczęściej. Zmiany patologiczne w których faradyzacja rozwija wyłącznie swe działanie: 1) znieczulając, wchodzi w zakres nauki o owrzdzeniach; należą tu szczególnie owrzdzenia fagadeniczne. Wyniki jakie na tem polu osiągnął autor, używając prądu elektrycznego wzbudzonego, ogłosił już w *Virchow's Archiv. 1876, str. 311.* Obecnie przytacza on przypadek uderzający u 30-letniej kobiety, która przechodząc bezskutecznie przeróżne leczenia, celem pozbycia się bardzo bolesnych, fagadenicznych, przyrody nieprzymiotowej, owrzdzeń w lewym przewodzie nosowym, na prawej okolicy skroniowej i innych miejscach, doczekała się zupełnego ich zablźnienia po 48 dniowem zastosowywaniu prądu wzbudzonego. 2) działanie znieczulające i pobudzające odczynu w tkankach zdrowych przy faradyzacji, ma być widocznem przy owrzdzeniach oparzelinowych i zgorzelinowych. 16-letni chłopiec w skutek przewrócenia lampy naftowej, sparzył sobie rękę i przedramię lewe, co wywołało głębokie owrzdzenie na miejscu oparzenia. Po kilkunasto-dniowem użyciu faradyzacji, za pośrednictwem kąpeli, zagoiły się one w zupełności. Takim sposobem autor postępując dalej, to jest przytaczając na wszystkie przykłady, którymi stara się przekonać zatwardziałego czytelnika o istotnej użyteczności faradyzacji, przypisuje jej działanie wchłaniające (*resorbens*) przy nagromadzeniu wysięku surowiczego w stawach (*hydrops articulorum chronicus*), przy zapaleniu tęczówki oka (*iritis*), gdzie ma przyczyniać się do wchłonięcia wysięku surowiczego-krępnikowego nagromadzonego w tej tkance, a przez to zapobiegając zrostom tęczówki z częściami otaczającymi (*synchiae*). Ustępować mają w tym względzie faradyzacji, wszystkie środki używane dotychczas w okulistyce przeciw temu cierpieniu. Widzieliśmy już wyżej, wspominając o nagromadzeniu się ropy w przedniej komórce oka (*hypopyon*), iż faradyzacja pomaga także do wchłaniania wysięku surowiczego-ropnego. „W żadnym jednak przypadku, jakiby można wybrać do doświadczeń nad działaniem leczniczem prądu elektrycznego wzbudzonego, nie występują skutki tak szybko, tak wyraźnie, a przez to i dla doświadczenia tak uderzająco, jak przy ostrych zapaleniach obrażeniowych.” Na dowód opisuje autor przypadek zapalenia stawu łokciowego spowodowanego obrażeniem. Mniej szybko działa prąd elektryczny przy postaciach przewlekłych cierpienia. „Ale że i tu, nie zostaje on bez wpływu, dowodzą opisy wyleczenia zapaleniu przewlekłego stawów: ręki, nogi, biodrowego, wszystkie tegoż samego, to jest obrażeniowego pochodzenia. Na zakończenie tej istnej litanii, W. dorzuca jeszcze, iż faradyzacja wpływa na wchłanianie wysięków krwistych, działa znieczulająco i przeciwzapalnie przy zapaleniu stawów kręgowych i przy zapaleniu stawów i okostni pochodzenia zolżowego (*periostoarthritis scrophulosa*). I czegoż więcej żądać od jednego środka? przecież i inne specejały kuchni lekarskiej, wedle pamiętnych słów naszego profesora farmakologii, działają tylko: od niezytu do raka i od zapalenia do gruźleeków! Autor 6 lat całych gromadził zasób, by poważną liczbę faktów rzucić w oczy niedowiarkom i wzruszyć twarde serca chirurgów i elektroterapeutów, przekonywając ich, iż elektroterapija jest skuteczną nietylko przy porażeniach nerwów czucia i ruchu, lecz tak jak hydroterapija nie ogranicza swego działania jedynie na oddaleniu ciał obcych nagromadzonych na powłoce naszego ciała. Odrzucając spory procent na zapal autorski i na panujący dziś szkodliwy sposób naginania faktów do, z góry powziętego w umyśle, założenia, okroi się jednak coś, by opłaciło się lekarzom mającym ku temu sposobność, zrobić szereg, ścisłych i przeprowadzonych przez gęste sito krytyki, doświadczeń nad działaniem prądu elektrycznego wzbudzonego w cierpieniach, któreśmy nawykli zaliczać do chirurgii.

