

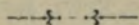
# GAZETA LEKARSKA.

Z INSTYTUTU MEDYCYNY DOŚWIADCZALNEJ W PETERSBURGU, Z PRACOWNI PROF. M. NENCKIEGO.

## I. NOWY SPOSÓB LECZENIA NIEKTÓRYCH CHORÓB ZAKAŻNYCH.

Podał

**D-r med. Ludwik Rekowski.**



Wpływ dobroczynny, jaki wywiera surowica zwierząt uodpornionych przeciwko błonicy i tężcowi na odnośne toksyny, znajdujące się nie tylko *in vitro*, lecz w żywym ustroju, pomimo różnych hipotez, dotychczas nie został wytłómaczonym. Za fakt pewny jednak uważać należy obecność w surowicy krwi zwierząt immunizowanych [np. przeciw błonicy] ciała w wodzie rozpuszczalnego, które zubożętnia, *resp.* znosi trujące działanie toksyny dyfterytycznej; nierozstrzygniętą natomiast pozostaje kwestya, czy antytoksyny, wytworzone w ustroju, powstają z pierwiastków komórkowych i które to elementy dają im początek. Nie ulega wątpliwości że w ustroju zwierzęcym [*resp.* człowieka], w miarę wzrastania ilości jadu wprowadzonego, wzmagają się wytwarzanie substancji, zubożętniających działanie toksyn tak, że zwiększona ilość toksyny jakby stanowiła bodziec do wzmożonej produkcji odtrutki.

Dla niektórych chorób zakaźnych, jako to syfilisu, ostrego gościca stawowego, malaryi, posiadamy pewne środki swoiste: przetwory rtęciowe, kwas salicylowy, chininę, których działanie pomyślnie przy odpowiednich cierpieniach zostało oddawna stwierdzonem; nie możemy jednak dotychczas dokładnie objaśnić sobie, w jaki sposób środki wymienione niweczą w naszym ustroju wpływ mikrobów lub wytwarzanych przez nie toksyn. Zdaje się, że preparaty te stanowią bodziec dla pewnych komórek naszego ustroju w podobny sposób, jak przy błonicy toksyny, wprowadzone do ustroju zwierzęcia, podniecają tenże ustrój do wytwarzania materji zubożętniających; w ten również sposób i przetwory rtęciowe, według mego zdania, przy syfilisie pobudzają pierwiastki komórek do wytworzenia odtrutki syfilitycznej.

Jeżeli założenie to jest zgodnem z rzeczywistością, to preparaty rtęciowe i w zdrowym [syfilisem nieobciążonym] ustroju stanowią bodziec do wy-

tworzenia substancji zobojętniających jad syfilityczny, które podobnie jak i antytoksyna przeciwbłonicowa przejdą do cieczy ustroju i do surowicy krwi; stąd też i surowica krwi zdrowego zwierzęcia [kozy, konia i t. d.], któremu przez czas dłuższy zadawano przetwory rtęciowe, zawierać w sobie będzie odtrutkę na toksyny syfilisu.

Wychodząc z tego punktu widzenia, począwszy od maja r. z. wprowadzałem koniowi początkowo raz, następnie dwa razy na tydzień podskórnie po 0,3 ctm. sześć. emulsji o składzie:

Rp. *Hydrargyri salicylici* 1,0  
*Vaselini liquidi* 10,0  
*M. f. emulsio.*

Przy wstrzykiwaniach tych nie zauważyłem wyraźniejszych objawów miejscowego podrażnienia; czasami tylko występowało niewielkie ograniczone stwardnienie w tkance łącznej podskórnej, wielkości ziarka grochu. Krew u tego konia wypuszczono trzy razy, mianowicie: d. 20. VII., 25. IX., 5. XI.

Do 21. VII. wstrzyknięto 6,0 ctm. sz. *Emuls. hydrargyri salicylici* = 0,348 Hg  
 „ 25. IX. „ 10,5 ctm. sz. „ „ „ = 0,609 Hg  
 „ 5. IX. „ 17,5 ctm. sz. „ „ „ = 1,015 Hg

Rozbiór chemiczny surowicy krwi, wypuszczonej każdorazowo u konia, wykazał obecność zaledwie śladów rtęci, której ilość wagowo określić się nie dała. Surowicę, w ten sposób otrzymaną [z pierwszego i drugiego wypuszczenia], stosowałem przy syfilisie w dawce 10 ctm. sz. co trzy dni i zauważyłem bardzo dobre wyniki lecznicze, zwłaszcza przy trzeciorzędnych objawach: już po 3—4 wstrzykiwaniach gumaty znikaly, a owrzodzenia się goiły. Podobne wyniki otrzymali D-r HIZYN z Ramonu [gub. Woroneńska] i D-r WREDEN z Kijowa. Tak moje obserwacje kliniczne, jakoteż i wzmiankowanych powyżej kolegów będą w przyszłości szczegółowo opisane. Rozumie się, że w obecnym stanie naszych badań przedczesnem by było wyprowadzać wnioski o wartości leczniczej t. zw. surowicy rtęciowej przy syfilisie; potrzeba bowiem na to i większej liczby przypadków i bardzo długiej obserwacji.

Fakt, że przetwory arsenu stosowane bywają z dobrym wynikiem przy niektórych chorobach konstytucjonalnych, np. przy łuszczycy (*psoriasis*), przy gruźlicy, przy nowotworach i t. d., z drugiej zaś strony to zjawisko, że ustrój może przywyknąć do coraz to większych dawek tej trucizny, upoważnia do przypuszczenia, że pod wpływem arsenu wytwarzają się w pierwiastkach komórek materje lecznicze, które przechodzą do surowicy krwi. W celu otrzymania surowicy o własnościach leczniczych podawano koniom arsenian sodu (*natrium arsenicosum*) w dawkach wzrastających od 0,05 do 0,3 *pro die*; dotychczas koń otrzymał około 45 gramów arsenianu sodu, a surowica krwi jego, jak się okazało, nie zawierała arsenu w ilościach, dających się określić wagowo. W celach leczniczych surowicę arsenową wstrzykuje się w dawce 10 ctm. sz. dwa razy na tydzień.

Surowicę powyższą stosowałem w dwu przypadkach raka twarzy w ciągu 6 tygodni; przez czas ten w stanie ogólnym chorych stwierdzić mogłem znaczne polepszenie.

W zakończeniu tej krótkiej notatki uważam za miły obowiązek złożyć podziękowanie D-rowsi SZYMONOWI DIERZGOWSKIEMU za łaskawą pomoc w przeprowadzeniu doświadczeń na koniach oraz w otrzymaniu od nich surowicy.

## II. NAPADY CZĘSTEGO ODDECHANIA.

(*Polypnoe (Tachypnoe) paroxysmale*).

### ZE STANOWISKA KLINICZNEGO

opracował

**D-r Med. J. Pawiński,**

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— † — † —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 2].

W naszym przypadku gorączka przebiegała z wielkiem natężeniem i trwała około 4 tygodni. Nie można jej podciągnąć pod żadną z powyżej przytoczonych kategorii. Ciepłota w pierwszych dwóch tygodniach dochodziła w przecięciu do 40° C., przedstawiając zwolnienia przeważnie w rannych godzinach od 1—2°. W drugiej połowie choroby — przy tendencji do obniżania się ciepłoty, średnio 38,5° — zdarzały się dnie, w których ranna ciepłota bywała wyższą od wieczornej. Wogóle gorączka nie przebiegała typowo, i nie przedstawiała cech właściwych tyfusowi.

Co do źródła gorączki, powstającej po wysiłkach mięśniowych, to niektórzy są zdania, że zależy ona od wnikania do krwi chorobotwórczych drobno-ustrojów, a wysiłki to tylko moment usposabiający. Że się to często zdarza, nie ulega wątpliwości; bezstronne jednak spostrzeżenia kliniczne zdają się wskazywać, że istnieją przypadki przemogi, w których przejawy tejsze, a zwłaszcza gorączka, może powstać bez udziału mikrokoków [PETER-MARFAN].

Jakkolwiek w obrazie chorobowym, powstającym na skutek wysiłków fizycznych, samozatrucie ustroju odgrywa pierwszorzędną rolę, to jednakże należy brać w rachubę i układ nerwowy, a mianowicie jego wyczerpanie, jak również i zmęczenie, niedomogę serca. Które z objawów należy odnieść do zatrucia ustroju, a które tylko do wyczerpania układu nerwowego, nie zawsze jesteśmy w stanie rozstrzygnąć. Prawdopodobnie oba te czynniki kombinują się razem, jak się to i w innych zakłóceniach czynności ustroju zdarza.

Należy więc przypuścić, że i w patogenezie naszego przypadku miały ważny szkodliwy wpływ dwie okoliczności: 1) wstrząśnięcie całego układu nerwowego wskutek przestrawienia i 2) długo trwające wysiłki fizyczne u osoby młodej, nieprzyzwyczajonej do ciężkiej pracy.

Na mocy trzeźwego, bez uprzedzeń, rozważania danych klinicznych przyszliśmy do przekonania, że jedna i druga okoliczność mogła się stać źródłem gorączki i dać nam obraz nie zupełnie podobny do opisywanych dotych-

czas; bo też czynnik nerwowy odgrywał bardzo ważną rolę, był punktem wyjścia zaburzeń, na gruncie poprzednio już przygotowanym. Ten względ mógł być powodem, że gorączka była tak uporczywą i że spadek ciepłoty nie ustąpił tak nagle (*per crisis*), jak to zwykle w przypadkach gorączki z przemogi ma miejsce.

Wszakże nawet w podobnych stanach, skoro nie może być mowy o silnych wzruszeniach moralnych, prof. BOUCHARD upatruje źródło gorączek takich więcej w zmienionej czynności układu nerwowego, aniżeli w samozatruciu ustroju produktami nieprawidłowej przemiany materii w mięśniach; widać to z jego własnych słów; mówi on o gorączce, która powstaje z pracy mięśniowej: „z wyjątkiem nadmiernych wysiłków, występuje ona prawie wyłącznie tylko u ludzi osłabionych, a nie zjawia się nawet przy wielkim wysiłku energii, skoro te same osoby wzmocnią się, wprawiają się w pracę fizyczną. Gorączka ta, którą spostrzegamy u ludzi rozpoczynających różne sporty, nie pochodzi ani z mięśni, ani z zatrucia; jest ona wprost nerwowego pochodzenia. Podobnie jak gorączce, powstałej z zatrucia, towarzyszy jej zwiększony rozpad substancji azotowych, czego nie wywołuje praca mięśni w warunkach fizyologicznych“.

Z postaci klinicznych, przebiegających z gorączką, wyróżnić należy przede wszystkim dwie następujące:

1) reumatyczną — *pseudo-rhumatisme de surmenage*,

2) postać sercową — *forme cardiaque des fièvres de surmenage*. Do tej właśnie zaliczamy nasz przypadek. Jakkolwiek i w innych postaciach przemogi spotykamy zaburzenia ze strony serca, jednakże odgrywają one wtedy drugorzędną rolę; w postaci zaś, o której mowa, niedomoga serca i jej następstwa występują na pierwszy plan (*Ponose cardiaque* — REVILLIOD, *myocardite de surmenage* — PETER), a więc: duszność, częsty oddech, bicie serca, *anxiété*, rozszerzenie serca, rytm cwałowy, zawały krwotoczne, sinica, obrzęk stóp, niemiarowość tętna i t. p.. Przypadki te albo prowadzą do śmierci, albo też kończą się pomyślnie po kilku dniach wypoczynku, co zależy oczywiście od natężenia objawów powyżej wyliczonych, od odporności ustroju, jak również od podania odpowiedniej pomocy lekarskiej.

W naszym spostrzeżeniu *polypnoe* i *polycardia* towarzyszyły gorączce w czasie całego przebiegu. Pierwsza dosięgała, zwłaszcza z początku, wysokiego stopnia, z podwyższeniem zaś ciepłoty wzmagała się również; w 3-ym i 4-tym tygodniu można już było zauważyć tendencję do obniżki częstości oddechów, jak również do utraty nerwowego charakteru. Przyczyny, jakie na względnie mieć należy przy powstawaniu nadmiernie częstego oddechu, podaliśmy w poprzednim spostrzeżeniu. Tutaj tylko dodamy, iż według poglądu MOSSO<sup>1)</sup>, który potwierdza badania JOHANSSON'a<sup>2)</sup>, *polypnoe* może zależeć od podrażnienia ośrodka oddechowego pewnymi toksynami, powstającymi w mięśniach

1) ANGELLO MOSSO. „Znużenie“. Przetłumaczył z włoskiego M. FLAUM. Warszawa. 1802.

