

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskiej. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Zapalenie płatowe płuc i opłucnej, z prawej strony, ostry nieżyt oskrzeli i t. d. Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza ordynującego w Szpitalu Ewangelickim. Kronika zagraniczna. Porażenie pęcherza moczowego i jego leczenie za pomocą stałego prądu galwanicznego. Przez Dra Juliusza Althaus w Londynie. Wiadomości bieżące. Badania fizyologicznych własności chlorków. Leczenie przetoki odbytnicowej maścią benzoosową. Cholera w Meke i Medynie. Drowie Hlasivetz, Schneider i Rochleder. Dodatek. Policyi Lekarskiej T. I ark. 17. T. II ark. 13 i 14. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmana'a dołącza się ark. 9.

**Zapalenie płatowe płuc i opłucnej z prawej strony, ostry nieżyt oskrzeli, ograniczona zgorzel części dolnego prawego płatu płuc. Wyzdrowienie.**

(*Pleuritis, Pneumonia crouposa, gangraena circumscripta pulmonum*).

Podał Dr Wyrzykowski, lekarz ordynujący w Szpitalu Ewangelickim.

Dnia 16 września r. z. przybył na kuracyę do Szpitala Ewangelickiego R. M., wyrobnik, lat 36 liczący, wzrostu średniego, dobrze odżywiony, budowy silnej; chorób żadnych ważniejszych w swym życiu nie przechodził, owszem zawsze cieszył się dobrą zdrowiem.

Przed dwoma dniami wieczorem dostał silnych dreszczy, które trwały przeszło godzinę, pojawił się ból klujący w boku prawym, nie pozwalający mu swobodnie oddychać, wystąpił silny ból głowy i łamanie w członkach, noc przepędził bezsennie; na drugi dzień wystąpił jeszcze kaszel, dla chorego bardzo uciążliwy z powodu silnego klucia, jakie występowało przy każdym zakasłnięciu, wieczorem ponowiły się znów dreszcze, kaszel stał się jeszcze uciążliwszym i chory nie widząc poprawy, lecz owszem pogorszenie udał się do szpitala 3-go dnia choroby.

Chorego w dniu przybycia znalazłem mocno gorączkującego, ciepłomierz pod pachą pokazywał ciepłość 40,8° C., tętno uderzało 100 razy na minutę,

przyciem było one wielkie, niezbyt prędkie i miękkie. Skóra była sucha i rozpalona, wypieki na twarzy. Klatka piersiowa już na oko okazywała się szerszą po prawej stronie jak po lewej, przestwory międzyżebrowe po prawej stronie były mniej zagłębionemi i przy oddychaniu nie poruszały się weale, ręka przyłożona do piersi wykazywała znaczną różnicę w drzeniu klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*), mianowicie po stronie prawej było ono znacznie słabszem jak po lewej stronie. Przy opukiwaniu klatki piersiowej z lewej strony tak z przodu jak i z tyłu odgłos był jasny i pełny, z prawej strony z przodu u góry znalazłem odgłos bębniasty, z przodu zaś u dołu i z tyłu począwszy od grzebienia łopatki odgłos był stłumiony; granica tego odgłosu stłumionego poczynała się przy kolumnie pacierzowej na wysokości grzebienia łopatki, przechodziła następnie powyżej dolnego kąta łopatki, dalej w linii pachowej przez 5 żebro i kończyła się w linii brodawkowej na 6 żebrze, gdzie stłumienie odgłosu zlewało się z tępością wątroby. Przy wysłuchiwaniu z lewej strony tak z przodu jak i z tyłu dawał się słyszeć oddech pęcherzykowy zaostrowy, zamaskowany licznemi drobnemi rżęciami śluzowemi, z prawej strony od przodu i u góry oddech był również pęcherzykowy, lecz bardzo słaby z powodu licznych rżężeń tutaj występujących, u dołu zaś i z tyłu w miejscu stępienia przy zwyczajnem oddychaniu nie było słychać żadnego szmeru oddechowego, przy mocnem zaś oddychaniu dawał się słyszeć pewien szmer, którego charakteru jednakże trudno było bliżej oznaczyć; wreszcie na samej granicy tępości dawał się słyszeć oddech oskrzelowy na bardzo nieznaej przestrzeni, najwyraźniej przy kolumnie pacierzowej; brzmienie głosowe było w ogóle bardzo słabem, a w miejscu stępienia zupełnie zniesionem, pod pachą prawa na granicy tępości przy bardzo głośnem mówieniu dawał się słyszeć kozi bek (*acyphonia*). Oddychanie było częste (40 razy na minutę) i powierzchowne, połączone z mocną dusznością. Kaszel częsty, moczolny, połączony z mocnem krztuszeniem, przy kaszlu chory odpluwa niewielką ilość plwociny śluzowej, ciągnącej się, zupełnie białej i spienionej. Język lekko obłożony białym mulem, na samym końcu nieco zacerwieniony, podsychnięty, smak kleisty; brzuch mierniej wielkości, niebolesny, przy opukiwaniu wydaje wszędzie odgłos bębniasty, chory nie ma apetytu, pragnienie ma mocne, stolec raz na dobę wolny (w domu brał olejek kleszczowinowy). Mocz ciemny w niewielkiej ilości. Chory użala się na ból głowy, na klucie w boku prawym, szczególnie dokuczliwe w czasie kaszlu i na mocne osłabienie.

Polecilem choremu postawić 30 baniak ciętych na boku prawym, po bańkach ciepłe okłady i zapisałem: *Rp. Tartari stibiati gr. jj, Infusi lini unc. VI. MDS.* Co 2 godziny po łyżce stołowej. Za dyetę 2 mleka.

Dnia 17. Gorączka w tym samym stopniu, odgłos opukowy jeszcze bardziej tępy i próżny, rżęcenia drobnopęcherzykowe bardzo liczne, język mocniej zacerwieniony, stolec 3 razy wolny; pomimo że objawy ze strony płuc utrzymały się na tej samej wysokości, a nawet ilość wysięku w jamie opłucnej wyraźnie się powiększyła i pomimo niejakiego pogorszenia objawów ze strony przewodu po-

karmowego, chory jest spokojniejszym, kaszle mniej i z większą łatwością i nie tak bardzo uskarża się na duszność i klucie. Choremu przepisałem: *Rp. Emulsionis oleosae unc. VI, Tartari stibiati gr. j. MDS.* Co dwie godziny łyżkę.

Dnia 18. Gorączka większa jak w dniu wczorajszym (C. 41°, T. 108 bardziej miękkie). Ze strony płuc żadnych zmian w znakach fizykalnych, kaszel częsty, niezbyt mozolny, plwocina szklista, mocno ciągnąca się z lekkim odcieniem czerwona-wym. Język mocniej zasychający i zaczerwieniony, brodawki wystające i obnażone z nabłonka, znaczna suchość w ustach, brzuch wzdęty i nieco bolesny, przy dotykaniu wywołać można w kiszkiach szmer przelewania, stolce skape, wolne, połączone ze rznięciem w brzuchu. Mocz w małej ilości, ciemny, z obfitym osadem moczianów. Ból głowy, osłabienie bardzo znaczne. Przepisałem: *Rp. Emuls. oleosae unc. VI, Natri nitrici dr. j, Aq. Amygd. amar. dr. j. MDS.* Co półtorej godziny łyżkę stołową i poleciłem położyć kataplazm na brzuch.

Dnia 19. Gorączka mniejsza, ze strony płuc żadnych zmian; język mniej zasychający i nie tak czerwony; brzuch mniej wzdęty i bardzo mało bolesny, stolca nie było, mocz tak samo mocno nasycony. Lekarstwo też same.

Dnia 20. Gorączka znów większa. (Ciepłota 41,2°, tętno 110, duże lecz bardzo miękkie), ze strony płuc żadnych zmian w znakach fizykalnych, kaszel bardziej mozolny, plwocina mocniej zabarwiona na kolor czerwono-rdzawy, duszność większa, oddechów przeszło 45 na minutę, język podsycający czarniawym mułem obłożony, brzuch nie bolesny, stolca nie było, pragnienie bardzo duże, ból głowy, bardzo znaczne osłabienie, mocne wypieki na twarzy z odcieniem sinawym. Przepisałem olejek kleszczowinowy jedną uncję na raz, emulsję co godzina łyżkę i poleciłem dalej przykładać kataplazmy na brzuch.

Dnia 21. Język mniej obłożony, stolce wolny 3 razy, ze strony płuc żadnych zmian. Przepisałem: *Rp. Emulsionis oleosae unc. VI, Natri nitrici. Aq. amygd. amar. ana dr. j. MDS.* Co godzina łyżkę.

Dnia 22. Gorączka i osłabienie utrzymują się na jednym stopniu, kaszel częsty i mozolny, plwocina zawsze jeszcze przeważnie szklista z nieznaczną przymieszką odlewów włóknikowych, brzuch bolesny, stolca znów nie było. Przepisałem olejek kleszczowinowy i zwyczajną emulsję co godzina łyżkę.

Dnia 23. Oprócz bardzo nieznacznego obniżenia gorączki (C. 40,8, T. 108) i mniejszej bolesności brzucha żadnych zmian nie zauważyłem w stanie chorego. Przepisałem: *Rp. Inf. Cephaelidis (c. gr. VI) unc. j, Emulsion. oleosae unc. VI Natri nitrici, Aq. amygd. amar. ana dr. j. MDS.* Co godz. łyżkę.

Dnia 24. W obec tej samej gorączki i przy tych samych znakach auskultacyjnych kaszel stał się częstszym, przy którym chory odpluwa z większą łatwością i nieco więcej plwociny, ta ostatnia jest mocniej zabarwiona na kolor rdzawo-czarniawy, jest zawsze mocno jeszcze ciągnącą się i silnie przylegającą do szklanki, brzuch zawsze trochę bolesny i nieco wzdęty. Stolca nie było. Osłabienie bardzo duże, chory po każdym kaszlu pada obezsilony na poduszki.

Przepisałem jeszcze raz olejek kleszczowinowy w ilości jednej uncji i lekarstwo też same co 2 godziny łyżkę.

Dnia 25. Gorączka mniejsza (C. 40°, T. 112, miękkie). Stopień odgłosu utrzymuje się w tych samych granicach, rżenia liczniejsze, szczególnie dają się wyraźnie spostrzegać przy głębszym oddychaniu w dolnym prawym płacie płuc, przyczem obok jednostajnych, drobnopęcherzykowych rżeń dają się spostrzegać od czasu do czasu i grubopęcherzykowe; kaszel przychodzi nie tak często, lecz za to trwa za każdą razą dłużej (w rodzaju napadów), płwociny wydziela się więcej, czasami bywa ona zupełnie bezbarwną, szklistą, innym razem po silniejszym kaszlu bywa mocno zabarwioną i śmierdzącą. Język podsychnięty, pragnienie duże, brzuch bardzo mało bolesny, stolec wolny, kilka razy przez dobę. Osłabienie bardzo znaczne, bezsenność. Lekarstwo też same.

Dnia 26. Stan ten sam z tą tylko różnicą, że chory odpluwa bardzo wiele płwociny do 12 uncji w ciągu doby, przyczem ta ostatnia jest mocno śmierdząca, tak że obok leżący chorzy zmuszeni byli przenieść się na drugą stronę sali, ja sam, gdy chory kaszlał, zmuszony byłem odwracać głowę, tak zapach ten był przykrym i przenikliwym, prócz tego była ona mocno zabarwioną, prawie czarną. Przepisałem choremu *Rp. Dti cort. chinae (c. dr. jii) unc. VI. Trae Cephaelidis dr. unam et semis, Camphorae gr. j. MDS.* Co 2 godz. łyżkę.

Dnia 27. Gorączka znów nieznacznie się obniżyła (C. 39, T. 112). Słuchanie odgłosu opukowego utrzymuje się dalej, rżenia w obu płucach bardzo obfite, w lewym płucu i prawym u góry są one drobnopęcherzykowe, w dolnym zaś więcej grubopęcherzykowe, kaszel występuje w rodzaju napadów, przy każdym takim napadzie z powodu silnego ksztuszenia się chorego zrywa aż do wymiotów, napad taki po 2, 3 minutach kończy się odplunięciem znacznej ilości płwociny czarniawej i zawsze mocno śmierdzącej, po czem chory zmęczony, rozzerwiony, prawie siny, spocony upada na poduszki by po półgodzinnym spoczynku na nowo zacząć kaszleć. Język czarniawym mulem obłożony, podsychnięty, stolca nie było. Lekarstwo też same.

Dnia 28. Stan ten sam; stolca nie było. Przepisałem choremu olejek kleszczowinowy i lekarstwo też same co 2 godziny łyżkę.

Dnia 29. Gorączka mniejsza (C. 38,8, T. 110), język mniej podsychnięty i nie tak mocno obłożony, stolec był wolny kilka razy, obfity; w dolnym prawym płacie płuc od tyłu przy zwykłym opukiwaniu odgłos jest zupełnie tępy, przy mocnym zaś obok swjej tępości jest nieco bębnistym; kaszel w jednej mierze. Osłabienie bardzo znaczne. Postawiono wezykatoryę pod prawą łopatką. Lekarstwo przepisałem podobnie z małą zmianą. *Rp. Dti corticis chinae (c. dr. jii) unc. VI, Trae Cephaelidis dr 1½, Ammonii carbonici dr. ½ MDS.* Co 2 godziny łyżkę.

Dnia 30. Gorączka znacznie mniejsza (C. 38,2, T. 94 więcej rozwinięte, większe i nie tak miękkie), skóra wilgotnawa lekkim potem pokryta; płwocina oddziela się ciągle w dużej ilości i tych samych własności, język mniej obłożony,

apetyt zawsze bardzo mały, chory ze wstrętem nawet przyjmuje wszelki posiłek z powodu cuchnącego swego oddechu, brzuch niebolesny, stolec średniej konsystencji, raz na dobę; moczu mało, chociaż nie jest tak ciemny i mniej zawiera w sobie moczanów.

Dnia 1 października. Stan ogólny lepszy, chory czuje się nieco silniejszym, kaszle mniej i nie z tak wielkiem nateżeniem, w płwocinie obok mass rozpadowych barwy czarniawej można odróżnić znów odlewy włóknikowe, płwocina przy kaszlu odrywa się łatwiej, zawsze jednakże jest mocno jeszcze śmierzdząca, duszność jest mniejsza, chory może oddychać głębiej, przy każdym jednakże głębszem odetchnieniu czuje dotkliwy ból kłujący w prawym boku; język wilgotny, z brzegów czysty, po środku obłożony żółto-białawym mulem, apetyt nieco lepszy. Przy badaniu fizykalnem oprócz mniej obfitych rzeżeń w lewem płucu żadnych wyraźniejszych zmian nie znalazłem. Lekarstwo też same.

Od tego czasu stan chorego subiektywnie codziennie się poprawiał, gorączka stopniowo ustępowała tak, że po 7 już dniach z rana chory był zupełnie bez gorączki i tylko występowała ona jeszcze wieczorami i to w bardzo nieznacznym stopniu; kaszel pomniejszył się, chwilami tylko występował bardzo silny w połączeniu z mocnem krztuszeniem, płwociny wydzielalo się coraz mniej i w miarę pomniejszenia jej ilości stawała się ona coraz jaśniejszą, zbitą, barwy żółtawej, zawsze jednakże wydzielala ona jeszcze, szczególnież zaraz po odpluciu, woń bardzo nieprzyjemną; język się oczyszczał, apetyt stawał się lepszym i chory oprócz mleka dostawał jajka na miękko, kaszkę, stolec bywał codziennie; osłabienie ustępowało, chory sypiał po kilka godzin w nocy. Odpowiednio do tych zmian zachodziły zmiany i w znakach fizykalnych narzędzi piersiowych, chociaż postęp tutaj nie był tak szybkim i widocznym z dnia na dzień, jakby można było się spodziewać po poprawie w stanie ogólnym zdrowia. Stopień odgłosu po prawej stronie klatki piersiowej utrzymywało się ciągle w tych samych granicach, z lewej strony oddech pęcherzykowy był wyraźniejszy i rzeżeń tutaj było bardzo mało i to głównie występowały one tylko z tyłu i u dołu, z prawej zaś strony w samym szczycie dawały się słyszeć rzeżenia drobnopecherzykowe, na granicy tępości szczególnież od tyłu można było słyszeć chwilami oddech oskrzelowy bardzo wyraźny, innym zaś razem dawały się słyszeć same tylko rzeżenia, u dołu zaś w miejscu tępości przy zwyczajnem oddychaniu nie można było słyszeć zgoła żadnego szmeru oddechowego, przy mocnem zaś oddychaniu dawały się słyszeć rzeżenia grubo-pęcherzykowe.

