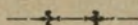


GAZETA LEKARSKA.

I. O zastosowaniu błękitu metylenowego w cierpieniach dróg moczowych.

Podał

Aleksander Białobrzeski.



Błękit metylenu wprowadzony został do wewnętrznego użycia w medycynie przez ERLICH'a, GUTMANN'a i PAREŃSKIEGO w zimnicy; w zapaleniu nerek zalecano go przez jakiś czas, lecz okazał się mało skutecznym; obecnie używany bywa do rozpoznania sprawności nerek. W czasopismach lekarskich zamieszczono parę wzmianek o dodatnim działaniu błękitu metylenowego w zapaleniu pęcherza i dróg moczowych. Od 2-ch lat zajmowałem się sprawdzaniem tego działania i stosowałem wspomniany środek w przypadkach ostrych i przewlekłych zapaleń pęcherza i dróg moczowych, kataralnych i ropnych, rozszerzających się z pęcherza na moczowody i miedniczki nerkowe i zstępujących od nerek na moczowody i pęcherz, w prostym zapaleniu miedniczek nerkowych i w niedomodze pęcherza z jego następstwami: rozszerzeniem moczowodów i miedniczek nerkowych. Wyniki otrzymane były przeważnie bardzo zachęcające, dlatego też pozwolę sobie przytoczyć kilka spostrzeżeń, obserwowanych w szpitalu Dzieciątka Jezus lub w praktyce prywatnej.

1) R., lat 40, kucharz, żonaty, bezdzietny; przed 12-tu laty przymiot, leczony starannie wcieraniami i kąpielami w Busku, potem częste nawroty, zawsze leczone, kilkakrotnie zaburzenia w oddawaniu moczu. W początkach października 1901 r. zatrzymanie moczu, cewnikowanie, następnego dnia dreszcze, gorączka, bóle w dolnej części brzucha, zatrzymanie moczu i stolca przy częstych parciach i wydymaniach. Chory brał salol, urotropinę i był cewnikowany dwa razy dziennie. Stan ten trwał przez trzy tygodnie; chory leżał w łóżku, często zmieniał lekarzy i na własną rękę stosował środki, zalecane przez znajomych. 25-go października przybył do szpitala; przy badaniu znaleziono stan następujący: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie dobre, gruczoły powiększone i twarde, na goleniach duże białe wciągnięte blizny; w płucach i sercu zmian niema. Język suchy, obłożony, brzuch wzdęty, bolesny w dolnej części, wątro-

ba powiększona, twarda, mało bolesna. Chory uskarża się na ból głowy, zaparcie stolca, wydymania, bóle w dole brzucha i biodrach, niemożność oddawania moczu, który chory odprowadza sam cewnikiem, cierpiąc przytem bardzo. Ciepłota wieczorem 39,2°, tętno 120, oddech 30. Zalecono leżenie w łóżku, ciepłe kąpiele, okłady pod ceratką na brzuch, lawatywy z letniej wody, mleczne pokarmy i błękit metylenu 0,3 trzy razy dziennie. 26-go października ciepłota rano 39, wieczorem 38,6°, bóle mniejsze, parcia na stolec i wydymania ustały, obfite wypróżnienie, chory w ciągu dnia dwa razy oddawał mocz bez cewnika, ale z dużymi bólami. Mocz w ilości 1000 ctm. sz., z odczynem alkalicznym, mętny cuchnący, ciężar gatunkowy 1016, osad obfity, zawiera bardzo dużo ciałek ropnych, nabłonków i drobnoustrojów, trochę czerwonych krążków krwi. 27-go października ciepłota rano 38,4°, wieczorem 38,5°, bóle znacznie mniejsze, ogólny stan lepszy; mocz chory oddawał w przeciągu doby 4 razy z dużymi bólami, ilość moczu 1900 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1018, odczyn obojętny, wygląd mętny, odór nieprzyjemny, ciałek ropnych, nabłonków i drobnoustrojów mniej. 28-go października ciepłota rano 38, wieczorem 38,1°, mocz chory oddaje często z niewielkimi bólami przy końcu, stolec wolny, bóle znacznie mniejsze. 29-go października ciepłota rano 37°, wieczorem 37,4, mocz odchodzi bez bólu, stolec łatwy, nieznaczny ból w dole brzucha przy ucisku. Mocz w ilości 1200 ctm. sz. c. g. 1020, z odczynem kwaśnym, przezroczysty, zielonego koloru, bez przykrego odoru, drobnoustrojów, nabłonków i ciałek ropnych mniej znacznie. Następnie ciepłota nie przekroczyła 37,5°, mocz odchodził coraz lepiej, bóle zupełnie ustały. 4-go listopada wystąpiło zapalenie skóry na mosznie i górnej części wewnętrznej powierzchni bioder, bardzo bolesne, bez podniesienia ciepłoty i przy stosowaniu odpowiednich zabiegów ustąpiło 10-go listopada. 12-go listopada chory wypisał się ze szpitala bez gorączki, bólów, z zupełnie dobrem i niebolesnym oddawaniem moczu. Mocz nie zawierał ciałek ropnych, mało nabłonków i drobnoustrojów. Chorego obserwowałem jeszcze przez 3 miesiące i żadnych zaburzeń ze strony pęcherza nie było.

2) B., lat 44, żonata po raz drugi, pierwszy raz wyszła zamąż w 18-ym roku życia, po roku urodziła córkę, potem dwa poronienia wśród objawów przymiotu, którym zaraziła się od męża; leczyła się niedostatecznie. Przed 4-ma laty objawy przymiotu wystąpiły z dużą gwałtownością, chora brała wcierania, zastrzykiwania i kąpiele w Busku; w tym czasie po raz pierwszy wystąpiły zaburzenia pęcherzowe: po miesięczce bóle, palenie, częste oddawanie moczu, wydzielanie moczu przy kaszlu i wysiłkach. Zaburzenia te trwały trzy miesiące, następnie bóle i palenie przeszły, ale częste oddawanie moczu i wydzielanie moczu przy kaszlu pozostały. Po każdej miesięczce bóle i palenie na kilka dni wracały, mocz stawał się mętny, cuchnący i chora oddawała go bardzo często. Dnia 1-go grudnia znaleziono: chora małego wzrostu, dobrze odżywiona, gruczoły nie powiększone, w płucach zmian niema, serce powiększone na prawo, u wierzchołka szmer systoliczny, tętno 84, małe, ledwo wyczuwalne, brzuch umiarkowanie napełniony, niebolesny, wątroba i śledziona nie powiększone. Chora uskarża się na duszność przy najmniejszym ruchu, bicie serca, uderzenia do głowy, bóle i palenie przy oddawaniu moczu, wydzielanie moczu przy kaszlu. Mocz w ilość-

ci dobowej 1000 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1010, odczyn obojętny, mocz mętny z dużym białawym osadem na dnie, zapachu bardzo przykrego, zawiera ślady białka, wałeczki szkliste, dużo nabłonków, ciałek ropnych i drobnoustrojów. Przepisano błękit metylenu 0,1 trzy razy dziennie, kąpiele słone, ciepłe, do pasa. 2-go grudnia bóle i palenie mniejsze, mocz mniej mętny i cuchnący. 3-go grudnia bóle mniejsze, mocz słabo kwaśny, nie cuchnący, mętny, z dużym osadem, zawiera mniej nabłonków, ciałek ropnych i drobnoustrojów; pojedyncze wałeczki szkliste. Następnymi dniami stan chorej poprawiał się stopniowo, bóle i palenie przeszły zupełnie, mocz przezroczysty, kwaśny, nie cuchnący, białka nie zawiera, w osadzie ciałek ropnych bardzo mało, wałeczki szkliste pojedyncze, nabłonki nieliczne, wydzielanie moczu przy kaszlu zupełnie ustało. 15-go grudnia chora wypisała się bez bólów, palenia, mocz bez przykrego zapachu, kwaśny, czysty, nie zawiera białka i ciałek ropnych, wałeczki szkliste i nabłonki bardzo nieliczne, wydzielanie moczu przy kaszlu i wysiłkach zupełnie ustało. Chorą widuję co kilka tygodni; po miesiączkowaniu mocz czasami bywa mętny, cuchnący, ale bólów i palenia niema, również wydzielania bez wiedzy chorej. Chora bierze wtedy parę razy błękit metylenu i mocz traci nieprzyjemny zapach i wraca do zupełnej przejrzystości.

3) Z., lat 30, zamężna od 2-ch lat, po ślubie obfite białe upławy, ból i palenie przy oddawaniu moczu. Mąż przechodził kilka razy rzeżączkę. W pierwszym roku poronienie w 5-ym miesiącu, potem gorączka, duże upławy i zatrzymanie moczu. Po 5-ciu tygodniach gorączka przeszła, upławy znacznie się zmniejszyły, pozostały bóle przy oddawaniu moczu i spółkowaniu, częste oddawanie moczu, mocz kwaśny, cuchnący, zawiera dużą liczbę ciałek ropnych, nabłonków i drobnoustrojów. Chora średniego wzrostu, źle odżywiona, uskarża się na bóle i palenie przy końcu oddawania moczu i bóle po spółkowaniu, częste oddawanie moczu i przykry jego zapach, na nudności i bóle głowy. W sercu i płucach zmian niema, język suchy, obłożony, brzuch wpadnięty, bolesny wzdłuż moczowodów i nad spojeniem łonowym. Naznaczono kąpiele słone, ciepłe i błękit metylenu 0,06 trzy razy dziennie. Po tygodniu palenie i ból przeszły zupełnie, mocz czysty, bez zapachu, zawiera w osadzie nieliczne ciałka ropne, drobnoustroje i nabłonki, chora oddaje mocz znacznie rzadziej. Po 3-tygodniach przyjmowania błękitu metylenowego bóle i palenie ustąpiły zupełnie, mocz przezroczysty, bez przykrego zapachu, ciałek ropnych nie zawiera, nabłonki i drobnoustroje nieliczne, mocz odchodzi niezbyt często, w nocy chora oddaje mocz tylko po spółkowaniu, przy którym bólów niema.

4) N., lat 19, zamężna od 11-tu miesięcy, po ślubie obfite upławy, ciąża, w której początkach gorączka, wymioty, bóle w dole brzucha i prawej okolicy lędźwiowej. Z powodu ciągłych wymiotów, złego odżywiania chorą przysłano z Wołynia do Warszawy celem wykonania u niej przerwania ciąży, z rozpoznaniem: „zapalenie nerek, rzeżączka i niedokrwistość”. W domu zdrowia, gdzie chora była umieszczona, stan jej znacznie się poprawił, ciąży nie przerywano, stosowano kąpiele, przemywania miejscowe i żelazo do wewnątrz. Po miesiącu chora wróciła do domu ze znacznie mniejszymi upławami, bez gorączki i wy-

miotów, z dużą poprawą ogólną, lepszym odżywieniem, ale bolesność w okolicy pęcherza, prawego moczowodu i nerki pozostała. Mocz kwaśny, mętny z nieprzyjemnym zapachem, zawierał znaczną liczbę ciałek ropnych, drobnoustrojów i nabłonków. Poród chora odbyła szczęśliwie, upławy wzmogły się znacznie, mocz mętny, cuchnący, częste oddawanie moczu, bolesność w okolicy pęcherza, prawego moczowodu i nerki bez zmiany; w 4 tygodnie po porodzie chora zaczęła przyjmować błękit metylenu 0,06 trzy razy dziennie. Po 3-ch tygodniach upławy znacznie mniejsze, mocz czysty, kwaśny, bez przykrego zapachu, zawiera pojedyncze ciała ropne i nabłonki, bolesności w okolicy pęcherza i nerki niema wcale; na przebiegu prawego moczowodu bolesność nieznaczna, oddawanie moczu nie częste, ogólny stan dobry. Chora wyjechała i od tego czasu nie miałem od niej wiadomości.

5) Z., lat 28, zamężna od 6-ciu lat, bezdzietna, wkrótce po ślubie duże upławy, bóle przy oddawaniu moczu i spółkowaniu, częste oddawanie moczu; potem bóle i upławy przeszły, pozostało częste oddawanie moczu: 4 razy w ciągu nocy i bardzo przykry odór moczu. Chora średniego wzrostu, dobrze odżywiona, w płucach, sercu i narządach jamy brzusznej widocznych zmian niema; chora uskarża się na częste oddawanie moczu i nieprzyjemny zapach moczu. Mocz kwaśny, mętny, wybitnie cuchnący, zawiera sporo ciałek ropnych, nabłonków i drobnoustrojów. Zalecono błękit metylenu 0,03 trzy razy dziennie; po tygodniu oddawanie moczu znacznie rzadsze, mocz czysty, bez odoru, zawiera mało ciałek ropnych i nabłonków. Po 3-ch tygodniach oddawanie moczu prawidłowe, mocz nie cuchnie, przezroczysty, osad niewielki, ciałek ropnych nie zawiera.