2) Ueber die Einwirkung der Muskeltätigkeit auf die Athmung und die Herzthätigkeit. Skand. Archiv für Physiologie. 1893. T. Z.

podczas wysiłków fizycznych niezależnie od pobudzenia ośrodków krwigi, obfitującą w kwas węglany.

Większą jeszcze stałością odznaczała się *polycardia*. Z początku częstość tętna dochodziła do 140 na minutę, przy ciepłocie 40—40,5° C., później około 120, w końcu zaś choroby, skoro gorączka była bardzo nieznaczna, lub nawet nie było żadnego podwyższenia ciepłoty, częstość tętna wynosiła jeszcze około 100. Co do innych własności tętna, to te odpowiadały mniej więcej stopniu gorączki; uderzało mnie tylko pewne napięcie tętna, *resp.* pewien skurcz naczyń obwodowych, który stał się powodem, iż dwubitność tętna pomimo wysokiej ciepłoty nie była nigdy wydatną. W czasie przebiegu choroby występowało kilka razy znaczne osłabienie tętna, które nas skłoniło do stosowania środków pobudzających: kofeiny, kamfory, waleryany i t. p..

Co się tyczy serca, to w czasie pierwszego badania chorej można już było stwierdzić powiększenie wymiarów serca nie tylko w podłużnym, lecz i w poprzecznym wymiarze. Pierwsze policzyliśmy na karb rozszerzenia lewego przedsionka, drugie zaś—na karb prawej komórki. Rozszerzenie to ustępowało bardzo powoli, a przy wypisaniu się chorej ze szpitala w okolicy lewego przedsionka odgłos opukowy był jeszcze dość mocno stłumiony. Przestrzeń stłumienia w dolnej tylnej części prawego płuca ustępowała również zwolna. Stłumienie to, jak również rozszerzenie jam serca, uważaliśmy za następstwo osłabienia lewej komórki, wywołane czynnikiem psychicznym i wysiłkiem fizycznym, podobnie jak to miało miejsce w pierwszym spostrzeżeniu. Nie ulega wątpliwości, iż istnienie w danym przypadku gorączki wpłynęło niekorzystnie na odżywianie mięśnia sercowego, wskutek czego rozszerzenie serca większe przyjęło rozmiary i trwało dłużej, niż w pierwszym spostrzeżeniu.

Dwa powyższe przypadki dotyczyły osób młodych; następujący zaś przypadek wykaże nam, jakie następstwa pociągnie za sobą wstrząśnienie psychiczne [strach], któremu jednocześnie i znaczny wysiłek fizyczny towarzyszył — u mężczyzny w starszym wieku.

**Spostrzeżenie III.** Pan B., lat 58 liczący, obywatel wiejski, dobrej budowy i dobrego odżywiania, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej, przybył do Warszawy w celu porady lekarskiej. Chory uskarża się głównie na duszność, która mu już od 3 tygodni silnie dokucza; jest ona prawie stałym objawem, a od czasu do czasu — kilkanaście razy na dzień—dochodzi do *orthopnoë*. Chory wtedy się staje w najwyższym stopniu niespokojnym, każe otwierać drzwi i okna. Raz nawet zdarzyło się, iż chory w czasie takiego napadu w nocy, pomimo opozycji ze strony otaczających go, wyrwał się przemocą na ulicę i biegł w ciągu przeszło godziny po mieście, zanim go nareszcie zdołano do domu sprowadzić na wpół omdlałego. Tym sposobem nocę przepędzał zupełnie bezsennie.

Co do początku cierpienia, to chory odnosi go do następującego faktu, który miał miejsce wiosną przed 3 tygodniami. Jadąc przez lekko zamrażnięte bagna, ubrany w ciężkie niedźwiedzie futro, wypadł z bryczki do bagna, z którego tylko z wielkim wysiłkiem, trwającym około  $\frac{1}{2}$ —1 godziny, zdołał się wydobyć. Wysiłek ten połączony był z wielkim przerażeniem, nawet z obawą

o życie, gdyż przy każdej nowej próbie wydobywania się z wody, sąsiednie miejsce, lekko zamrożone, załamywało się na nowo. Powrócił do domu strasznie zmęczony, a wieczorem tegoż dnia dostał silnego napadu duszności, która go już od tego czasu nie opuszczała.

Poprzednio cieszył się dobrem zdrowiem, z powodu jednak tycia zasięgał porady lekarzy, którzy kładli główny nacisk na powiększenie wątroby i zalecili użycie wód Maryenbadzkich.

Stan obecny. Chory pozostaje w pozycji siedzącej; tętno 140—160 napięte, dość duże, nieco twarde, miarowe. Oddech 60—70 na minutę.

Granice płuc nieco obniżone; w dolnej tylnej części prawego płuca nieznaczny zastój. Oddech pęcherzykowy, w górnych odcinkach dość mocno zaostroszony. Uderzenie wierzchołkowe niewyraźne. Tępość serca nieco powiększona w wymiarze poprzecznym tak, że prawa granica dochodzi do środka mostka. Tętno czyste, głośnie, podobne do siebie pod względem siły, oddzielone prawie równymi przestankami. Rytm tonów serca prawie wahadłowy. Brzuch dość duży. Wątroba umiarkowanie powiększona. Skłonność do zaparcia stolca. Mocz wydziela się średnio około 1000—1200 ctm. sześć. na dobę, ciężaru właściwego 1020, zawiera tylko ślady białka. Cukru, jak również wałeczków nerkowych nie znaleziono.

Choremu zalecono: codzienne użycie kilku łyżek *inf. Sennae comp.* i naparstnicę w naparze z 15 granów na 6 uncji wody. Poprawa jednak była nieznaczna: na częstość tętna naparstnica żadnego dodatniego wpływu nie wywierała, a nawet w czasie użycia drugiej porcji naparstnicy częstość tętna zwiększyła się jeszcze, wystąpiła niemiarowość; należało więc lek ten odstawić. Przeszliśmy wtedy do środków pobudzających, dając naprzemian kofeinę, eter lub kamforę. Duszność jednak nie ustępowała, trwała dalej [około 60 oddechów na minutę], a pewnego dnia zauważyliśmy parę lewej połowy ciała, włączając w to i dolne gałęzie nerwu twarzowego. Mowa wskutek tego stała się mniej wyraźną, chory pomimo to mówi dużo, znajduje się w stanie silnego pobudzenia nerwowego. Dodać wszakże należy, iż i w stanie zdrowia odznaczał się wielomównością.

Noce chory przepędza bezsennie w fotelu, na krótkie tylko chwile zasypia, budząc się z wielkim niepokojem. Oddech bardzo częsty, 50—60 na minutę, przyjmuje od czasu do czasu charakter oddechu CHEYNE-STOKES'a. Tętno ciągle mocno napięte, duże, nieco nierówne, uderza z częstością 130—140 na minutę. Wymiary tępości serca nie uległy zmianie.

Stan ten groźny, budzący wielką obawę o życie chorego, trwał bez zmiany około 3 tygodni. Wyczerpawszy wszelkie możliwe *cardiaca*, postanowiłem pewnego wieczoru zastosować podskórną większą dawkę kofeiny, a gdyby ta pożądanego skutku nie wywarła, zwrócić się do morfiny. Wstrzyknąłem więc w ciągu 15—20 minut 4 szpryczki PRAVAZ'a roztworu będzwinianu kofeiny [3jj— na 5j wody destylowanej].

Rezultat przeszedł wszelkie oczekiwania: po upływie godziny chory zaczął zasypiać, oddech stawał się zwolna rzadszym, tętno mniej częstym, wreszcie nastąpił głęboki, spokojny sen, trwający bez przerwy 13 godzin i to w po-

zycy leżącej. Wkrótce po przebudzeniu się widziałem chorego i zdumiony byłem tą niespodziewaną zmianą w całym stanie jego. Duszność ustąpiła zupełnie, oddech zupełnie spokojny wynosi zaledwie 20 na minutę. Tętno, które dnia poprzedniego uderzało około 140 razy, biło po śnie tylko 80 razy na minutę. W czynności serca można było zauważyć pewną niemiarywość. Ilość moczu zwiększyła się znacznie — do 2000 ctm. sześć. na dobę. Sam chory czuje się znacznie lepiej.

Dwie następne noce chory spał nieco gorzej, jednakże napady duszności zjawiają się znacznie rzadziej i trwają krócej. Chory może już po kilka godzin przyjmować pozycję leżącą. Łaknienie wraca. Chory pije kilka szklanek mleka na dzień. Z leków przyjmuje codziennie napar senesu i saturację z dwuwęglanu sodu z eterem siarczanym.

Przez następne dni chory wyżył 3 flaszki naparstnicy (*inf. Digitalis ex gr. xv—3vj + aether sulfuric. 5j. Co 2—3 godz. łyżkę*), przyczem tętno przybierało coraz więcej cech tętna miarowego, uderzało 74—78 razy na minutę i było mniej napiętem, niż przed podaniem naparstnicy. Jednocześnie i duszność ustępowała, a po upływie tygodnia znikła zupełnie, oddech zaś nie był przyspieszonym i wynosił około 20—25 na minutę. Sen wyborny, diureza dostateczna. Granice tępości serca prawidłowe, tony czyste. W płucach żadnych objawów zastoju niema, oddech pęcherzykowy. Łaknienie także stopniowo wzmagą się i chory wypija dziennie około 1½—2 kwart mleka, je mięso, kompoty, jarzynki.

Po upływie 3 tygodni stan paretyczny nerwu twarzowego ustąpił zupełnie, jak również i gałązki nerwu okoruchowego, unoszącego powiekę górną. Podobnie i porażenie kończyny dolnej lewej znikło, pozostał tylko jeszcze stan paretyczny kończyny górnej lewej. Obrzęk kończyn dolnych zupełnie ustąpił. W obec takiej poprawy pozwalałem choremu na codzienne przejażdżki w powozie, które doskonale znosił, poczem odbywać małe spacerki po ogrodzie. Duszności przy chodzeniu nie doznawał, tylko powłóczył nieco lewą nogą, opisując rodzaj półkola przy chodzeniu. Ciekawym był stan psychiczny chorego z początku: w czasie napadu *polypnoe* był on jakby odurzonym, sennym, na w pół przytomnym, nawet nieco bredził, po nagłym dopiero ustąpieniu duszności, t. j. po przespaniu się, odzyskał zupełną przytomność umysłu. Później w okresie wyzdrowienia dużo, często dowcipkował, był jednak w ciągu kilku tygodni głęboko przekonany, że znajduje się w innej miejscowości w majątku na Litwie, wzywał więc rządzącę, dawał rozporządzenia, dotyczące gospodarstwa zupełnie logicznie, nie mogąc sobie jednak zdać sprawy, że go odległość kilkuset wiorst oddziela od obecnego miejsca zamieszkania. Pomimo to doskonale się oryentował w rachunkach gospodarskich, pamiętał terminy płaty weksli, odbioru pieniędzy i t. p..

W następnych miesiącach [od sierpnia do listopada] widywałem chorego tylko od czasu do czasu, gdyż stan jego był bardzo dobry: sypiał dobrze, nie doświadczał żadnej duszności, nieco przytył. Rytm serca był ciągle miarowym, niekiedy tylko można było stwierdzić przestanki w tętnie, które odznaczało się mocnym napięciem i dużą falą. Tony serca były czyste. Wątroba uległa pewnemu powiększeniu.

Na początku grudnia chory wyjechał z Warszawy. Następnego zaś roku w maju — wskutek napadu apopleksyi—po kilku dniach choroby zmarł.

*Epicrisis.* Uderzającym objawem w powyższem spostrzeżeniu było *poly-pnoe*, trwające z małemi przerwami 6 tygodni. Częstość oddechów wynosiła około 50—60 na minutę. W pierwszej połowie choroby mieliśmy do czynienia z silnem pobudzeniem układu nerwowego i wielką dusznością nie tylko przedmiotową, lecz i podmiotową; w drugiej zaś przeważały objawy przygnębienia z pewnem jakby odurzeniem sfery umysłowej. Do tego właśnie okresu należy odnieść powstanie połowicznego porażenia, które wytwarzało się dość zwolna, niepostrzeżenie. Objaśnić je łatwo można w danym przypadku na mocy istnienia miażdżycy tętnic mózgowych i nieprawidłowego krwiobiegu. Co się tyczy narządu krążenia, to w czasie napadu czynność serca była bardzo energiczną, tętno uderzało około 140 na minutę, było mocno napiętem, twardem, nieco niemiarem.