Do dnia 7 października chory brał ciągle też same lekarstwo. W tym dniu ponieważ użalał się na indłości, odbijanie, przyczem język był zawsze obłożony i apetyt się pomniejszył zmieniłem poprzednią mieszankę na następującą: *Rp. Dti lichen. island. (e dr. jj) unc. VI, Trac chinae comp. dr. j, Trac cephaelid. dr. 1/2, MDS. Co 2 godz. łyżkę.*

Przy tej mieszance chory pozostawał do dnia 12 października; apetyt znów się poprawił, gorączka występowała tylko wieczorami i to bardzo umiarkowana,

kaszel jednak utrzymywał się ciągle z tém samém natężeniem, płwocina była zawsze śmierdząca i zabarwiona, przy wysłuchiowaniu i opukiwaniu nie spostrzegłem żadnych tak bardzo wyraźnych zmian. Nie widząc poprawy przepisałem: *Rp. Plumbi acetici gr. 1/3, Camphorae gr. 1/2, Sacchari gr. V, M. f. pulv. Dent. tal. dos. N. 12. D.S.* Co dwie godziny proszek i nadto poleciłem choremu postawić wezykatoryę na to samo miejsce co i poprzednio.

Od tego czasu poprawa była wyraźniejszą i postępowała szybszym krokiem, jakkolwiek nie można było uchwycić tych różnic z dnia na dzień, to jednakże po pewnym przeciagu czasu stawały się one bardzo wyraźnemi, naturalnie różnice te zachodziły ciągle, lecz jak zawsze w chorobach przewlekłych były one bardzo nieznaczne i potrzeba było pewnego, że tak można powiedzieć, ich zsumowania, ażeby stały się dla naszej obserwacyi widocznemi. Gorączka ustępowała z wolna i w końcu ustąpiła zupełnie (około 20 października), kaszel był coraz mniejszy, tak że w końcu tego miesiąca chory na dobę zaledwie zakaszał parę razy, a w połowie listopada ustał mu zupełnie, płwociny odpluwał coraz mniej, przyczém stawała się ona zbitą, blado-żółtą (stłuszczoneą), a zarazem z wolna traciła swój zapach; apetyt powiększał się, chory oprócz poprzedniego posiłku dostawał mięso, stolec pomimo używania ołowiu (z początku co dwie godziny, następnie po trzy proszki dziennie) bywał codziennie; w miarę postępującej poprawy zmieniał się i wygląd chorego, chory wychudnięty i blady nabierał coraz lepszej cery, utył trochę; siły wzrastały, sen miał dobry. W miarę téj poprawy zmieniły się na lepsze i stosunki auskultacyjne płuc. Z lewej strony na całej przestrzeni tak z przodu, jak i z tyłu dość weześnie już powrócił w zupełności oddech pęcherzykowy; z prawej strony oddech pęcherzykowy prawidłowy najprzód się powrócił z przodu, z tyłu zaś u góry jeszcze jakiś czas utrzymywał się oddech pęcherzykowy zaostrozony, lecz w końcu i to zaostwienie zniknęło zupełnie, u dołu już po drugiej wezykatoryi zniknął odgłos tępy ustępując miejsca pewnemu tylko stłumieniu, stłumienie to odgłosu utrzymywało się najwyraźniej i najdłużej przy kolumnie pancerzowej między 9 i 11 żebrem i nawet z takim stłumieniem chory opuścił szpital; w miarę jak wyjaśniał się odgłos stłumiony ginęły i rżenia, najprzód zginęły one u góry na granicy poprzedniej tępości wraz z oddechem oskrzelowym, następnie u dołu; w tém ostatniem jednakże miejscu, gdzie poprzednio dawały się słyszeć rżenia grubo-pęcherzykowe w rodzaju bulkotania, najdłużej się one utrzymywały, zmieniając stopniowo swój charakter od rżeń bardzo głośnych i licznych, grubo-pęcherzykowych do rżeń jednostajnych, drobno-pęcherzykowych, coraz mniej wyraźnych i nie tak często występujących.

Oetan ołowiu wraz z kamforą chory zażywał do pierwszych dni listopada, poczem przyjmował tylko tran w ilości 3 łyżek dziennie z 5 kroplami eteru do każdej łyżki. Tran przyjmował do dnia 9 grudnia. W tym czasie miał postawioną dwa razy jeszcze wezykatoryę na prawym boku. W dniu 9 został wypisanym ze szpitala na własne żądanie. Ze zmian jakie nastąpiły wskutek przebytej choroby, pozostało się tylko, jak to już powyżej nadmienilem, pewne stłumie-

nie odgłosu opukowego u dołu po prawej stronie przy kolumnie pacierzowej i nieznaczne klucie, występujące przy bardzo głębokim oddychaniu.

W wypadku powyżej opisanym choroba nie była z całą dokładnością od samego początku rozpoznana. Z początku, opierając się na znakach fizykalnych, stwierdziłem tylko samo zapalenie wysiękowe opłucnej z prawej strony i ostry nieżyt oskrzeli w obu płucach, możliwości zaś zapalenia w dolnym prawym płacie płuc nie przypuszczałem wtedy weale, dopiero trzeciego dnia po przybyciu chorego do szpitala, gdy w płwocinie stwierdziłem obecność odlewów włóknikowych, przekonałem się, że w danym wypadku obok zapalenia opłucnej miałem jednocześnie do czynienia i z zapaleniem samych płuc. Niedostateczne to rozpoznanie choroby, jak przekonał mnie przebieg, było bardzo ważnym pod względem rokowania, z tego powodu uważam za właściwe bliżej się zastanowić nad niektórymi okolicznościami, które mogą nam ułatwiać lub przeciwnie utrudniać rozpoznanie w podobnych wypadkach. Rzeczywiście podobne wypadki, w którychby jednocześnie występowało zapalenie płatowe płuc i opłucnej są dosyć rzadkie, zwykle bowiem przy przeważnym zapaleniu opłucnej znajdujemy tylko zapalenie płuc w samej powierzchownej ich warstwie przylegającej tuż do opłucnej uległej zapaleniu i odwrotnie przy płatowym zapaleniu płuc znajdujemy nieznaczne zapalenie w opłucnej trzewnej i prawie zawsze bezwysiękowe; takie zapalenia, które rozszerzają się *per contiguitatem* na przyległe tkanki, nie mają żadnego znaczenia i z ustąpieniem głównego zapalenia rozchodzą się same przez się bez żadnej interwencji z naszej strony. Dalej zdarzają się wypadki, już dosyć rzadkie, w których do istniejącego zapalenia płuc przyłącza się zapalenie opłucnej lub odwrotnie do istniejącego zapalenia opłucnej przyłącza się płatowe zapalenie płuc; w tych wypadkach nowo występujące objawy w czasie mniej więcej prawidłowego przebiegu choroby, jako to dreszcze, nasilenie gorączki, zmiana w tętnie i oddychaniu, duszność, wreszcie obecne przytęm znaki fizykalne ostrzegają nas o wystąpieniem powikłania i rozpoznanie czynią dość łatwym. Nakoniec i do tego niesłychanie rzadko, przytrafiają się wypadki, jak obecny, w których od samego początku występuje zapalenie płuc i opłucnej z jednakowym nateżeniem w obu tych tkankach i wtedy rozpoznanie jest niesłychanie trudnym. Znaki bowiem fizykalne, na których głównie a nawet prawie wyłącznie opieramy rozpoznanie chorób narzędzi piersiowych, w tym razie dowodzą obecności samego tylko zapalenia opłucnej (rozszerzenie klatki piersiowej, wyrównanie przestworów międzyżebrowych, zniesienie w nich ruchów oddechowych, stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie lub zupełnie niedostawanie wszelkich szmerów oddechowych; zapalenie zaś płuc nie zdradza się wtedy żadnymi znakami obiektywnymi (nie znajdujemy bowiem wtedy ani wzmocnionego drżenia klatki piersiowej, ani oddechu oskrzelowego, ani też brzmienia oskrzelowego). Oddech zaś oskrzelowy, jaki znajdujemy na granicy stopienia, przytrafia się w większej liczbie wypadków zapalenia opłucnej i zależy od uciśnienia przyległych części

pluc, jego zatem obecność lub nieobecność nie dowodzi jeszcze niczego, wprawdzie przy jednoczesnym zapaleniu płuc i opłucnej, szerokość na której słyszemy oddech oskrzelowy ma być większą, lecz pojmujemy, że podobne określenie większa lub mniejsza szerokość są pojęciami bardzo względnymi, na których żadną miarą nie możemy jeszcze stanowczo opierać swego rozpoznania. Gdy więc w tych razach znaki auskultacyjne i perkusyjne posiadają znaczenie bardziej podrzędne, należy w podobnych wypadkach baczniejszą zwrócić uwagę na inne okoliczności, które mogą ułatwić nam rozpoznanie w wątpliwych wypadkach. Rzeczywiście przebieg choroby w takich razach nie bywa prawidłowym, znajdujemy znaczne zboczenia w natężeniu niektórych objawów, które nie odpowiadają znalezionym zmianom miejscowym i dowodzą, że oprócz wykrytych zmian chorobnych znajdują się jeszcze i inne. I w opisywanym też wypadku znaczne natężenie gorączki, niezwykła miękkość tętna (gdy przy samym jednym zapaleniu opłucnej, tętno zazwyczaj bywa twardem), znaczna duszność, wielkie osłabienie nie odpowiadały wcale obrazowi zapalenia opłucnej ograniczonemu do nieznacznej przestrzeni, wprawdzie można było te objawy położyć na karb rozszerzonego nieżyty oskrzeli, lecz i ten ostry nieżyt był dosyć zagadkowym, zapalenia bowiem opłucnej w wyjątkowych tylko razach wikłają się nieżytem oskrzeli; a tymczasem wszystkie te objawy znajdowały swoje wytłomaczenie bardzo prostym sposobem przez przypuszczenie zapalenia płuc, wtedy i ten ostry nieżyt oskrzeli był po prostu tylko następstwem obocznego napływu krwi (*hyperaemia collateralis*) do zdrowych części płuc wskutek znacznego upośledzenia krwi obiegu w płucu zapalonym i do tego jeszcze ucisnięciem wysiękiem.

Trzeciego dnia choroby, gdy w płwocinie pojawiły się odlewy włóknikowe nie było już można mylić się co do natury choroby, nieprawidłowy dotąd przebieg znalazł dostateczne wytłomaczenie. Wskutek postawienia takiego rozpoznania rokowanie dla chorego wypadło bardzo niepomysłnym, łatwo bowiem w takich razach mogło przyjść do wodnej puchliny płuc (*oedema pulmonum*), prawie bezwarunkowo śmiertelnej, gdyby zaś chory uchronił się od tego niebezpieczeństwa, zejście zapalenia płuc i opłucnej przedstawiało bardzo wiele jeszcze niebezpieczeństw, zapalenie w płucu ucisniętym, zważając na stosunki krążenia krwi, zamiast jak zwykle rozejść się, mogło pociągnąć za sobą bardzo łatwo odmę piersiową, zropienie lub zgorzel płuc, i rzeczywiście ten ostatni wypadek miał tutaj miejsce. I jeżeli chory mimo to wyzdrowiał, zawdzięczał to silnej swej naturze i dotychczasowemu pomysłnemu stanowi swego zdrowia; pomimo tych jednak pomysłnych warunków choroba przeciągnęła się do trzech miesięcy i chory wyszedł już z pewnym zboczeniem w narządziach piersiowych, prawdopodobnie ze zrośnięciem listków opłucnych między sobą po prawej stronie i z wytworzeniem się tkanki łącznej w miejscu tkanki płuc uległej zgorzeli, które to zmiany, nie pozwalając swobodnie rozszerzać się przyległym częściom płuc, szczególnie przy głębszym oddychaniu, stały się powodem klucia u chorego, dalej zmiany te, nie dające już naturalnie odrobić się, uczyniły te narządzia i na przyszłość daleko już słabszemi i mniej zdolnemi do opierania się wszelkim wpływom szkodliwym.

Pozostaje mi jeszcze w końcu nadmienić choć w kilku słowach o leczeniu zastosowaném u rzezonego chorego. Z początku choroby przy silnej gorączce<sup>e</sup> i zapaleniu dopiero rozwijającém, lecz które, jak mnie się zdawało, nie doszło jeszcze do swego punktu kulminacyjnego, czyniąc zadość wskazaniom, by zmniejszyć przekrwienie w narządziach uległych zapaleniu i ułatwić wydzielanie się śluzu w oskrzelach obrzękniętych i przekrwionych, zaleciłem miejscową deplecyę przez bańki i przepisałem choremu emetyk w małych dawkach. Lecz trzeciego dnia, jakkolwiek stan chorego co do płuc nie zmienił się weale i postępowanie powyższe było wskazaném i nadal, zmuszony byłem od niego odstąpić z powodu przystąpienia zadrażnienia przewodu pokarmowego i to w dość znacznym stopniu, które przeciwwskazywało dalsze zadawanie emetyku. Od tego czasu ograniczałem się na zadawaniu emulsyi, przyrządzonej w lekkim naparze wymiotnicy, z dodatkiem azotanu sody i na ciepłych okładach stosowanych na brzuch i na bok prawy. Od czasu do czasu, gdy nie było stolca, zadawałem choremu olejek kleszczowinowy w podwójnym celu, raz by przez sprowadzenie obfitych wypróżnień łagodzić gorączkę, powtóre ażeby chociaż przez tak słabą rewulsyę na przewód pokarmowy podziałać odciągająco na narządzia piersiowe, tćm wiecej, że silniejsza rewulsya na skórcę przez wezykatoryę lub tym podobne środki była znów przeciwwskazana z powodu silnej gorączki. Dziesiątego dnia choroby, gdy nabyłem zupełnego przeświadczenia, że płuco uległe zapaleniu przeszło w zgorzel, należało z jednej strony podtrzymywać siły chorego, zobojetniać wpływ szkodliwy cząstek gnijących na ustrój, z drugiej znów strony ułatwiać oddzielenie części uległych zgorzeli; w tym celu bez względu na gorączkę zalecałem choremu środki przeciwnilne (chinę), wyksztusne (wymiotnicę) i podniecające (z początku kamforę, później węglan amonii), od czasu do czasu uciekając się prócz tego do środków rewulsyjnych już to na skórcę (wezykatoryę), już to na przewód pokarmowy (olejek kleszczowinowy), prócz tego przepisałem choremu posiłek obfity i posilniejszy, którego ilość powiększałem stopniowo w miarę możności spożycia go przez chorego. Choroba pomimo zastosowania powyższych środków ciągnęła się dalej i zagrażała wycieńczeniem, wtenczas to chcąc skuteczniej podziałać na ognisko zgorzela dotknięte, zaleciłem choremu octan ołowiu (w połączeniu z kamforą), w tym celu, że środek ten posiadając w wysokim stopniu własności przeciwnilne i ściągające, zniszczy do reszty w samém ognisku chorobnćm dalsze gnicie i powstrzyma w niem obfite wydzielanie; rzeczywiście skutek w zupełności odpowiedział założeniu, odtąd poprawa już poszła szybszym krokiem, ilość płwociny coraz bardziej się pomniejszała, tracąc przytćm swój charakter wydzieliny rozpadowej i po trzech tygodniach przestała nawet zupełnie się wydzielać. Wtedy to nie znajdując wskazania do dalszego zadawania tego środka, a mając na uwadze upośledzone odżywianie zaleciłem choremu tran, który brał do samego końca pobytu w szpitalu.

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Porażenie pęcherza moczowego i jego leczenie za pomocą stałego prądu galwanicznego.

Przez Dra Juliusza A l t h a u s w Londynie.

Znanym jest fakt, że niektóre choroby pęcherza moczowego, jak nieżył i kamienie oddawna baczna na siebie zwróciły uwagę patologów i lekarzy, gdy tymczasem inne cierpienia tego organu tak pod względem patologicznym jak i leczniczym niesłusznie zaniebane zostały. Do tych właśnie zaniebanych cierpień należy tutaj p o r a ż e n i e p ę c h e r z a; choroba ta nie tylko traktowana jest powierzchownie i przelotnie w podręcznikach patologii i terapii, ale nawet w monografiach traktujących wyłącznie o chorobach pęcherza.