6) S., lat 68, wdowa, mąż przechodził przymiot, kilkakrotnie ronila; jedyna córka umarła w 40-ym roku życia na nerki. W początkach listopada dreszcze, gorączka, bóle krzyża i głowy. W moczu znaleziono ślady białka, bardzo dużo ciałek ropnych, leukocytów, nabłonków, trochę czerwonych krążków krwi, ciężar gatunkowy 1012, odczyn słabo-kwaśny. Przy badaniu chorej znaleziono: budowa i odżywianie dobre, serce powiększone w obydwu wymiarach, uderzenia nieregularne, szmery najwybitniejsze u wierzchołka, tętno nieregularne, 120, drobne, skaczące, oddech 40. Brzuch wzdęty, miękki, wątroba powiększona, okolica lędźwiowa bolesna. Chora uskarża się na duszność, bóle głowy, bezsenność, nudności, wymioty, niepokój, napady lęku nieokreślonego, mocz chora oddaje bardzo często, po kilka kropel. Zalecono *inf. digit.* i błękit metylenu 0,03 dwa razy dziennie. W nocy chora spała lepiej, dyszność mniejsza, bóle głowy, bezsenność, nudności, wymioty ustały, stolce wolne. Przez następne dni stan chorej poprawiał się stale, duszność, bóle głowy, niepokój i napady lęku, nudności i wymioty ustąpiły zupełnie po 8-iu dniach przyjmowania *inf. digitalis* i błękitu metylenowego, serce zmniejszyło się, szmery u wierzchołka pozostały, nieregularność znikła, tętno 66 twarde, równe, wątroba znacznie mniejsza, oddawanie moczu rzadsze, mocz przezroczysty, zawiera mniej ciałek ropnych i nabłonków, bolesność okolicy lędźwiowej ustąpiła. Następnie chora brała tylko błękit metylenu, stan jej stale się poprawiał, ropa z moczu znikła zupełnie, powiększenie wątroby ustąpiło.

7) B., lat 16, robotnica, przybyła do szpitala 11-go listopada 1900 roku z puchliną brzucha i nóg, bólami w okolicy lędźwiowej i dusznością. Pochodzi

jakoby z rodziny zdrowej, przechodziła różne wysypki, kilka razy zapadała na cierpienia gorączkowe, których bliżej określić nie może, obecna choroba rozpoczęła się przed kilku miesiącami gorączką, bólami w krzyżu i brzuchu, potem wystąpiła puchlina. Budowa dobra, odżywienie upośledzone, w płucach i sercu zmian niema, język obłożony, brzuch duży, wzdęty, słabo-bolesny przy ucisku w dolnej części, zawiera sporo płynu, wątroba i śledziona nie wyczuwalne, nogi nieznacznie spuchnięte, apetyt i stolec dobry, chora nie gorączkuje. Mocz w ilości 1200 ctm. sz., ciężar właściwy 1018, mocz kwaśny, z obfitym osadem białawym, zawiera ślady białka, dużą liczbę leukocytów, ciałek ropnych, nabłonków i laseczników gruźliczych, mało czerwonych krążków krwi. Chora brała przez dłuższy czas dnotal, arszenik, następnie błękit metylenu, przy którego stosowaniu ilość ropy i laseczników w moczu znacznie się zmniejszyła, obrzęki z nóg zeszyły zupełnie, płyn i bolesność jamy brzusznej dużo się zmniejszyły. Chora wypisała się, nie chcąc dłużej leżeć w szpitalu ze znaczną poprawą ogólną, mniejszą puchliną, ale ciałka ropne i laseczniki w moczu, chociaż w małej ilości, pozostały.

8) L., lat 19, student z Krakowa, pochodzi z rodziny gruźliczej, od dzieciństwa był wątły, przed rokiem przeszedł jakoby zapalenie płuc, połączone z zapaleniem nerek; od tego czasu często gorączkuje, kaszle i twarz puchnie mu. Budowy dobrej, odżywiony umiarkowanie, w płucach zmiany przeważnie w prawym wierzchołku, serce niezmienione, język wilgotny, nieobłożony, brzuch wpadnięty, niebolesny, wątroba i śledziona niepowiększone. Chory uskarża się na bóle głowy, mdłości, kaszel, duszność, bezsenność, dużą wrażliwość nerwową, brzęknięcie twarzy, potrzebę częstego oddawania moczu, lekkie palenie w cewce i uczucie podrażnienia w pęcherzu przy końcu oddawania moczu. Mocz zawiera dużo ciałek ropnych, leukocytów, nabłonków, laseczników gruźliczych i trochę czerwonych krążków krwi. Zalecono błękit metylenu i pigułki z metylarsynatem. Uczucie palenia w cewce, niepokój pęcherza i częste oddawanie moczu ustąpiły, liczba leukocytów, ciałek ropnych, nabłonków i laseczników zmniejszyła się znacznie, ale twory te nie znikły nawet po dłuższym zażywaniu lekarstwa; bóle głowy, mdłości, duszność, bezsenność przeszły, niepokój nerwowy i kaszel zmniejszyły się.

9) Z., lat 52, żonaty, dietny, małego wzrostu, wybornie odżywiony, cierpi na stłuszczenie serca i przed laty miał napady kolki nerkowej. Od 6-iu miesięcy wystąpiło częste oddawanie moczu z bólami w cewce przy końcu i paleniem. Mocz czysty, kwaśny, zawiera trochę zlepków szczawianu wapnia i kwasu moczowego. Chory próbował kilkakrotnie brać błękit metylenu: zawsze bez względu na dawkę występowały bóle pęcherza; oddawanie dużych ilości moczu bez pieczenia i bólu w cewce, czy też z powodu silniejszego bólu pęcherza chory ich nie zauważał. W miesiąc potem przy oddawaniu moczu wyszedł z cewki podłużny kamyk wielkości bobu.

10) W., lat 70, wdowiec, chorób żadnych nie przechodził, uprawiał samogwałt do późnej starości; od roku cierpi na potrzebę częstego, nie dającego się powstrzymać oddawania moczu, wydzielanie kilku kropel po skończonem oddawaniu moczu i częste wypływy nasienia w nocy bez naprężenia. Chory dobrego wzrostu

i odżywienia, serce powiększone na prawo, szmer przedskurczowy n wierzchołka; w płucach zmian niema, język obłożony, brzuch miękki, niebolesny, wątroba i śledziona niepowiększone, apetyt i stolec dobre. Przy ugniataniu na pęcherz wydziela się kilka kropel moczu; zapomocą cewnika natychmiast po oddaniu moczu wypuszczono 300 ctm. sz. czystego, kwaśnego moczu. Zalecono błękit metylenu 0,06 trzy proszki dziennie i półkapięle. Po tygodniu oddawanie moczu mniej częste, zamiast poprzednich 3-ch—4-ch razy, nie wstaje w nocy wcale, parcie na oddanie moczu nie tak gwałtowne, kapanie z cewki po skończonem oddaniu moczu ustało, przy ucisku na pęcherz mocz się nie wydziela, mocz odchodzi jednorazowo w większej ilości. W 4 tygodnie później założenie cewnika po oddaniu moczu wykazało pozostałość w pęcherzu 100 ctm. sz. moczu.

11) S., lat 34, obywatel ziemski, po obfitej kolacyi z winem i koniakami, wystąpiły w nocy, podług opowiadania chorego, bóle pęcherza, bezwiedne wydzielenie moczu, bóle głowy, mdłości, wymioty. Następnego dnia znaleziono stan bezgorączkowy, język obłożony, brzuch wzdęty, bolesny w dolnej części; z cewki kapie mocz; jeżeli chory stoi, przy oddawaniu moczu bóle znacznie się zwiększają. Mocz ciemno zabarwiony, mętny, kwaśny, ze zwykłym zapachem, zawiera dużą liczbę nabłonków, leukocytów i śluzu. Zalecono olej rycynowy i błękit metylenu. Po 2-ch dniach bóle głowy, pęcherza, mdłości, wymioty, częste oddawanie moczu, wypływanie moczu przy staniu ustąpiły zupełnie. Mocz czysty, jasny bez dużej ilości nabłonków, leukocytów i śluzu.

12) P., lat 45, pułkownik, wdowiec, dobrego wzrostu i odżywienia, przechodził przymiot i liczne rzeżączki, nadużycia *in baccho et venere*; od 3-ch lat chory cierpi na pęcherz, częste oddawanie moczu, niemożność wstrzymania parcia na mocz, bóle w cewce, pęcherzu, w dolnej części brzucha i łądźwiach, jeżeli chory natychmiast nie odda moczu i silne bóle w kroczu przy oddawaniu moczu. Mocz słabo kwaśny, mętny, zawiera liczne ciała ropne, drobnoustroje i nabłonki, nie-liczne prątki nasienne nieruchome i dużo śluzu. W płucach i sercu zmian żadnych, brzuch duży, niebolesny przy ucisku, wątroba i śledziona powiększone, twarde niebolesne. Naznaczono błękit metylenu 0,1 trzy razy dziennie, półkapięle ciepłe. Stan chorego poprawiał się zwolna, ale stale zmniejszały się bóle w kroczu, cewce, pęcherzu, brzuchu i łądźwiach, parcie na mocz występowało rzadziej i nie tak gwałtownie. Po 3-ch miesiącach bóle ustały zupełnie, oddawanie moczu prawidłowe, tylko po przepiciu i spółkowaniu występowały palenie w pęcherzu, cewce i kroczu przy oddawaniu moczu, częste parcie i mętny mocz; chory brał wtedy przez dwa dni błękit metylenu i wracał do dobrego stanu. Mocz czysty, zawiera pojedyncze nabłonki; ciałek ropnych i prątków nasiennych nie zawiera wcale.

Zestawiając otrzymywane wyniki, przyszedłem do przekonania, że najlepsze i najszybsze działanie dawał błękit metylenu w małych dawkach w przypadkach kataralnych zapaleń pęcherza i dróg moczowych, mniej szybkie, ale również dobre w ropnych sprawach pochodzenia wypadkowego, po cewnikowaniu lub innych rękoczynach; w cierpieniach na tle rzeżączkowym i przymiotowym następowały często nawroty; wogóle jednak wyniki były dobre i polepsze-

nia znaczne; w sprawach gruźliczych ustępowały tylko niektóre męczące dla chorych objawy: bóle, palenie, częste moczenie; na rozwój zmian gruźliczych błękit metylenu nie wywierał widocznego wpływu; w przypadku niedostatecznej sprawności pęcherza nastąpiło znaczne polepszenie, ale powrotu do prawidłowego opróżniania pęcherza nie można było osiągnąć; w przypadku kamienia pęcherzowego chory nie znosił błękitu metylenowego, kamień zaś wyszedł zupełnie bez leczenia. Rozpatrując się w opisanych przypadkach, należy podnieść przede wszystkim uspokajające bóle, przeciwzapalne, przeciwgnilne, powstrzymujące fermentację i ropienie działanie błękitu metylenowego, następnie działanie wzmacniające i regulujące działalność pęcherza. Nie bez wpływu na otrzymane wyniki było zapewne i działanie sugestyi, jaką wywierało na chorych zabarwienie moczu na zielono; zabarwienie to było zwykle wybitniejsze w pierwszych dniach, potem słabło i znajdowało się w prostym stosunku do ilości zażytego błękitu metylenowego. Z ubocznych objawów w paru przypadkach w początku zażywania występowały nudności, ale potem chorzy zwykle znosili błękit dobrze z wyjątkiem jednego przypadku kamienia pęcherzowego. Innych objawów nie zauważyłem; na łaknienie i trawienie błękit metylenu nie wywierał żadnego wpływu, tylko przy bardzo dużych dawkach stolce były zabarwione na zielono.

Ze zrobionych spostrzeżeń wyniosłem przekonanie, że błękit metylenu zasługuje na wyróżnienie z pośród wewnątrznie stosowanych w tych cierpieniach środków iżże, nie posiadając cech ujemnych, może być podawany z korzyścią dla chorych.

II. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Jackson'a i bezwład postępujący.

Napisał

Dr med. Stan. Bucelski,

starszy ordynator Szpitala dla obłąkanych w Tworkach.

— + — — + —

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 10].