Z danych, zebranych podczas choroby, jak również w czasie wyzdrowienia, wnosiliśmy, iż mięsień serca znajdował się w stanie umiarkowanego przerostu. Z pomiarów ciśnienia krwi w tętnicach promieniowych za pomocą przyrządu BASCH'a okazało się, iż dosięga ono wysokiego stopnia: w czasie napadu wynosiło 180—200 mm. Hg., po ustąpieniu zaś tegoż dochodziło do 170 mm. Hg.

Co się tyczy początku choroby, a zwłaszcza nadmiernie częstego oddechu, to upatrywać go należy w dwóch okolicznościach: w przestraszu i wysiłkach fizycznych, jakim uległ chory w czasie wpadnięcia do wody. W poprzednio opisanych spostrzeżeniach mieliśmy te same momenty etyologiczne, tutaj jednakże wystąpiły one prawie jednocześnie, gdy tymczasem w tamtych oddzielone były pewnemi przerwami. Tym sposobem i wpływ ich na narządy oddechania i krwiobiegu mógł być o wiele silniejszym.

Zaznaczyć także wypada, iż chory dotkniętym był sprawą miażdżycową, zastojem uarządów brzusznych, posiadał obfity podkład tkanki tłuszczowej, co wszystko razem wzięte sprzyjało bardzo wystąpieniu objawów, zagrażających życiu.

Pod względem terapeutycznym zasługuje na uwagę nagłe ustąpienie *poly-pnoe* — po wstrzyknięciu kilku szprycek roztworu bendżwinianu kofeiny. Przypuszczając, że przyczyną przyspieszenia oddechu jest znaczne pobudzenie ośrodka oddechowego, a prócz tego mając do czynienia z silnem napięciem w układzie naczyniowym, mieliśmy przedewszystkiem na myśli podanie choremu morfiny. Ponieważ jednak istniały objawy depresyi mózgowej, a ośrodek oddechowy mógł się znajdować w stanie pobudliwości z wyczerpania (*reizbare Schwäche*), zdecydowaliśmy się więc najprzód na wstrzyknięcie choremu dużej dawki kofeiny—podobnie jak się niekiedy podaje stare wino w celu nasennym u ludzi wycieńczonych. Że przypuszczenie nasze było słusznem, okazuje się z rezultatu, jaki otrzymaliśmy. Po wstrzyknięciu nastąpił kilkanaście godzin trwający sen, po którym zauważyliśmy stanowczy zwrot ku lepszemu, podobnie jak się to zdarza po przełomie chorób gorączkowych; kofeina więc podziałała nasennie, wynikiem czego był wypoczynek, uspokojenie ośrodków



mózgowych, zwłaszcza oddechania. Dalszym zaś następstwem było zmniejszenie ciśnienia bocznego w naczyniach. Przyrząd BASCH'a wskazywał wtedy 145—150 mm. Hg.. Ponieważ należało przypuszczać, że i narząd krążenia, a zwłaszcza serce ucierpiało w czasie wysiłku fizycznego, podawaliśmy więc z początku różne *cardiaca*; rezultat jednak był bardzo nieznacznym w porównaniu z wynikiem, otrzymanym po kofeinie. W końcu dodać winniśmy, iż w czasie całego przebiegu ważniejszych zaburzeń ze strony płuc nie byliśmy w stanie stwierdzić: cała powierzchnia oddechowa była zupełnie wolną, oddech tylko był częstym. Dyureza była wogóle dostateczną; mniejszą w początku, później po przełomie dość znaczną.

## II. Polypnoe u osób ze wzmożoną pobudliwością układu nerwowego (w histeryi).

W poprzednich spostrzeżeniach w patogenezie nadmiernie częstego oddechania odgrywały główną rolę wzruszenia moralne i wysiłki fizyczne, w następujących zaś zobaczymy, jak przebiega *polypnoe*, mające swe źródło tylko w chorobowej pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego.

**Spostrzeżenie IV.** *Neuralgia phrenica (diaphragmatica). Hemianaesthesia. Morbus Basedowi incompleta.*

P. S., lat 22, służąca, przybyła do szpitala d. 7. XI. 1889, skarżąc się na bardzo silny ból w prawym boku, mianowicie w okolicy dolnych żeber. Ból ten przy ruchach oddechowych, zwłaszcza głębszych, powiększa się znacznie. Wystąpił zaś przed 2 dniami bez widocznej przyczyny ze znacznem przyspieszeniem oddechu. Prócz tego narzeka ona na ściskanie w gardle (*globus hyster.*), skłonność do bicia serca i częste drętwienie palców rąk i nóg. Budowa i odżywianie doskonałe. Twarz rumiana. Stan bezgorączkowy, oddechanie bardzo częste, powierzchowne, wynosi 70—80 na minutę, pomimo to chora na uczucie duszności nie uskarża się. Tętno 100—120 dość silne, napięte, miarowe. Szyja przedstawia umiarkowane zgrubienie z przyczyny powiększenia prawego zrazu gruczołu tarczowego [wielkości orzecha włoskiego]. Oprócz zaostrzenia oddechu w szczytach płuc, żadnych zmian opukowych, ani wysłuchowych nie byliśmy w stanie w narządzie oddechania stwierdzić.

W bocznej części tkanki piersiowej z prawej strony na wysokości IX i X żebra i w odpowiedniej przestrzeni międzyżebrowej, jak również więcej ku tyłowi na wysokości XI i XII żebra chora przy ucisku palcem doznaje dość silnego bólu, jak również i w innych miejscach, odpowiadających mniej więcej przyczepom żebrowym przepony (*pars costalis*), typowych jednak t. zw. punktów bolesnych, jak to bywa w nerwobólach międzyżebrowych, nie mogliśmy odnaleźć.

Serce nieco powiększone w wymiarze podłużnym, uderzenia silne. Przy lewym brzegu mostka na wysokości III—IV żebra słychać dość głośny szmer skurezowy, u wierzchołka słychać również szmer systoliczny, lecz znacznie słabszy. Szmerzy te zaliczyliśmy do kategorii czynnościowych. Drugi ton aorty wzmożony. Tętnienie naczyń szyjowych widoczne.

Badanie narządów brzusznych nie wykazało żadnych zbroceń. Mocz ani białka, ani cukru nie zawierał. W sferze nerwowej stwierdziliśmy dość znaczne znieczulenie całej prawej połowy ciała, zwłaszcza na ból, wyjąwszy kilku miejsc w dolnej części klatki piersiowej, powyżej wspomnianych. Chora nie czuła nawet bardzo głębokich ukłuć szpilką. Ucisk zaś na nerw przeponowy [w okolicy *m. scalen. antic.*] wywoływał dość znaczny ból.

Po wyłączeniu spraw zapalnych (*pleuritis diaphragmatica, perihepatitis*), gościca mięśniowego, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z nerwobólem nerwu przeponowego <sup>1)</sup> na tle histeryi. Nerwoból ten dał powód do wystąpienia niezmiernie częstego oddechu, a to wskutek przeniesienia podrażnienia z nerwów czuciowych na ośrodek oddechania.

Idąc za radą prof. PETER'a, zaleciłem przystawienie w tylnej i bocznej części klatki piersiowej 6 baniek ciętych, poczem bóle znacznie się zmniejszyły, jednak *polypnoe* trwało jeszcze przeszło tydzień czasu. W czasie nocy było ono mniejszego natężenia, niż w ciągu dnia. Bromek potasu, który chorej w ciągu kilku dni podawano w ilości 1 drachmy dziennie, widocznego wpływu na zmniejszenie częstości oddechu nie wywierał; dopiero po wstrzyknięciu  $\frac{1}{6}$  grana morfiny pod skórę oddech stał się rzadszym. Częstość oddechów i wysokość ciśnienia krwi w tętnicy promieniowej była następująca, biorąc cyfry średnie z rannych i wieczornych obliczeń:

	9. XI. Oddechów	76,	tętno	100,	Ciśnienie w mm. Hg	140
10.	"	"	70,	"	80,	145
11.	"	"	72,	"	72,	140
12.	"	"	60,	"	72, źrenice nieco rozszerzo-	135
13.	"	"	62,	"	72, ne, słabo reagują na św.	140
14.	"	"	60,	"	80. Zacerwienienie to je-	136
15.	"	"	62,	"	80 dnej, to drugiej połowy	145
16.	"	"	56,	"	72 twarzy; kończyny zimne.	140
17.	"	"	52,	"	76. Wstrzykn. $\frac{1}{6}$ grn. morfiny.	145
18.	"	"	42,	"	72.	135
19.	"	"	36,	"	74, przepuszczające,	130
20.	"	"	30,	"	72,	135

21. Chora, czując się zupełnie dobrze, opuszcza szpital. Przy ostatniem badaniu okazało się, iż w okolicy prawej łopatki czucie skórne znacznie zmniejszone; począwszy zaś od dolnego kąta łopatki aż do okolicy krzyżowej, istnieje nadczułość skóry. Zajmuje ona także i prawą połowę brzucha do linii środkowej; skóra zaś kończyn dolnych i górnych przedstawia znieczulenie. Bóle w prawym boku ustąpiły zupełnie. Oddech w stosunku do tętna jeszcze przyspieszony. W sercu—te same objawy, które stwierdziliśmy w czasie przybycia chorej do szpitala. Chora chodzi swobodnie, duszności nie doznaje. Co do wysokości ciśnienia krwi, to za pomocą sfigmomanometru BASCH'a można się było przekonać, iż przedstawiało ono nieznaczne wahania w czasie napadu, jak

<sup>1)</sup> M. PETER. Leçons de clinique médicale. Tome I. 1880. pag. 437.

po ustąpieniu tegoż; *maximum* różnicy wynosiło 15 mm. Hg. Ani w składzie moczu, ani w jego wydzielaniu się nie można było nic nieprawidłowego wykazać. *Polypnoe* było w danym przypadku nerwicą odruchową.

**Spostrzeżenie V.** *Aphasia et dysphagia hysterica. Contracturae.*

S. W., lat 20, służąca, przybyła do oddziału mego d. 13. III. 1888 r. Chora dobrze zbudowana i dobrze odżywiana. Tętno około 100, dość napięte, miarowe. Stan bezgorączkowy. Głównie uderza bardzo przyspieszony oddech, wynoszący 70—76 na minutę, przyczem rytmicznie podnosi się i opada klatka piersiowa. Mięśnie szyi mało przyjmują udziału w tem częstym oddechaniu. Twarz zarumieniona, źrenice zwężone, słabo oddziaływają na światło. Chora nie mówi (*aphasia*), choć rozumie wszystko i słyszy. Łykanie bardzo utrudnione, tak, że od kilku dni żywiona jest sztucznie za pomocą rurki żołądkowej. *Hemianacsthesia*, a zwłaszcza *hemianalgesia* po prawej połowie ciała, zajmująca także i twarz. Znieczulenie skóry nie przekracza środkowej linii ciała. Górna i dolna kończyna prawa znajduje się w stanie wyprężenia. W pierwszej przeważa skurcz mięśni wyprostnych, w drugiej — mięśni zginaczy. Ruchy w stawie ramieniowym i łokciowym znacznie ograniczone, to samo w stawie kolanowym i goleniu stopowym.

Badanie fizykalne płuc i serca nie wykazało poważniejszych zmian. Brzuch nieco wzdęty, niebolesny. Skłonność do zaparcia stolca. Mocz wydziela się w ilości 1½ litra na dobę. Ciężar właściwy 1014. Ani białka, ani cukru nie zawiera. Zalecono środek czyszczący. Karmienie za pomocą zgłębnika żołądkowego.

15. III. Oddech 72—80. Tętno 80. Noc bezsenna.

16. III. Oddech 70. Tętno 72. Kontraktura mięśni kończyny górnej lewej mniejsza; chora zgina nieco rękę w stawie łokciowym.

17. III. Oddech 62. Tętno 74, średniej siły i średniego napięcia.

18. III. Oddech 48. Tętno 76. *Menstruatio*.

19. III. Oddech 40. Tętno 72. Chora po raz pierwszy zaczyna sama przełykać mleko.

20. III. Oddech 36. Tętno 76. Skurcz mięśni kończyny górnej i dolnej słabszy.

21. III. Oddech 32. Tętno 72. Łykanie swobodniejsze. Miesiączkowanie ukończone, *meteorismus*.

22. III. Oddech 30. Tętno 72. W nocy chora odzyskała mowę. Oddech spokojniejszy.

23. III. Oddech 24. Tętno 76. Chora lewą kończyną górną porusza swobodnie.

Po kilku dniach chora po ustąpieniu skurczu mięśni zginaczy goleni i stopy była w stanie sama chodzić. Opuściła szpital w dobrym stanie 6. IV. 1888 r., choć znieczulenie skóry prawej połowy ciała nie ustąpiło.