W. G.

Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Wyciąg z wykazu tygodniowego ruchu ludności miasta Warszawy i innych miast za 10-ty tydzień (od 4 do 10 Marca) 1877 r. Ludność miasta Warszawy 300000 (przybliżona — w r. 1875 298451).

Urodziło się dzieci żywych 165 (przeciętnie rocznie 28.₆₀ na 1000 ludności).

Urodziło się dzieci nieżywych 5 (2.₉ na 100 urodzeń).

Z dzieci żywo urodzonych było 150 prawych, a 15 nieprawych (9 na 100 żywo urodzonych).

Z dzieci żywo urodzonych było 84 chłopców i 81 dziewcząt (jak 103.₇ do 100).

Umarło osób 144 (przeciętna roczna 24.₆₁ na 1000 ludności). Liczba przeciętna roczna obliczona według wykazów statystycznych z tegoż tygodnia w innych miastach wynosiła:

W Królewcu 36. ₇	W Berlinie 25. ₃	W Bukareszcie 28. ₃
„ Gdańsku 26. ₆	„ Lipsku 26. ₁	„ Paryżu 28. ₁
„ Wrocławiu 25. ₉	„ Hamburgu 29. ₆	„ Londynie 26. ₃
„ Monachium 34. ₀	„ Bremie 27. ₃	„ Glasgowie 34. ₀
„ Stuttgartie 28. ₉	„ Kolonii 32. ₆	„ Liverpoolu 24. ₈
„ Dreźnie 26. ₀	„ Wiedniu 33. ₇	„ Manchesterze 30. ₁

Średnia we wszystkich miastach niemieckich 28.₁.

Z tych liczb pokazuje się, jak pomyślnie się przedstawia śmiertelność Warszawy w tygodniu 10-tym r. b. według wykazów policji warszawskiej. W środkowej Europie nie było ani jednego miasta, liczącego przeszło 200000 mieszkańców, w którym śmiertelność była tak niska jak w Warszawie!!

Umarło dzieci od 0 do 1 roku: prawych 21, nieprawych 23, razem 44 (26.₆ ze 100 ogółem zmarłych). Średni stosunek w tymże tygodniu w miastach niemieckich wynosił 32.₈ zgoni niemowląt na 100 zgonów w ogólności; w Wrocławiu stosunek ten wynosił 29, w Monachium 48, w Berlinie 33. Stosunek więc warszawski jest bardzo pomyślny.

Umarło dzieci od 1 do 5 lat: prawych 24, nieprawych — razem 24.

Umarło dzieci od 0 do 5 lat razem 68 (41.₂ na 100 ogółem zmarłych). Średni stosunek w miastach niemieckich w tymże tygodniu był 45.₉ zgonów dzieci (do lat 5-ciu) na 100 zgonów w ogólności. Stosunek warszawski przedstawia się pomyślnie, a tem pomyślniej, że w ciągu poprzednich 3 tygodni stosunek ten w Warszawie wynosił 50.₁ na 100 zgonów w ogólności.

Z przyczyn niewiadomych umarło osób 28 (prawie 17 na 100 zgonów w ogólności). Stosunek gorszy jeszcze niż był w ciągu poprzednich 3 tygodni — 13.₈⁰/₀.

Przyczyny śmierci podane w wykazach:

Morbilli 1.

Scarlatina 3.

Typhus 3 (1.₈⁰/₀ ogółu zmarłych, zatem zmniejszenie znaczne w porównaniu z poprzednimi 3-ma tygodniami w których durzycia spowodowała śmierć w 3.₉⁰/₀ przyp.).

Pertussis 1.

Fuerperium 5.

Z chorób zakaźnych ogółem zmarło osób 13, (7.₈⁰/₀ ogółu zmarłych. W poprzednich 3 tygodniach było 13.₅⁰/₁₀ ogółu zmarłych).

Mors accidentalis 1.

Inne przyczyny 16.

Apoplezia cerebri 2.

Bronchitis et pneumonia 14

Phthisis pulmonum 18 (razem te dwie ostatnie grupy 42; w poprzednich 3-ach tygodniach średnio wypadło 48.₆ zgonów tygodniowo na te dwie przyczyny śmierci).

Rheumatismus musculi et articuli 1.

Catarrhus intest. 21 (z tej liczby 13 podrzutków).

Nephritis 3.

Marasmus 8.