Tenże ucisk również był najprawdopodobniejszą przyczyną drgawek, jakim S. zaczęła podlegać w dwa lata po doznanym urazie. Pomimo bardzo ścisłego egzaminu matki i męża, nie udało mi się wyjaśnić wszystkich szczegółów, dotyczących drgawek, jednakże wskazówki, że chora w czasie napadu nie zawsze traciła przytomność, że nigdy nie zauważono, aby drgawki przносиły się na koń-

czyny lewe, wreszcie, że w swoim czasie lekarze proponowali chorej poddanie się operacyi, — już w pierwszej chwili podsunęły mi myśl, że S. prawdopodobnie podlega napadom padaczki JACKSON'a. Przypuszczenie to zostało potwierdzone dalszą obserwacją odmiennych typów drgawek: dwa napady (3 i 23. I) ograniczyły się drgawkami tylko w prawych kończynach, trwały krótko i przeszły, nie wywierając najmniejszego wpływu na przebieg bezwładu. Inne napady drgawkowe (w końcu marca) rozszerzały się na mięśnie twarzy i wszystkich kończyn, — po ustąpieniu każdego napadu ciepłota ciała była podniesiona w ciągu 24—48 godzin, w stanie zaś umysłowym, a zwłaszcza fizycznym widoczne było pogorszenie. Sądzę więc, że drgawki pierwszej kategorii były objawem istniejącej u chorej od wielu lat padaczki częściowej, drgawki drugiej kategorii — to dość często towarzyszące bezwładowi napady padaczkowate [epiloptoidy].

Wiadomo jednak, że drgawki o typie padaczki JACKSON'a zdarzają się w wielu cierpieniach organicznych mózgu: w stwardnieniu rozsianem, w przymiocie mózgu i, co ważniejsza, w bezwładzie postępującym. W naszym przypadku, ani za życia ani przy badaniu pośmiertnem, nie można było zauważyć żadnych śladów sklerozy; nie można też przypuszczać przymiotu, gdyż przeczy temu badanie samej chorej i jej męża, jak również rezultat sekcji, która zarazem, ujawniając istnienie wyrosli kostnej, drażniącej górną część dolnej połowy pasa ruchowego, t. j. siedlisko ośrodków ruchowych kończyny górnej, w zupełności tłómaczy nam powstawanie drgawek o typie paczki częściowej — najpierw w kończynach górnej, a następnie i dolnej.

Tak więc widzimy, że przypadek przedstawiony należy do rzadkich ze względu na powikłanie padaczki częściowej przez bezwład postępujący, który zjawił się w 15 lat po pierwszych napadach epilepsji pochodzenia urazowego u osoby cierpiącej poprzednio na zadumę.

III.

Wyrazami następcość, wtórność określa się zależność późniejszej sprawy patologicznej od poprzedzającej, ale w tem pojęciu nie mieści się pojęcie wspólności (identyczności) przyczyny procesu pierwotnego i wtórnego. Mówiąc więc np. o wtórnem osłabieniu władz umysłowych, rozumiemy, że stan taki nie jest dalszym następstwem przyczyn, powodujących wybuch poprzedzającej (pierwotnej) psychozy, lecz zmian, przez tę ostatnią wywołanych. To samo stosuje się i do zaburzeń organicznych, a więc dopóki bezwład postępujący nie znalazł właściwego sobie stanowiska w klasyfikacyi chorób i poczytywany był (ESQUIROL, CALMEIL i inni do połowy ubiegłego stulecia) nie za postać samodzielną, lecz za końcowy okres, za częste (choć niekonieczne) ujście różnych innych postaci obłąkania, niepomysłnie przebiegających, — wówczas nazwa *paral. progr. secundaria* — jakkolwiek zastosowania nie miała — byłaby logicznie wyprowadzonym wnioskiem z panujących podówczas w psychia-

tryi poglądów, na mocy których pierwszy okres bezwładu, ujawniający się stanem maniakalnym lub melancholicznym, poprzedzającym zglupienie paralityczne, a często także i zaburzenia ruchowe, — był uważany za samoistną postać obłąkania. Jeszcze w 1879 r. VOISIN (niezależnie od HOESTERMANN'a, którego poglądów (1875 r.) widocznie nie znał) w swej monografii bezwładu stanowczo utrzymuje, że każda prosta psychoza — wszystko jedno — ostra, czy przewlekła — stanowi jądro, z którego może rozwinąć się bezwład w podobny sposób (str. 354), jak zapalenie płuc może być punktem wyjścia gruźlicy podostrej lub przewlekłej. Wyróżnienie i rozpoznanie ostrej psychozy samoistnej od ostrego pierwszego okresu bezwładu, oraz przejście psychozy prostej w bezwład, VOISIN opiera na ściśle oznaczonym czasie ujawnienia się zaburzeń ruchowych i niewiadomo na jakiej podstawie, zupełnie jednak dowolnie, zakreśla termin dwuletni. Wynika z tego, że o charakterze zбочenia umysłowego decyduje jeden dzień, albowiem obłąkanie, połączone z megalomanią i noszące zarazem wyraźne piętno osłabienia umysłu, nazwać należy od pierwszej chwili jego ujawnienia się bezwładem, jeżeli zaburzenia ruchowe spostrzeżone zostaną nie później, jak ostatniego dnia dwulecia, — jeżeli zaś nastąpi to o jeden dzień później, bezwład, zdaniem VOISIN'a, ma być cierpieniem zupełnie odrębnym, w związku przyczynowym (jeżeli pominiemy usposobienie do chorób umysłowych) z poprzedzającą psychozą nie pozostającą. Na tej samej, dowolnie wytworzonej zasadzie VOISIN nie uznaje istnienia, dłużej nad dwa lata trwającego *intervallum lucidum* w przebiegu bezwładu i w ostatnim wypadku mówi o zupełnej odrębności psychozy pierwotnej i niezależności wybuchającego później bezwładu. Kruche swe poglądy na tę kwestyę autor stara się poprzeć przykładami (sposzrz. XXXVII—XLI), niestety, zupełnie nieprzekonywającymi.

Poglądy VOISIN'a prawdopodobnie przebrzmiały bez echa i nie zdobyły wielu zwolenników wśród przedstawicieli psychiatrii francuskiej, a przynajmniej w piśmiennictwie nie mamy na to dowodów, — tem mniejszy zatem wpływ mogły wywrzeć na psychiatrię niemiecką, w której, od czasu zjawienia się w 1866 r. pracy KRAFFT-EBING'a (57), rozpowszechniło się przekonanie o niemożliwości przeistaczania się prostej psychozy w bezwład. Wprawdzie KRAFFT-EBING pod wpływem późniejszych spostrzeżeń (HOESTERMANN'a i innych) zmodyfikował swój pierwotny pogląd i uznał możliwość przejścia psychozy przewlekłej w bezwład, nie poszedł jednak za przykładem tych, którzy nawet przypadki bezwładu z poprzedzającą na wiele lat ostrą psychozą uważają za bezwład wtórny.

Stoimy obecnie wobec dylematu, czy wogóle bezwład postępujący może rozwinąć się wtórnie z innych cierpień, a jeżeli tak, to z jakich mianowicie i przy jakich warunkach następuje przeistoczenie? Czy istnieje i może być doowiedziany związek genetyczny między pierwotną psychozą *respect.* nerwicą, a następczym bezwładem? Czy znane dotychczas odnośne przypadki dają nam prawo do wyodrębniania nowej odmiany klinicznej — bezwładu wtórnego, czy też zaliczyć je należy do kategorii błędów dyagnostycznych lub — w najlepszym razie — do rzadkich, przypadkowych powikłań?..

Kategorycznej odpowiedzi na powyższe pytania nie mamy. Żaden z autorów nawet nie próbował wyjaśnić stosunku między bezwładem następczym a cierpieniem pierwotnym i kiedy niekiedy rzucono wprawdzie pewne uwagi, raczej domysły osobiste, dotyczące tej sprawy, lecz jej nie wyjaśniające i tym sposobem kwestya bezwładu wtórnego dotychczas przedstawia *tabulam rasam*, na której zanotowano zaledwie kilkanaście faktów, wzbudzających zaciekawienie, ale nie pozwalających jeszcze pochwycić wewnętrznego związku między nimi a znanymi już zjawiskami.

Pomimo to, sądzę, że nie będzie bez korzyści rozejrzeć się w cechach i właściwościach zgromadzonego dotychczas materiału naukowego, który rozpada się na dwie grupy: do jednej należą przypadki (psychoz, nerwic i porażen organicznych), w których bezwład występuje i trwa łącznie z poprzedzającym cierpieniem, rozpoczynającym się na długo przed wybuchem bezwładu. Drugą grupę składają te przypadki, w których między psychozą lub nerwicą a wystąpieniem objawów bezwładu upływa pewien czas — dłuższy lub krótszy, — ale zupełnie wolny od jakichkolwiek zaburzeń umysłowych lub nerwowych.

Zwróćmy najpierw uwagę na organiczne cierpienia rdzenia.

Z systemowych zaburzeń układu nerwowego najczęściej spotykamy wiađ rdzenia, poprzedzający bezwład na kilka lub kilkanaście lat. Są to przypadki oddawna znane i często opisywane, oddawna też (BAILLARGER, CHRISTIAN) noszące nazwę *paral. progr. ascendens*, — bezwładu wstępującego, zatem wtórnego — i należałoby zawsze mieć na uwadze takie, a nie inne znaczenie tej nazwy, czego jednak zwykle nie uwzględnia się i nawet zdecydowani przeciwnicy możliwości rozszerzenia się sprawy z rdzenia na mózg używają powyższej nazwy tylko w celu krótkiego określenia nie istoty rzeczy, lecz pewnego splótu objawów, — powikłania bezwładu z bezwładem; nie słusznem zaś jest używanie nazwy, jeśli się nie zgadzamy na jej rzeczywiste znaczenie.

W istocie, jakkolwiek zmiany mikroskopowe pierwiastków nerwowych w obu tych cierpieniach są mniej lub więcej analogiczne, to jednak dotychczas nikomu nie udało się przedstawić dowodu anatomicznego, stwierdzającego bezpośrednio przejście sprawy chorobowej z rdzenia na mózg, a MENDEL (l. c.) i cała jego szkoła nawet powątpiewa o możliwości tego, uważając w takich przypadkach bezwład raczej za cierpienie współistniejące, za powikłanie zupełnie niezależne od wiađu. Z drugiej jednak strony przy bezwładzie nader często można stwierdzić zmiany w pierwiastkach nerwowych różnych odcinków rdzenia, — zmiany, których obecności nie zdradzał żaden objaw za życia, a więc rozwijające się w ciągu trwania bezwładu i zapewne nie pierwotnie, lecz w zależności od jego istnienia. BOYD (podług MENDEL'a) na 161 przypadków bezwładu, tylko 6 razy znalazł rdzeń zdrowym, w pozostałych zaś najczęściej można było wykryć zmiany, właściwe zapaleniu rozsianemu; rzadziej zdarzało się zwyrodnienie pączków różnych kategorii, najrzadziej zaś spostrzegał zmiany, cechujące rozlane zapalenie rdzenia.

Wobec powyższego, niema zasady kategorycznie odrzucać zależność cierpień rdzenia od pierwotnego (w postaci bezwładu) cierpienia mózgu, a więc

i odwrotnie, nie będzie pozbawione słuszności przypuszczenie, że w pewnych razach *tabes per se* może stanowić punkt wyjścia bezwładu.

Zważywszy dalej, że podłożem anatomicznem bezwładu jest rozlane porażenie nie tylko szarej, ale i białej istoty mózgu, że obok tego występują zmiany niemal we wszystkich częściach układu nerwowego, — wydaje mi się zupełnie możliwem podobneż rozszerzanie się sprawy, lecz w kierunku odwrotnym, t. j. od obwodu do środka, *respect.* od rdzenia do mózgu, a mając na względzie powyższe fakty, nie odważyłbym się — jak to czyni wielu — tak stanowczo odrzucać istnienie wstępującej (w ścisłym znaczeniu) postaci bezwładu. Granice rozprzestrzenienia się zmian anatomo - patologicznych nie we wszystkich przypadkach bezwładu są jednakowe; jedna tylko kora mózgowa zawsze, bez wyjątku, — chociaż nie na całym obszarze, — jest dotknięta w mniejszym lub większym stopniu. A przecież, jeżeli nie można wykazać ciągłości nawet między bardzo wybitnymi, rozlanymi zmianami kory i np. węzłów podstawowych lub jąder nerwów czaszkowych, to tembardziej trudno o bezpośrednie dowody rozszerzania się sprawy *per continuitatem* z rdzenia na mózg. Nie wyłącza to jednak możliwości przerzutowego porażenia kory, przerzutowego powstawania bezwładu, — nie wyłącza więc sprawy dokładnie znanej w patologii innych narządów, a zatem takie pochodzenie bezwładu nie tylko jest możliwe, ale — mojem zdaniem — jeżeli wogóle może być mowa o bezwładzie wtórnym, to przedewszystkiem na to miano zasługuje postać, znana pod nazwą bezwładu wstępującego (*paral. progr. ascendens*).