Napad częstego oddechania trwał około 5—6 dni, rozpoczął się zaś bez widocznej przyczyny, jak chora później sama opowiadała, na dwa dni przed przybyciem do szpitala; ustąpił zaś w dniu zjawienia się czyszczeń miesięcznych.

Nieco odmienny obraz przedstawiają następujące przypadki.

**Spostrzeżenie VI.** F. E., żona woźnicy, lat 42, przybyła do oddziału dnia 13 czerwca 1892, skarżąc się na napady ciężkiego oddechu, kaszel, bóle głowy.

Zachorowała przed 10 dniami: uczuła lekkie ziębienie, ogólne osłabienie. Odbyła 10 porodów; najmłodsze dziecko ma 7 miesięcy; przed kilku dniami odstawiła je od piersi. Warunki życia ciężkie, mieszka w wilgotnej suterynie, pracuje dużo.

Budowa średnia. Odżywianie liche. Tkanki tłuszczowej mało. Błony śluzowe blade. Tętno 72, małe, miękkie, miarowe. Oddech 48. Granice płuc obniżone mniej więcej o jedno żebro. Oddech pęcherzykowy, zaostrzony na całej przestrzeni płuc. Kaszel nieznaczny. Plwocina przeważnie śluzowa.

Uderzenie wierzchołkowe, dość silne, w V międzyżebrow. Tępość serca niepowiększona. Drugi ton tętnicy płucnej wzmożony. Tętnienie naczyń szyjowych widoczne.

Czynności narządów jamy brzusznej nie przedstawiają żadnych zaburzeń. Białka, ani cukru—w moczu nie znaleziono. Ciężar właściwy 1016. Ilość dobową okło 1200—150 ctm. sześc..

Następnego dnia w czasie badania chorej byliśmy w stanie przyjrzeć się napadowi częstego oddechu, na który się głównie uskarżała. Wśród rozmowy zaczyna się rozglądać to na prawo, to na lewo; spojrzenie bystre, w którym jednocześnie widać jakiś przestach, skierowują na jeden punkt. Żrenice wtedy są mocno rozszerzone, a z pod powiek wydobywają się łzy. Oddech dotychczas spokojny, równy, nieprzyspieszony, staje się stopniowo coraz częstszym, przyczem serce zaczyna uderzać bardzo silnie i szybko. Okres częstego oddechania trwa okolo 20 do 30 sekund, w czasie których wykonywa okolo 40—60 oddechów. Potem chora przestaje nagle oddechać, serce jednak mocno jeszcze uderza. Kończyny stają się zimnymi i zdrętwiałymi, wargi drżą. Przez cały ten przeciąg czasu spojrzenie chorej nieruchome, oczy skierowane w jeden punkt. W końcu wzrok chorej odrywa się od stałego punktu; chora wykonywa głęboki oddech, poczem cały napad mija. Serce zaczyna uderzać wolniej i słabiej, tętno wynosi wtedy 80, oddech zaś 36 na minutę

Napady powyżej opisane występują kilka razy dziennie; podczas nich chora nie traci przytomności.

Niezależnie od napadów uskarża się ona na uczucie duszności, połączone z częstym oddechem, zjawiające się głównie wieczorem i trwające aż do rana. Przy dłuższem użyciu arseniku, żelaza, bromu i diety wzmacniającej napady stawały się coraz rzadszymi, wreszcie znikły zupełnie.

Przypadek ten przedstawiał się odmiennie od 2 poprzedzających i tutaj napady trwały bardzo krótko, rozpoczynały się od jakiegoś zaburzenia w sferze psychicznej [korowej]. Zakłócenie w czynności środka oddechania i innerwacji serca, przyczyną usposabiającą do podobnej nerwicy, mogły być: upadek odżywiania, wskutek złych warunków higienicznych, przy jednoczesnem karmieniu dziecka, wytężona praca fizyczna, niedostateczny odpoczynek nocny. Że takie były momenty etyologiczne choroby, zdaje się przemawiać pomyślny rezultat leczenia, skierowanego ku tonizacji ustroju.

Co się tyczy spostrzeżeń poprzedzających [IV i V], to wogóle powiedzieć możemy, iż pomimo bardzo częstego oddechania, wpływ tegoż na krwiobieg był bardzo nieznaczny i częstość tętna, jak również i ciśnienie krwi małym ulegały zmianom, przyczem chore nawet nie doświadczały uczucia duszności. Zdawało się jakby zakłócenie innerwacji oddechania było ściśle izolowane i nie odbijało się na innych czynnościach ustroju. [C. d. n.]

## O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisał

**H. Nusbaum.**

— † = † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 2].

Jak ważne usługi w wielu chorobach przynosi higienoterapia dzięki pogłębieniu się znajomości naszej wewnętrznej gospodarki zdrowego i chorego ustroju, zwłaszcza, odnośnie do przemiany materji, na kilku okazemy przykładach.

Nader doniosłego znaczenia dla terapii jest poznanie stosunków, zachodzących w przemianie materji przy inanicyi i przy gorączce. Protoplazma komórek, zatruta przez specyficzne produkty zakażenia, zamiera, rozpada się i ustrój traci znaczną ilość białka. Wiadomo, iż występujące w moczu takie ciała, jak: aceton w dużych ilościach, kwas acetooctowy, peptony, ciała dające diazoreakcyę i inne, dowodzą nie powiększonego tylko utlenienia białka, ale rozpadania się białka tkankowego. Z drugiej strony, wskutek podrażnienia właściwych ośrodków nerwowych, podniesiona ciepłota ustroju i powiększona tem samem sprawa gorzenia powoduje zwiększony rozkład białka krążącego, dzięki któremu ustrój popada w stan inanicyi. Wysoki stan inanicyi ze swej strony powoduje również rozpad białka uorganizowanego tkanek. Badania nad przemianą materji przy głodzeniu przekonały: 1) że ustrój spala najprzód i to w bardzo krótkim czasie małe zasoby, wodorów węgla, jakie posiadał, później zużywa przedewszystkiem jako materiał palny tłuszcz, oszczędzając w znacznym stopniu białko, wogóle zaś w miarę postępu inanicyi coraz bardziej zwalnia całą sprawę gorzenia, t. j. ilość produktów gorzenia zmniejsza się absolutnie, nie tylko w stosunku do utraty wagi ciała. 2) W daleko posuniętych okresach inanicyi, gdy zaczynamy do ustroju wprowadzać małe ilości białka, wodorów węgla i tłuszczów, nie wytwarza się wcale równowaga dowozu i wywozu azotu, ale naodwrot całą ilość białka zatrzymuje ustrój nie rozkładając go, najprawdopodobniej dla odbudowy utraconych składników tkanek. Badania nad przemianą materji w gorączkach wykazują, jak ważną w nich dla przecięcia życia stanowi rolę przedewszystkiem inanicya. Badania powyższe wskazują też, jak, dzięki samoregulacyi ustroju, przy bardzo zwężonych szerokościach życia ustrój broni jeszcze swojego trwania i zarazem, na jakiej dro-

dze tej samoregulacji terapia przyjsé powinna w pomoc: w gorączkach trzeba karmić chorego! Przez dowóz pokarmu nie podnieca się gorączki, jak to dawniej sądzono, ale zwiększonej skali gorzenia pobudzonego przez wpływ odpowiednich toksabumin na układ nerwowy lub bezpośrednio na samą protoplazmę komórek tkankowych, dostarcza się materiału palnego w celu zaoszczędzenia od pożaru składników samych tkanek, a razem dla częściowej choćby odbudowy zniszczonych. W ostrych gorączkach dowóz odpowiednio strawnego i w odpowiedniej ilości pokarmu ocala nieraz życie. W gorączkach przewlekłych, w gruźlicy np., natężone żywienie chorego, z uwzględnieniem, wbrew niektórym błędnym metodom dawniejszym, pokarmów białkowych podnosi znakomicie odporność ustroju i jeśli w rzadszych tylko przypadkach uzdrowia, to za to niemal zawsze trwanie życia znakomicie przedłuża.

Dowóz dostatecznej ilości białka, nadmieniliśmy, jest koniecznym, bo jakkolwiek doświadczenia niektóre okazały, że przy bardzo małym dowozie białka równowaga azotowa się utrzymuje, to odnosiły się one tylko do krótkiego bardzo okresu czasu; po dłuższym czasie niedostateczny dowóz białka wywołuje zwiększony jego rozkład w ustroju i utratę. Ponieważ, bądź co bądź, przy przewlekłych gorączkach, obok ciągłego nadmiaru gorzenia, same produkty zakażenia niszczą białko komórek, przeto, obok potrzeby głównej dostarczania materiału palnego ustrojowi, trzeba też dostarczać materiału do odbudowy tkanek, a więc białka. Zresztą mając nawet na względzie tylko sprawę materiałów palnych, to, jak wiadomo, dostarczać trzeba pokarmu, który by na kilogram wagi ciała dawał przynajmniej 45 ciepłostek. Przy przeciętnej wadze człowieka dorosłego, wynoszącej 60 kil., trzeba przeto dostarczać pokarmu, który by dawał, co najmniej, 2700 ciepłostek; gdybyśmy tę ilość ciepłostek dostarczyć chcieli samym białkiem, musielibyśmy wprowadzać czystego białka 650 gramów, co odnośnie do pokarmów białkowych tak trawieniu, jak i łąknieniu mocno się sprzeciwia. Zwykła ilość białka, którą człowiek może bez szkody przy dobrem odżywianiu się przyjmować, to 150 gramów—tem mniej suchotnik, u którego dzielność trawienia jest, bądź co bądź, upośledzoną; 150 gr. białka daje okragło 600 ciepłostek, potrzeba tedy jeszcze 2100 ciepłostek, czyli, że białko stanowić może mniej, niż  $\frac{1}{4}$  potrzebnych materiałów spożywczych, a więcej, niż  $\frac{3}{4}$ , tych materiałów składać się musi z wodorów węgla i tłuszczów. Objętość potrzebnych wodorów węgla dla wytworu 2100 ciepłostek byłaby tak wielką, a urozmaicenie tak małym, że znowu i dla trawienia i dla łąknienia byłaby strawa taka nieodpowiednią. Trzeba tedy znaczną część pokarmu podać pod formą tłuszczu, którego jeden gram daje blisko 10 ciepłostek, stosunkowo więc przy małej objętości wytwarza dużo ciepłostek. Sto gramów tłuszczu bardzo łatwo wprowadzić do dziennej strawy, a zyskujemy stąd blisko 1000 ciepłostek. Poszukiwania nad składem kału wykazały, że nawet w gorączce tłuszcze doskonale się wchłaniają; bardzo nieznaczny bowiem tylko procent wychodzi z kałem niezuty.

Jak pożytecznem jest forsowne i w powyższy sposób zestawione żywienie w gorączkach przewlekłych, aż nadto dowodnie wykazują dzisiejsze wyniki le-

czenia gruźlicy przewlekłej. Pomijamy tu w tej chwili inne pomocnicze czynniki higienoterapii, niezależne od żywienia.

O ile obficie ma być żywiony suchotnik, o tyle największe umiarkowanie w żywieniu się wskazanem jest dla artrytyka. Pogłębienie znajomości naszej zaburzeń w przemianie materji przy zakażeniu artrytycznem (*harnsaure Diathese*) spotęgowało znakomicie spełnianie zadania higienoterapii w zwalczaniu tego chorobowego usposobienia, które, pozostawione bez tamowania rozwoju jego, prowadzi, jak wiadomo, do bardzo poważnych cierpień serca, naczyń lub nerek i przedwcześnie śmierć sprowadza. Przekonano się, że usposobienie artrytyczne polega: 1) na niedostatecznym wydalaniu się z ustroju wytwarzającego się w tkankach kwasu moczowego, 2) na niedostatecznym wiązaniu się w sole wolnego kwasu moczowego, lub 3) na wytwarzaniu nieodpowiednich związków, gdy najnormalniejszym jest: sprzężona sól podwójnego moczanu i fosforanu sodu, 4) na zbyt małej ilości mocznika w stosunku do zbyt wielkiej — kwasu moczowego w moczu. Higienoterapia odnośnie do żywienia się artrytyków polegać więc będzie:

1) Na umiarkowanym żywieniu się, gdyż naprzód nadmierna praca przewodu pokarmowego usposabia do fermentacji i wytwarzania się kwasów, które już w świetle przewodu pokarmowego wiążą obojętną sól fosforanu sodu, nie stając przeto soli tej do wiązania moczanu sodu we krwi w najodpowiedniejszą sprzężoną sól podwójnego moczanu i fosforanu sodu. Powtórne nadmierne wprowadzanie pokarmów zwiększa ilość leukocytów we krwi, które bogate w nukleinę, dzięki rozkładowi tej ostatniej, właśnie wytwarzają w nadmiarze kwas moczowy.