Tymczasem chorzy podlegający porażeniu pęcherza, skazani są na użycie kateteru przez bieg cały swego życia. Lekarz mało lub wcale nie zwraca uwagi aby chorego wyleczył z tego tak przykrego i fatalnego cierpienia, które prawie zawsze zostawiane samemu sobie bez leczenia, zgubny wywiera wpływ na ogólne odżywianie organizmu i bywa powodem znacznego upadania chorego na duchu i w końcu wynikających ztąd dosyć często złych skutków.

Nazwy p o r a ż e n i a p ę c h e r z a używają często bardzo nieogłędnie i nieściśle opierając się na takich wypadkach, w których chorzy doznawają trudności w oddawaniu moczu, gdzie jednak obok tego zjawiska pęcherz bynajmniej nie jest porażonym.

Mówią także o porażeniu zwieracza pęcherza lub o niemożności zatrzymania moczu przez pęcherz w razach takich, w których pęcherz utracił swoją czynność jako zbiornik służący do zatrzymania przez mniejszy lub większy przeciąg czasu zbierającego się w nim moczu. Bywają znowu bardzo często wypadki takie, w których trudność w oddawaniu moczu uznana bywa za porażenie pęcherza, gdzie jednak przyczyną tego zjawiska może być wprost mechaniczna jak np. powiększenie gruczołu krokowego (*hypertrophiu glandulae prostaticae*).

Nie należy się jednak dziwić używaniu tak surowych i nieściślych patologicznych wyrażeń na oznaczenie choroby przy tego rodzaju zjawiskach trudnego lub zbyt zwolnionego oddawania moczu, jeśli zwrócimy uwagę na to, w jakim do wcale niedawnego czasu fizjologia tej ważnej funkcji w oplakany znajdowała się stanie.

Mało także wiedziano w jaki sposób bodziec nerwów ruchowych przechodzi na pęcherz i tym mniej jeszcze o sile mięśni działających na zatrzymywanie moczu lub na jego wydalenie.

Przed przystąpieniem jednak do właściwego przedmiotu, przedstawimy w krótkości ważne bardzo badania robione przez prof. B u d g e w Greifswald nad oddawaniem moczu, które zapewne nie wszystkim lekarzom są znane.

B u d g e robił swoje doświadczenia przeważnie na psach, u których odkrywał nerwy i pęcherz moczowy.

Ponieważ niemożliwem jest oddzielić włókna nerwowe na całym przebiegu od ich organów ośrodkowych do samego pęcherza ani za pomocą skalpela, ani chemicznych lub też innych odczynników, jedyny był sposób dla dojścia do zadawalniającego rezultatu odnośnie początku nerwów oddziaływających na pęcherz a mianowicie spostrzeżenia działania fizyologicznego drażnieniem elektrycznem otrzymane.

Przy tych poszukiwaniach okazało się, że drażnienie wielkich półkól mózgowych ciałek prążkowanych (*corpora striata*) i wzgórków wzrokowych (*thalami optici*) najmniejszego nie wywarło wpływu na pęcherz; tenże sam rezultat okazał się przy drażnieniu mózdzka. Gdy tymczasem zetknięcie drutów elektrycznych z ciałkami kolankowatemi (*corpora geniculata*) i z pęczkami powrózkowatymi (*corpora restiformia*) wywołało kureczenie się pęcherza i wydalenie moczu. Z tego wynika, że na pewnym oznaczonym punkcie w części górnej osi mózgo-rdzeniowej znajdują się włókna nerwowe, które szczególny (specyalny) wywierają wpływ na pęcherz. Chodzi tu tylko o to, jaką drogą przedostają się do pęcherza, czy przechodzą przez nerw sympatyczny, czy przez nerw błędny (*n. vagus*), czy

też nareszcie przez mlecz pacierzowy. Co się tyczy dwóch pierwszych, to jest nerwów sympatycznego i błędnego, to te po przecięciu ich nie wywołały żadnej ujemnej zmiany przy drażnieniu wyżej opisanych części, lecz po przecięciu mlecza pacierzowego drażnienie tychże części mózgowych okazało się zupełnie bezskutecznym.

Dalsze doświadczenia pokazały, że te włókna nerwów ruchowe dla pęcherza przechodzą od odnogi mózgowej (*pedunculus cerebri*) i od ciałek powrózkowatych (*corpora restiformia*) przez przednie prążki do przednich rogów trzeciego i czwartego nerwu krzyżowego i że czynność pęcherza może się odbywać pod wpływem mózgu i także za pośrednictwem drażnienia odruchowego, odruch ten odbywa się za pomocą tylnych rogów wszystkich czterech nerwów krzyżowych.

Oprócz wyżej wspomnianych znajduje się jeszcze jeden ośrodek nerwowy dla pęcherza w dolnej części łądźwiowej mlecza pacierzowego, którego podrażnienie powoduje znaczne ruchy pęcherza i ruchy te po śmierci o wiele dłużej trwają aniżeli ruchy zależące od podrażnienia innej jakiegokolwiek części mlecza pacierzowego. Z tego właśnie punktu idą osobne włókna nerwów ruchowe niezależnie od wyżej opisanych do pęcherza przez splot krzyżowy (*plexus hypogastricus*). Poszukiwania B u d g e'go pokazały i ten ważny rezultat, że mięsień który dotychczas przez anatomów był opisany jako zwieracz pęcherza, bynajmniej ze względu fizyologicznego nie jest zwieraczem i że mięśnie podłużne i koliste to jest te, które dotychczas opisane jako wypędzacz moczu (*detrusor*) i zwieracz pęcherza, służą w ostatecznym rezultacie do wypędzenia moczu, a żadnego nie wywierają wpływu na zamykanie pęcherza.

Drażnienie jakiegokolwiek części pęcherza działa na w dalenie moczu, a gdy B u d g e wypuszczał ślup wody z przerywanym strumieniem zauważył, że drażnienie zwieracza anatomicznego nie wywarło najmniejszego wpływu na zatrzymanie tego płynu, a przy drażnieniu drutami elektrycznymi mięśnia ściągacza (*constrictor*), cewki i opuszki jamistej (*bubus cavernosus*), płyn ten został zatrzymany w pęcherzu.

Jeżeli drażnienie tych mięśni było tylko z jednej strony, pęcherz nie w zupełności został zamknięty a jeśli drażnienie to odbyło się z obydwóch stron, wtedy zamykanie pęcherza okazało się daleko silniejszym. Mięśnie te zwykle zamykają pęcherz za pośrednictwem ich tonu refleksyjnego, który odbywa się osobliwym porządkiem między tylnymi korzeniami 3, 4, i 5 nerwu krzyżowego, między dolną częścią mlecza pacierzowego i między przednimi korzeniami tychże nerwów krzyżowych.

Nerwy dające włókna swe wspomnianym wyżej mięśniom powstają również od odnogi mózgowej i opuszczają mlecz pacierzowy w pochwie nerwu wstydliviego (*n. pudendus*) między 3 i 5 nerwem krzyżowym. Pęcherz u kobiet także nie posiada zwieracza, miejsce zwieracza cewki i opuszki jamistej zastępuje tutaj (*constrictor cumi*).

Z tego okazuje się że można raz na zawsze zarzucić tę nazwę zwieracza pęcherza i nazwać lepiej i słuszniej tę masę kolistych płaskich włókien mięśniowych przy ujściu cewki do pęcherza znajdujących się pierścieniem okrężnym (*annulus circularis*).

Te poszukiwania fizyologiczne dają nam możność objaśnienia sobie bez trudności zjawisk oddawania moczu tak w normalnym, jako też w patologicznym stanie tego organu moczowego.

1. Mocz zbiera się w pęcherzu i tu zatrzymaną być może wskutek skurczu odruchowego ściągacza cewki i opuszki jamistej. Jeśli skurez ten znacznie będzie powiększonym jak np. podczas silnej erekcyj, wtedy oddawanie moczu staje się niemożliwym, przeciwnie zaś jeśli skurez ten znika, to wtedy mamy do czynienia z niemożnością zatrzymania uryny, to jest skoro tylko ona zostanie wydzieloną do pęcherza, natychmiast z niego zostaje wydalona.

Stanu jednak tego nie możemy nazwać porażeniem pęcherza. Sztucznie możemy wywołać niemożność zatrzymania moczu w pęcherzu, jeśli przetniemy jakiegokolwiek części udział biorące w skurczu odruchowym mięśni cewki moczowej.

Mocz tedy samowolnie będzie spływać, jeśli przetniemy przednie korzenie trzech wyżej pomienionych nerwów krzyżowych; i to dzieje się wskutek tego, że włókna nerwów ruchowe działające na mięśnie cewki moczowej pozbawione są energii. To samo zjawisko się powtórzy jeśli przetniemy tylne korzenie, przez co właśnie wpływ nerwów czuciowych na ruchowe zostaje usuniętym.

Każda z wyżej wspomnianych operacyj niszczy opisany wyżej odruch i skutkiem tego i skurecz mięśni cewki moczowej. Z drugiej strony znowu przecięcie w jakiegokolwiek części mlecza pacierzowego powyżej od nerwów krzyżowych znacznie powiększa skurecz o ruchowy części niżej położonych, a między innymi także i skurecz mięśni cewki moczowej. W tym ostatnim wypadku nie będziemy mieli do czynienia tylko z niemożnością zatrzymania moczu, ale z prawdziwem porażeniem pęcherza, które pochodzi w części wskutek powiększonego skureczu odruchowego a w części od porażenia nerwów ruchowych, które naturalnie przy takiej operacji mlecza pacierzowego porażone być muszą.

2) W stanie normalnym mocz wydalonym bywa przez rozluźnienie ściągacza cewki i opuszki jamistej i przez równoczesne zarazem kurczenie się mięśni podłużnych i kołistych pęcherza. To dokonywa się albo przez bodziec od mózgu pochodzący, albo też przez wpływ wrażliwości i czynności odruchowej. I tak mamy zwyczaj oddawania moczu krótko przed wsiadaniem do wagonu kolei żelaznej lub przed udaniem się na jakąś towarzyską zabawę, nie czynimy to wtedy z potrzeby, ale dlatego tylko, że wiemy o tem, iż przez czas dłuższy nie będziemy mieli sposobności zadosyć uczynić wymaganiom natury. Z drugiej strony znowu czuć się nam daje wpływ tego wrażenia i w zabawie; to ma miejsce wtedy gdy pęcherz jest napelniony i rozciągnięty, przez co nerwy czuciowe pęcherza doznawają właściwego sobie uczucia, które daje nam poznać ciśnienie moczu i potrzebę jego wydalenia.

Jeżeli wpływ ze strony mózgu i wpływ wrażliwości są równocześnie osłabione, jak to np. ma miejsce podczas snu, wtedy mocz wydalany nie zostaje, przeciwnie jeżeli obadwa te wpływy z jakiegokolwiek przyczyny są powiększone, wtedy nadmierne doznajemy pociągu do oddawania uryny, i tak np. stan ogólnego rozdrażnienia nerwowego, który może być także powodem rozwolnienia (*diarrhoea*) bywa powodem także znacznego urynowania. Tenże sam rezultat bywa także przy niezycie pęcherza lub też przy obecności w nim obcego ciała.

Porażenie pęcherza, to jest niezdolność oddawania moczu drogą naturalną wskutek utraty ruchu tego organu ma miejsce wtedy: 1) kiedy przewodnictwo nerwów od odnogi mózgowej do pęcherza przerwaniem zostaje na swój drodze, co się zdarza często w niektórych chorobach mózgu, jak w histeryi i tyfusie, 2) kiedy dolna część lędźwiowa mlecza pacierzowego uszkodzoną zostaje, jak naprzykład w chronicznem zapaleniu szpiku kostnego (*myelitis chronica*), przy ranieniu grzbietu, w atonii mlecza pacierzowego; 3) kiedy normalna drażliwość nerwów ruchowych i czuciowych pęcherza jest patologicznie zmieniona, a mianowicie bez równoczesnego cierpienia organu ośrodkowego. Największa liczba wypadków tego rodzaju mają swoją podstawę w uszkodzeniach nerwów czuciowych i dlatego należy je umieścić pod rubryką porażenia ruchowego. Widzieliśmy wiele razy porażenie pęcherza po użyciu instrumentów, po kruszeniu kamienia (*lithotripsia*), po operacji hemoroidów bądź za pomocą ligatury, lub też rozpalonego żelaza; po porodach przez ucisk główki płodu w czasie przejścia jego przez miednicę. Porażenie pęcherza miejscowe miewa także miejsce przy użyciu pewnych środków lekarskich a osobliwie wileżej jagody (*belladonna*) i lulka (*hyoscyamus*).

Jasno ztąd widzieć można, że pod wyrażeniem p o r a ż e n i a p ę c h e r z a nie pojmujemy wypadków tych, w których wskutek nadmiernego rozszerzenia pęcherza mamy do czynienia z atonią pęcherza. Patologia takich wypadków, które bardzo często się napotyka, jest zupełnie inna od tej, która jest przy porażeniu. Wypadki atonii pęcherza dosyć często napotykać można wskutek organicznego zaparcia stołca, które przeszkadza zupełnemu wypróżnieniu pęcherza, jakoteż przy zwężeniach cewki i powiększeniu gruczołu krokowego i nareszcie zdarzać się może także u osób mających zwyczaj często przetrzymać ciśnienie moczu lub też raz przy danej jakiejś okoliczności, osoby te były zmuszone wstrzymać się od oddawania moczu. W takich wypadkach płaskie włókna mięśniowe pęcherza zostają nadzwyczajnie rozciągnięte i tracą swój skurecz, jednakże tutaj jeszcze przy takim stanie nerwy nie straciły swjej siły i tedy nazwy porażenia dla tych wypadków użyć nie możemy.

Leczenie porażenia pęcherza dało nam dotychczas w ogóle zle bardzo rezultaty a szczególnie leczenia dwóch pierwszych odmian tej choroby, gdzie mamy do czynienia z cierpieniem mózgu lub też z cierpieniem mlecza pacierzowego. Zwyckle zalecane i używane

środki są: strychnina, sporysz (*secale cornutum*), arszenik, wezykatorye, żelazo, oprócz tych środków jeszcze dodajemy drażnienie elektrycznością. Z pomocą tych środków udało się bezwątpienia wyleczyć pewną liczbę chorych, a szczególnie należących do trzeciej odmiany, której wypadki o wiele są łatwiejsze do leczenia, aniżeli należące do dwóch pierwszych odmian, ale niemniej też to leczenie w wielu wypadkach zostało zupełnie bez skutku. Wiemy, że drażnienie elektryczne w ogóle nieznaczny tylko wpływ wywierać się zdaje na choroby organów ośrodkowych i jeżeli działanie jego chcemy użyć szczególnie przy porażeniu pęcherza, to należy je zastosować miejscowo tylko. Pociuszającym zatem jest dla nas środek, który posiadamy w stałym prądzie galwanicznym, który jeśli właściwie użyty, zdolny jest prędko przywrócić wpływ woli na porażony pęcherz, z wyjątkiem tylko tam, gdzie nastąpiło uszkodzenie prawdziwe substancyi nerwowej.

Z moich doświadczeń jakkolwiek nielicznych z pozoru wypadków tej choroby, mogę jednak zapewnić, że środek ten jest w działaniu swoim nieskończenie prędszym i pewniejszym, aniżeli te wszystkie istniejące dotąd lekarstwa używane w porażeniu pęcherza. Gdziekolwiek istnieje możność fizyologiczna dla przywrócenia funkcyi pęcherza, jesteśmy w możności osiągnąć to najlepiej za pośrednictwem stałego prądu galwanicznego. Sposób użycia tego prądu jest bardzo ważny. Zdaje się być zbyt częstym a nawet i nieużytecznym, wprost działać prądem na substancyę pęcherza, co mogłoby być wykonane bardzo łatwo za pomocą odosobnionego zglębnika, pozbawionego metalu na przednim jego końcu.

Nie należy wprost galwanizować pęcherz gdy napelniony jest moczem, ponieważ przy takim postępowaniu nastąpi silny rozkład moczu, to ma miejsce szczególnie wtedy, gdy elektrod ujemny będzie wprowadzony do pęcherza. Skoro tylko strumienie wodorodu wypelnia pęcherz, natychmiast on przez takowe rozciągnięciem zostaje i przez ucisk mogą tu być wywołane objawy podobne zemdleniu; z drugiej strony znowu galwanizowanie próżnego pęcherza drażni jego błonę śluzową. Zewnętrzne użycie prądu nie połączone jest z tylu przykrościami i jest zupełnie skuteczne, tak, że możemy zupełnie ograniczyć się na tym sposobie użycia.