Ale między więdem rdzenia a bezwładem istnieje, mojem zdaniem, jeszcze inny związek przyczynowy, — związek, chociaż nie materyalny, niemniej bezpośrednio zależny od samej tylko sprawy w rdzeniu. *Tabes* zupełnie zmienia warunki życia pacjenta; chory najczęściej doskonale ocenia swój stan beznadziejny, — życie dla niego staje się ciężarem i źródłem nieustających a silnych wzruszeń moralnych, które już same przez się są bardzo ważnym, nie tylko usposabiającym, ale wywołującym bezwład czynnikiem.

Bardzo pouczający pod tym względem przypadek obserwowałem wraz z wielu kolegami.

Pana Mikołaja W. (lat 34) znałem lat 10-iu. W pierwszych kilku latach naszej znajomości wybitne nadużycia *in baccho et venere* pozornie nie odbijały się na kwitnącym stanie zdrowia W., aż dopiero na początku 6-go roku zjawily się pierwsze zwiastuny wiądu w postaci *crises gastriques*, a w rok potem wystąpił wyraźny bezład w kończynach dolnych. Od tego czasu sprawa posuwała się nadzwyczaj szybko, tak że wkrótce chory bez obcej pomocy nie mógł zrobić kilku kroków, co jednak nie przeszkadzało mu w pracy (biurowej), a nawet teraz obowiązki swe spełniał daleko sumienniej, niż za czasów zupełnego zdrowia. Naturalnie zaprzestał wszelkich dawniejszych nadużyć, a życie prowadził bardzo regularne i systematyczne pod każdym względem. Stan swój doskonale rozumiał, pogodził się jednak, przynajmniej pozornie, z myślą o swem kalectwie, potrafił przystosować się do zmienionych okoliczności, pocieszając się podsuwaną mu przez lekarzy myślą, że stan jego pogorszyć się więcej nie może. Żadnych objawów nienormalnych w sferze umysłowej, ani zaburzeń ze strony

nerwów czaszkowych nie było do ostatniej chwili, a więc w ciągu prawie 5-letniego lat od chwili ujawnienia się pierwszych objawów władu. W tym czasie chory wyjechał do Francensbadu i tu po kilkotygodniowym pobycie raptownie zaczął zdradzać objawy obłąkania, skutkiem czego natychmiast odwieziono go do domu. Teraz obok bezwładu widoczne były, nie istniejące przed trzema tygodniami—nieruchomość i nierówność źrenic, utrudnienie wymawiania, drżenie języka i palców oraz charakterystyczne urojenia wielkości. W kilka dni nastąpił szereg napadów padaczkowatych, a w miesiąc—przy objawach ogólnego wyczerpania—chory zmarł. Sekcyi, niestety, nie można było dokonać, jednakże kliniczny obraz cierpienia, nie pozwala chyba wątpić, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia z bezwładem burzliwie przebiegającym i trwającym zaledwie 5 tygodni (*paral. foudroyante*).

Czy bezwład, tak raptownie wybuchający bez żadnych zwiastunów, miesiącami zwykle trwających, w sferze umysłowej lub w obrębie nerwów czaszkowych,—bezwład, rozwijający się odrazu, bez stopniowego wzmagania się objawów, można uważać za przypadkowe tylko powikłanie władu? Sądzę, że nie.

Powtarzam, że żadnych objawów bezwładu w ciągu prawie 5-letniego trwania władu nie zauważono, pomimo często powtarzanego i bardzo skrupulatnego badania; nie było też najslabszych śladów okresu zwiastunów,—zmiany charakteru, usposobienia, sprawności umysłu, słowem w danym przypadku niema najmniejszej wątpliwości, że bezwład wystąpił raptownie i odrazu w całej pełni uwydatniły się wszystkie charakterystyczne objawy—psychiczne i ruchowe; należy więc przypuścić, że również raptownie i odrazu zostały porażone i kora i jądra nerwów czaszkowych.

[C. d. n.].

ODCINEK.

Krótki rzut oką na rozwój kasy wsparcia dla podupadłych lekarzy.

„Dobroczynność jest jednym z najpiękniejszych znamion ludzkości, wziętej zbiorowo: tu człowiek boleje bólem bliźniego, czuje, czego sam nie doświadcza“.

J. Supiński.

Z początkiem roku bieżącego minęło czterdzieści pięć lat od chwili, gdy przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem zaczęła funkcjonować instytucja dobroczynna, pod nazwą: „Kasa Wsparcia dla podupadłych lekarzy oraz

wdów i sierot, po lekarzach pozostałych". Pomimo corocznego zdawania sprawy z obrotów i stanu Kasy na specjalnem posiedzeniu, pomimo drukiem ogłaszanych sprawozdań, ogół lekarzy, jak wielokrotnie miałem możność się przekonać, posiada bardzo słabe, często opaczne pojęcie o działalności tejże Kasy. Sprawozdań prawdopodobnie nikt nie czyta, a na dorocznem posiedzeniu sprawozdawczem zasiada zaledwie paru, najwyżej kilku słuchaczy. Oczywiście suche cyfry, jeden rok tylko obejmujące i nie objaśnione szczegółowemi danemi, nie mogą dostatecznie zainteresować ogółu. W tych warunkach uważałbym za wielce pożyteczne wydanie opisu działalności Kasy od początku jej istnienia. Przypuszczam, iż za lat pięć, *ex re* półwiekowego jubileuszu Kasy, Zarząd jej wyda taką pracę. Zanim atoli to nastąpi, pragnę dać choć króciutki i mniej umiejętnie napisany rzut oka na rozwój i stan obecny tej instytucyi.

Zatwierdzona w jesieni 1857 r., Kasa Wsparcia zaczęła funkcjonować w styczniu 1858 r. Zadanie jej, określone ustawą, polega na udzielaniu wsparć podupadłym lekarzom cywilnym, wdowom i sierotom, pozostałym w ubóstwie po lekarzach, wreszcie rodzicom zmarłych lekarzy, jeżeli po lekarzach nie pozostało ani wdów, ani dzieci. Członkiem Kasy może być każdy lekarz, a nawet każda inna osoba, zobowiązująca się wnieść miesięcznie *minimum* 30 kop., lub też dająca większą sumę jednorazowo. Fundusz Kasy ma być dwójaki: ruchomy i nieruchomy. Fundusz ruchomy stanowią składki terminowe, przez członków Kasy wnoszone, ofiary jednorazowe do 50 rb., tudzież procenty od kapitału nieruchomego. Ofiary jednorazowe, przenoszące 50 rb., winny być przełane do kapitału nieruchomego. Wsparcia wydawane bywają dwa razy do roku [w razie nagłej potrzeby i częściej] i nie mogą mieć charakteru pensyi stałych. Zarząd Kasy Wsparcia należy do Komitetu, złożonego: z Prezesa Towarzystwa Lek. Warsz., Vice-prezesa, Podskarbiego, Sekretarza, trzech członków, corocznie wyznaczanych z grona członków Tow. Lek. Warsz., oraz dwóch członków, corocznie wybieranych z listy lekarzy, do tegoż Towarzystwa nie należących. Poza tem do składu komitetu należą z urzędu Inspektorowie lekarscy przy radach gubernialnych oraz Inspektor lekarski miasta Warszawy [ci składki nie placą]. Na czele Kasy stoi t. zw. Zarządzający Kasą, który to urząd może być poruczony Sekretarzowi Stałemu Tow. Lek. Warsz. lub też innemu, wybranemu w tym celu członkowi Towarzystwa. W myśl tego przez pierwsze lat 30 obowiązki zarządzającego Kasą z wielkim zapalem i gorliwością pełnił Sekretarz Stały Towarzystwa, prof. W. SZOKAŁSKI. Gdy jednakże z biegiem czasu czynności w Kasie znacznie się powiększyły, okazała się potrzeba wyboru specjalnego Zarządzającego, który to urząd od r. 1889 do 1896 sprawował dr J. Rogowicz, następnie do r. 1899 dr F. ŚLIWICKI; po zrzeczeniu się tego ostatniego wybrany został dr M. JAKOWSKI, który dotąd spełnia te obowiązki.

Pomimo, że w chwili otwarcia Kasy warunki bytowe lekarzy były bez zaprzeczenia o wiele lepsze, niż są dzisiaj, Kasa bardzo przychylnie od razu została przez ogół przyjęta. Na listę członków spieszyli się zapisywać nie tylko lekarze, lecz i farmaceuci a nawet osoby, do stanu lekarskiego nie należące. W pierwszym już roku, pomimo że za pierwsze półrocze składki wniosła sama tylko Warszawa, do Kasy wpłynęło rb. 3242, z czego na wsparcia wypłacono 15-tu osobom 525 rb. Ogólnej liczby członków pierwsze sprawozdania nie podają i dopiero w r. 1860 zaznaczono, że Kasa liczyła 303 uczestników. Ponieważ najlepiej rozwój instytucyi uwidoczniła się przy odpowiedniem zestawieniu cyfr, przytaczam poniżej tabliczkę danych, zaczerpniętych ze sprawozdań, które pobrałem w odstępach czasu pięcioletnich. Dla łatwiejszego jednak orientowania się, muszę zaznaczyć uprzednio, że fundusze, jakimi Kasa rozporządza, w sprawozdaniach tejże Kasy podzielono na trzy rodzaje: 1) fundusz żelazny, od którego tylko procenta są zużytkowywane, 2) fundusze specjalne, t. j. legaty imienne, pewnymi warunkami przez ofiarodawców opatrzone i 3) fundusz obro-

towy, składający się z odsetek od kapitału żelaznego oraz ze składek członkowskich i ofiar jednorazowych, 50 rb. nie przenoszących.

R O K	Liczba członków	F u n d u s z e			Udzielono wsparć z kapitału obrotowego rubli	Otrzymało wsparcia		Przeciętna wysokość wsparcia w rublach
		Kapitał żelazny	Fundusze specjalne	Kapitał obrotowy		Lekarzy	Wdów i sierot	
1858	—	3779	—	850	525	2	13	35
1862	316	8112	—	2027	1732	5	37	42,20
1867	382	14387	—	2272	2465	6	54	49,20
1872	440	21562	—	4672	2979	5	63	45,14
1877	491	22915	2663	4515	3990	5	68	54,65
1882	557	26777	4765	5178	4535	5	69	61,28
1887	617	31468	13398	5302	4745	5	86	52,14
1892	691	33892	13160	7304	5745	4	89	61,77
1897	800	37253	20925	7368	6095	7	85	66,25
1902	930	43240	27202	9260	6620	5	89	70,42
[kopieжки opuszczone]								

Fundusze specjalne Kasy Wsparcia, wynoszące dziś przeszło 27 tysięcy rubli, powstały z zapisów: dra J. TORAŃSKIEGO, dra L. LANDEGO, EMILIU FUKIEROWEJ, prof. J. KOSIŃSKIEGO, dra A. SOKOŁOWSKIEGO, dra L. MANCEWICZA. Do tejże kategorii należy zaliczyć przekazany Kasie przez Towarzystwo Lekarskie Kaliskie fundusz dra W. STANCZUKOWSKIEGO, który w r. 1874 zapisał 37 rb. 50 kop. na procenty składane; dopiero po dojściu kapitału do 15000 rb. odsetki będą mogły być użyte na wsparcia. Dziś fundusz ten wynosi 350 rb., nieprędko biedne wdowy doczekają się zeń pożytku.

Mówiąc o funduszach specjalnych, należy jeszcze wspomnieć o zapisach dra J. BĄCEWICZA, dra F. JABŁONOWSKIEGO, TEOFILU KOCZOROWSKIEJ i HENRYKA CZEKIERSKIEGO, które to zapisy powierzone zostały przez ofiarodawców Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu. Towarzystwo też zarządza nimi samo i tylko procenty w ilości przeszło 800 rubli rocznie oddaje do dyspozycji Kasy Wsparcia.