2) Na dostatecznym dowozie materji białkowatych, gdyż naprzód fałszywym jest mniemanie, jakoby dowóz tych materji zwiększał produkcję kwasu moczowego; powtórne niedostatek dowozu materji białkowatych zmniejsza produkcję mocznika, a ten ostatni przyczynia się do rozpuszczalności kwasu moczowego; potrzebie niedostatek dowozu materji białkowatych podkopuje energię żywotną ustroju i prowadzi go do uwiądu, tem bardziej u artrytyków, których cechuje niedostateczna energia żywotna.

3) Na jak największem ograniczeniu dowozu wodoranów węgla, gdyż naprzód pod wpływem wodoranów węgla stosunek mocznika do kwasu moczowego zmienia się na niekorzyść pierwszego, powtórne stosunek wolnego kwasu moczowego do związanego zmienia się na niekorzyść ostatniego, potrzebie wydzielanie się kwasu moczowego z moczem zmniejsza się.

4) Na jak najobfitszym dowozie pokarmów roślinnych, zieleniny i owoców, gdyż popierwsze, bogata w nich zawartość kwasów roślinnych i soli tych kwasów powiększa wydzielanie się moczu w ogóle, powtórne przyczynia się przez zamianę w ciele na węglany do zupełnego wiązania kwasu moczowego. Kwas mleczny natomiast okazuje się widocznie szkodliwym.

5) Na dowozie znacznej ilości wody, która splukuje tkanki z nagromadzonego kwasu moczowego i zwiększa ilość moczu. Pomijamy tu inne czynniki higienoterapii, skutecznie przedłużające życie ustroju, dotkniętego zakażeniem dnawem, jak: wody alkaliczne, kąpiele i t. d.

Mówiąc o ważności higienoterapii odnośnie do sprawy odżywiania w niektórych chorobach, musimy jeszcze zatrzymać się nieco przy cukrzycy.

Nie można niezgodzić się na trzeźwe napomnienia UNVERRICHT'a, iż nie należy zwalczać objawu danego choroby, ale istotę choroby, warunki jej trwania lub powstawania. Bezwątpienia, zwalczając bezkrytycznie dany objaw, można nawet szkodę choremu przynieść, bo dany objaw może być jednym z czynników samoobrony ustroju, jak np. gorączka przy zakażeniu ostrem, lub kaszel przy cierpieniach błony śluzowej narządu oddechania, albo biegunki przy pewnych cierpieniach przewodu pokarmowego. I UNVERRICHT się wszakże zgadza, iż nieraz, bądź co bądź, w obronie życia przychodzi i dany zwalczać objaw, czyli leczyć symptomatycznie. Pomiędzy przykładami, mającymi wykazać ogólną niestosowność, a nawet szkodliwość leczenia symptomatycznego, przytacza niezbyt właściwie cukrzycę, w której usiłowanie usunięcia cukru z moczu są, zdaniem jego, usiłowaniem usunięcia objawu choroby, ale nie choroby samej, usiłowaniem nie przynoszącym pożytku, a często szkodę ustrojowi. Zapatrywanie to nie zupełnie wytrzymuje krytykę. Jeżeli który objaw, to z pewnością obecność cukru w nadmiarze we krwi i w tkankach bez względu na sprawę chorobową, która ją wywołuje, czy to będzie cierpienie trzustki, czy wątroby, czy ośrodków nerwowych, jest objawem wielce dla trwałości ustroju niebezpiecznym, a zwalczanie tego objawu wychodzi na korzyść ustroju. Zgodne poglądy pierwszorzędných klinicystów stwierdzają, że znikanie cukru z moczu wskutek odpowiednich przepisów higienoterapii idzie niemal zawsze w parze z ogólną poprawą sprawności organizmu. CANTANI w znacznym stopniu na mocy teoretycznej hipotezy swej o istocie cukrzycy przepisuje surową swoją dietę; ale również na mocy teoretycznej spekulacji zalecał w swoim czasie PIORRY podawanie diabetikom znacznych ilości cukru (!) dla wynagradzania cukru traconego w nadmiarze, a SCHIFF zalecał podawanie znacznych ilości wodoru węgla, aby te wyręczały tkanki w wytwarzaniu cukru i tym sposobem je oszczędzały, ale rychło te na spekulacjach oparte metody lecznicze upadły, bo zdyskredytowały się wobec obserwacji klinicznej. Natomiast od JOHN'A ROLLO począwszy, takie powagi, jak: BOUCHARDAT, PAVY, CANTANI, SENATOR, NAUSYN i wiele innych, trwają w przekonaniu, opartem na codziennej obserwacji, że mniej lub więcej modyfikowana dieta, oparta, bądź co bądź, na znakomitej przewodzie materii białkowych w pokarmach, a możliwem ograniczeniu wodoru węgla, jest metodą, która w bardzo wielu razach prawie że leczy cukrzycę, w innych znakomicie na czas mniej lub więcej długi stan chorego poprawia. Nie będziemy się tu wdawać w ocenę poszczególnych metod. Gdy jedne polegają na wyłącznym, ścisłym dowozie li materii białkowych w bardzo dużych ilościach, to znowu w ilościach bardzo umiarkowanych, gdy inne polegają na łączeniu materii białkowych z tłuszczami i alkoholem, z wyłączeniem absolutnem wodoru węgla, gdy jeszcze inne dopuszczają dodatek niewielkich ilości wodoru węgla — wszystkie one są dobre, gdy jedynym tu sprawdzianem jest tolerancja ustroju i ścisłe indywidualizowanie. Dobry klinicysta patrzy na chorego, a w stosowaniu higienoterapii nie powoduje się li teorią, ale nie spuszcza z oka kompasu, którego igła wskazywać musi pra-



wdziwy interes chorego; taki klinicysta przy grożącej śpiączce cukrzycowej, przy pojawieniu się acetonu, kwasu acetoctowego i kwasu  $\beta$ -oksymasłowego w moczu, uczyni zwrot natychmiastowy i miasto pożywienia przeważnie lub wyłącznie białkowego wprowadzi pożywienie bogate w wodany węgla lub wyłącznie z wodoranów węgla i tłuszczów złożone, nie tylko dlatego, że pojawienie się wspomnianych ciał w moczu dowodzi wzmożonego rozpadu białka tkanek i grożącej śpiączki śmiertelnej, nie tylko dlatego, że nadmiar białkowatych pokarmów zmniejsza alkaliczność krwi przez wytwarzanie  $\text{SO}_4\text{H}_2$  i  $\text{PO}_4\text{H}_6$ , co stanowi prawdopodobny moment powodujący śpiączkę i nie tylko dlatego, że należy dostarczać ustrojowi pokarmów, któreby w wyrobie ciepłostek wyręczały białko, ale przede wszystkim, że doświadczenie, że obserwacja kliniczna wykazała, że na wysokości w mowie będącej choroby, gdy występują groźne objawy zwiastujące śpiączkę lub nadzwyczajny upadek sił, zarzucenie jednostronnej diety azotowej poprawia stan chorego, odwraca, a przynajmniej odracza niebezpieczeństwo. Fakt ten nie zmienia wcale zasady, iż w zwykłym porządku rzeczy ograniczenie znakomite wodoranów węgla jest istotną i doniosłą pomocą dla różnych form cukrzycy. Zupełnie tak samo, gdy wobec widocznego rozpadania się białka tkankowego zalecimy chorym możliwy spokój, niemniej w przeważnej części przypadków cukrzycy z korzyścią widoczną dla chorego, higienoterapia zaleca dużą pracę mięśniową, chodzenie po górach, gimnastykę, przy mniejszej sprawności chorego masaż, przy czym nie tylko, że ilość cukru w moczu znacznie się zmniejsza, czasem i ginie zupełnie, ale chory widocznie się poprawia tak na wyglądzie, jak i na siłach. Zbyteczne jest dodawać, że podawanie do wewnątrz wód alkalicznych znakomicie też podnosi skuteczność higienoterapii, jeżeli nie dla tego, że alkalia bronią krew od nagromadzania się w niej kwasów, to dla tego, że pożytecznie w danych razach oddziałują na sprawność przewodu pokarmowego, co jest ważną rzeczą w cukrzycy.

Zbytecznym byłoby rozwodzić się o doniosłości higienoterapii w chorobach przewodu pokarmowego, zwłaszcza odnośnie do samej dyetetyki, której w nader szerokim zakresie skuteczną nieść mogą pomoc: to wody alkaliczne, to kwas solny, to *axymotica*, to *evacuantia*, to *styptica*, to znowu mechaniczne, to hydroterapeutyczne zabiegi. Nie bez znaczenia dla przedłużenia życia są zabiegi higienoterapii w chorobach nerek. Bardzo się uwydatnia sprawność terapii w przedłużaniu życia w wielu bardzo formach zaburzeń serca i naczyń: 1) Zmniejszanie zadania serca, jako pompy ssąco-tłoczącej, przez ograniczenie dowozu płynów w ogólności, jak również przez unikanie zbyt obfitego, zwłaszcza na raz, przyjmowania pokarmu. 2) Pomaganie fizjologicznej samopomocy, dążącej do wzmocnienia mięśnia serca przez systematyczne ćwiczenie mięśni, np. przez wstępowanie na niestrome wzgórza, przy głębokich ruchach wdechowych, oraz w ogóle umiarkowane stosowanie gimnastyki szwedzkiej, przyczem nie tylko ćwiczy się mięsień serca, ale razem ułatwia cyrkulację, zwłaszcza żylną. 3) Ułatwianie cyrkulacji przez masaż, ruchy bierne i kąpiele—oto proste ale przy odpowiedniej indywidualizacji niezmiernie doniosłe czynniki, zachowujące życie dotkniętych chorobami serca. Do tego

przychodzi dzielnie terapii w pomoc nieoceniona naparstnica; znane są niezrządki przypadki, w których w ciągu lat wielu po kilkadziesiąt razy rozpoczynający się złowrogi niedowład serca usuwała przeprowadzana umiejętnie kuracja naparstnicowa; pomagają naparstnicy kofeina i strofant, że pominiemy inne tu należące środki. Jakże widocznie odraczają śmierć w chorobach cyrkulacji środki moczopędne i czyszczące. Już pod bardzo rozwartym kątem dążące do przecięcia się blizkie siebie linie graniczne szerokości życia odchyła jeszcze to przekłucie ścian brzusznych, to skaryfikacja skóry na kończynach dolnych lub, co lepiej, wprowadzanie pod skórę tę igieł drożnych, połączonych z rurkami gumowemi. Dotknąć jeszcze musimy działania pożytecznego jodku potasu przy miażdżycowem zwyrodnieniu naczyń, co w sprawie przedłużania życia niemależ jest wagi.

W ciężkich nerwicach, wreszcie i w psychozach metody dyktowane przez racjonalną terapię, polegające na odpowiedniem regulowaniu czynności mięśni i zmysłów, wrażeń psychicznych i pracy intelektualnej, na stosowaniu czynników fizycznych, chemicznych i psychicznych, rozszerzają granice życia chorego i jego trwałość.

W zadaniu przedłużania toru życia bierze też znakomity udział metoda chirurgiczna terapii. Pomijając np. kwestyę uleczalności raka wskutek wycięcia, której dotknijemy, gdy będzie mowa o zadaniu terapii usuwania chorób, nie możemy nie przyznać, że za wyjątkiem rzadkich przypadków powolnego rozwoju raka sutki, przy których chore umierają naprawdę ze starości, a nie na raka, istnieją liczne i ściśle obserwowane przypadki, w których chorzy byli po dokonanej operacji zdrowi przez 10, 15 i 20 lat przeszło, gdy przecięciowo już przed końcem drugiego roku rozpoczyna się sprawa rozpadowa, powstają owrzodzenia, zaczem idzie zajęcie gruczołów limfatycznych, najbliższych, a wreszcie niedługo dają na siebie czekać przerzuty. Nikt nie będzie wątpił np., że chory BOECKEL'a ze Strasburga, który w siedm lat po wycięciu raka krtani żył jeszcze, miał w istocie dzięki operacji życie przedłużone. Jeżeli usuwane nowotwory złośliwe wogóle zbyt często się odradzają, to w każdym razie usuwanie czy to złośliwych, czy łagodnych nowotworów z miejsc, w których rozrost ich zagraża życiu, np. z sąsiedztwa krtani i tchawicy lub z jamy czaszkowej, jest bezwarunkowem spełnieniem zadania terapii przedłużania życia. Operacje, dotyczące kości lub gruczołów dzieci gruźliczych lub limfatycznych, stanowią akcyę przedłużania życia, jeśli nie zarazem pomoc skuteczną w zadaniu usunięcia choroby. Przedłuża bezwątpienia życie chorego wycięcie nerki gruźliczej, która, podtrzymując gorączkę, prowadzi ustrój do kacheksyi i śmierci, rozumie się, jeśli druga jeszcze jest sprawna; wyluszczenie kamienia nerkowego lub pęcherzowego przepłukiwania antyseptyczne pęcherza moczowego przy katarach przewlekłych i nieuleczalnych w przebiegu porażen rdzeniowego pochodzenia i t. d. i t. d. Nie mamy wcale zamiaru przedstawiać tu całej olbrzymiej dziedziny chorób, w której chirurgia dzielnie broni ustrój od przedwczesnej zagłady.