To przykładanie drutów trzeba zmieniać z miejsca na miejsce wszędzie, gdzie mamy uszkodzenie. Gdzie mamy podstawę do podejrzenia choroby odnogi mózgowej i jego sąsiednich organów, wtedy należy drut ujemny przyłożyć do potylicy a drut dodatni do kości łonowej (*os pubis*). Jeżeli ma się do czynienia z cierpieniem mleczka pancerzowego części lędźwiowej, to drut ujemny należy przyłożyć na 4 i 5 krąg lędźwiowy a ujemny do kości łonowej.

W porażeniu miejscowym pęcherza postępuje się tak jak wyżej, albo też obadwa końce drutów należy przyłożyć do kości łonowej, jeden blisko drugiego.

Jak długo ma trwać to użycie i czy ono ma być stałe nieoderwane od miejsca przyłożenia, czy też przeciwnie? podług moich doświadczeń przewyższam przerywane galwanizowanie. Pięćdziesiąt lub sześćdziesiąt razy przerywać strumień elektryczny, wystarcza na jedno posiedzenie chorego. Zostawiam zwykle drut z dodatnim biegunem w jednym punkcie, drugi znowu drut z biegunem ujemnym oddalam co 3—4 sekundy, potem znowu go przykładam. Całe to posiedzenie trwa 3—4 minuty.

Prąd ten musi posiadać pewien stopień naprężenia, gdyż jeśli będzie bardzo słabym, to terapeutyczne jego działanie będzie prawie żadne. W największej liczbie wypadków używałem prądu składającego się z 50—60 elementów Daniella (naładowanych bez kwasu). Tylko w chorobach mózgu można używać prądu cokolwiek słabszego.

Muszę tutaj przytoczyć kilka wypadków z mojej praktyki, które najlepiej wyjaśniają różne odmiany porażenia pęcherza i leczenie ich za pomocą stałego prądu galwanicznego.

### I W y p a d e k.

#### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a s p o w o d o w a n e c i e r p i e n i e m s y f i l i t y c z n ę m o d n o g i m ó z g o w e j.

W. S. lat 29, nieżonaty, sposobu utrzymania kantorzysty, leczył się w miesiącu kwietniu 1870 roku w mojem ambulatoryum „*Infirmarium for Epilepsy and Paralysis*.” Chory ten przedtem zupełnie zdrowy, trzy lata przed przybyciem do mej kliniki dostał szankra twardego, po miesiącu pokazały się różycyca i zarazem bole gardła.

Chory poddał się leczeniu ręcياً, poczem zdawał się być zupełnie zdrowy. Około Wielkiej Nocy 1869 r. pojawiły się jednak objawy mózgowy.

Pamięć nadzwyczaj upadła, chory cierpiał także na bóle i zawrót głowy; stan jego był drażliwy i melancholiczny, także i mowa utrudniona, ogromna niechęć zarazem do pracy. Stan chorego po przyjęciu jodku potasu znacznie znowu się polepszył. Na początku 1870 roku chory znowu dostawał pewnego rodzaju napady zemdlenia i na dwa dni zupełnie oniemiał, przez co zmuszony był zupełnie uwolnić się od swoich obowiązków. W miesiąc może przed przybyciem do mego ambulatoryum chory dostał niebawem *ptosis palpebrae dextrae*, w kilka dni zaś potem trudność w oddawaniu moczu. Cierpienie to ostatecznie doszło do takich rozmiarów, że chory po wielkiem wyczeraniu zaledwie kilka łyżek dziennie mógł oddawać mocz. Przy takim stanie rzeczy chory zmuszony był uciesić się do użycia kateteru, którego sam trzy razy dziennie sobie wprowadzał. Chory ten przybył do Infirmary głównie dla wyleczenia się z *ptosis*, która bardzo mu dokuczala.

**St a n o b e c n y (status praesens):** Chory przedstawia wygląd blady, wychudniały, wyraz twarzy dziecienny i prawie z idyowacjalny, odpowiada na zadane mu pytania rozumnie, ale powolnie i chwiejąco; odrazu bez przyczyny zaczyna się śmiać. Ślina mu wycieka z kątów ust. *Ptosis palpebrae dextrae* zupełna i porażenie mięśnia prostego wewnętrznego tejże samej strony zauważyć się dają, zmysł powonienia jest zmniejszony, oprócz tego chory cierpi na mocne bóle głowy i bezsenność. Chód chorego jest chwiejący się, jednakże może chodzić 2—3 mil angielskich bezustannie bez wielkiego zmęczenia. Serce i płuca zupełnie są zdrowe. Język popękany, trawienie rozstrojone. Stolec utrudniony, porażenie pęcherza zupełne.

Ponieważ chory przyjmował dosyć duże dawki jodku potasu przez rok prawie cały i z tem wszystkiem coraz bardziej opadał z sił, zaleciłem mu żelazo, tran, a oprócz tego galwanizowałem mu mięśnie oka i pęcherz w związku zarazem z odnogą mózgową.

W krótkim czasie nastąpiło znaczne polepszenie. Po drugiem galwanizowaniu chory mógł już oko swoje nawet otworzyć, a po piątym razie *ptosis* zupełnie ustąpiło. Stan pęcherza również po drugim razie się polepszył, a po piątym użyciu kateteru okazało się już zbytecznym. Chory więcej się nie zjawiał, dowiedziałem się jednak, że jakkolwiek coraz bardziej tracił na swej inteligencyi, ale na *ptosis* ani na porażenie pęcherza nie cierpiał.

## II W y p a d e k.

### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a s p o w o d o w a n e h i s t e r y ą.

Dama wieku lat 32, zamężna, konstytucyi bardzo nerwowej, która żyła przez długi czas w stronach zwrotnikowych, przesłaną mi została przez Dra F r a n k'a w lipcu 1870 roku. Dama ta była w swej młodości bardzo wątła; jej matka zmarła z suchoty.

Na początku roku 1870 chora będąc pod kuracyą Dra S i o r d e t w Mentone, miała napady kataleptyczne i konwulsyjne prawie podobne do opisthotonus.

Wkrótce potem nieszczęśliwa ociemniała i straciła zarazem użycie nóg i pęcherza. Kateter trzeba było teraz wprowadzać dwa razy dziennie do pęcherza dla jego wypróżnienia. Ta manipulacja była nieszczęściem dla chorej, gdyż musiała mieć zawsze w swych podróżach lekarza z sobą. Mocz w tym tu wypadku był normalny. Chora ta była leczona galwanizowaniem nerwu sympatycznego i mlecza pacierzowego, dla osiągnięcia leczniczej modyfikacyi na system nerwowy ośrodkowy. Pęcherz był galwanizowany dwa razy prądem złożonym z 50 elementów. Po pierwszym razie chora oddala mocz słabym strumieniem przy dosyć silnych bólach i osłabieniu; po drugim razie wpływ woli na pęcherz w zupełności przywrócony został. Teraz (wrzesień 1871) chora ta zupełnie wyzdrowiała.

## III W y p a d e k.

### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a, s p o w o d o w a n e c i e r p i e n i e m m l e c z a p a c i e r z o w e g o w s w ę j c z ę ś c i l ę d ź w i o w ę j.

Kapitalista wieku lat 46, żonaty, wzrostu wysokiego, smukłego, zdawał się być pozornie zupełnie zdrowym; w roku 1870 udał się ze swoją familią do Blankenbergu, blisko Ostendy, dla używania kąpieli morskich. Brał czynny udział we wszystkich zabawach tam

istniejących, tańczył co wieczór, co od lat wielu mu się już nie zdarzyło. Po upływie miesiąca stracił zupełnie siłę pęcherza tak dalece, że bez kateteru nie mógł wcale oddawać uryny. Wkrótce potem nastąpiło osłabienie kończyn dolnych, chory ich prawie nie mógł więcej używać do chodzenia; do tego jeszcze przyłączyło się uporezywe zaparcie stołca. Nastąpiły również objawy nieżyty pęcherza.

Pacjent ten radził się wielu niemieckich i angielskich lekarzy którzy go leczyli żelazem, wróciem okiem (*nux vomica*), arsenikiem, sporyszem (*secale cornutum*), środki te w niczem stanu chorego nie zmieniły; chory w końcu udał się do mnie na kuracyą w marcu 1871 r. Objawy w ogóle nie zmieniły się od czasu pierwszego ich wystąpienia, oprócz kataru pęcherza, który się coraz bardziej pogarszał.

Ciężar gatunkowy moczu równał się 1025, reakcyja słabo kwaśna; mocz stojąc niedługo zmieniał się na amoniakalny, zawierał masę śluzu i ciałek ropnych. Od czasu do czasu przychodziło do napadów bardzo drażniących pęcherz, połączonych z dreszczami, szczególnie około wieczora. Trawienie było rozstrojone (*flatulens*) i utrudnione nadzwyczaj stołec. Chory znajdował się w okropnem nastrojeniu ducha, powątpiewał zupełnie o powrocie kiedyś do zdrowia.

Leczyłem tego chorego galwanizowaniem mlecza pacierzowego, części lędźwiowej i pęcherza. Po drugim razie chory mógł pod wpływem woli już oddawać mocz i wprowadzał sobie tylko kateter wieczorem przed spaniem dla przekonania się czy pęcherz zupełnie wypróżniony. Z początku znaleziono do ośmiu uncyj moczu, a w biegu leczenia znajdowało się zaledwie 2—3 uncyj, co mię upewniało, że siła wypędzająca coraz bardziej się powiększa. Przeciwno nieżyty pęcherza zaleciłem choremu kwas benzoesowy (*Acid. benzoicum*) i używałem także galwanizowanie peryferyczne przeciwko paraplegii i zaparciu stołca. Na początku czerwca tegoż roku chory został uwolniony od leczenia. Odtąd wpływ woli na pęcherz był zupełnie normalny, stołec lżejszy, chory mógł chodzić 2—3 mil angielskich bez zmęczenia się zbytniego.

Mocz zawierał jeszcze śluz i ropę, ale o wiele mniej niż przedtem; reakcyja zaś mocno kwaśna.

Te właśnie opisane tutaj wypadki dostateczne są do wyjaśnienia tak trafnych działań leczniczych stałego prądu galwanicznego w porażeniu pęcherza, szczególnie kiedy ta affekcyja jest skutkiem specyficznych przyczyn, jak np. w pierwszym wypadku, albo skutkiem cierpienia organu ośrodkowego, jak np. w ostatnim tu wypadku mamy.

Poronając na to, że leczenie jest bezbolesne i nie połączonej żadnemi przykrościami, przyznać należy, że w stałym prądzie galwanicznym mamy nowy i godny naśladowania i szacunku środek w leczeniu tego nieznosnego cierpienia.

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Akademii Nauk (w Paryżu?) 26 grudnia r. z. P. R a b a u t e a u przedstawił badania fizyologicznych własności chlorków. Oto streszczenie tych badań, zamieszczone w „*Union Medicale*.”

„Chlorki sodu, potasu i magnezyi wpływają na odżywianie czyniąc je bardziej czynnym. Doświadczenia przedsiębrane w tym celu, w ciągu licznych dni, wykazały że one w znacznym stopniu powiększają oddzielenie mocznika i że podwyższają ciepłotę zwierzęca. Przy słabej solnej dyecie, po której następuje dyeta solna w wyższym stopniu (dochodząca do 10 grmm. chlorku sodu dziennie) różnica ilości mocznika, oddzielonego w ciągu doby, dochodzi prawie 20 pret. Chlorki ammonu i potasu, przyjmowane w ilości 5 grmm. wywierają prawie to samo działanie. Lecz gdy chlorki sodu i ammonu czynią cyrkulacyę bardziej szybką, chlerek potasu zwalnia ją; dla tego to ten ostatni wywiera podwójny wpływ, jako chlerek podwyższa odżywianie a jako sól potasowa zwalnia puls.

„Działanie chlorku sodu na odżywianie objasnia się powiększeniem ilości i kwasności soku żołądkowego, również powiększeniem liczby czerwonych krążków krwi, jak to

wykazali pp. *Pluvier* i *Poggiale*. W ten sposób wyjaśnia się fizyologiczne i lecznicze działanie tej soli. To nam tłumaczy dlaczego zwierzęta poddane silnej dyecie utrzymują się w lepszym zdrowiu, wskutek bardziej czynnego odżywiania i dlatego to apetyt u nich się zwiększa, jednak przy tem waga ich nie wzrasta, jak to dowiodły doświadczenia pp. *Bousaingt* i *Dally*, ponieważ jednocześnie powiększa się zużycie materji.“

„Chlornik żelaza (*ferrum sesquichloratum*), po wprowadzeniu do ustroju zwierząt, traci chlor wskutek zetknięcia się z białkiem i innymi ciałami zwierzęcemi, jednak nie ścina białka i łatwo wsysa się przez ściany żołądka. *P. Rabateau* udowodniwszy, że odtlenione żelazo, oraz tlenki i węglany jego przeistaczają się w chlorki tego metalu (*ferrum chloratum*), od zetknięcia z kwasem chlorowodnym soku żołądkowego, radzi zastosować tę ostatnią sól do użytku leczniczego, zamiast innych przetworów żelaza.“

„Chlorki złota i palladu podawane myszom, również tracą chlor, a gdy ich użycie było przedłużone, doprowadziły do białkomoczu, połączonego z zaburzeniem w czynności nerek. *P. Lionvill* od przetworów srebra a *p. Olivier* od użycia ołowiu. *P. Rabateau* świeżemi doświadczeniami również wykazał białko w moczu, po użyciu tlenków kadmu, uranu i innych. Te rodzaje białkomoczu mogą być oznaczone ogólną nazwą: białkomoczu metalicznego.“

— Prędkie leczenie nieżytno nosa. Dla osiągnięcia tego celu *p. Barrier* radzi używać proszku z azotanu srebra, zamiast roztworu tej soli, zalecanego przez *Dr. Pretty*. Według *p. Barrier* należy: 1) kichać w ciągu choroby jak najrzadziej, trzymając usta szeroko rozwarte, żeby tą drogą wydalić powietrze, mogące drażnić ściany przewodów nosowych. 2) Wyczyszczać nos rzadko i niezupełnie. 3) Zażywać jak tabakę silnie wciągając, małą ilość proszku (azotanu srebra 1 cz.; cukru sproszkowanego na najdrobniejszy pyłek 9 cz.), trzy lub cztery razy dziennie.

— Leczenie przetoki odbytowej mascią benzoesową. *Dr. Gibbs* oświadcza, że ta maść szczególnie jest użyteczną przy leczeniu niedostępnych ślepych przetok. Używał on ją z dobrym skutkiem w licznych wypadkach poczynającej się przetoki, również i w przetokach już utworzonych. Maść ta używana była co noc, przyczem nabrawszy maść na palec starano się pokryć ją całe otaczające owrzodzenie i wprowadzić przez uciskanie do otworu przetoki. Następujący jest skład maści, gdzie morfina jest dodana w celu uregulowania kurezów zwieracza odbyt. *Rp. Acidi benzoici scrup. j̄j, Morphii acetici gr. jv, Cerati simplicis dr. j, Glycerini q. s. ut fiat unguentum molle.*

Bezpośrednio po zastosowaniu tego środka następuje uczucie polepszenia. Maść ta jest silnie zalecaną osobom bojącym się operacyi, bo tu własny palec chorego może być użyty. Po miesięcznym stosowaniu tego środka, szesciomiesięczna przetoka może być uleczone, lub nastąpi znaczne polepszenie. (*New-York Medical Record*).

— Według sprawozdania *Dr. Pasquo Effen di*, inspektora lekarskiego, na wybrzeżach Czerwonego morza, cholera znowu silnie grasuje w Mekce i Medynie i liczne zabiera ofiary.

— W ostatnich czasach w Wiedniu trzech profesorowie chemii *Hlasivetz*, *Schneider* i *Rochleder* w skutku eksplozyi ulegli znacznym obrażeniom.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. *Girsztowt*.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy  
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Nr 1352b (nowy 1). Дозволено Цензурою.

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACJI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskiej. W Redakcyi półrocznie (od 1 stycznia do 1 lipca 1872) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 lipca 1872 r. rsr. 98 (z przesyłką).

Cena Kalendarza Lekarskiego na rok 1872 rsr. 1. Przedpłata na Kal. Lek. na r. 1873 rsr. 1.