Jeżeli teraz zechcemy wyciągnąć wnioski z wyżej przytoczonej tabelki, to musimy przede wszystkim zwrócić uwagę na ciągły, a jednocześnie nierównomierny wzrost w niej rozmaitych pozycji. Wówczas, gdy liczba członków Kasy w ciągu lat 40-ciu potroiła się, liczba potrzebujących wsparcia zwiększyła się 6-krotnie. Ten nieproporcjonalny wzrost zapotrzebowań odbija się ujemnie na wysokości przyznawanych wsparć. To też, pomimo wzrostu kapitału nieruchomego, przeciętna wysokość obecnie udzielanego wsparcia [70 rb.] jest tylko dwa razy większa, niż była w pierwszym roku istnienia Kasy [35 rb.]. Nie świadczy to zbyt chlubnie o rozwoju w nas uczuć altruistycznych, a nawet świadczy wprost o naszej nieprzezorności. Dość powiedzieć, że czwartą część pobierają-

cych zapomogi z Kasy stanowią rodziny po lekarzach, którzy nie byli członkami teŝże Kasy. Obecnie Kasa posiada 930 członków, z której to liczby 911 przypada na lekarzy w Królestwie Polskiem [reszta dzieli się między: 12 lekarzy z Cesarstwa, 2 aptekarzy, 1 dentystę i 4 osoby, do świata lekarskiego nie naleŝące]. Ogólna liczba lekarzy w Królestwie wynosi 1851. Jeŝeli z tej liczby odtrącimy nawet 200 [podług moich obliczeń tylko około 170] takich, którzy ze względu na zabezpieczoną emeryturę lub z innych względów mogą być dla Kasy obojętni, to pozostanie zawsze jeszcze około 700 lekarzy, którym powinna Kasa leżeć na sercu. Tymczasem jest to masa bezwładna, której żadnymi środkami nie można uruchomić nawet na kilka marnych rubli rocznie. Od lat paru jestem członkiem Komitetu Kasy Wsparcia i przychodzi mi nieraz na myśl, jakby to dobrze było dać tym obojętnym kolegom, zamiast suchych sprawozdań, te łzami oblane podania o wsparcie, te do głębi wzruszające, a drogą prywatną zebrane szczegóły nędzy proszących. Dość powiedzieć, że 40 procent proszących przypada na osoby, mające przeszło 60 do 80 i więcej lat, znieoŝężniałe, chore, często ośleple, które nie mają żadnych lub prawie żadnych środków utrzymania. Rodzina, przy której taka nędza się tuli, często nie może sama się wyżywić, a bywa i tak, że w braku wszelkiej rodziny, obcy z litości dają znieoŝężniałej staruszce jakiś kąs i łyżkę strawy. Zdarzało się, że taka nędzarka, nie mając czego na grzbiet naciągnąć, nie mogła wyrzecć poza próg mieszkania, dopóki Kasa jej zapomogi nie udzieliła.

Do teŝże kategorii proszących należy zaliczyć osoby młodsze, lecz również znieoŝężniałe wskutek jakiejś ciężkiej, nieuleczalnej choroby [ślepotą lub inne kalectwo, obłąkanie i t. p.]; przedstawiają one także dużą odsetkę wśród żądających wsparcia. Należy tu dodać, że tego rodzaju potrzebujący nieraz przez długi szereg lat korzystają z pomocy Kasy. Tak więc jedna wdowa pobiera wsparcia dotąd od lat 41, inna pobierała w ciągu 40-tu lat, jeszcze inne w ciągu 35, 27 i t. d. lat. Dla tych wdów wsparcia Kasy równają się omal emeryturze.

Nie mniej potrzebujące od osób starych i schorowanych są biedne wdowy, obarczone często licznymi dziećmi, a nie mające w spadku po mężu nic okrom długów. Na nieszczęście ta kategoria proszących poczęła się ogromnie szybko zwiększać w ciągu lat ostatnich. W tych przypadkach nie idzie już o podtrzymanie marnej egzystencji schorowanego osobnika, lecz idzie o wyrwanie z nędzy całej rodziny, o danie środków do pracy matce, o pomoc w kształceniu drobnych dzieci. Do teŝże kategorii proszących należy zaliczyć i kilkoro sierot, pozbawionych obojga rodziców, sierot, którymi w pewnym stopniu zaopiekowała się Kasa Wsparcia. Za dużą zasługę policzyłbym obecnie Zarządzającemu Kasą troskliwość, jaką w miarę możności i środków Kasy stara się otaczać te potrzebujące wsparcia wdowy i sieroty. Pilnie informuje się on o ich stanie majątkowym, o potrzebach, nawet o postępach dzieci w naukach i na posiedzeniach Komitetu gorąco przemawia za nimi. I rzeczywiście w tych razach grosz wydany nie jest już wsparciem, nie jest rodzajem jałmużny, lecz jest pomocą, która kiedyś może społeczeństwu przynieść procent lichwiarski.

A teraz nie od rzeczy będzie wspomnieć krótko, jaki to element przedstawiają, względnie czem się zajmują te o pomoc proszące, dziećmi obarczone wdowy. Zawdzięczając Zarządzającemu Kasą, który skrzętnie gromadzi odpowiednie wiadomości, mogę tu przytoczyć dane odnośnie większości wdów, zamieszkujących w Warszawie i na prowincyi. Otóż na ich pochwałę należy powiedzieć, że niewielka tylko z nich liczba [o ile wiadomo, dwie] mieszka bez określonego zajęcia przy rodzinie. Inne zajęły się z mniejszem lub większem powodzeniem pracą samodzielną, a więc: 7 jest nauczycielkami, 2 zostało akuszerkami, 2 zajmują się stołowaniem, 1 ma pralnię, 1 zarabia szyciem, 1—wyrabianiem pończoch, 1—wyrabianiem dżetów, 1—robieciem pudełek, 1 jest sklepową, 1 pracuje w monopoli, 1 zajmuje się ogrodnictwem, 1 ma kantor loteryj,

1 [córka po lekarzu] jest panną służącą. Tym to pracownikom, w miarę ich potrzeb a możliwości swojej, przychodzi Kasa z pomocą. Wogóle Zarząd Kasy stara się dzielić zapomogi proporcjonalnie do potrzeb osób proszących. Z pomiędzy tych, którym Kasa przyznała wsparcia w r. 1902, 1 osoba otrzymała 284 rb., 1—200 rb., 32 osoby po 100 do 150 rb., 39 osób po 70 do 95 rb., inne mniej [pomieszczam w tych cyfrach i wsparcia z funduszków specjalnych]. Jeszcze jeden, nie pozbawiony interesu szczegół: w ciągu ostatnich lat kilku ujawniono czterokrotnie domaganie się zapomóg ze strony osób, które, jak stwierdzono, tego nie potrzebowały. Muszę tu jednakże, jako zadośćuczynieniu, zaznaczyć, że zdarzały się w Kasie i takie fakty, iż wdowa, niechybnie biedna, sama się zgłaszała z tem, że właśnie teraz otrzymała zajęcie, dające jej możliwość wyzycia, że zatem uważa za odpowiedniejsze, by mająca być przyznana jej suma, dostała się biedniejszym od niej.

Dla uzupełnienia obrazu działalności Kasy muszę zaznaczyć, że pewną, choć niewielką liczbę zapomóg wydaje ona lekarzom chorym dla ratowania ich zdrowia [suchoty, cierpienia nerwowe, morfinizm]. Poza tem Zarządzający Kasą ma w swem posiadaniu stale pewną sumę na nagłe, a nieprzewidziane potrzeby, na przykład na pogrzeb zmarłego w biedzie lekarza.

Z kolei należy zaznaczyć, że działalność Kasy, a właściwie jej Zarządu, w ostatnich latach znacznie się ożywiła. Zakrzętnięto się energiczniej w celu zyskania nowych członków i dobrodziejów Kasy, a poza tem postarano się o zaprowadzenie silniejszego łącznika pomiędzy Kasą a zwracającymi się do niej o wsparcia. Tu muszę podkreślić, jako wielce dla Kasy owocną, a bezinteresownie niesioną, pracę trzech ludzi: dra K. DOBRSKIEGO, który uporządkował stronę finansową Kasy; dra M. JAKOWSKIEGO, który jako Zarządzający, wniósł bardzo dużo energii i pracy, ożywił tę nieco ospałą dawniej instytucję; wreszcie pana J. JANKOWSKIEGO, sekretarza kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego, który żył się z Kasą, umiłował ją, stał się jej chodzącą tradycją, oraz największym przyjacielem i orędownikiem wszelkiej zgłaszającej się tu nędzy i niedoli.

Sądzę, iż wyżej przytoczone dane w zupełności stwierdzają pożytek, jaki przynosi nam Kasa Wsparcia. Na nieszczęście rozszerzeniu jej działalności stoją na przeszkodzie niewystarczające w stosunku do zapotrzebowań fundusze. To też raz jeszcze muszę się zwrócić do ogółu kolegów, prosząc o poparcie tej instytucji. Ci, którzy dotąd nie należą do niej, niech się zapiszą w poczet jej członków; inni, w miarę możliwości, niech podniosą roczną swą składkę ponad *minimum* opłaty przewidzianej ustawą. Nasz świat lekarski, biorąc na ogół, nie należy do bogaczy; nie mniej przeto liczy on sporą liczbę ludzi zamożnych. Otóż możnaby życzyć, by ci zamożni, a niekiedy nawet bogaci koledzy poszli za szlachetnym przykładem zapisanych już w dziejach Kasy dobrodziejów i, jak oni, utrwaliли swe nazwiska stałemi fundacyami we wdzięcznej pamięci przyszłych pokoleń.

B. W. Sawicki.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Miażdżyca naczyń brzusznych ze stanowiska klinicznego.

Podał

Dr Z. Adelt,

asystent przy oddziale chorób wewnętrznych dra med. J. PAWIŃSKIEGO
w szpitalu św. Ducha.



Wiadomo, jak wielkie znaczenie w regulowaniu ogólnego ciśnienia krwi posiadają naczynia trzew brzusznych. Dlatego też sprawa miażdżycowa, powstająca w tętnicach brzusznych, upośledzając ich funkcję, musi mieć wpływ niepośledni na krwiobieg ogólny, a zwłaszcza na serce. Sama sprawa miażdżycowa tętnic trzewowych jest dotąd niedostatecznie zbadana, a klinicznie—nie doceniana. Faktem jest, że przy sekcyach zwraca się zwykle za mało uwagi na naczynia brzuszne, stąd niedostateczna liczba danych co do częstości pojawiania się w nich zmian sklerotycznych, oraz co do stopnia, w jakim podlegają one tej sprawie.

Literatura, dotycząca omawianej kwestyi, jest dość uboga. ROKITANSKY, LEBERT wspominają krótko, że w tętnicach trzewowych zdarzają się zmiany miażdżycowe. CURČI oświadczą, że w 116-tu badaniach pośmiertnych znalazł tylko raz sklerozę tętnicy trzewowej. SOTNISCZEWSKI, który badał szczegółowo tętnice trzewowe w 17-u przypadkach, dotyczących marskości nerek, utrzymuje, że naczynia śledziony, nerek i wątroby ulegają stwardnieniu częściej wprawdzie niż naczynia płucne, lecz rzadziej niż mózgowe. Bardzo cenne są prace THOMA'y i jego uczniów: MEHNERT'a, SACK'a, BREGMANN'a. THOMA zwraca uwagę na szczególnie częste pojawianie się zmian, o jakich mowa, w miejscach rozgałęzienia się naczyń. Uczniowie jego dodają, że spotykali także często zmiany miażdżycowe w pniach tętnicznych—zwłaszcza bardzo często w pniu tętnicy śledzionowej. BREGMANN np. podaje, że tylko w 18% przypadków znalazł błonę wewnętrzną tętnicy śledzionowej zupełnie wolną od zmian sklerotycznych. MEHNERT wreszcie twierdzi, że co do częstości występowania zmian miażdżycowych, tętnice trzewowe [z wyjątkiem śledzionowej] zajmują w ogólnym szeregu miejsce tuż za tętnicą szyjową i podobojczykową.