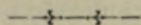
Sprawność terapii w ważnem zadaniu przedłużania życia, w granicach niewzruszalnych, postawionych przez przyrodę, oraz w granicach coraz bar-

dziej rozsuwających się, stawianych przez niezbadane jeszcze dziedziny nauki, jest, bądź co bądź, niemałą. Polega ona w ogólności na wzmacnianiu odporności ustroju wobec niszczącego wpływu choroby, na regulowaniu funkcji fizjologicznych, upośledzonych przez nieuleczalną chorobę, na usuwaniu lub zmniejszaniu objawów choroby, które same przez się życiu zagrażają.

Na zakończenie niniejszego rozdziału jeszcze jedna uwaga. Lekarzowi, jako takiemu, nie wolno być wznoszącym się po nad życie filozofem, wołającym: „*vanitas vanitatis!*” Musi on, w stosunku do ludzi uznawać potęgę życia z całą potęgą jego cierpień i radości, nadziei i żalów. Musi się on umieć wmyśleć w uczucia matki, która chce jak najdłużej dziecię swe widzieć żyjącem, chociaż z punktu widzenia patologii, przyszłości, rozwoju pełnego dziecko to osiągnąć nie może; musi się umieć wmyśleć w uczucia dzieci, które rodziców swych starych, zgrzybiałych, wegetujących prawie tylko, pragnęłyby jednak jak najdłużej otaczać troską, opieką i miłością.

Zadanie przedłużania życia staje nierzadko w sprzeczności z zadaniem usuwania cierpień; do punktu tego powrócimy poniżej, a teraz zwrócimy się do rozpatrzenia ostatnio tu wymienionego zadania. [C. d. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



### 4. Eiselsberg. O leczeniu nabytych braków w kościach czaszkowych.

### 5. Fraenkel. O heteroplastyce przy brakach w kościach czaszkowych.

Przyczyną braków w kościach czaszkowych może być zboczenie wrodzone, uraz, zapalenie, wywołane drobnoustrojami, wreszcie nowotwór. Niewiele przedstawiają dla chirurga interesu braki wrodzone, braki, spowodowane zanikiem kości, a także braki, spotykane przy krzywicy (*craniotabes*). Zwykle dają powód do zabiegów chirurgicznych tylko ubytki kości czaszkowych, spowodowane urazem, zapaleniem, lub nowotworem. Braki urazowe powstają bądź to wskutek złamań powikłanych czaszki, bądź też wskutek trepanacyi. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że niewielkie braki, powstałe na czaszce u osobników młodych, niekiedy z biegiem czasu coraz bardziej się powiększają. Ostre zapalenie kości czaszkowych, wiodące do wytworzenia martwiaków, względnie braków w czaszce, najczęściej powstaje przy złamaniach powikłanych, rzadziej występuje od razu, bez widocznego obrażenia, jako ostre zapalenie szpiku kostnego. Zapalenie takie widziano po tyfusie i influenzy. Do rzędu zapaleń przewlekłych, powodujących zniszczenie kości czaszkowych, należy zaliczyć syfilis i gruźlicę. Syfilityczne braki kości czaszkowych wyróżniają się tem, że mogą dobrowolnie zarastać wskutek odradzania się kości. W ten sposób niekiedy nawet znacznej wielkości ubytki [np. 150 cnt. sześć.] pokrywają się kością. Nowotwory złośliwe, kość dziurawiące, rozwijają się bądź to od zewnątrz, bądź też od środka (*fungus durae matris*): najczęściej jednakże stanowią one tylko przerzuty pierwotnego raka sutki lub gruczolu tarczowego, rozwijając się w istocie gąbczastej kości czaszkowych. Nabyte braki czaszki,

o ile nie zostają pokryte przez nowotworzącą się kość, jak to bywa często z brakami syfilitycznymi, stanowią dla chorego zawsze *punctum minoris resistentiae*, narażając go na ujemne skutki obrażeń, lub też powodując zaburzenia wskutek nieprawidłowego krążenia krwi w mózgu. Dla uniknięcia tych przypadłości starano się pozbawione kości miejsca ochraniać za pomocą odpowiednich pokrywek, lub też zabezpieczać drogą operacyjną. W pierwszym razie sporządzano pokrywki z kartonu, ze skóry, z kauczuku, z miedzi, srebra, glinu i t. p. Ponieważ jednakże wszystkie te ochronne czapeczki niezupełnie odpowiadały celowi, chirurgowie poczęli się uciekać do operacji, stosując bądź to autoplastykę, bądź też heteroplastykę. Posiadamy dziś dwa rodzaje autoplastyki. Z nich pierwszy [MUELLER-KOENIG'a] polega na pokryciu braku za pomocą płata z szypułą, wyciętego w sąsiedztwie i zawierającego skórę, okostną i zewnętrzną blaszkę kości; drugi zaś [SEYDEL'a] wymaga zakrycia ubytku przez kość, wyjętą temuż osobnikowi na przykład z goleni. Obadwa sposoby były stosowane przez rozmaitych chirurgów z powodzeniem, pierwszy jednakże znalazł większe rozpowszechnienie. Na granicy pomiędzy autoplastyką i heteroplastyką stoi homeoplastyka, pod którą to nazwą należy rozumieć wypełnienie braku kości także kością, wziętą od innego żywego człowieka, lub od zwierzęcia. SUCCHI w ostatnich czasach pokrył z powodzeniem brak w kościach czaszkowych jednocentymetrowymi kawaleczkami kości, wyciętej z uda żywego psa. Sposób ten jednakże dotąd nie znalazł szerszego zastosowania. Mianem heteroplastyki zwą operację, polegającą na wypełnieniu braku w kości za pomocą materiału martwego, jako to: kości odwapnionej, gipsu, metalów, celluloidu. Zwłaszcza ostatni środek, zalecany najprzód przez FRAENKEL'a, znalazł licznych zwolenników. Porównywając autoplastykę z heteroplastyką, EISELSBERG przyznaje zierwszej z nich wyższość pod wieloma względami. Heteroplastyka wymaga bezwarunkowo gojenia się rany przez rychłozrost, a najmniejsze ropienie unicestwia cały zabieg operacyjny. Opisują wprawdzie przypadki wgajania się ciał obcych nawet i przy ropieniu, lecz spostrzeżenia takie są nieliczne i wymagają jeszcze sprawdzenia. Autoplastyka natomiast udaje się łatwiej, a niewielkie ropienie nie przynosi przy niej większej szkody. To też w większości przypadków braku w kościach czaszkowych autoplastyka winna znaleźć zastosowanie. Pomimo to bywają przypadki, w których należy oddać pierwszeństwo heteroplastyce. Do rzędu takich należą chorzy kachektyczni, dla których może być groźną niewielka nawet stosunkowo utrata krwi. Tu heteroplastyka, z powodu mniejszego krwawienia, ma wyższość nad autoplastyką, połączoną często ze znacznym krwotokiem. Sam EISELSBERG, po czasowej rezekcji czaszki sposobem WAGNER'a, miał jeden przypadek śmierci z powodu silnego krwawienia z rozszerzonej żyły istoty gąbczastej kości.

Heteroplastyka ma przewagę nad autoplastyką także w przypadkach epilepsji, jeżeli przy trepanacji znajdują zrosty pomiędzy oponą twardą i blaszką wewnętrzną kości. Zastosowanie płata MUELLER KOENIG'a z nierówną powierzchnią kostną sprzyjałoby ponownemu zrosnięciu się opony z kością. Dla uniknięcia tego wypadku w podobnych razach lepiej jest używać gładkiej płytki celluloidowej. Co się tyczy techniki operacyjnej przy autoplastyce, to naj-

trudniejszą część operacji stanowi tu zręczne wycięcie płata, któryby zawierał w sobie skórę z okostną i z zewnętrzną blaszką kości. Łatwo przytem wyciąć kości za mało, a wówczas odcięta blaszka się łamie, lub też wyciąć zawiele, t. j. przedostać się do opon, zamiast tylko do istoty gąbczastej. W pierwszym razie, jak to EISELSBERG sprawdził w jednym swoim przypadku, można otrzymać jeszcze wynik dobry, choćby zbyt cienka blaszka złamała się na kilka kawałków. Natomiast w drugim razie należy wycięty niefortunnie płat pozostawić na miejscu, a w sąsiedztwie wyciąć inny, lepszy i tym brak pokryć: tak zrobił NASSE. Przy oddzielaniu blaszki zewnętrznej KOENIG stosował dłutko, natomiast Ei. przekłada małą piłkę HAY'a. Ei. przypomina SALZER'a przypadek, w którym przy wydłutowywaniu szczęki górnej pękł niewielki ropień na podstawie czaszki i spowodował zapalenie opon. Przy wykonaniu heteroplastyki EISELSBERG zaleca stosować celluloid, który nie wsysa się tak łatwo, jak kość odwapniona, a przytem jest sprężysty i lżejszy od metali. Sama technika heteroplastyki polega na tem, że najprzód za pomocą małego dłutka Ei. robi rowek w brzegu kości, okalającym ubytek. Rowek ten odpowiada istocie gąbczastej kości i służy dla utrzymania brzegów płytki celluloidowej. Następnie z kawałka celluloidu Ei. wycina płytkę odpowiedniej wielkości, w razie potrzeby nagrzewa ją w gorącej wodzie, potem wygina i wreszcie układa na miejscu przeznaczenia w ten sposób, by brzegi płytki weszły w opisany wyżej rowek. Wyciąwszy teraz z sąsiedztwa płat skórny odpowiedniej wielkości, Ei. pokrywa nim płytkę celluloidową i spaja brzegi jego z brzegami otaczającej ubytek skóry, przyczem unika pozostawienia jakichkolwiek szczelin, zakładania gazy lub sączków.

Tam, gdzie wypada pokrywać brak kości, spowodowany trepanacją, Ei. radzi wstrzymać się z natychmiastową heteroplastyką, lecz najprzód założyć ranę gazą jodoformową i dopiero po upływie dni kilkunastu wykonać heteroplastykę. Do takiego postanowienia skłania autora przypadek, w którym zaraz po trepanacji, wykonanej z powodu epilepsji, zastosował on płytkę celluloidową. W ciągu dwóch dni chory miał się dobrze, lecz trzeciego dnia wystąpiły drgawki, wywołane, jak się pokazało, nagromadzeniem się krwi pomiędzy oponą i płytką. Ei. płytkę usunął, ranę pokrył gazą i dopiero po upływie dni 17, ponownie wykonał heteroplastykę, która tym razem powiodła się zupełnie.

EISELSBERG wykonał ogółem 5 razy autoplastykę podług sposobu MUELLER-KOENIG'a i 3 razy heteroplastykę za pomocą płytki celluloidowej, podług sposobu FRAENKEL'a. We wszystkich pięciu przypadkach autoplastyka powiodła się zupełnie, przyczem dwukrotnie sprawdzono dobry wynik operacji po upływie lat paru. Z liczby trzech heteroplastyk jedna się nie powiodła, tak, że Ei. zmuszony był płytkę usunąć; dwa razy zaś wynik był dodatni, co można było sprawdzić w jednym przypadku po latach  $4\frac{1}{4}$ , w drugim zaś—po  $2\frac{1}{4}$ .

Co się tyczy przyczyn, które wywołały potrzebę omawianych operacji, to w 4 przypadkach miano do czynienia z padaczką urazową — z afazją, agrafią i alezią urazową, wreszcie w 3 — z gruźlicą kości.