Carcinoma 6.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

William Fergusson umarł w Londynie, d. 10 Lutego r. b. Wszystkie pisma lekarskie i nielekarskie angielskie, mnóstwo podają z życia tego dzielnego operatora szczegółów, z których ważniejsze tu podajemy. F. urodził się w Szkocyi w r. 1808, nauki lekarskie ukończył w szkole lekarskiej w Edynburgu; od dziecka okazywał zamiłowanie do mechaniki, której chwile wolne od zajęć fachowych poświęcał, co wiecej się przyczyniło do wydoskonalenia strony mechanicznej jego specjalności. Celował jako student w przygotowaniu wyrobów anatomicznych, z których niektóre zostały przechowane dotychczas w muzeum edynburskiem. Odznaczywszy się jako chirurg w szpitalu edynburskiem, został w r. 1840 wezwany na profesora chirurgii w King's-College-Hospital w Londynie. Wywalczenie sobie stanowiska w owych czasach w stolicy Anglii wobec takich ludzi jak WATSON, GREEN, Robert FERGUSSON, TODD, PARRIDGE, nie łatwym było zadaniem. Rozpowszechnienie operacji wycięcia stawu łokciowego i nadzwyczaj zręczne wykonywanie wypilowania szczęki górnej, zjednało mu już wtenczas wielki rozgłos. Śmierć LITTON'A, który wówczas jako chirurg i operator królował w Londynie, nie mało się przyczyniła do szybkiego rozwoju praktyki prywatnej FERGUSSON'A. Wydanie przez niego dzieła, po dziś dzień za klasyczne uważanego: „*Fractical Surgery*” postawiło go u szczytu sławy. W r. 1845 przedstawił on Towarzystwu medyko-chirurgicznemu swoją teorię o operacji rozszczepionego podniebienia; dowiódł on, że kurczący się mięsień unoszący podniebienie (*levator palati*) jest powodem rozchodzenia się brzegów szczeliny w podniebieniu i dla tego operację tę rozpoczął od przecinania rzeczonego mięśnia, co też w praktyce najświetniejsze wydało wyniki. W tymże roku wznowił operację wycięcia głowy kości udowej przy cierpieniach stawu biodrowego. W dwa lata później wykonał dwa razy operację całkowitego wycięcia łopatki z pomyślnym skutkiem. W roku 1850 zwrócił F. uwagę na choroby stawu kolanowego; zrażony nieszczęśliwemi wynikami odcinania uda, które w takich razach wykonywał, pierwszy zaproponował wycięcie (*resectio*) w stawie kolanowym. Operacja ta natrafiła z początku na wielki ze strony kolegow opór, tembardziej, że pierwsza FERGUSSON'A próba zakończyła się śmiercią. Wytrwałością swoją jednak F. (następnie jego uczniowie) doprowadził do tego, iż dzisiaj amputacja uda w chorobach stawu kolanowego już do historii należy. W roku 1861 F. został wybrany na członka rady tak zwanego: „*College of surgeons*” w Londynie, a następnie został prezesem tegoż zgromadzenia, co już do wielkich zaszczytów się zalicza. W r. 1866 został baronetem, a w r. 1867 chirurgiem królowej i osiągnął przez to najwyższe godności, do jakich lekarz w Anglii dojść może. Jako chirurg i operator cieszył się F. wielkiem uznaniem, a operacje wycinania kamienia, wargi zajęczej, rozczepionego podniebienia i wypilowania stawów były najulubieńszymi jego rękoczynami. Obok nadzwyczajnej zręczności w rękach, obdarzony był wielkim spokojem i zimną krwią, o czem piszący te słowa niejednokrotnie miał sposobność się naocznie przekonywać. Umarł w skutek choroby Brighta, a pochowany został w Szkocyi. Następcą jego jako starszy chirurg królowej został James PAGET, a w szpitalu King's College Andrzeja Wood.

G. F.

Zmarli. W Paryżu KERGERADEC, któremu zawdzięczamy odkrycie szmeru macicznego u ciężarnych.

W Sejnach Józef HELLMANN, urodzony na Litwie w r. 1795, wychowaniec uniwersytetu Wileńskiego, dawniej lekarz szpitalny w Wilnie, a później lekarz powiatowy w Sejnach.

W Królewcu Jan JACOBY, lekarz praktyczny, znany i uwielbiany w Niemczech, z powodu cnót obywatelskich, żelaznej woli i prawości charakteru. Jako przeciwnik obecnego rządu, osadzony był w twierdzy na czas wojny francuzko-niemieckiej; po ogłoszeniu cesarstwa uważany był jako przywódzca stronnictwa socjalistycznego.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.