W ostatnich czasach zaczęto się miażdżycą naczyń brzusznych zajmować nieco żywiej. Ukazało się kilka cennych prac, dotyczących anatomicznej i klinicznej strony tej sprawy. Z zakresu tego na szczególną uwagę zasługują prace HASENFELD'a. Przyszedszy do przekonania, że badacze za mało dotychczas zwracali uwagi na miażdżycę naczyń brzusznych, HASENFELD przedsięwziął szereg ścisłych badań w celu przekonania się o bliższych warunkach, wśród których wspomniana sprawa powstaje, oraz o wpływie, jaki wywiera na narząd krążenia. W tym celu poddał dokładnemu zbadaniu narządy krążenia w 14-tu przypadkach chorobowych, zakończonych śmiercią. Z tych dwa dotyczyły osobników

z normalnym stanem naczyń krwionośnych, w pozostałych zaś przypadkach znajdowano przy życiu mniej lub więcej posunięte zmiany miażdżycowe w powierzchownie przebiegających tętnicach. Przy badaniu naczyń autor posługiwał się metodą THOMA'y, polegającą na nastrykiwaniu tętnic trzewowych roztopioną parafiną [52° C] pod ciśnieniem 160 mm Hg., przez kaniulę, którą wprowadzał do aorty piersiowej po uprzednim podwiązaniu tętnic biodrowych zewnętrznych i wewnętrznych. Usunąwszy następnie wnętrzości jamy brzusznej z możliwym zaoszczędzeniem ich naczyń, HASENFELD wyjmował ostrożnie całą aortę brzuszną wraz z jej rozgałęzieniem aż do miejsca podwiązania tętnic biodrowych. W poszukiwaniach swoich autor był w stanie stwierdzić, że błona wewnętrzna niektórych tętnic, nawet w normalnych warunkach, przedstawia niekiedy pewien umiarkowany rozrost tkanki łącznej. Dotyczy to mianowicie aorty, tętnic biodrowych, tętnicy śledzionowej, a także w pewnej mierze tętnicy wątrobowej i obu tętnic kręzkowych. Fakt ten stwierdził już przedtem THOMA, który w tem bujaniu tkanki łącznej widzi celowe zjawisko wyrównywania się światła naczyń po uprzednim rozszerzeniu tychże w skutek utraty sprężystości ścianek, lub zwolnienia krwioobiegu. HASENFELD zaznacza dalej, że przy badaniach swoich tylko w 3-ch przypadkach znalazł ciężkie patologiczne zmiany w naczyniach; w pozostałych zmiany były umiarkowane lub nawet nieznaczne, po większej części gołym okiem niedostrzegalne. Co się tyczy postaci, w jakiej skleroza występowała, to przeważnie spostrzegano rozległe bujanie tkanki łącznej w błonie wewnętrznej tętnic. W lżejszych przypadkach tylko pewne części ścianki naczynia były zajęte sprawą chorobową, w przypadkach zaś cięższych stwardnienie obejmowało całą ściankę na podobieństwo pierścienia. Wskutek tego ścianki naczyń przedstawiały w wielu miejscach bardzo znaczne, niekiedy gołym okiem dostrzegalne zgrubienia. Do jakiego stopnia dochodziły czasami tylko co wspomniane zmiany, świadczą najlepiej cyfry. Tak np. błona wewnętrzna w pniu tętnicy kręzkowej górnej, której zwykła grubość równa się 10 μ ., w przypadkach, o jakich mowa, miała grubości niekiedy 467 μ . Podobnie rzecz się miała z tętnicami nerkowymi, w których grubość błony wewnętrznej [normalnie = 3 μ] dochodziła w przypadkach cięższych do 177 μ . Oddzielne, ograniczone ogniska miażdżycowe spotykał HASENFELD przeważnie w miejscach, w których odchodzą pnie tętnicze od aorty brzusznej. Zwapnienie naczyń, tak często napotykanne przy sklerozie, widywał autor ten również wiele razy. Rozpadu i owrzodzeń ognisk miażdżycowych nie spotykał. Również nie udało mu się stwierdzić ani razu zamknięcia światła naczynia wskutek zatoru, lub nadmiernego zgrubienia błony wewnętrznej, które jednakże inni autorowie niejednokrotnie zaznaczali.

Aneurysmatycznych rozszerzeń, tak częstych w niektórych terytoryach układu tętniczego, autor ten nie spotykał przy miażdżycy tętnic trzewowych. Natomiast dość często zdarzało mu się tu widywać zwięźlenie światła naczyń [zwłaszcza w tętnicach nerkowych przy równoczesnem istnieniu zmian śródmiąższowych w nerkach]. Najczęstsze i najpoważniejsze zmiany spotykał on w tętnicach: kręzkowej górnej i śledzionowej. Następnie szły kolejno: tętnica trzewna (*art. coeliaca*), tętnica wątrobowa, wieńcowa żołądka górna i kręzkowa dolna. W tętnicach nerkowych stwardnienie dosięgało zazwyczaj tego samego stopnia, co w tętnicy kręzkowej dolnej, przy istnieniu zaś zmian śródmiąższowych w samych nerkach, tętnice wspomniane przedstawiały zwykle bardzo wybitne zmiany miażdżycowe.

Wnioski, do jakich doszedł HASENFELD na mocy swych badań, są następujące:

1) Błona wewnętrzna niektórych tętnic trzewowych [śledzionowej, kręzkowej górnej, wątrobowej] niekiedy w normalnych nawet warunkach przedstawia pewien stopień bujania tkanki łącznej.

2) Zmiany sklerotyczne o średnim nateżeniu spotyka się w tętnicach trzewowych dość często, zmiany zaś większe zdarzają się tu rzadziej niż w aorcie, tętnicach kończyn lub naczyniach mózgowych.

3) Miażdżycza tętnic trzewowych bywa najwydatniejszą w pniach naczyń, w rozgałęzieniach zaś słabszą; niekiedy wybitne stwardnienia spotyka się w miejscach podziału naczyń.

4) Dość często się zdarza, że przy istnieniu dużych zmian sklerotycznych w tętnicach trzewowych, inne tętnice ustroju mogą być dotknięte w słabym stopniu tą sprawą chorobową.

5) Nierzadko skleroza naczyń brzusznych łączy się w ustroju ze znacznym przerostem serca. Ma to miejsce nawet w tych razach, kiedy inne terytorya naczyń nie są wybitnie dotknięte sprawą miażdżycową.

Wpływ miażdżycy naczyń brzusznych na ustrój nie zawsze bywa jednakowy. Spostrzeżenia licznych autorów dowodzą, że w wielu przypadkach istnieć mogą rozległe zmiany sklerotyczne w aorcie brzusznej i jej rozgałęzieniach, podczas kiedy przy życiu osobnika nie udaje się zauważyć wybitniejszych zmian czynnościowych ze strony narządów brzusznych. Dzieje się to prawdopodobnie dlatego, że w przypadkach, o jakich mowa, pomimo istnienia zmian w naczyniach, krążenie krwi utrzymuje się na stopie dostatecznej, dzięki wystarczającej sprawności serca, oraz dzięki krążeniu obocznemu. Niemalą rolę odgrywa tu zapawne i powolne przystosowywanie się narządów do zmienionych warunków cyrkulacyjnych. Jednakże przy bardzo dużych zmianach miażdżycowych w tętnicach trzewowych, a zwłaszcza przy istnieniu warunków, sprzyjających tworzeniu się zakrzepów i zatorów, objawy kliniczne bywają tu czasami niezmiernie wybitne i doniosłe. W narządach jamy brzusznej mogą powstawać wówczas zawały krwotoczne. Szczególnie ważne znaczenie posiadają zawały krwotoczne, powstające w kiszkach przy zatorach lub zakrzepach tętnic krezkowych, a zwłaszcza— górnej¹⁾. Prowadzą one zwykle do krwawienia z kiszek [GERHARDT, KUSSMAUL, OPPOLZER], niekiedy do zgorzeli, której następstwem bywa septyczne zapalenie błony otrzewnej [ROMBERG, SCHNITZLER]. W niektórych znów przypadkach [NOTHNAGEL] przy zatorach tętnic krezkowych na pierwszy plan występuje niedowład kiszek—wzdęcie ich oraz niedrożność (*meteorismus, ileus*). Oprócz tego zjawiają się tu zwykle bardzo mocne bóle brzucha i szybka zapaść. Po upływie kilku dni następuje najczęściej śmierć chorego. Powyższy obraz kliniczny spostrzegamy jednak tylko przy szybkim zatknięciu tętnicy krezkowej, przy powolnym bowiem tworzeniu się w niej zakrzepów, jak również przy powstawaniu zatorów lub zakrzepów w drobnych rozgałęzieniach wspomnianej tętnicy— obraz ten może ulegać znacznej zmianie. Dzieje się to wskutek wytworzenia się obocznego krążenia krwi. Wogóle mówiąc, nagłe zamknięcie światła tętnicy krezkowej, któremu towarzyszą tylko co wymienione objawy kliniczne, zdarza się przy miażdżycy stosunkowo rzadko. Daleko częściej skleroza tętnic krezkowych [resp. aorty brzusznej] wywołuje tylko opóźnienie czynności przewodu pokarmowego, a to wskutek zmniejszonego dopływu krwi do kiszek przez zwyrodniałe ich naczynia. Cała ta sprawa posiada wówczas charakter więcej przewlekły. Zwykłymi objawami bywają wtedy: wzdęcie kiszek, upor-

¹⁾ Jakkolwiek tętnice krezkowe z anatomicznego punktu widzenia nie są końcowymi (*Endarterien*), jednak [według zdania LITTEN'a] czynnościowo powinny być jako takie uważane, ponieważ zwykle ciśnienie krwi nigdy tu nie wystarcza, ażeby szybko napęścić kolateralne gałęzie w razie powstania przerwy w krwiobiegu. Dlatego też szybko powstające zatory tych tętnic sprowadzają zwykle typowy obraz zawału krwotocznego. Przy powolnym jednak zamknięciu światła tętnic krezkowych oraz przy dostatecznej sprawności serca—krążenie krwi może się tu niekiedy wyrównywać [SCHNITZLER].

czywe zaparcie stolca, mocne bóle brzucha—rzadziej już zaburzenia w trawieniu [brak apetytu, odbijanie, wymioty]. Bardzo charakterystycznym objawem bywają w takich razach bóle brzucha: pojawiają się one napadowo, ześrodkowują się w okolicy nad- lub podpepkowej, są bardzo mocne, mają charakter kureczów. Niekiedy dotknięci nimi chorzy skarżą się, że mają uczucie, jakby się im wewnątrzności skręcały lub narastały.

HUCHARD pierwszy zwrócił uwagę na pewne podobieństwo bólów, o jakich mowa, do bólów stenokardyalnych. NEUSSER, MARKWARTH, SCHNITZLER są tego samego zdania. KAUFMANN i PAULI na zasadzie licznych swych spostrzeżeń dochodzą do wniosku, że zdarzają się formy napadowych kureczów żołądka, zależących od sprawy miażdżycowej w tętnicach trzewowych i że w większości przypadków posiadają one charakter wybitnie stenokardyalny. Według wspomnianych autorów właściwości takich bólów są następujące: zjawiają się napadowo, trwają od kilku minut do kilku godzin, czasem ustają na czas dłuższy, są bardzo mocne, mają charakter kureczów lub rozpierania, określane są przez chorych jako bóle „w żołądku” lub „w dołku”. Bardzo często zjawiają się w parę godzin po jedzeniu [na szczycie trawienia - ORTNER], tu jednak natężenie ich utrzymują, że zmiany sklerotyczne w ściankach tętnic wraz ze zwiększonym ciśnieniem krwi, lub z przepełnieniem naczyń, wywołują podrażnienie najbliższych [sąsiednich] zakończeń nerwowych. Wskutek tego ma miejsce odruchowo skurcz włókien mięsnych, w ściankach naczyń znajdujących się, co właśnie wywołuje mocny ból kureczowy [bóle naczyniowe — *Gefässkoliken*]. W tym względzie bóle wspomniane podobne są do bólów przy kamicy żółciowej, lub nerkowej, powstających z powodu kureczowego zacisnięcia się odpowiednich przewodów w miejscu uwieżgnięcia kamienia. Inni znów autorowie [NEUSSER, ORTNER, SCHNITZLER] skłaniają się do zdania, że bóle, towarzyszące sklerozie tętnic trzewowych, zależą od zmniejszenia się dopływu krwi do naczyń kiszek. Powstająca w ten sposób anemia, sprowadza upadek odżywiania nerwów czuciowych, w ściankach kiszek przebiegających, to zaś wywołuje ból. Są to więc bóle tak zwane anemiczne, ściślej mówiąc—iszemiczne. Bóle tego rodzaju występują i w innych częściach ustroju. Do tych należą: bóle przy *angina pectoris*, oraz bóle, zjawiające się napadowo w dolnych kończynach przy tak zwanem „chromaniu przestankowem“ (*Claudication intermittente* CHARCOT).