Przypadek afazji, powstałej po ranie postrzałowej czaszki, zakończył się pomyślnie po wykonaniu trepanacji i usunięciu tkwiących w mózgu odłamków

Natomiast z czterech przypadków padaczki, powstałej po uszkodzeniach głowy, żaden nie dał zupełnego wyleczenia. Padaczka bywała zawsze ogólna, chociaż w każdym przypadku chory cierpiał na silne bóle w okolicy blizny na głowie, i napad padaczkowy zawsze się rozpoczynał od takiego bólu. W końcu swej pracy Et. omawia operowane przez siebie trzy przypadki gruźlicy czaszki. W każdym przypadku gruźlica rozpoczynała się na oponie twardej (*pachymeningitis externa tuberculosa*) i w następstwie prowadziła do przedziurawienia czaszki. Chorzy cierpieli na bóle głowy i ciągły odpływ ropy z przetok. Brzeży ubytku w kości, jak to zwykle ma miejsce przy gruźlicy czaszki, były twarde, wyżarte. Et. wydłutowywał część kości, usuwał ogniska gruźlicze na oponie i skórze, poczem ranę pokrywał gazą jodoformową, a w jakiś czas później wykonywał plastykę. W jednym przypadku wykonał autoplastykę [wyzdrowienie], w dwóch zaś heteroplastykę, przyczem raz nastąpiło zagojenie, drugi zaś raz z powodu ropienia Et. zmuszony był płytkę celluloidową usunąć, i chory opuścił szpital z przetoką.

FRAENKEL zaleca heteroplastykę za pomocą płytek celluloidowych, które mają tę znakomitą wyższość nad pokrywkami kostnymi, że nie zrastają się z oponą twardą. F. stosował tę operację trzykrotnie. W pierwszym przypadku, dotyczącym osobnika z gruźlicą kości ciemieniowej, oraz z zapaleniem gruźliczem kręgów i pochewek ścięgniętych, wynik heteroplastyki był ujemny. Natomiast w dwóch innych przypadkach [brak w kości ciemieniowej po urazie i brak w okolicy wyrostka sutkowego] heteroplastyka powiodła się zupełnie.

Na uwagę zasługuje zwłaszcza przypadek załatwienia płytką celluloidową dziury w okolicy wyrostka sutkowego, powstałej wskutek przebytego w dzieciństwie zapalenia ucha średniego i kości skalistej. Zastosowana w tym razie płytka wrosła dokładnie, pomimo że jedną powierzchnią łączyła się z powietrzem zewnętrznym. F. w końcu swej pracy omawia wyniki heteroplastyki, otrzymane przez innych chirurgów, przyczem zwraca uwagę na doświadczenia, czynione w klinice WOELFLER'a. Oprócz braków w kościach czaszkowych, zastosowywano tam z pomyślnym wynikiem płytki celluloidowe w następujących przypadkach: zastąpiono dwiema płytkami wyciętą z powodu raka chrząstkę obrączkową, zastosowano 2 płytki po resekcji szczęki górnej, wreszcie zastosowano płytkę po resekcji szczęki górnej, wreszcie zastosowano płytkę po resekcji dolnej ściany oczodołu.

W dyskusji nad odczytami EISELSBERG'a i FRAENKEL'a zabierali głos: CZERNY, BARTH i WOELFLER. CZERNY nie miał szczęścia do heteroplastyki; dwukrotnie musiał płytkę usuwać. W jednym przypadku nie powiodła mu się także autoplastyka, wykonana sposobem KOENIG'a. Z powodu cienkości blaszki kostnej płat nie dał odpowiedniej ochrony. W takich razach Cz. radzi pokrywać brak kawałkami kości, wyciętymi z przedniej powierzchni goleni, co dwukrotnie wykonał z powodzeniem. BARTH potępił próby FRAENKEL'a i zwraca uwagę na to, że przepalona kość może być tak dobrze użyta dla pokrycia braków, jak żywa; wszczepiona w części miękkie, prowadzi do wy-

tworzenia nowej kości. WOELFLER daje pierwszeństwo autoplastyce, lecz przyznaje, że płytki celluloidowe mogą się wgajać.

(Eiselsberg — Arch. f. klin. Chir. 1895. Bd. L. s. 845. — Fraenkel. Arch. f. klin. Chir. 1895 Bd. L. s. 405; nadto patrz: Beilage zur Central. f. Chir. 1895. s. 44.).  
B. Sawicki.

## 6. R. Oestreich. Pierwotny rak tchawicy.

Autor podaje 3 spostrzegane przez siebie przypadki pierwotnego raka tchawicy. Przypadek I-szy dotyczy 28-letniej kobiety, u której stopniowo zaczęły występować objawy zwężenia górnego odcinka dróg oddechowych. Badanie, dokonane w klinice prof. LEYDEN'a, dało następujące rezultaty: chora blada, wyniszczona, wargi sine, przebywa w łóżku w pozycji siedzącej z głową pochyloną naprzód; gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone; obrzęków niema, w płucach objawy zapalenia nieżyłowego. Wdech więcej utrudniony, niż wydech. Przy badaniu laryngoskopowem, niezmiernie utrudnionem z powodu duszności i kaszlu, znaleziono: rytmiczne ruchy krtani z góry na dół przy oddechaniu, głos czysty, struny głosowe nie porażone. Brak jakichkolwiek zmian chorobowych w sąsiednich narządach przemawiał przeciw zwężeniu wskutek ucisku, duszność zaś wdechowa, lekki szmer stenotyczny przy osłuchiwaniu, głowa pochylona naprzód — za zwężeniem wewnątrz-tchawicowem. Ponieważ na zasadzie wywiadów i szczegółowego badania można było wyłączyć zajęcie tchawicy sprawą gruźliczą lub syfilityczną, powstało zatem przypuszczenie, że przyczyną zwężenia jest nowotwór złośliwy, umiejscowiony w tchawicy i zmniejszający jej światło. Że ruchy krtani nie były ograniczone [ważny objaw przy różniczkowaniu pomiędzy zwężeniem krtani i tchawicy i wyłączający drugie], LEYDEN objaśnia utrudnieniem wdechu; zwykle przy zwężeniu tchawicy bywa utrudniony wydech, niema zatem powodu do szybkich ruchów krtani, w danym zaś przypadku duszność była wdechowa, ponieważ guz działał tu na podobieństwo klapy. W przebiegu choroby wystąpiły: gorączka hektyczna, oddech częsty [do 44 na minutę], tętno 140—150, stopniowo wzmagająca się duszność, napady zaduszania się, a podczas jednego z takich napadów chora zmarła. Dokonana sekcyja wykazała obecność guza, wielkości śliwki, z nieznacznem owrzodzeniem na powierzchni, umiejscowionego po prawej stronie tylnej ściany tchawicy i zwężającego światło jej o tyle, że wolna przestrzeń od spodu i z lewej strony miała formę wąskiej szczeliny. Guz zaczął się na 3½ ctm. ponad rozwidleniem tchawicy; poprzeczny wymiar jego dosięgał 2 ctm.. Początek sprawie nowotworowej dał niewątpliwie nabłonek gruczołów śluzowych, którego komórki były podobne do komórek raka. Za wyjątkiem jednego gruczołu śródpiersia nigdzie przerzutów nie znaleziono. W płucach liczne ogniska zapalenia t. z. *Aspirationspneumonie*.

W drugim przypadku na zasadzie badania klinicznego, szczególnie zaś laryngoskopowego, rozpoznano za życia: pierwotnego raka tchawicy, a chociaż sekcyi nie robiono, dyagnoza nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Trzeci przypadek dotyczy 62-letniego mężczyzny, obserwowanego przez autora w klinice prof. FRAENKEL'a. Chory uskarżał się na duszność i chrypkę.

Głośny szmer stenotyczny przy wysłuchiowaniu, wyczuwalny *in fossa jugulari*; chory przechyla głowę w tył i przy takiej pozycji głowy szmer staje się mniej głośnym. Krtani przy oddechaniu wykonywa ruchy rytmiczne z góry na dół. Dolny odcinek tchawicy przesunięty na lewo; struna głosowa prawa nieruchomo ustawiona w linii środkowej; prawa chrząstka nalewkowa posunięta cokolwiek ku przodowi, lewa struna głosowa ruchoma przy oddechaniu, przy fonacji styka się z prawą. Obejrzenie tchawicy bardzo utrudnione. Gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. Dyagnozą anatomo-patologiczną: *carcinoma tracheae et telae retrotrachealis et nervi recurrentis dextri, stenosis tracheae*. Na 5 ctm. poniżej krtani na tylnej ścianie tchawicy guz, 1½ ctm. grubości i 3 ctm. długości, kończący się na 5 ctm. ponad rozwidleniem tchawicy. Zewnątrz tchawicy guz wielkości pięści. I w danym przypadku nowotworowi dały początek gruczoły śluzowe tylnej ściany tchawicy; nowotwór był ściśle umiejscowiony i nie dał przerzutów. Porażenie *n. recurrentis*, jak to już MORRA i HINTERSTOISSER zauważyli, utrudniały znacznie rozpoznanie i badanie laryngoskopowe.

Pierwotny rak tchawicy należy do przypadków bardzo rzadkich: SCHEUER na 81 ogłoszonych drukiem przypadków guzów tchawicy znalazł zaledwie 18 przypadków raka, czyli około 22%. Najczęściej występuje on w postaci t. zw. *carcinoma medullare*, rzadziej zaś jako *carcinoma fibrosum*; mikroskopowo przedstawia się jako nacieczenie (*c. planum*), owrzodzenie (*c. ulcerosum*), lub też ma formę narośli brodawkowatych. Umiejscowionym bywa zazwyczaj na górnym i dolnym odcinku i tylnej ścianie tchawicy; inne części tchawicy rzadziej dają początek nowotworowi. Pierwotny rak tchawicy dotychczas zaledwie w kilku przypadkach został rozpoznany za życia chorego; po większej części przebiega skrycie, bez wyraźnych objawów. Rzecz prosta, że istnienie w okolicy tchawicy guza, dającego się wymacać, wtórne cierpienie krtani, oskrzeli, płuc, gruczołu tarczowego, przelyku, śródpiersia, naczyń, nerwów i gruczołów chłonnych, które przy poprzednim badaniu nie dawały żadnych objawów chorobowych, znacznie ułatwia rozpoznanie. Objawy zwężenia tchawicy bez uprzedniego podrażnienia, znaczne wyniszczenie chorego, obecność w tchawicy nowotworu wrzodziejącego lub brodawkowatego widzialnego przy laryngoskopowaniu, obrzmienie gruczołów chłonnych, brak cierpienia sąsiednich narządów lub wtórne ich cierpienie — oto zasadnicze punkty dla pewnego rozpoznawania pierwotnego raka tchawicy. Wiek 33—65 lat przemawia więcej za nowotworem złośliwym; chociaż wiekowi, podług autora, nie należy nadawać zbyt wielkiej wagi przy różniczkowaniu pomiędzy nowotworem łagodnym a złośliwym. Badanie płwociny w celach rozpoznawczych w ogłoszonych dotychczas przypadkach dało wynik ujemny. Co się tyczy rokowania, jest ono stanowczo niepomyślne i we wszystkich wiadomych przypadkach choroba, najdłużej rok trwająca, zakończyła się śmiercią. Ponieważ rak tchawicy względnie długo pozostaje ściśle umiejscowionym i nie ma dążności do dawania przerzutów, przeto autor przypuszcza możliwość otrzymania dodatnich wyników od stosowania zabiegów chirurgicznych. W późniejszym okresie choroby cała terapia sprowadza się do takich rękoczynów, jak: sondowanie i tracheotomia. Pierwszego autor radzi unikać, jako rękoczynu w tych warunkach niebezpiecznego i bezcelowe-



go; wskazaniem dla drugiej mogą być napady zaduszania, operacya ta jednak napotyka na znaczne trudności, jeżeli nowotwór usadowił się na dolnym odcinku tchawicy [używamy wtedy długich kaniul KOENIG'a], albo zupełnie nie da się wykonać, jeżeli i oskrzela są zajęte sprawą nowotworową.

(*Zeitschrift f. klin. Med.* 1895. Bd, 28. Heft V u. VI).

Zygmunt Rom.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE,

Posiedzenie kliniczne z d. 19. XI. 1895.

NEUGEBAUER przedstawia kurczę o 4 skrzydłach i 4 nogach — *dipygus tetrabrachius*. Następnie demonstrowuje dwie macice, usunięte z powodu włókniaków. W pierwszym przypadku włókniak wielkich rozmiarów, umiejscowiony na tylnej ścianie macicy, wyluszczonej został przez STANKIEWICZA, wraz z macicą i przydatkami za pomocą cięcia brzuszego; w drugim NEUGEBAUER wyciął macicę wraz z włókniakami *per vaginam*. Pomimo znacznej wielkości guza w pierwszym razie operacya nie napotykała wielkich trudności, gdy tymczasem w drugim przypadku, przy małym guzie, technika była dość trudną ze względu na znaczne zrosty i obecność torbieli jajnika lewego.