**TREŚĆ:** Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Zapalenie płatowe płuc i opłucnej, z prawej strony, ostry nieżyt oskrzeli i t. d. Przez Dra Wyrzykowskiego, lekarza ordynującego w Szpitalu Ewangelickim. Kronika zagraniczna. Porażenie pęcherza moczowego i jego leczenie za pomocą stałego prądu galwanicznego. Przez Dra Juliusza Althaus w Londynie. Wiadomości bieżące. Badania fizyologicznych własności chlorków. Leczenie przetoki odbytnicowej maścią benzoosową. Cholera w Meke i Medynie. Drowie Hlasivetz, Schneider i Rochleder. Dodatek. Policji Lekarskiej T. I ark. 17. T. II ark. 13 i 14. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmana'a dołącza się ark. 9.

**Zapalenie płatowe płuc i opłucnej z prawej strony, ostry nieżyt oskrzeli, ograniczona zgorzel części dolnego prawego płatu płuc. Wyzdrowienie.**

(*Pleuritis, Pneumonia crouposa, gangraena circumscripta pulmonum*).

Podał Dr Wyrzykowski, lekarz ordynujący w Szpitalu Ewangelickim.

Dnia 16 września r. z. przybył na kurację do Szpitala Ewangelickiego R. M., wyrobnik, lat 36 liczący, wzrostu średniego, dobrze odżywiony, budowy silnej; chorób żadnych ważniejszych w swym życiu nie przechoził, owszem zawsze cieszył się dobrą zdrowiem.

Przed dwoma dniami wieczorem dostał silnych dreszczy, które trwały przeszło godzinę, pojawił się ból klujący w boku prawym, nie pozwalający mu swobodnie oddychać, wystąpił silny ból głowy i łamanie w członkach, noc przepędził bezsennie; na drugi dzień wystąpił jeszcze kaszel, dla chorego bardzo uciążliwy z powodu silnego klucia, jakie występowało przy każdym zakaschnięciu, wieczorem ponowiły się znów dreszcze, kaszel stał się jeszcze uciążliwszym i chory nie widząc poprawy, lecz owszem pogorszenie udał się do szpitala 3-go dnia choroby.

Chorego w dniu przybycia znalazłem mocno gorączkującego, ciepłomierz pod pachą pokazywał ciepłość 40,8° C., tętno uderzało 100 razy na minutę,

przyciem było one wielkie, niezbyt prędkie i miękkie. Skóra była sucha i rozpalona, wypieki na twarzy. Klatka piersiowa już na oko okazywała się szerszą po prawej stronie jak po lewej, przestwory międzyżebrowe po prawej stronie były mniej zagłębionemi i przy oddychaniu nie poruszały się weale, ręka przyłożona do piersi wykazywała znaczną różnicę w drzeniu klatki piersiowej (*fremitus pectoralis*), mianowicie po stronie prawej było ono znacznie słabszem jak po lewej stronie. Przy opukiwaniu klatki piersiowej z lewej strony tak z przodu jak i z tyłu odgłos był jasny i pełny, z prawej strony z przodu u góry znalazłem odgłos bębniasty, z przodu zaś u dołu i z tyłu począwszy od grzebienia łopatki odgłos był stłumiony; granica tego odgłosu stłumionego poczynała się przy kolumnie pacierzowej na wysokości grzebienia łopatki, przechodziła następnie powyżej dolnego kąta łopatki, dalej w linii pachowej przez 5 żebro i kończyła się w linii brodawkowej na 6 żebrze, gdzie stłumienie odgłosu zlewało się z tępością wątroby. Przy wysłuchiwaniu z lewej strony tak z przodu jak i z tyłu dawał się słyszeć oddech pęcherzykowy zaostrowy, zamaskowany licznemi drobnemi rżęciami śluzowemi, z prawej strony od przodu i u góry oddech był również pęcherzykowy, lecz bardzo słaby z powodu licznych rżężeń tutaj występujących, u dołu zaś i z tyłu w miejscu stępienia przy zwyczajnem oddychaniu nie było słychać żadnego szmeru oddechowego, przy mocnem zaś oddychaniu dawał się słyszeć pewien szmer, którego charakteru jednakże trudno było bliżej oznaczyć; wreszcie na samej granicy tępości dawał się słyszeć oddech oskrzelowy na bardzo nieznaej przestrzeni, najwyraźniej przy kolumnie pacierzowej; brzmienie głosowe było w ogóle bardzo słabem, a w miejscu stępienia zupełnie zniesionem, pod pachą prawa na granicy tępości przy bardzo głośnem mówieniu dawał się słyszeć kozi bek (*acyphonia*). Oddychanie było częste (40 razy na minutę) i powierzchowne, połączone z mocną dusznością. Kaszel częsty, moczolny, połączony z mocnem krztuszeniem, przy kaszlu chory odpluwa niewielką ilość płwociny śluzowej, ciągnącej się, zupełnie białej i spienionej. Język lekko obłożony białym mulem, na samym końcu nieco zacerwieniony, podsychnięty, smak kleisty; brzuch mierniej wielkości, niebolesny, przy opukiwaniu wydaje wszędzie odgłos bębniasty, chory nie ma apetytu, pragnienie ma mocne, stolec raz na dobę wolny (w domu brał olejek kleszczowinowy). Mocz ciemny w niewielkiej ilości. Chory użala się na ból głowy, na klucie w boku prawym, szczególnie dokuczliwe w czasie kaszlu i na mocne osłabienie.

Polecilem choremu postawić 30 baniak ciętych na boku prawym, po bańkach ciepłe okłady i zapisałem: *Rp. Tartari stibiati gr. jj, Infusi lini unc. VI. MDS.* Co 2 godziny po łyżce stołowej. Za dyetę 2 mleka.

Dnia 17. Gorączka w tym samym stopniu, odgłos opukowy jeszcze bardziej tępy i próżny, rżęcia drobnopęcherzykowe bardzo liczne, język mocniej zacerwieniony, stolec 3 razy wolny; pomimo że objawy ze strony płuc utrzymały się na tej samej wysokości, a nawet ilość wysięku w jamie opłucnej wyraźnie się powiększyła i pomimo niejakiego pogorszenia objawów ze strony przewodu po-

karmowego, chory jest spokojniejszym, kaszle mniej i z większą łatwością i nie tak bardzo uskarża się na duszność i klucie. Choremu przepisałem: *Rp. Emulsionis oleosae unc. VI, Tartari stibiati gr. j. MDS.* Co dwie godziny łyżkę.

Dnia 18. Gorączka większa jak w dniu wczorajszym (C. 41°, T. 108 bardziej miękkie). Ze strony płuc żadnych zmian w znakach fizykalnych, kaszel częsty, niezbyt mozolny, plwocina szklista, mocno ciągnąca się z lekkim odcieniem czerwonym. Język mocniej zasychający i zaczerwieniony, brodawki wystające i obnażone z nabłonka, znaczna suchość w ustach, brzuch wzdęty i nieco bolesny, przy dotykaniu wywołać można w kiszkiach szmer przelewania, stolce skape, wolne, połączone ze rznięciem w brzuchu. Mocz w małej ilości, ciemny, z obfitym osadem moczianów. Ból głowy, osłabienie bardzo znaczne. Przepisałem: *Rp. Emuls. oleosae unc. VI, Natri nitrici dr. j, Aq. Amygd. amar. dr. j. MDS.* Co półtorej godziny łyżkę stołową i poleciłem położyć kataplazm na brzuch.

Dnia 19. Gorączka mniejsza, ze strony płuc żadnych zmian; język mniej zasychający i nie tak czerwony; brzuch mniej wzdęty i bardzo mało bolesny, stolca nie było, mocz tak samo mocno nasycony. Lekarstwo też same.

Dnia 20. Gorączka znów większa. (Ciepłota 41,2°, tętno 110, duże lecz bardzo miękkie), ze strony płuc żadnych zmian w znakach fizykalnych, kaszel bardziej mozolny, plwocina mocniej zabarwiona na kolor czerwono-rdzawy, duszność większa, oddechów przeszło 45 na minutę, język podsycający czarniawym mułem obłożony, brzuch nie bolesny, stolca nie było, pragnienie bardzo duże, ból głowy, bardzo znaczne osłabienie, mocne wypieki na twarzy z odcieniem sinawym. Przepisałem olejek kleszczowinowy jedną uncję na raz, emulsję co godzina łyżkę i poleciłem dalej przykładać kataplazmy na brzuch.

Dnia 21. Język mniej obłożony, stolce wolny 3 razy, ze strony płuc żadnych zmian. Przepisałem: *Rp. Emulsionis oleosae unc. VI, Natri nitrici. Aq. amygd. amar. ana dr. j. MDS.* Co godzina łyżkę.

Dnia 22. Gorączka i osłabienie utrzymują się na jednym stopniu, kaszel częsty i mozolny, plwocina zawsze jeszcze przeważnie szklista z nieznaczną przymieszką odlewów włóknikowych, brzuch bolesny, stolca znów nie było. Przepisałem olejek kleszczowinowy i zwyczajną emulsję co godzina łyżkę.

Dnia 23. Oprócz bardzo nieznacznego obniżenia gorączki (C. 40,8, T. 108) i mniejszej bolesności brzucha żadnych zmian nie zauważyłem w stanie chorego. Przepisałem: *Rp. Inf. Cephaelidis (c. gr. VI) unc. j, Emulsion. oleosae unc. VI Natri nitrici, Aq. amygd. amar. ana dr. j. MDS.* Co godz. łyżkę.

Dnia 24. W obec tej samej gorączki i przy tych samych znakach auskultacyjnych kaszel stał się częstszym, przy którym chory odpluwa z większą łatwością i nieco więcej plwociny, ta ostatnia jest mocniej zabarwiona na kolor rdzawo-czarniawy, jest zawsze mocno jeszcze ciągnącą się i silnie przylegającą do szklanki, brzuch zawsze trochę bolesny i nieco wzdęty. Stolca nie było. Osłabienie bardzo duże, chory po każdym kaszlu pada obezsilony na poduszki.

Przepisałem jeszcze raz olejek kleszczowinowy w ilości jednej uncji i lekarstwo też same co 2 godziny łyżkę.

Dnia 25. Gorączka mniejsza (C. 40°, T. 112, miękkie). Stopień odgłosu utrzymuje się w tych samych granicach, rżenia liczniejsze, szczególnie dają się wyraźnie spostrzegać przy głębszym oddychaniu w dolnym prawym płacie płuc, przyczem obok jednostajnych, drobnopęcherzykowych rżeń dają się spostrzegać od czasu do czasu i grubopęcherzykowe; kaszel przychodzi nie tak często, lecz za to trwa za każdą razą dłużej (w rodzaju napadów), płwociny wydziela się więcej, czasami bywa ona zupełnie bezbarwną, szklistą, innym razem po silniejszym kaszlu bywa mocno zabarwioną i śmierdzącą. Język podsychnięty, pragnienie duże, brzuch bardzo mało bolesny, stolec wolny, kilka razy przez dobę. Osłabienie bardzo znaczne, bezsenność. Lekarstwo też same.

Dnia 26. Stan ten sam z tą tylko różnicą, że chory odpluwa bardzo wiele płwociny do 12 uncji w ciągu doby, przyczem ta ostatnia jest mocno śmierdząca, tak że obok leżący chorzy zmuszeni byli przenieść się na drugą stronę sali, ja sam, gdy chory kaszlał, zmuszony byłem odwracać głowę, tak zapach ten był przykrym i przenikliwym, prócz tego była ona mocno zabarwioną, prawie czarną. Przepisałem choremu *Rp. Dti cort. chinae (c. dr. jii) unc. VI. Trac Cephaelidis dr. unam et semis, Camphorae gr. j. MDS.* Co 2 godz. łyżkę.

Dnia 27. Gorączka znów nieznacznie się obniżyła (C. 39, T. 112). Słuchanie odgłosu opukowego utrzymuje się dalej, rżenia w obu płucach bardzo obfite, w lewym płucu i prawym u góry są one drobnopęcherzykowe, w dolnym zaś więcej grubopęcherzykowe, kaszel występuje w rodzaju napadów, przy każdym takim napadzie z powodu silnego ksztuszenia się chorego zrywa aż do wymiotów, napad taki po 2, 3 minutach kończy się odplunięciem znacznej ilości płwociny czarniawej i zawsze mocno śmierdzącej, po czem chory zmęczony, rozzerwiony, prawie siny, spocony upada na poduszki by po półgodzinnym spoczynku na nowo zacząć kaszleć. Język czarniawym mulem obłożony, podsychnięty, stolca nie było. Lekarstwo też same.

Dnia 28. Stan ten sam; stolca nie było. Przepisałem choremu olejek kleszczowinowy i lekarstwo też same co 2 godziny łyżkę.

Dnia 29. Gorączka mniejsza (C. 38,8, T. 110), język mniej podsychnięty i nie tak mocno obłożony, stolec był wolny kilka razy, obfity; w dolnym prawym płacie płuc od tyłu przy zwykłym opukiwaniu odgłos jest zupełnie tępy, przy mocnym zaś obok swjej tępości jest nieco bębnistym; kaszel w jednej mierze. Osłabienie bardzo znaczne. Postawiono wezykatoryę pod prawą łopatką. Lekarstwo przepisałem podobnie z małą zmianą. *Rp. Dti corticis chinae (c. dr. jii) unc. VI, Trac Cephaelidis dr 1½, Ammonii carbonici dr. ½ MDS.* Co 2 godziny łyżkę.

Dnia 30. Gorączka znacznie mniejsza (C. 38,2, T. 94 więcej rozwinięte, większe i nie tak miękkie), skóra wilgotnawa lekkim potem pokryta; płwocina oddziela się ciągle w dużej ilości i tych samych własności, język mniej obłożony,

apetyt zawsze bardzo mały, chory ze wstrętem nawet przyjmuje wszelki posiłek z powodu cuchnącego swego oddechu, brzuch niebolesny, stolec średniej konsystencji, raz na dobę; moczu mało, chociaż nie jest tak ciemny i mniej zawiera w sobie moczanów.

Dnia 1 października. Stan ogólny lepszy, chory czuje się nieco silniejszym, kaszle mniej i nie z tak wielkiem nateżeniem, w płwocinie obok mass rozpadowych barwy czarniawej można odróżnić znów odlewy włóknikowe, płwocina przy kaszlu odrywa się łatwiej, zawsze jednakże jest mocno jeszcze śmierdząca, duszność jest mniejsza, chory może oddychać głębiej, przy każdym jednakże głębszem odetchnieniu czuje dotkliwy ból kłujący w prawym boku; język wilgotny, z brzegów czysty, po środku obłożony żółto-białawym mulem, apetyt nieco lepszy. Przy badaniu fizykalnem oprócz mniej obfitych rzeżeń w lewem płucu żadnych wyraźniejszych zmian nie znalazłem. Lekarstwo też same.

Od tego czasu stan chorego subiektywnie codziennie się poprawiał, gorączka stopniowo ustępowała tak, że po 7 już dniach z rana chory był zupełnie bez gorączki i tylko występowała ona jeszcze wieczorami i to w bardzo nieznacznym stopniu; kaszel pomniejszył się, chwilami tylko występował bardzo silny w połączeniu z mocnem krztuszeniem, płwociny wydzielalo się coraz mniej i w miarę pomniejszenia jej ilości stawała się ona coraz jaśniejszą, zbitą, barwy żółtawej, zawsze jednakże wydzielala ona jeszcze, szczególnież zaraz po odpluciu, woń bardzo nieprzyjemną; język się oczyszczał, apetyt stawał się lepszym i chory oprócz mleka dostawał jajka na miękko, kaszkę, stolec bywał codziennie; osłabienie ustępowało, chory sypiał po kilka godzin w nocy. Odpowiednio do tych zmian zachodziły zmiany i w znakach fizykalnych narzędzi piersiowych, chociaż postęp tutaj nie był tak szybkim i widocznym z dnia na dzień, jakby można było się spodziewać po poprawie w stanie ogólnym zdrowia. Stopienie odgłosu po prawej stronie klatki piersiowej utrzymywało się ciągle w tych samych granicach, z lewej strony oddech pęcherzykowy był wyraźniejszy i rzeżeń tutaj było bardzo mało i to głównie występowały one tylko z tyłu i u dołu, z prawej zaś strony w samym szczycie dawały się słyszeć rzeżenia drobno-pęcherzykowe, na granicy tępości szczególnież od tyłu można było słyszeć chwilami oddech oskrzelowy bardzo wyraźny, innym zaś razem dawały się słyszeć same tylko rzeżenia, u dołu zaś w miejscu tępości przy zwyczajnem oddychaniu nie można było słyszeć zgoła żadnego szmeru oddechowego, przy mocnem zaś oddychaniu dawały się słyszeć rzeżenia grubo-pęcherzykowe.