Z innych objawów, będących następstwem miażdżycy tętnic krezkowych, na szczególną uwagę zasługuje często występujący niedowład kiszek (*atonía intestinorum*). Podupadłe wskutek zaburzeń cyrkulacyjnych odżywianie włókien mięsnych kiszek, pociąga za sobą niedostateczność ich czynności. Następuje więc zatrzymanie [względnie zwolnienie] ruchu robaczkowego ¹⁾, skutkiem czego bywają: wzdęcie kiszek i nporczywe zaparcie stolca. Wielu autorów zwraca uwagę, że atonia kiszek, towarzysząca miażdżycy tętnic krezkowych,

¹⁾ Że wstrzymanie dopływu krwi do kiszek jest w stanie wywołać ich bezwład, dowiódł tego KADER w swych doświadczeniach na zwierzętach. Zacisnąwszy ligaturą pewną część krezki, a tem samem i naczynia w niej przebiegające, zauważył, że po pewnym przeciągu czasu ruch robaczkowy kiszek [w początkach nieco wzmóżony] znikła, a w odpowiednich odcinkach kiszek zjawia się znaczne wzdęcie.

pod pewnym względem przedstawia analogię z tak zwanem „chromaniem przestankowem” (*Claudication intermittente* CHARCOT — *Dysbasia intermittens angiosclerotica* ERB'a). Zauważono mianowicie, że wzdęcie brzucha oraz zwolnienie ruchu robaczkowego kiszek, spotykane przy sklerozie tętnic krezkowych, pozostaje często w zależności od wzmożonej czynności kiszek. Tak np. występuje ono najczęściej po jedzeniu, w porze trawienia kiskowego [ORTNER], wzmagając się po spożyciu pokarmów trudno strawnych, lub po środkach czyszczących.

Takie przestankowe wyczerpywanie się sprawności przewodu kiskowego ORTNER nazywa „przestankowem chromaniem kiszek“ i proponuje dla cierpienia tego nową nazwę, analogiczną z „*dysbasia intermittens*“, mianowicie: „*dyspragia intermittens intestinorum angiosclerotica*“, dodając, że odpowiednio do przeważających w danej chwili objawów, należy rozróżniać trzy odmiany tej sprawy: postać bólową, spastyczną i paretyczną (*dyspragia intermittens intestinorum angiosclerotica: dolorosa, spastica, paretica*).

Rozpoznawanie miażdżycy naczyń brzusznych, jako przyczyny, powodującej powyżej podane objawy, bywa najczęściej niezmiernie trudne. Dotyczy to zwłaszcza przypadków o charakterze przewlekłym. Napadowe bóle brzucha, niedowład kiszek mogą zależeć nie tylko od miażdżycy tętnic krezkowych, lecz i od wielu innych przyczyn [należy tu mieć na uwadze: kamieć żółciową i nerkową, gruźlicę otrzewnej i kiszek, nowotwory w jamie brzusznej, zrosty otrzewnej, przewlekle zwężenie przewodu kiskowego i t. p.]. Istnienie sklerozy w tętnicach, powierzchownie przebiegających, nie dowodzi jeszcze istnienia tejże sprawy w naczyniach brzusznych. Z drugiej zaś strony wiemy, że znaczna nawet miażdżycza tętnic brzusznych może niekiedy nie sprowadzać objawów ze strony narządów, w jamie brzusznej się znajdujących. Pewnych ułatwień rozpoznawczych dostarczają nam jednak niektóre właściwości bólów brzucha, spostrzeganych przy miażdżycy, a mianowicie: pojawiają się te bóle najczęściej po jedzeniu—na szczycie trawienia [co szczególnie podkreśla ORTNER]—przyczem napięcie ich pozostaje w zależności nie tyle od jakości, co od ilości spożytych pokarmów. W przypadkach, w których powstają zakrzepy lub zatory tętnic krezkowych, rozpoznanie bywa zwykle łatwiejsze. Objawy ostrej niedrożności przewodu kiskowego, krwawienia z kiszek i szybka zapaść pozwalają tu łatwiej wnosić o naturze cierpienia. Nie zawsze jednak się tak dzieje. Obraz kliniczny bywa i tu nieraz niezmiernie powikłany, a trudności rozpoznawcze ogromne. Do jakiego stopnia te ostatnie niekiedy dochodzą, świadczy najlepiej przypadek SCHNITZLER'a, podany w *Wiener medicinische Wochenschrift*. Zawiera on prócz tego wiele ciekawych szczegółów klinicznych i anatomo-patologicznych i dlatego zasługuje na przytoczenie:

Franciszka B., lat 55, miewa od 4-eh lat gwałtowne bóle brzucha w okolicy żołądka i wątroby, często także w okolicy podpepekowej. W przeciągu pierwszych 3-eh lat napady bólów zjawiały się wyłącznie po jedzeniu, często z towarzyszeniem wymiotów; w ostatniem półroczu wymioty ustały, lecz bóle stały się jeszcze gwałtowniejsze, zjawiają się częściej, nie tylko po jedzeniu, ześrodkowują się przeważnie w dolnej części brzucha, nie dają spokoju chorej nierzadko po 30 godzin zrzędu, co ją doprowadza do rozpacy. Charakter bólów—kurczowy. W czasie napadu chorej zdaje się, jak gdyby kiszki ściągały się i narastały. Wyróżnienia bywają tylko przy pomocy łatwyw lub po użyciu oleju rącznikowego. Chora dawniej kilkakrotnie spostrzegęła u siebie przez czas dłuższy żółtawe zabarwienie skóry. Leczyła się starannie. Dwa razy stosowała kurację karlsbadzką, raz ścisłą mleczną—bez skutku. Od wielu miesięcy w celu złagodzenia bólów używa stale morfiny. Przy badaniu okazało się: chora wysokiego wzrostu, prawidłowo zbudowana, bardzo wychudzona. Twarz zapadła—wejrzenie cierpiące. Ciepłota—37,0. Tętno 96—prawidłowe. Tętnice promieniowe wężykowato przebiegające, nieco twarde. W płucach

i w sercu nieznaleziono nic szczególnego. Brzuch dość miękki, dolna jego połowa w wielu miejscach bolesna przy ucisku. Pomimo istnienia cienkich powłok brzusznych, ruchu robaczkowego kiszki nie udaje się spostrzedz wcale. Wątroba nieco opuszczona, wyczuwa się dokładnie pod prawym łukiem żebrowym. Pęcherzyka żółciowego nie udaje się wymacać. Śledziona zaledwie wymacalna. W moczu zmian niema. Wypróżnienia [tylko po ławatywie lub środku czyszczącym] nie przedstawiają nic szczególnego.

Na zasadzie powyższego rozpoznanie brzmiało: kamica żółciowa, oraz zrosty pęcherzyka żółciowego z kiszkami, jako przyczyna bólów brzucha i atonii kiszki. Jedynym racjonalnym zabiegiem wydawała się laparatomia, którą też niebawem wykonano. Przy operacji znaleziono w istocie kilkanaście sztuk niewielkich kamyczków w pęcherzyku żółciowym oraz słabe zrosty tegoż z najbliższymi leżącymi pętlicami kiszki. Zarówno cienkie, jak i grube kiszki wydawały się dość blade—zresztą nic szczególnego w jamie brzusznej, pomimo dokładnego badania, nie zauważono. Operację ukończono z tem przeświadczeniem, że istotna przyczyna bólów wykryta i usunięta nie została. Jakoż, w rzeczy samej, bóle nie przestawały w dalszym ciągu męczyć chorej. W 6 tygodni po operacji zmarła ona wśród objawów wciąż postępującego wycieńczenia. W ostatnim dniu choroby wypróżnienia były ciemnej barwy.

Sekcja wykryła, co następuje: na otrzewnej, pokrywającej kiszki cienkie oraz część wstępującą okrężnicy, widać zmiany zapalne świeżego pochodzenia z dość obfitym wysiękiem włóknikowym i krwistym. Na jelicie cienkim [z wyjątkiem dwunastnicy] oraz na części wstępującej okrężnicy—krwawe podbiegnięcia. Błona śluzowa wspomnianych kiszki koloru brudno-czerwonego, usianą licznymi wybroczynami [zawał krwotoczny] Na błonie tej w wielu miejscach widać owrzodzenia pochodzenia nekrotycznego, postaci okrągłej z niepodminowanymi brzegami, miejscami drażące aż do błony otrzewnej. Reszta kiszki oraz inne narządy nie przedstawiają nic szczególnego. W aorcie brzusznej nieznaczne zmiany miażdżycowe. W miejscu odejścia tętnicy krezkowej górnej z aorty widać płytkie, lejkowate zagłębienie. Otwór, prowadzący do tej tętnicy zarośnięty, co czyni wprowadzenie do niej zglebnika niemożliwym. Pokazuje się dalej, że wspomniana tętnica w początkowej swej części na przestrzeni jednego centymetra jest zupełnie zatkana zbitym twardym, białawym łączno-tkankowym czopkiem, co powoduje zupełną jej niedrożność. Naczynia krwionośne, w krezce przebiegające, mocno rozszerzone i przekrwione. Badanie drobnowidzowe zatkanego odcinka tętnicy krezkowej, jak również części jej, poniżej leżącej, wykazało bardzo rozległe zmiany miażdżycowe w błonie środkowej i wewnętrznej tego naczynia—znaczne zgrubienia, rozrost tkanki łącznej oraz liczne ogniska zwapnienia w ściankach. Rozgałęzienia tętnicy krezkowej okazały się wolne od zmian miażdżycowych.

Przypadek powyższy następczo następujące uwagi:

Sprawa miażdżycowa, mająca swe siedlisko w początkowej części tętnicy krezkowej górnej, spowodowała zatkanie tejże skrzepem, skutkiem czego nastąpiła obliteracja tego naczynia. Należy przypuszczać, że zatkanie to powstało dość powolnie, a więc pozostawało dosyć czasu na wytworzenie się obocznego krwiobiegu przy udziale odpowiednich tętnic (*art. pancreatico-duodenaes*, *art. haemorrhoidales profundae*). Dzięki temu, oraz dzięki dostatecznej jeszcze w owym okresie sprawności serca, krążenie w rozgałęzieniach tętnicy krezkowej mogło utrzymywać się przez czas dłuższy na wystarczającym poziomie, wskutek czego zawał krwotoczny kiszki początkowo nie miał miejsca. To zaś przekrwienie zawałowe, jakie zostało wykryte w kiszkach przy sekcji, należy uważać za sprawę końcową¹⁾, powstałą dopiero w ostatnich paru dniach choro-

1) Przy operacji, która o 6 tygodni poprzedziła śmierć chorej, żadnych jeszcze zmian w kiszkach nie można było zauważyć.

by, kiedy ani siła serca, ani stopień ciśnienia nie wystarczały już do wyrównania zmienionych warunków krążenia. Wyrównanie krwiobiegu w terytoryach, zaopatrywanych przez tętnicę krezkową górną, jakie nastąpiło po obliteracji tej tętnicy, należy uważać tylko za względne, przy zwiększonym bowiem zapotrzebowaniu krwi ze strony kiszek [podczas trawienia—przy wzmożonej czynności] ilość dostarczonej krwi stawała się tu niedostateczną. Powodowało to za każdym razem iszemię [względną] w odpowiednich częściach przewodu kiszkiowego, wyrazem czego były napady bólów brzucha oraz niedowład kiszek, tak często zaznaczane w klinicznym przebiegu opisanego przypadku. Tak więc obraz kliniczny, powyżej zaznaczony, należy odnieść do kategorii, którą ORTNER nazywa: *dyspragia intermittens intestinorum angiosclerotica, doloroso-paretica*.

Co się tyczy wspomnianych wyżej owrzodzeń nekrotycznych na błonie śluzowej kiszek, to źródło ich leży również, bezwątpienia, w stopniowo powiększającym się rozstroju krążenia i co za tem idzie, upadku odżywiania tkanek. Wreszcie zapalenie błony otrzewnej powstało ostatecznie jako bezpośredni skutek zmian w kiszkiach.

W przebiegu powyższego przypadku, przez cały czas choroby nie zdołano zauważyć nic takiego, coby mogło świadczyć niezbicie, że miażdżyca naczyń brzusznych była podstawową przyczyną cierpienia. Bezpośrednie obmacywanie i oglądanie trzew brzusznych [przy laparotomii] również nie przyczyniło się do wyświetlenia sprawy i do usunięcia trudności rozpoznawczych, jakie się następczo w przebiegu całej choroby. Wreszcie, powstałe przy końcu: zawał krwotoczny kiszek, owrzodzenia w tychże, oraz zapalenie otrzewnej, wobec wielkiego zaniku sił żywotnych osobnika nie były już w stanie wywołać odpowiedniej reakcyi ze strony ustroju, co mogłoby zapewne, choć w końcowym okresie, uprzęstąpić rozpoznanie.

L I T E R A T U R A .