JASIŃSKI przedstawił dziecko trzyletnie z guzem wrodzonym w okolicy potylicowej. Guz zwiesza się w kształcie dużego miękkiego, nienaprężonego worka. Worek ten pokryty jest skórą, obrośniętą nie włosami, lecz meszkiem, a barwa jej jest brudno-brunatną. Części obwodowe tego nowotworu zabarwionego przechodzą bez granic wyraźnych na skórę karku i szyi. Niektóre miejsca guza przedstawiają nieprawidłowego kształtu zgrubienia samej skóry.

W częściach bliżej wierzchołka czaszki leżących widać bliznowate przerodzenie tejże skóry, perłowej barwy, łyse, świecące. W grubości guza wyczuć można oddzielne guziki, jedne odporności włóknistej, drugie — chrząstkowatej, trzecie — kostnej. Największy z nich jest wielkości orzecha tureckiego. Na dnie worka wyczuć można brak zupełny znacznej części kości potylicowej. Brzegi tego defektu są nierówne, zazębione, a sam brak zamknięty jest twardą błoną sprężystą, poruszającą się przy krzyku. Zawartości guza przepchnąć do jamy czaszkowej nie można. Żadnego uszkodzenia urazowego czaszki nie było; guz rozwijał się dość szybko. Uciskanie guza żadnych objawów mózgowych nie wywołuje.

Wobec powyższych danych J. przypuszcza, że wskutek wzrostu umiejscowionego tu nowotworu wrodzonego, mającego cechy znamienia włóknisto-naczyniowego, zabarwionego i uwłosionego, nastąpiło zatrzymanie ossyfikacyi potylicowej. Guz nie łączy się z jamą wewnątrz-czaszkową. J. zaproponował rodzicom chorego operację w celu usunięcia tego nowotworu.

(*Autoreferat*).

STANKIEWICZ demonstruje wyjęty z ucha włókniak, który utworzył się na okolo nakłucia w celu zawieszenia kolczyka.

ZAGÓRSKI mówił „o cięciu nadłonowym”. Przedstawiwszy obecny stan sprawy cięcia nadłonowego i opisaawszy szczegółowo metodę ANTAL'a, Z. przytacza dwa własne spostrzeżenia. Przypadek pierwszy dotyczył chłopca trzyletniego, u którego, z powodu kamienia pęcherza moczowego, wykonano cięcie nadłonowe. Po skórnem ścięciu brzegów rany w pęcherzu, szerokość koaptacyjnej powierzchni wynosiła prawie 1 ctm.. Szwów nałożono 8, pozostałą część rany wypełniono gazą jodoformową. Ósmego dnia po operacji opatrunek był przesiąknięty moczem raz jeden; pomimo to zagojenie nastąpiło szybko, bo w 20 dni. Wydobyty kamień ważył 8 gramów. Przypadek drugi dotyczył chłopca czteroletniego; po otworzeniu pęcherza i wydobyciu kamienia [wagi 10 grm.] okazało się, że ściany pęcherza były zgrubiałe tak, iż skośne okrwawienie brzegów rany było zbyt cennym. Zagojenie nastąpiło szybko, w 23 dni.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych, przytoczonych z literatury. Z. wyprowadza wnioski następujące: 1) Cięcie nadłonowe ANTAL'a jest zabiegiem względnie prostym i nie przedstawia w wykonaniu wielkich trudności w tych wyjątkowych przypadkach, w których, wskutek niepodatności pęcherza do rozciągnięcia płynem, fałda otrzewnowa przedpęcherzowa dostatecznie ku górze unieść się nie daje. 2) Przez wytworzenie szerszych koaptacyjnych powierzchni za pomocą skośnego okrwawienia rozciętych ścian pęcherza metoda ANTAL'a daje większe prawdopodobieństwo doraźnego ich zrostu. 3) Zabezpiecza ona lepiej, niż inne, od moczowych zacieków i następnych przetok skoro przy okrwawieniu jej w tych nawet przypadkach, w których mocz na zewnątrz pomiędzy szwami przesiąknie, następuje jednak zazwyczaj zagojenie ścian pęcherza przez rychłozrost. 4) Z powyższych wymienionych względów sposób wykonania cięcia nadłonowego, podany przez ANTAL'a, zasługuje na szersze rozpowszechnienie, a co najmniej — na wypróbowanie jego skuteczności na znaczniejszej liczbie operowanych przypadków. (Autoreferat).

---

## Wiadomości drobne.

---

— RECLUS, omawiając różne cierpienia, przy których z korzyścią stosował wodę gorącą, zwraca szczególną uwagę na rany szarpane, na zapalenia gruczołu krokowego i na zapalenia okołomaciczne. W razie znaczniejszych obrażeń, połączonych z utratą krwi i wstrząsem, R., zamiast wykonywać amputację od razu, obmywa mydłem, wyskokiem i jakimś płynem antyseptycznym okolicę rany, poczem samą ranę polewa czas jakiś gorącą wodą, lub słabym gorącym roztworem antyseptycznym o ciepocie 60°—62° [przy 64° zmienia się białko]. W ten sposób R. oczyszcza ranę, tamuje krew i podnieca samego chorego. Następnie RECLUS nakłada opatrunek, operację zaś wykonywa, gdy się chory nieco poprawi. W 9 przypadkach zapaleń gruczołu krokowego R. z dobrym wynikiem stosował dwa razy dziennie powtarzane wle-

wania wody o ciepłocie 55°—60° do kiszki prostej. Woda winna wypływać słabym strumieniem. W przypadkach zapaleń jajowodów, jajników, tkanki przymaciczej i t. p. R. radzi, zamiast używanych zazwyczaj przemywań gorącą wodą pochwy, stosować wlewania tejże wody do prostonicy. Ciepłota wody winna wynosić około 55°, a nigdy nie mniej, niż 50°. Wlewania takie należy urządzać rano na pół godziny przed wstaniem. Wprowadziwszy kankę poza zwieracz odbytu, należy otworzyć kranik o tyle, by woda mogła słabym strumieniem wypływać. Gdy chory zaczyna uczuwać parcie na stolec, należy kranik zamknąć i wyczekać, dopóki parcie nie ustąpi, poczem nanowo się kranik otwiera. Tym sposobem można wprowadzić do kiszki większą ilość wody. Chory winien płyn zatrzymywać w prostonicy, o ile to możliwe, około pół godziny. (*Sem. méd. 13 Nov. 1895*).

## Wiadomości bieżące.

— Wszechświat rozpoczął 15 rok swego istnienia, zawdzięczając garstce ludzi dobrej woli, którym rozpowszechnienie szersze nauk przyrodniczych wśród ogółu społeczeństwa leży na sercu. Niema jednego ciekawszego faktu z biologii, chemii, fizyki, mineralogii, któryby w tem piśmie nie znalazł wyraźnego odzwierciedlenia w formie dostępnej dla inteligentnego czytelnika. Zdawałoby się, że jeżeli jakie pismo powinno mieć poparcie, to pierwsze miejsce przypada w udziale „Wszechświatowi“, a jeżeli komu, to najbardziej lekarzom jest ono przydatne. Zadaniem głównem lekarza jest wprawdzie podawanie pomocy choremu; aby jednak pomoc była celową, opartą być winna na szerokiem pojęciu o naukach biologicznych. Otóż, gdy na korzyść naszą powiedzieć można, że popieramy ogólną literaturę więcej od przedstawicieli innych gałęzi wiedzy, to na punkcie nauk przyrodniczych jesteśmy najbardziej zacofani, co odbija się nie tylko w pracach naukowych, lecz i w praktyce codziennej. Medycyna praktyczna bez dokładnej znajomości medycyny teoretycznej, a ta bez nauk przyrodniczych, obejść się nie może. To też z naszej strony na ścisłe badania naukowe zawsze nacisk kładliśmy w ciągu ubiegłego piętnastolecia, i nadal w tym samym kierunku postępować zamierzamy. Stąd też nie możemy nie wyrazić ubolewania, że jedyne nasze pismo przyrodnicze, dzielną ręką prowadzone, nie ma dostatecznego poparcia nie tylko wśród ogółu, lecz i wśród lekarzy, aby rozwijać się mogło tak, jak by tego inicjatorowie sobie życzyli. Przykrym jest nie tyle ten fakt, że u nas zwykle pozostawia się jednostkom prowadzenie sprawy dobrej, nie troszcząc się o to, ile pracy, ile zachodu, ile ofiar zmuszone są one ponosić, ile smutniejszą jest ta okoliczność, że ogół nasz z dobrodziejstw, sypanych przez szlachetne jednostki, zbyt mało korzysta.

— Zarząd Warszawskiego szpitala dla dzieci na posiedzeniu, w dniu 5 stycznia r. b. odbytem, mianował młodszymi ordynatorami następujących kolegów: Z. DOBROWOLSKIEGO, E. DYTŁA, A. GRUŻEWSKIEGO, WŁ. RODYSA, WŁ. SAWICKIEGO i D. WÓJCICKIEGO.

— Pod tytułem: „Pilne sprawy higieniczne“, wydał D-r J. TOHORŹNICKI z zapomogi kasy MIANOWSKIEGO dzieło o 259 str. druku [cena rs. 1], zawierające przeważnie odbitki artykułów higienicznych, drukowanych przez autora w Zdrowiu i Kraju. Dziełko to napisane bardzo przystępnie, nacechowane gorącym przekonaniem o konieczności ulepszeń higienicznych, zasługuje na polecenie. Autor odznacza się wielką wrażliwością na istniejące u nas krzyczące braki w zakresie higieny, odczuwa je głęboko i umie je opisać. Pojedyncze rozdziały traktują o higienie świątyń, szpitali, pociągów, rzeźni, zdrojowisk i stacyi klimatycznych, o dezynfekcyi, kwarantannach w dyfteryie, o lasach, rzekach, letnich mieszkaniach, handlu starzyzną i t. d..

— Berlińskie Towarzystwo Lekarskie ofiarowało 1000 fr. na pomnik PASTEUR'a w Dôle.

— W Berlinie pod honorową prezydencją kanclerza Niemiec ks. Hohenlohe'go zawiązało się towarzystwo budowy miejsc leczniczych dla chorych piersiowych. W całym państwie mają być utworzone komitety pomocnicze.

— XVII kongres balneologów odbędzie się w Berlinie od 5—10 marca r. b..

— XII międzynarodowy kongres lekarski odbędzie się w Moskwie między 19—26 sierpnia 1897 r. Zawiązał się już komitet urządzający, do którego wchodzi: prof. KLEIN [prezes], prof. KOŻEWNIKOW [wiceprezes], prof. ERISMAN [sekretarz], prof. FILATOW [podskarbi], prof. DIAKONOW, TICHOMIROW, NEYDING, OSTROUMOW i KORSAKOW. Składka wynosić będzie 10 rubli. Sekcyi będzie 12. Językiem urzędowym kongresu będzie francuski. Na posiedzeniach ogólnych prace mogą być odczytywane w różnych językach, a w sekcyach dozwolonymi będą języki: francuski, niemiecki i rosyjski. Na koszta urządzenia rząd wyznaczył sumę 30000 rubli.

— Czytamy w pismach zagranicznych, iż w Odessie wkrótce ma być otwartym wydział lekarski. Na urządzenie kliniki i pracowni rząd miał wyznaczyć 1750000 rubli, miasto 500000 rubli; na utrzymanie zaś rząd przeznaczył rocznie 191000 rubli.

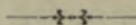
— W Paryżu w grudniu 1895 r. wychodziło pism lekarskich 199.

— Włoskiemu parlamentowi został przez ministeryum przedstawiony do zatwierdzenia projekt zmonopolizowania sprzedaży chininy, którąby każdy mógł nabywać w sklepach z tytoniem lub solą, w paczkach zawierających 3,0 *Chin. sulph.*, a 2,0 *Chin. mur.*, po cenie 50 centimów. Monopol trwałby 5 lat, a celem jego walka z malaryą, na którą rocznie ginie 16000 mieszkańców, a nadto dlatego, iż w 3000 gmin we Włoszech niema aptek; celem więc monopolu nie zysk, lecz dobroczynność.

— Baron EISELSBERG został mianowany prof. kliniki chirurgicznej w Królewcu, a S. KLEIN prof. polikliniki ocznej po zmarłym MAUTHNER'ze.

---

## Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1896 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1896 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.