Do dnia 7 października chory brał ciągle też same lekarstwo. W tym dniu ponieważ użalał się na indłości, odbijanie, przyczem język był zawsze obłożony i apetyt się pomniejszył zmieniłem poprzednią mieszankę na następującą: *Rp. Dti lichen. island. (e dr. jj) unc. VI, Trac chinae comp. dr. j, Trac cephaelid. dr. 1/2, MDS. Co 2 godz. łyżkę.*

Przy tej mieszance chory pozostawał do dnia 12 października; apetyt znów się poprawił, gorączka występowała tylko wieczorami i to bardzo umiarkowana,

kaszel jednak utrzymywał się ciągle z tém samém natężeniem, płwocina była zawsze śmierdząca i zabarwioną, przy wysłuchiowaniu i opukiwaniu nie spostrzegłem żadnych tak bardzo wyraźnych zmian. Nie widząc poprawy przepisałem: *Rp. Plumbi acetici gr. 1/3, Camphorae gr. 1/2, Sacchari gr. V, M. f. pulv. Dent. tal. dos. N. 12. D.S.* Co dwie godziny proszek i nadto poleciłem choremu postawić wezykatoryę na to samo miejsce co i poprzednio.

Od tego czasu poprawa była wyraźniejszą i postępowała szybszym krokiem, jakkolwiek nie można było uchwycić tych różnic z dnia na dzień, to jednakże po pewnym przeciagu czasu stawały się one bardzo wyraźnemi, naturalnie różnice te zachodziły ciągle, lecz jak zawsze w chorobach przewlekłych były one bardzo nieznaczne i potrzeba było pewnego, że tak można powiedzieć, ich zsumowania, ażeby stały się dla naszej obserwacyi widocznemi. Gorączka ustępowała z wolna i w końcu ustąpiła zupełnie (około 20 października), kaszel był coraz mniejszy, tak że w końcu tego miesiąca chory na dobę zaledwie zakaszał parę razy, a w połowie listopada ustał mu zupełnie, płwociny odpluwał coraz mniej, przyczém stawała się ona zbitą, blado-żółtą (stłuszczoną), a zarazem z wolna traciła swój zapach; apetyt powiększał się, chory oprócz poprzedniego posiłku dostawał mięso, stolec pomimo używania ołowiu (z początku co dwie godziny, następnie po trzy proszki dziennie) bywał codziennie; w miarę postępującej poprawy zmieniał się i wygląd chorego, chory wychudnięty i blady nabierał coraz lepszej cery, utył trochę; siły wzrastały, sen miał dobry. W miarę téj poprawy zmieniły się na lepsze i stosunki auskultacyjne płuc. Z lewej strony na całej przestrzeni tak z przodu, jak i z tyłu dość weześnie już powrócił w zupełności oddech pęcherzykowy; z prawej strony oddech pęcherzykowy prawidłowy najprzód się powrócił z przodu, z tyłu zaś u góry jeszcze jakiś czas utrzymywał się oddech pęcherzykowy zaostrozony, lecz w końcu i to zaostwienie zniknęło zupełnie, u dołu już po drugiej wezykatoryi zniknął odgłos tępy ustępując miejsca pewnemu tylko stłumieniu, stłumienie to odgłosu utrzymywało się najwyraźniej i najdłużej przy kolumnie pancerzowej między 9 i 11 żebrem i nawet z takim stłumieniem chory opuścił szpital; w miarę jak wyjaśniał się odgłos stłumiony ginęły i rżenia, najprzód zginęły one u góry na granicy poprzedniej tępości wraz z oddechem oskrzelowym, następnie u dołu; w tém ostatniem jednakże miejscu, gdzie poprzednio dawały się słyszeć rżenia grubo-pęcherzykowe w rodzaju bulkotania, najdłużej się one utrzymywały, zmieniając stopniowo swój charakter od rżeń bardzo głośnych i licznych, grubo-pęcherzykowych do rżeń jednostajnych, drobno-pęcherzykowych, coraz mniej wyraźnych i nie tak często występujących.

Oetan ołowiu wraz z kamforą chory zażywał do pierwszych dni listopada, poczem przyjmował tylko tran w ilości 3 łyżek dziennie z 5 kroplami eteru do każdej łyżki. Tran przyjmował do dnia 9 grudnia. W tym czasie miał postawioną dwa razy jeszcze wezykatoryę na prawym boku. W dniu 9 został wypisanym ze szpitala na własne żądanie. Ze zmian jakie nastąpiły wskutek przebytej choroby, pozostało się tylko, jak to już powyżej nadmienilem, pewne stłumie-

nie odgłosu opukowego u dołu po prawej stronie przy kolumnie pacierzowej i nieznaczne klucie, występujące przy bardzo głębokim oddychaniu.

W wypadku powyżej opisanym choroba nie była z całą dokładnością od samego początku rozpoznana. Z początku, opierając się na znakach fizykalnych, stwierdziłem tylko samo zapalenie wysiękowe opłucnej z prawej strony i ostry nieżyt oskrzeli w obu płucach, możliwości zaś zapalenia w dolnym prawym płacie płuc nie przypuszczałem wtedy weale, dopiero trzeciego dnia po przybyciu chorego do szpitala, gdy w płwocinie stwierdziłem obecność odlewów włóknikowych, przekonałem się, że w danym wypadku obok zapalenia opłucnej miałem jednocześnie do czynienia i z zapaleniem samych płuc. Niedostateczne to rozpoznanie choroby, jak przekonał mnie przebieg, było bardzo ważnym pod względem rokowania, z tego powodu uważam za właściwe bliżej się zastanowić nad niektórymi okolicznościami, które mogą nam ułatwiać lub przeciwnie utrudniać rozpoznanie w podobnych wypadkach. Rzeczywiście podobne wypadki, w którychby jednocześnie występowało zapalenie płatowe płuc i opłucnej są dosyć rzadkie, zwykle bowiem przy przeważnym zapaleniu opłucnej znajdujemy tylko zapalenie płuc w samej powierzchownej ich warstwie przylegającej tuż do opłucnej uległej zapaleniu i odwrotnie przy płatowym zapaleniu płuc znajdujemy nieznaczne zapalenie w opłucnej trzewnej i prawie zawsze bezwysiękowe; takie zapalenia, które rozszerzają się *per contiguitatem* na przyległe tkanki, nie mają żadnego znaczenia i z ustąpieniem głównego zapalenia rozchodzą się same przez się bez żadnej interwencji z naszej strony. Dalej zdarzają się wypadki, już dosyć rzadkie, w których do istniejącego zapalenia płuc przyłącza się zapalenie opłucnej lub odwrotnie do istniejącego zapalenia opłucnej przyłącza się płatowe zapalenie płuc; w tych wypadkach nowo występujące objawy w czasie mniej więcej prawidłowego przebiegu choroby, jako to dreszcze, nasilenie gorączki, zmiana w tętnie i oddychaniu, duszność, wreszcie obecne przytęm znaki fizykalne ostrzegają nas o wystąpieniem powikłania i rozpoznanie czynią dość łatwym. Nakoniec i do tego niesłychanie rzadko, przytrafiają się wypadki, jak obecny, w których od samego początku występuje zapalenie płuc i opłucnej z jednakowym nateżeniem w obu tych tkankach i wtedy rozpoznanie jest niesłychanie trudnym. Znaki bowiem fizykalne, na których głównie a nawet prawie wyłącznie opieramy rozpoznanie chorób narzędzi piersiowych, w tym razie dowodzą obecności samego tylko zapalenia opłucnej (rozszerzenie klatki piersiowej, wyrównanie przestworów międzyżebrowych, zniesienie w nich ruchów oddechowych, stłumienie odgłosu opukowego, osłabienie lub zupełnie niedostawanie wszelkich szmerów oddechowych; zapalenie zaś płuc nie zdradza się wtedy żadnymi znakami obiektywnymi (nie znajdujemy bowiem wtedy ani wzmocnionego drżenia klatki piersiowej, ani oddechu oskrzelowego, ani też brzmienia oskrzelowego). Oddech zaś oskrzelowy, jaki znajdujemy na granicy stopienia, przytrafia się w większej liczbie wypadków zapalenia opłucnej i zależy od uciśnienia przyległych części

pluc, jego zatem obecność lub nieobecność nie dowodzi jeszcze niczego, wprawdzie przy jednoczesnym zapaleniu płuc i opłucnej, szerokość na której słyszemy oddech oskrzelowy ma być większą, lecz pojmujemy, że podobne określenie większa lub mniejsza szerokość są pojęciami bardzo względnymi, na których żadną miarą nie możemy jeszcze stanowczo opierać swego rozpoznania. Gdy więc w tych razach znaki auskultacyjne i perkusyjne posiadają znaczenie bardziej podrzędne, należy w podobnych wypadkach baczniejszą zwrócić uwagę na inne okoliczności, które mogą ułatwić nam rozpoznanie w wątpliwych wypadkach. Rzeczywiście przebieg choroby w takich razach nie bywa prawidłowym, znajdujemy znaczne zboczenia w natężeniu niektórych objawów, które nie odpowiadają znalezionym zmianom miejscowym i dowodzą, że oprócz wykrytych zmian chorobnych znajdują się jeszcze i inne. I w opisywanym też wypadku znaczne natężenie gorączki, niezwykła miękkość tętna (gdy przy samym jednym zapaleniu opłucnej, tętno zazwyczaj bywa twardem), znaczna duszność, wielkie osłabienie nie odpowiadały wcale obrazowi zapalenia opłucnej ograniczonemu do nieznacznej przestrzeni, wprawdzie można było te objawy położyć na karb rozszerzonego nieżyty oskrzeli, lecz i ten ostry nieżyt był dosyć zagadkowym, zapalenia bowiem opłucnej w wyjątkowych tylko razach wikłają się nieżytem oskrzeli; a tymczasem wszystkie te objawy znajdowały swoje wytłomaczenie bardzo prostym sposobem przez przypuszczenie zapalenia płuc, wtedy i ten ostry nieżyt oskrzeli był po prostu tylko następstwem obocznego napływu krwi (*hyperaemia collateralis*) do zdrowych części płuc wskutek znacznego upośledzenia krwi obiegu w płucu zapalonym i do tego jeszcze ucisnięciem wysiękiem.

Trzeciego dnia choroby, gdy w płwocinie pojawiły się odlewy włóknikowe nie było już można mylić się co do natury choroby, nieprawidłowy dotąd przebieg znalazł dostateczne wytłomaczenie. Wskutek postawienia takiego rozpoznania rokowanie dla chorego wypadło bardzo niepomysłnym, łatwo bowiem w takich razach mogło przyjść do wodnej puchliny płuc (*oedema pulmonum*), prawie bezwarunkowo śmiertelnej, gdyby zaś chory uchronił się od tego niebezpieczeństwa, zejście zapalenia płuc i opłucnej przedstawiało bardzo wiele jeszcze niebezpieczeństw, zapalenie w płucu ucisniętym, zważając na stosunki krążenia krwi, zamiast jak zwykle rozejść się, mogło pociągnąć za sobą bardzo łatwo odmę piersiową, zropienie lub zgorzel płuc, i rzeczywiście ten ostatni wypadek miał tutaj miejsce. I jeżeli chory mimo to wyzdrowiał, zawdzięczał to silnej swej naturze i dotychczasowemu pomysłnemu stanowi swego zdrowia; pomimo tych jednak pomysłnych warunków choroba przeciągnęła się do trzech miesięcy i chory wyszedł już z pewnym zboczeniem w narządziach piersiowych, prawdopodobnie ze zrośnięciem listków opłucnych między sobą po prawej stronie i z wytworzeniem się tkanki łącznej w miejscu tkanki płuc uległej zgorzeli, które to zmiany, nie pozwalając swobodnie rozszerzać się przyległym częściom płuc, szczególnie przy głębszym oddychaniu, stały się powodem klucia u chorego, dalej zmiany te, nie dające już naturalnie odrobić się, uczyniły te narządzia i na przyszłość daleko już słabszemi i mniej zdolnemi do opierania się wszelkim wpływom szkodliwym.

Pozostaje mi jeszcze w końcu nadmienić choć w kilku słowach o leczeniu zastosowaném u rzezonego chorego. Z początku choroby przy silnej gorączce<sup>e</sup> i zapaleniu dopiero rozwijającém, lecz które, jak mnie się zdawało, nie doszło jeszcze do swego punktu kulminacyjnego, czyniąc zadość wskazaniom, by zmniejszyć przekrwienie w narządziach uległych zapaleniu i ułatwić wydzielanie się śluzu w oskrzelach obrzękniętych i przekrwionych, zaleciłem miejscową deplecyę przez bańki i przepisałem choremu emetyk w małych dawkach. Lecz trzeciego dnia, jakkolwiek stan chorego co do płuc nie zmienił się wcale i postępowanie powyższe było wskazaném i nadal, zmuszony byłem od niego odstąpić z powodu przystąpienia zadrażnienia przewodu pokarmowego i to w dość znacznym stopniu, które przeciwwskazywało dalsze zadawanie emetyku. Od tego czasu ograniczałem się na zadawaniu emulsyi, przyrządzonej w lekkim naparze wymiotnicy, z dodatkiem azotanu sody i na ciepłych okładach stosowanych na brzuch i na bok prawy. Od czasu do czasu, gdy nie było stolca, zadawałem choremu olejek kleszczowinowy w podwójnym celu, raz by przez sprowadzenie obfitych wypróżnień łagodzić gorączkę, powtóre ażeby chociaż przez tak słabą rewulsyę na przewód pokarmowy podziałać odciągająco na narządzia piersiowe, tóm wiecej, że silniejsza rewulsya na skórę przez wezykatoryę lub tym podobne środki była znów przeciwwskazana z powodu silnej gorączki. Dziesiątego dnia choroby, gdy nabyłem zupełnego przeświadczenia, że płuca uległe zapaleniu przeszło w zgorzel, należało z jednej strony podtrzymywać siły chorego, zobojetniać wpływ szkodliwy cząstek gnijących na ustrój, z drugiej znów strony ułatwiać oddzielenie części uległych zgorzeli; w tym celu bez względu na gorączkę zalecałem choremu środki przeciwnilne (chinię), wyksztusne (wymiotnicę) i podniecające (z początku kamforę, później węglan amonii), od czasu do czasu uciekając się prócz tego do środków rewulsyjnych już to na skórę (wezykatoryę), już to na przewód pokarmowy (olejek kleszczowinowy), prócz tego przepisałem choremu posiłek obfitszy i posilniejszy, którego ilość powiększałem stopniowo w miarę możności spożycia go przez chorego. Choroba pomimo zastosowania powyższych środków ciągnęła się dalej i zagrażała wycieńczeniem, wtenczas to chcąc skuteczniej podziałać na ognisko zgorzela dotknięte, zaleciłem choremu octan ołowiu (w połączeniu z kamforą), w tym celu, że środek ten posiadając w wysokim stopniu własności przeciwnilne i ściągające, zniszczy do reszty w samém ognisku chorobném dalsze gnicie i powstrzyma w niem obfite wydzielanie; rzeczywiście skutek w zupełności odpowiedział założeniu, odtąd poprawa już poszła szybszym krokiem, ilość płwociny coraz bardziej się pomniejszała, tracąc przytém swój charakter wydzieliny rozpadowej i po trzech tygodniach przestała nawet zupełnie się wydzielać. Wtedy to nie znajdując wskazania do dalszego zadawania tego środka, a mając na uwadze upośledzone odżywianie zaleciłem choremu tran, który brał do samego końca pobytu w szpitalu.

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### Porażenie pęcherza moczowego i jego leczenie za pomocą stałego prądu galwanicznego.

Przez Dra Juliusza A l t h a u s w Londynie.

Znanym jest fakt, że niektóre choroby pęcherza moczowego, jak nieżył i kamienie oddawna baczna na siebie zwróciły uwagę patologów i lekarzy, gdy tymczasem inne cierpienia tego organu tak pod względem patologicznym jak i leczniczym niesłusznie zaniebane zostały. Do tych właśnie zaniebanych cierpień należy tutaj p o r a ż e n i e p ę c h e r z a; choroba ta nie tylko traktowana jest powierzchownie i przelotnie w podręcznikach patologii i terapii, ale nawet w monografiach traktujących wyłącznie o chorobach pęcherza.