- 1) Dr ARTHUR HASENFELD. Ueber die Herzhypertrophie bei Arteriosclerose. Deutsche Archiv für klinische Medicin. 59 T. II, str. 193.
- 2) Dr JULIUS SCHNITZLER. Zur Symptomatologie des Darmarterienverschlusses. Wiener. medicinische Wochenschrift. 1901. Nr. 11 i 12.
- 3) Dr KAUFMANN und dr PAULI. Ueber stenocardische Schmerzen in Epigastrium. Wiener klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 38 i 44.
- 4) PR. dr ORTNER. Zur Klinik der Angiosclerose der Darmarterien. Wiener klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 38 i 44.
- 5) PR. dr ORTNER. „Zur Klinik der Angiosclerose der Darmarterien“. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 347. Leipzig. 1903.
- 6) Dr BREUER. Zur Therapie und Pathogenese der Stenocardie und verwandter Zustände. Münchener medicinische Wochenschrift. 1902. Nr. 39, 40 i 41.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

16. Pyranum. Pyran.¹

Pyran jest to związek chemiczny sodu z kwasem benzoesowym [bendźwiniowym], salicylowym i tymolem; a zatem, wyrażając się chemicznie, jest to: benzoyl-oksibenzoosan benzoyl-tymyl sodu (*benzoyl-thymyl-natrium benzoyl-oxibenzoicum*).

Przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego, hygroskopijnego. Zapach ma słabo-aromatyczny, a smak słodkawy, palący. Rozpuszcza się bardzo łatwo w wodzie [1 : 5], a w alkoholu — 1 : 10.

Dr SCHLESINGER (*Therapeut. Monatsh.* 1903. Z. 1. Str. 32) przeprowadził na zwierzętach i na ludziach doświadczenia nad działaniem wzmiankowanego związku chemicznego na zdrowy i chory organizm.

Przedewszystkiem na zwierzętach przekonano się, że pyran nawet w bardzo dużych dawkach nie wywiera żadnego wpływu szkodliwego.

Następnie na zdrowych ludziach przeprowadzono cały szereg spostrzeżeń nad wpływem pyranu.

Nawet względnie duże dawki nie wywoływały zmian w częstości tętna i oddychania, a stan ogólny owych osób również zmianie nie ulegał; łaknienie nie zmniejszało się i żadnych zaburzeń żołądkowych nie spostrzegano.

Czasami po zażyciu na raz dwóch gramów pyranu występowało nieznaczne i krótko trwające pocenie się.

Ścisłejsze badanie ciśnienia krwi i jakości tętna wykazało, że pyran nie działa szkodliwie na serce.

Co się tyczy rezerwicy pyranu, to okazało się, że już w 20 minut po zażyciu jednego grama wzmiankowanego przetworu można było w moczu wykryć kwas salicylowy. Reakcja chemiczna na kwas salicylowy wzmagala się wydatnie w ciągu pierwszych trzech kwadransów i dochodziła do *maximum*, poczem na tej wysokości utrzymywała się przez 6 godzin, a po 10-ciu godzinach znikala. Wydzielanie się zaś tymolu w postaci kwasu tymolglukuronowego wykazywano jeszcze w 24 godziny po zażyciu pyranu. Okoliczność ta dowodzi, że pyran w organizmie ulega rozszczepieniu.

Spostrzeżenia kliniczne nad wpływem pyranu na chorych przeprowadzono w 146-iu przypadkach.

U chorych gorączkujących przetwórn w mowie będący obniżał w sposób łagodny ciepłotę gorączkową, bez wywoływania potów i innych objawów nieprzyjemnych, niepożądanych. Przeciwnie, chorzy czuowali poprawę ogólną, euforyę.

Specyjalnie skutecznym się okazał pyran w nerwobólach (*ischias*, *neuralgia supraorbitalis*), w bólach głowy (*cephalaea*, *migraena*), w bólach mięśniowych (*myalgia*). We wszystkich tych przypadkach zbawienne działanie pyranu przychodziło do skutku bardzo szybko, np. w 1/2 godziny po zażyciu leku. W tych razach podawano zwykle jeden lub dwa gramy — raz lub dwa razy dziennie.

W ostrym reumatyzmie stawów po wyżyciu 10—12 gramów w ciągu trzech dni, t. j. 3—4 gramów na dobę, bolesność stawów i gorączka ustępowały. Ponieważ pyran nie wywołuje wielkiego pocenia się, przeto dla przyspieszenia rezerwicy wysięków w stawach trzeba jednocześnie stosować gorące okłady na staw, sprawą chorobową zajęty.

U chorych, cierpiących na przewlekły reumatyzm stawów i mięśni, stosowano całymi tygodniami pyran — trzy razy dziennie po 0,5—0,75 — i otrzymano wielką poprawę, albo wyzdrowienie, a przez cały czas przyjmowania leku, w mowie będącego, nigdy nie widywano żadnych nieprzyjemnych objawów.

Bóle głowy oraz bóle mięśniowe, towarzyszące grypie (*influenza*), zapaleniu gardła (*angina*) lub ostremu kataralnemu zapaleniu oskrzeli (*bronchitis catarrhalis acuta*), ustępowały po jednej lub trzech dawkach jednogramowych pyranu.

W przypadkach zapalenia płuc i opłucnej (*pleuropneumonia genuina*) trzy dawki pyranu po 0,5 usuwały „bóle w boku”, a przytem i gorączkę zmniejszały.

W wysiękowym zapaleniu opłucnej (*pleuritis exsudativa*) zwykle dawano chorem dwa razy dziennie po 2 gramy pyranu i to stale przez 8—10 dni: wysięk prawie zawsze się zmniejszał.

W podagrze otrzymywano ulgę, stosując 1,5—4,0 dziennie.

W astmie, w przewlekłych kataralnych zapalenia'ch oskrzeli, w kokluszu chorzy przyjmowali trzy razy dziennie po 0,5—0,75, a podczas samego napadu 1—1,5 na raz, przyczem po większej części zauważono bardzo pomyślne działanie.

Co się tyczy sposobu podawania pyranu, to najlepiej przyjmować proszek, rozpuszczony w wodzie zimnej. Nie należy rozpuszczać pyranu w gorącej wodzie, ani też sypać go wprost na język. Mleko i kakao znoszą zupełnie smak aromatyczny pyranu. Można również przepisywać pyran albo w opłatkach, albo w kapsułkach żelatynowych.

Co się tyczy dawki, to zaznaczyć należy, że stosować należy duże dawki wszędzie tam, gdzie od małych nie otrzymuje się skutku pomyślnego. Często się zdarza, że nawet u dorosłych dawka półgramowa pyranu od razu usuwa np. bardzo silny ból głowy. Zwykle wszakże w nerwobólach większego natężenia potrzebna jest dawka jednogramowa, albo nawet—dwugramowa.

Jeżeli po jednorazowym zastosowaniu pyranu ból nie ustępuje, trzeba na przyjęcie drugiej dawki poczekać przynajmniej około $\frac{3}{4}$ godziny, gdyż w ciągu tego czasu skuteczny wpływ leku może jeszcze nastąpić.

U dzieci wogóle, rozumie się, stosować należy dawki daleko mniejsze, aniżeli u dorosłych, a mianowicie $\frac{1}{4}$, albo, co najwyżej, $\frac{1}{2}$ dawki.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

— 1903 —

Istniejący przy Płockim Towarzystwie Lekarskiem Komitet popularyzacyi wśród szerszych warstw społeczeństwa wiedzy higienicznej, pragnąc wysunąć na pierwszy plan sprawę rozpowszechniania zasad zdrowotności w Królestwie Polskiem, uważa za konieczne przyjęcie udziału w naradach i wystawie Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego w kwietniu r. b. Wobec tego Komitet chce zobrazować możliwie wszystko, co dotychczas u nas w tym kierunku zdziałano, jak również co w tej dziedzinie już zrobiono w innych krajach. Tego rodzaju wystawa ma też na celu zaznajomienie uczestników tych narad z jakością, rodzajem, ceną etc. różnych przedmiotów pomocniczych, mających związek z szerzeniem zasad zdrowotności wśród ludu. W tym celu uważamy za rzecz niezbędną zebrać jak największą liczbę: 1) popularnych wydawnictw, broszur z dziedziny higieny i medycyny w językach polskim i obcych, 2) katalogów wydawnictw informacyjnych, cenników firm naszych i zagranicznych, 3) atlasów ściennych, tablic, map i ilustracyi, 4) diapozytywów, modeli i preparatów. Prosimy zatem uprzejmie Tow. Lekarskie, Higieniczne, p. p. lekarzy i wszystkich wogóle, którzy posiadają tego rodzaju zbiory, o jaknajrychlejsze przysłanie nam takich dla wystawy z jednoczesnem nadmienieniem, co może zostać własnością naszego Towarzystwa w celu ufundowania Muzeum. Nieofiarwane nam okazy będą z wdzięcznością zwrócone w czasie właściwym p. p. właścicielom.

Prezes Towarzystwa, *dr A. Zaleski.*

Przewodniczący komitetu, *dr Al. Maciesza*

Sekretarz komitetu, *dr M. Themerson.*

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* № 3. R. BARAŃCZ, W sprawie leczenia węglika zapomocą wstrzykiwań śródżylnych rozpuszczonego srebra (*Collargolum*) i o możliwości użycia innych preparatów srebra do wstrzykiwań śródżylnych [dk.]. N. HALLÉ i B. MOTZ, O gruźlicy cewki przedniej [c. d.]. B. JAKIMIAK, Włókniako-mięśniak macicy powikłany ciążą.—№ 4. R. GUTOWSKI, Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi. N. HALLÉ i B. MOTZ, O gruźlicy cewki przedniej [dk.].—№ 5. K. RZĘTKOWSKI, O wpływie silnego pocenia się na skład krwi. R. GUTOWSKI, Przyczynek do kazuistyki nosacizny ostrej u ludzi [dk.].—№ 6. K. RZĘTKOWSKI, O wpływie silnego pocenia się na skład krwi [dk.]. B. BEHRENS, Przypadek ucisku klatki piersiowej i brzucha—zbiór objawów PERTHES'a.—№ 7. J. FRĄCZKIEWICZ, O wodzie Krościeńskiej. J. STEINHAUS, Nabłonki powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn. B. JAKIMIAK, Przypadek obustronnego podkrukowego wywichnięcia ramion (*luxatio subcoracoidea utriusque humeri*).—*Przegląd Lekarski* № 3. W. OLTUSZEWSKI, Kilka słów o etyologii zbroczeń mowy. F. EISENBERG i E. KELLER, O swoistości serodyagnostyki gruźlicy [c. d.]. R. SPIRA, O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych [c. d.].—№ 4. A. MARS, Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. F. EISENBERG i E. KELLER, O swoistości serodyagnostyki gruźlicy [dk.]. R. SPIRA, O zaburzeniach mowy pochodzenia ośrodkowego i ich stosunku do chorób usznych [dk.].—№ 5. F. NOWOTNY, W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej. W. ORZÓWSKI, Dalsze badania, dotyczące zasadowości krwi. A. MARS, Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i do strony pochwy [c. d.].—№ 6. L. POPIELSKI, O sposobie działania wysoku na czynność gruczołów trawieńcowych. A. MARS, Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy [dk.]. F. NOWOTNY, W sprawie rozpoznawania tętniaków tętnicy głównej [dk.].—№ 7. O. BUJWID i N. GERTLER, Wyniki badań nad surowicą przeciwpaciorkowcą (*strept. scarlatinae*), dokonanych w latach 1895—1897 w Zakładzie higieny i oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika w Krakowie. F. WOBR, Czynniki lecznicze przewlekłej gruźlicy płuc — *Kronika Lekarska* № 2. K. NIEDZIELSKI, O mięsakach sutki. K. DUDREWICZ, Powikłania spraw ropnych ucha środkowego [c. d.].—№ 3. D. MORACZEWSKI, O jednoczesnem wydzielaniu nadmiernej ilości indykanu i szczawianów w moczu ludzkim. K. NIEDZIELSKI, O mięsakach sutki [dk.]. K. DUDREWICZ, Powikłania spraw ropnych ucha środkowego [c. d.].—*Zdrowie* № 2. A. SOKOŁOWSKI, O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach Warszawskich. F. ERBRICH, Wyniki badania bakteriologicznego kart szpitalnych na obecność laseczników gruźliczych. S. STOLTZMAN, Wynik badań chemiczno-bakteriologicznych powietrza sal szpitalnych, jako przyczynek do kwestyi, o ile powietrze szpitalne jest odpowiednie do leczenia chorych gruźliczych metodą sanatoryjną.—*Pamiętnik Tow. Lekarskiego* r. 1902. A. LANDAU, Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych [d. c.]. FR. KIJEWSKI, O wycinaniu płuc („*de pneumectomia*“) [dk.].—*Przegląd dentystyczny* 1. J. JESENSKY, O charakterystycznych objawach próchnicy zębów.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.

Dozwoleno Cenzur. Warszawa, 27 febr. 1903. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.