Tymczasem chorzy podlegający porażeniu pęcherza, skazani są na użycie kateteru przez bieg cały swego życia. Lekarz mało lub wcale nie zwraca uwagi aby chorego wyleczył z tego tak przykrego i fatalnego cierpienia, które prawie zawsze zostawiane samemu sobie bez leczenia, zgubny wywiera wpływ na ogólne odżywianie organizmu i bywa powodem znacznego upadania chorego na duchu i w końcu wynikających ztąd dosyć często złych skutków.

Nazwy p o r a ż e n i a p ę c h e r z a używają często bardzo nieogłębnie i nieściśle opierając się na takich wypadkach, w których chorzy doznawają trudności w oddawaniu moczu, gdzie jednak obok tego zjawiska pęcherz bynajmniej nie jest porażonym.

Mówią także o porażeniu zwieracza pęcherza lub o niemożności zatrzymania moczu przez pęcherz w razach takich, w których pęcherz utracił swoją czynność jako zbiornik służący do zatrzymania przez mniejszy lub większy przeciąg czasu zbierającego się w nim moczu. Bywają znowu bardzo często wypadki takie, w których trudność w oddawaniu moczu uznana bywa za porażenie pęcherza, gdzie jednak przyczyną tego zjawiska może być wprost mechaniczna jak np. powiększenie gruczołu krokowego (*hypertrophiu glandulae prostaticae*).

Nie należy się jednak dziwić używaniu tak surowych i nieściśłych patologicznych wyrażeń na oznaczenie choroby przy tego rodzaju zjawiskach trudnego lub zbyt zwolnionego oddawania moczu, jeśli zwrócimy uwagę na to, w jakim do wcale niedawnego czasu fizjologia tej ważnej funkcji w oplakany znajdowała się stanie.

Mało także wiedziano w jaki sposób bodziec nerwów ruchowych przechodzi na pęcherz i tym mniej jeszcze o sile mięśni działających na zatrzymywanie moczu lub na jego wydalenie.

Przed przystąpieniem jednak do właściwego przedmiotu, przedstawimy w krótkości ważne bardzo badania robione przez prof. B u d g e w Greifswald nad oddawaniem moczu, które zapewne nie wszystkim lekarzom są znane.

B u d g e robił swoje doświadczenia przeważnie na psach, u których odkrywał nerwy i pęcherz moczowy.

Ponieważ niemożliwem jest oddzielić włókna nerwowe na całym przebiegu od ich organów ośrodkowych do samego pęcherza ani za pomocą skalpela, ani chemicznych lub też innych odczynników, jedyny był sposób dla dojścia do zadawalniającego rezultatu odnośnie początku nerwów oddziaływających na pęcherz a mianowicie spostrzeżenia działania fizyologicznego drażnieniem elektrycznem otrzymane.

Przy tych poszukiwaniach okazało się, że drażnienie wielkich półkól mózgowych ciałek prążkowanych (*corpora striata*) i wzgórków wzrokowych (*thalami optici*) najmniejszego nie wywarło wpływu na pęcherz; tenże sam rezultat okazał się przy drażnieniu mózdzka. Gdy tymczasem zetknięcie drutów elektrycznych z ciałkami kolankowatemi (*corpora geniculata*) i z pęczkami powrózkowatymi (*corpora restiformia*) wywołało kurezenie się pęcherza i wydalenie moczu. Z tego wynika, że na pewnym oznaczonym punkcie w części górnej osi mózgo-rdzeniowej znajdują się włókna nerwowe, które szczególny (specyalny) wywierają wpływ na pęcherz. Chodzi tu tylko o to, jaką drogą przedostają się do pęcherza, czy przechodzą przez nerw sympatyczny, czy przez nerw błędny (*n. vagus*), czy

też nareszcie przez mlecz pacierzowy. Co się tyczy dwóch pierwszych, to jest nerwów sympatycznego i błędnego, to te po przecięciu ich nie wywołały żadnej ujemnej zmiany przy drażnieniu wyżej opisanych części, lecz po przecięciu mlecza pacierzowego drażnienie tychże części mózgowych okazało się zupełnie bezskutecznym.

Dalsze doświadczenia pokazały, że te włókna nerwów ruchowe dla pęcherza przechodzą od odnogi mózgowej (*pedunculus cerebri*) i od ciałek powrózkowatych (*corpora restiformia*) przez przednie prążki do przednich rogów trzeciego i czwartego nerwu krzyżowego i że czynność pęcherza może się odbywać pod wpływem mózgu i także za pośrednictwem drażnienia odruchowego, odruch ten odbywa się za pomocą tylnych rogów wszystkich czterech nerwów krzyżowych.

Oprócz wyżej wspomnianych znajduje się jeszcze jeden ośrodek nerwowy dla pęcherza w dolnej części łądźwiowej mlecza pacierzowego, którego podrażnienie powoduje znaczne ruchy pęcherza i ruchy te po śmierci o wiele dłużej trwają aniżeli ruchy zależące od podrażnienia innej jakiegokolwiek części mlecza pacierzowego. Z tego właśnie punktu idą osobne włókna nerwów ruchowe niezależnie od wyżej opisanych do pęcherza przez splot krzyżowy (*plexus hypogastricus*). Poszukiwania B u d g e'go pokazały i ten ważny rezultat, że mięsień który dotychczas przez anatomów był opisany jako zwieracz pęcherza, bynajmniej ze względu fizyologicznego nie jest zwieraczem i że mięśnie podłużne i koliste to jest te, które dotychczas opisane jako wypędzacz moczu (*detrusor*) i zwieracz pęcherza, służą w ostatecznym rezultacie do wypędzenia moczu, a żadnego nie wywierają wpływu na zamykanie pęcherza.

Drażnienie jakiegokolwiek części pęcherza działa na w dalenie moczu, a gdy B u d g e wypuszczał ślup wody z przerywanym strumieniem zauważył, że drażnienie zwieracza anatomicznego nie wywarło najmniejszego wpływu na zatrzymanie tego płynu, a przy drażnieniu drutami elektrycznymi mięśnia ściągacza (*constrictor*), cewki i opuszki jamistej (*bubus cavernosus*), płyn ten został zatrzymany w pęcherzu.

Jeżeli drażnienie tych mięśni było tylko z jednej strony, pęcherz nie w zupełności został zamknięty a jeśli drażnienie to odbyło się z obydwóch stron, wtedy zamykanie pęcherza okazało się daleko silniejszym. Mięśnie te zwykle zamykają pęcherz za pośrednictwem ich tonu refleksyjnego, który odbywa się osobliwym porządkiem między tylnymi korzeniami 3, 4, i 5 nerwu krzyżowego, między dolną częścią mlecza pacierzowego i między przednimi korzeniami tychże nerwów krzyżowych.

Nerwy dające włókna swe wspomnianym wyżej mięśniom powstają również od odnogi mózgowej i opuszczają mlecz pacierzowy w pochwie nerwu wstydliviego (*n. pudendus*) między 3 i 5 nerwem krzyżowym. Pęcherz u kobiet także nie posiada zwieracza, miejsce zwieracza cewki i opuszki jamistej zastępuje tutaj (*constrictor cumi*).

Z tego okazuje się że można raz na zawsze zarzucić tę nazwę zwieracza pęcherza i nazwać lepiej i słuszniej tę masę kolistych płaskich włókien mięśniowych przy ujściu cewki do pęcherza znajdujących się pierścieniem okrężnym (*annulus circularis*).

Te poszukiwania fizyologiczne dają nam możność objaśnienia sobie bez trudności zjawisk oddawania moczu tak w normalnym, jako też w patologicznym stanie tego organu moczowego.

1. Mocz zbiera się w pęcherzu i tu zatrzymaną być może wskutek skurczu odruchowego ściągacza cewki i opuszki jamistej. Jeśli skurez ten znacznie będzie powiększonym jak np. podczas silnej erekcyj, wtedy oddawanie moczu staje się niemożliwym, przeciwnie zaś jeśli skurez ten znika, to wtedy mamy do czynienia z niemożnością zatrzymania uryny, to jest skoro tylko ona zostanie wydzieloną do pęcherza, natychmiast z niego zostaje wydalona.

Stanu jednak tego nie możemy nazwać porażeniem pęcherza. Sztucznie możemy wywołać niemożność zatrzymania moczu w pęcherzu, jeśli przetniemy jakiegokolwiek części udział biorące w skurczu odruchowym mięśni cewki moczowej.

Mocz tedy samowolnie będzie spływać, jeśli przetniemy przednie korzenie trzech wyżej pomienionych nerwów krzyżowych; i to dzieje się wskutek tego, że włókna nerwów ruchowe działające na mięśnie cewki moczowej pozbawione są energii. To samo zjawisko się powtórzy jeśli przetniemy tylne korzenie, przez co właśnie wpływ nerwów czuciowych na ruchowe zostaje usuniętym.

Każda z wyżej wspomnianych operacyj niszczy opisany wyżej odruch i skutkiem tego i skurez mięśni cewki moczowej. Z drugiej strony znowu przecięcie w jakiegokolwiek części mlecza pacierzowego powyżej od nerwów krzyżowych znacznie powiększa skurez o ruchowy części niżej położonych, a między innymi także i skurez mięśni cewki moczowej. W tym ostatnim wypadku nie będziemy mieli do czynienia tylko z niemożnością zatrzymania moczu, ale z prawdziwem porażeniem pęcherza, które pochodzi w części wskutek powiększonego skurezu odruchowego a w części od porażenia nerwów ruchowych, które naturalnie przy takiej operacji mlecza pacierzowego porażone być muszą.

2) W stanie normalnym mocz wydalonym bywa przez rozluźnienie ściągacza cewki i opuszki jamistej i przez równoczesne zarazem kurczenie się mięśni podłużnych i kolistych pęcherza. To dokonywa się albo przez bodziec od mózgu pochodzący, albo też przez wpływ wrażliwości i czynności odruchowej. I tak mamy zwyczaj oddawania moczu krótko przed wsiadaniem do wagonu kolei żelaznej lub przed udaniem się na jakąś towarzyską zabawę, nie czynimy to wtedy z potrzeby, ale dlatego tylko, że wiemy o tem, iż przez czas dłuższy nie będziemy mieli sposobności zadosyć uczynić wymaganiom natury. Z drugiej strony znowu czuć się nam daje wpływ tego wrażenia i w zabawie; to ma miejsce wtedy gdy pęcherz jest napelniony i rozciągnięty, przez co nerwy czuciowe pęcherza doznawają właściwego sobie uczucia, które daje nam poznać ciśnienie moczu i potrzebę jego wydalenia.

Jeżeli wpływ ze strony mózgu i wpływ wrażliwości są równocześnie osłabione, jak to np. ma miejsce podczas snu, wtedy mocz wydalany nie zostaje, przeciwnie jeżeli obadwa te wpływy z jakiegokolwiek przyczyny są powiększone, wtedy nadmierne doznajemy pociągu do oddawania uryny, i tak np. stan ogólnego rozdrażnienia nerwowego, który może być także powodem rozwolnienia (*diarrhoea*) bywa powodem także znacznego urynowania. Tenże sam rezultat bywa także przy niezycie pęcherza lub też przy obecności w nim obcego ciała.

Porażenie pęcherza, to jest niezdolność oddawania moczu drogą naturalną wskutek utraty ruchu tego organu ma miejsce wtedy: 1) kiedy przewodnictwo nerwów od odnogi mózgowej do pęcherza przerwaniem zostaje na swój drodze, co się zdarza często w niektórych chorobach mózgu, jak w histeryi i tyfusie, 2) kiedy dolna część lędźwiowa mlecza pacierzowego uszkodzoną zostaje, jak naprzykład w chronicznem zapaleniu szpiku kostnego (*myelitis chronica*), przy ranieniu grzbietu, w atonii mlecza pacierzowego; 3) kiedy normalna drażliwość nerwów ruchowych i czuciowych pęcherza jest patologicznie zmieniona, a mianowicie bez równoczesnego cierpienia organu ośrodkowego. Największa liczba wypadków tego rodzaju mają swoją podstawę w uszkodzeniach nerwów czuciowych i dlatego należy je umieścić pod rubryką porażenia ruchowego. Widzieliśmy wiele razy porażenie pęcherza po użyciu instrumentów, po kruszeniu kamienia (*lithotripsia*), po operacji hemoroidów bądź za pomocą ligatury, lub też rozpalonego żelaza; po porodach przez ucisk główki płodu w czasie przejścia jego przez miednicę. Porażenie pęcherza miejscowe miewa także miejsce przy użyciu pewnych środków lekarskich a osobliwie wilecj jagody (*belladonna*) i lulka (*hyoscyamus*).

Jasno ztąd widzieć można, że pod wyrażeniem p o r a ż e n i a p ę c h e r z a nie pojmujemy wypadków tych, w których wskutek nadmiernego rozszerzenia pęcherza mamy do czynienia z atonią pęcherza. Patologia takich wypadków, które bardzo często się napotyka, jest zupełnie inna od tej, która jest przy porażeniu. Wypadki atonii pęcherza dosyć często napotykać można wskutek organicznego zaparcia stołca, które przeszkadza zupełnemu wypróżnieniu pęcherza, jakoteż przy zwężeniach cewki i powiększeniu gruczołu krokowego i nareszcie zdarzać się może także u osób mających zwyczaj często przetrzymać ciśnienie moczu lub też raz przy danej jakiejś okoliczności, osoby te były zmuszone wstrzymać się od oddawania moczu. W takich wypadkach płaskie włókna mięśniowe pęcherza zostają nadzwyczajnie rozciągnięte i tracą swój skurez, jednakże tutaj jeszcze przy takim stanie nerwy nie straciły swjej siły i tedy nazwy porażenia dla tych wypadków użyć nie możemy.

Leczenie porażenia pęcherza dało nam dotychczas w ogóle zle bardzo rezultaty a szczególnie leczenia dwóch pierwszych odmian tej choroby, gdzie mamy do czynienia z cierpieniem mózgu lub też z cierpieniem mlecza pacierzowego. Zwycykle zalecane i używane

środki są: strychnina, sporysz (*secale cornutum*), arszenik, wezykatorye, żelazo, oprócz tych środków jeszcze dodajemy drażnienie elektrycznością. Z pomocą tych środków udało się bezwątpienia wyleczyć pewną liczbę chorych, a szczególnie należących do trzeciej odmiany, której wypadki o wiele są łatwiejsze do leczenia, aniżeli należące do dwóch pierwszych odmian, ale niemniej też to leczenie w wielu wypadkach zostało zupełnie bez skutku. Wiemy, że drażnienie elektryczne w ogóle nieznaczny tylko wpływ wywierać się zdaje na choroby organów ośrodkowych i jeżeli działanie jego chcemy użyć szczególnie przy porażeniu pęcherza, to należy je zastosować miejscowo tylko. Pociuszającym zatem jest dla nas środek, który posiadamy w stałym prądzie galwanicznym, który jeśli właściwie użyty, zdolny jest prędko przywrócić wpływ woli na porażony pęcherz, z wyjątkiem tylko tam, gdzie nastąpiło uszkodzenie prawdziwe substancyi nerwowej.

Z moich doświadczeń jakkolwiek nielicznych z pozoru wypadków tej choroby, mogę jednak zapewnić, że środek ten jest w działaniu swoim nieskończenie prędszym i pewniejszym, aniżeli te wszystkie istniejące dotąd lekarstwa używane w porażeniu pęcherza. Gdziekolwiek istnieje możność fizyologiczna dla przywrócenia funkcji pęcherza, jesteśmy w możności osiągnąć to najlepiej za pośrednictwem stałego prądu galwanicznego. Sposób użycia tego prądu jest bardzo ważny. Zdaje się być zbyt częstym a nawet i nieużytecznym, wprost działać prądem na substancyę pęcherza, co mogłoby być wykonane bardzo łatwo za pomocą odosobnionego zglębnika, pozbawionego metalu na przednim jego końcu.

Nie należy wprost galwanizować pęcherz gdy napelniony jest moczem, ponieważ przy takim postępowaniu nastąpi silny rozkład moczu, to ma miejsce szczególnie wtedy, gdy elektrod ujemny będzie wprowadzony do pęcherza. Skoro tylko strumienie wodorodu wypełnią pęcherz, natychmiast on przez takowe rozciągnięciem zostaje i przez ucisk mogą tu być wywołane objawy podobne zemdleniu; z drugiej strony znowu galwanizowanie próżnego pęcherza drażni jego błonę śluzową. Zewnętrzne użycie prądu nie połączone jest z tylu przykrościami i jest zupełnie skuteczne, tak, że możemy zupełnie ograniczyć się na tym sposobie użycia.

To przykładanie drutów trzeba zmieniać z miejsca na miejsce wszędzie, gdzie mamy uszkodzenie. Gdzie mamy podstawę do podejrzenia choroby odnogi mózgowej i jego sąsiednich organów, wtedy należy drut ujemny przyłożyć do potylicy a drut dodatni do kości łonowej (*os pubis*). Jeżeli ma się do czynienia z cierpieniem mleczka pancerzowego części lędźwiowej, to drut ujemny należy przyłożyć na 4 i 5 krąg lędźwiowy a ujemny do kości łonowej.

W porażeniu miejscowym pęcherza postępuje się tak jak wyżej, albo też obadwa końce drutów należy przyłożyć do kości łonowej, jeden blisko drugiego.

Jak długo ma trwać to użycie i czy ono ma być stałe nieoderwane od miejsca przyłożenia, czy też przeciwnie? podług moich doświadczeń przewyższam przerywane galwanizowanie. Pięćdziesiąt lub sześćdziesiąt razy przerywać strumień elektryczny, wystarcza na jedno posiedzenie chorego. Zostawiam zwykle drut z dodatnim biegunem w jednym punkcie, drugi znowu drut z biegunem ujemnym oddalam co 3—4 sekundy, potem znowu go przykładam. Całe to posiedzenie trwa 3—4 minuty.

Prąd ten musi posiadać pewien stopień naprężenia, gdyż jeśli będzie bardzo słabym, to terapeutyczne jego działanie będzie prawie żadne. W największej liczbie wypadków używałem prądu składającego się z 50—60 elementów Daniella (naładowanych bez kwasu). Tylko w chorobach mózgu można używać prądu cokolwiek słabszego.

Muszę tutaj przytoczyć kilka wypadków z mojej praktyki, które najlepiej wyjaśniają różne odmiany porażenia pęcherza i leczenie ich za pomocą stałego prądu galwanicznego.

#### I W y p a d e k.

##### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a s p o w o d o w a n e c i e r p i e n i e m s y f i l i t y c z n ę m o d n o g i m ó z g o w e j.

W. S. lat 29, nieżonaty, sposobu utrzymania kantorzysta, leczył się w miesiącu kwietniu 1870 roku w mojem ambulatoryum „*Infirmarium for Epilepsy and Paralysis*.” Chory ten przedtem zupełnie zdrowy, trzy lata przed przybyciem do mej kliniki dostał szankra twardego, po miesiącu pokazały się różycy i zarazem bole gardła.

Chory poddał się leczeniu ręcياً, poczem zdawał się być zupełnie zdrowy. Około Wielkiej Nocy 1869 r. pojawiły się jednak objawy mózgowy.

Pamięć nadzwyczaj upadła, chory cierpiał także na bóle i zawrót głowy; stan jego był drażliwy i melancholiczny, także i mowa utrudniona, ogromna niechęć zarazem do pracy. Stan chorego po przyjęciu jodku potasu znacznie znowu się polepszył. Na początku 1870 roku chory znowu dostawał pewnego rodzaju napady zemdlenia i na dwa dni zupełnie oniemiał, przez co zmuszony był zupełnie uwolnić się od swoich obowiązków. W miesiąc może przed przybyciem do mego ambulatoryum chory dostał niebawem *ptosis palpebrae dextrae*, w kilka dni zaś potem trudność w oddawaniu moczu. Cierpienie to ostatecznie doszło do takich rozmiarów, że chory po wielkiem wyteżeniu zaledwie kilka łyżek dziennie mógł oddawać mocz. Przy takim stanie rzeczy chory zmuszony był uciec się do użycia kateteru, którego sam trzy razy dziennie sobie wprowadzał. Chory ten przybył do Infirmary głównie dla wyleczenia się z *ptosis*, która bardzo mu dokuczala.

**St a n o b e c n y (status praesens):** Chory przedstawia wygląd blady, wychudniały, wyraz twarzy dziecienny i prawie z idyowacjalny, odpowiada na zadane mu pytania rozumnie, ale powolnie i chwiejaco; odrazu bez przyczyny zaczyna się śmiać. Ślina mu wycieka z kątów ust. *Ptosis palpebrae dextrae* zupełna i porażenie mięśnia prostego wewnętrznego tejże samej strony zauważyć się dają, zmysł powonienia jest zmniejszony, oprócz tego chory cierpi na mocne bóle głowy i bezsenność. Chód chorego jest chwiejający się, jednakże może chodzić 2—3 mil angielskich bezustannie bez wielkiego zmęczenia. Serce i płuca zupełnie są zdrowe. Język popękany, trawienie rozstrojone. Stolec utrudniony, porażenie pęcherza zupełne.

Ponieważ chory przyjmował dosyć duże dawki jodku potasu przez rok prawie cały i z tem wszystkiem coraz bardziej opadał z sił, zaleciłem mu żelazo, tran, a oprócz tego galwanizowałem mu mięśnie oka i pęcherz w związku zarazem z odnogą mózgową.

W krótkim czasie nastąpiło znaczne polepszenie. Po drugiem galwanizowaniu chory mógł już oko swoje nawet otworzyć, a po piątym razie *ptosis* zupełnie ustąpiło. Stan pęcherza również po drugim razie się polepszył, a po piątym użyciu kateteru okazało się już zbytecznym. Chory więcej się nie zjawił, dowiedziałem się jednak, że jakkolwiek coraz bardziej tracił na swej inteligencyi, ale na *ptosis* ani na porażenie pęcherza nie cierpiał.

## II W y p a d e k.

### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a s p o w o d o w a n e h i s t e r y ą.

Dama wieku lat 32, zamężna, konstytucyi bardzo nerwowej, która żyła przez długi czas w stronach zwrotnikowych, przesłaną mi została przez Dra F r a n k'a w lipcu 1870 roku. Dama ta była w swej młodości bardzo wątła; jej matka zmarła z suchot.

Na początku roku 1870 chora będąc pod kuracyą Dra S i o r d e t w Mentone, miała napady kataleptyczne i konwulsyjne prawie podobne do opisthotonus.

Wkrótce potem nieszczęśliwa ociemniała i straciła zarazem użycie nóg i pęcherza. Kateter trzeba było teraz wprowadzać dwa razy dziennie do pęcherza dla jego wypróżnienia. Ta manipulacja była nieszczęściem dla chorej, gdyż musiała mieć zawsze w swych podróżach lekarza z sobą. Mocz w tym tu wypadku był normalny. Chora ta była leczona galwanizowaniem nerwu sympatycznego i mlecza pacierzowego, dla osiągnięcia leczniczej modyfikacyi na system nerwowy ośrodkowy. Pęcherz był galwanizowany dwa razy prądem złożonym z 50 elementów. Po pierwszym razie chora oddala mocz słabym strumieniem przy dosyć silnych bólach i osłabieniu; po drugim razie wpływ woli na pęcherz w zupełności przywrócony został. Teraz (wrzesień 1871) chora ta zupełnie wyzdrowiała.

## III W y p a d e k.

### P o r a ż e n i e p ę c h e r z a, s p o w o d o w a n e c i e r p i e n i e m m l e c z a p a c i e r z o w e g o w s w ę j c z ę ś c i l ę d ź w i o w ę j.

Kapitalista wieku lat 46, żonaty, wzrostu wysokiego, smukłego, zdawał się być pozornie zupełnie zdrowym; w roku 1870 udał się ze swoją familią do Blankenbergu, blisko Ostendy, dla używania kąpieli morskich. Brał czynny udział we wszystkich zabawach tam

istniejących, tańczył co wieczór, co od lat wielu mu się już nie zdarzyło. Po upływie miesiąca stracił zupełnie siłę pęcherza tak dalece, że bez kateteru nie mógł wcale oddawać uryny. Wkrótce potem nastąpiło osłabienie kończyn dolnych, chory ich prawie nie mógł więcej używać do chodzenia; do tego jeszcze przyłączyło się uporezywe zaparcie stołca. Nastąpiły również objawy nieżyty pęcherza.

Pacjent ten radził się wielu niemieckich i angielskich lekarzy którzy go leczyli żelazem, wróciem okiem (*nux vomica*), arsenikiem, sporyszem (*secale cornutum*), środki te w niczem stanu chorego nie zmieniły; chory w końcu udał się do mnie na kuracyą w marcu 1871 r. Objawy w ogóle nie zmieniły się od czasu pierwszego ich wystąpienia, oprócz kataru pęcherza, który się coraz bardziej pogarszał.

Ciężar gatunkowy moczu równał się 1025, reakcyja słabo kwaśna; mocz stojąc niedługo zmieniał się na amoniakalny, zawierał masę śluzu i ciałek ropnych. Od czasu do czasu przychodziło do napadów bardzo drażniących pęcherz, połączonych z dreszczami, szczególnie około wieczora. Trawienie było rozstrojone (*flatulens*) i utrudnione nadzwyczaj stołec. Chory znajdował się w okropnem nastrojeniu ducha, powątpiewał zupełnie o powrocie kiedyś do zdrowia.

Leczyłem tego chorego galwanizowaniem młecza paciierzowego, części lędźwiowej i pęcherza. Po drugim razie chory mógł pod wpływem woli już oddawać mocz i wprowadzał sobie tylko kateter wieczorem przed spaniem dla przekonania się czy pęcherz zupełnie wypróżniony. Z początku znaleziono do ośmiu uncyj moczu, a w biegu leczenia znajdowało się zaledwie 2—3 uncyj, co mię upewniało, że siła wypędzająca coraz bardziej się powiększa. Przeciwno nieżyty pęcherza zaleciłem choremu kwas benzoesowy (*Acid. benzoicum*) i używałem także galwanizowanie peryferyczne przeciwko paraplegii i zaparciu stołca. Na początku czerwca tegoż roku chory został uwolniony od leczenia. Odtąd wpływ woli na pęcherz był zupełnie normalny, stołec lżejszy, chory mógł chodzić 2—3 mil angielskich bez zmęczenia się zbytniego.

Mocz zawierał jeszcze śluz i ropę, ale o wiele mniej niż przedtem; reakcyja zaś mocno kwaśna.

Te właśnie opisane tutaj wypadki dostateczne są do wyjaśnienia tak trafnych działań leczniczych stałego prądu galwanicznego w porażeniu pęcherza, szczególnie kiedy ta affekcyja jest skutkiem specyficznych przyczyn, jak np. w pierwszym wypadku, albo skutkiem cierpienia organu ośrodkowego, jak np. w ostatnim tu wypadku mamy.

Poronając na to, że leczenie jest bezbolesne i nie połączonej żadnemi przykrościami, przyznać należy, że w stałym prądzie galwanicznym mamy nowy i godny naśladowania i szacunku środek w leczeniu tego nieznosnego cierpienia.

## Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Akademii Nauk (w Paryżu?) 26 grudnia r. z. P. R a b a u t e a u przedstawił badania fizyologicznych własności chlorków. Oto streszczenie tych badań, zamieszczone w „*Union Medicale*.”

„Chlorki sodu, potasu i magnezyi wpływają na odżywianie czyniąc je bardziej czynnym. Doświadczenia przedsiębrane w tym celu, w ciągu licznych dni, wykazały że one w znacznym stopniu powiększają oddzielenie mocznika i że podwyższają ciepłotę zwierzęca. Przy słabej solnej dyecie, po której następuje dyeta solna w wyższym stopniu (dochodząca do 10 grmm. chlorku sodu dziennie) różnica ilości mocznika, oddzielonego w ciągu doby, dochodzi prawie 20 pret. Chlorki ammonu i potasu, przyjmowane w ilości 5 grmm. wywierają prawie to samo działanie. Lecz gdy chlorki sodu i ammonu czynią cyrkulacyę bardziej szybką, chlerek potasu zwalnia ją; dla tego to ten ostatni wywiera podwójny wpływ, jako chlerek podwyższa odżywianie a jako sól potasowa zwalnia puls.

„Działanie chlorku sodu na odżywianie objasnia się powiększeniem ilości i kwasności soku żołądkowego, również powiększeniem liczby czerwonych krążków krwi, jak to

wykazali pp. *Pluvier* i *Poggiale*. W ten sposób wyjaśnia się fizyologiczne i lecznicze działanie tej soli. To nam tłumaczy dlaczego zwierzęta poddane silnej dyecie utrzymują się w lepszym zdrowiu, wskutek bardziej czynnego odżywiania i dlatego to apetyt u nich się zwiększa, jednak przy tem waga ich nie wzrasta, jak to dowiodły doświadczenia pp. *Bousaingt* i *Dally*, ponieważ jednocześnie powiększa się zużycie materji.“

„Chlornik żelaza (*ferrum sesquichloratum*), po wprowadzeniu do ustroju zwierząt, traci chlor wskutek zetknięcia się z białkiem i innymi ciałami zwierzęcemi, jednak nie ścina białka i łatwo wsysa się przez ściany żołądka. *P. Rabateau* udowodniwszy, że odłonezone żelazo, oraz tlenki i węglany jego przeistaczają się w chlorki tego metalu (*ferrum chloratum*), od zetknięcia z kwasem chlorowodornym soku żołądkowego, radzi zastosować tę ostatnią sól do użytku leczniczego, zamiast innych przetworów żelaza.“

„Chlorki złota i palladu podawane myszom, również tracą chlor, a gdy ich użycie było przedłużone, doprowadziły do białkomoczu, połączonego z zaburzeniem w czynności nerek. *P. Lionvill* od przetworów srebra a *p. Olivier* od użycia ołowiu. *P. Rabateau* świeżemi doświadczeniami również wykazał białko w moczu, po użyciu tlenków kadmu, uranu i innych. Te rodzaje białkomoczu mogą być oznaczone ogólną nazwą: białkomoczu metalicznego.“

— Prędkie leczenie nieżytno nosa. Dla osiągnięcia tego celu *p. Barrier* radzi używać proszku z azotanu srebra, zamiast roztworu tej soli, zalecanego przez *Dr. Pretty*. Według *p. Barrier* należy: 1) kichać w ciągu choroby jak najrzadziej, trzymając usta szeroko rozwarte, żeby tą drogą wydalić powietrze, mogące drażnić ściany przewodów nosowych. 2) Wyczyszczać nos rzadko i niezupełnie. 3) Zażywać jak tabakę silnie wciągając, małą ilość proszku (azotanu srebra 1 cz.; cukru sproszkowanego na najdrobniejszy pyłek 9 cz.), trzy lub cztery razy dziennie.

— Leczenie przetoki odbytowej mascią benzoesową. *Dr. Gibbs* oświadcza, że ta maść szczególnie jest użyteczną przy leczeniu niedostępnych ślepych przetok. Używał on ją z dobrym skutkiem w licznych wypadkach poczynającej się przetoki, również i w przetokach już utworzonych. Maść ta używana była co noc, przyczem nabrawszy maść na palec starano się pokryć ją całe otaczające owrzodzenie i wprowadzić przez uciskanie do otworu przetoki. Następujący jest skład maści, gdzie morfina jest dodana w celu uregulowania kurezów zwieracza odbytni. *Rp. Acidi benzoici scrup. j̄j, Morphii acetici gr. jv, Cerati simplicis dr. j, Glycerini q. s. ut fiat unguentum molle.*

Bezpośrednio po zastosowaniu tego środka następuje uczucie polepszenia. Maść ta jest silnie zalecaną osobom bojącym się operacyi, bo tu własny palec chorego może być użyty. Po miesięcznym stosowaniu tego środka, szesciomiesięczna przetoka może być uleczone, lub nastąpi znaczne polepszenie. (*New-York Medical Record*).

— Według sprawozdania *Dr. Pasquo Effen*d, inspektora lekarskiego, na wybrzeżach Czerwonego morza, cholera znowu silnie grasuje w Mekce i Medynie i liczne zabiera ofiary.

— W ostatnich czasach w Wiedniu trzech profesorowie chemii *Hlasivetz*, *Schneider* i *Rochleder* w skutku eksplozyi ulegli znacznym obrażeniom.

Redaktor i wydawca Prof. Dr. *Girsztowt*.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnój i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Nr 1352b (nowy 1). Дозволено Цензурою.