

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TRESĆ. **Prace oryginalne.** Rys balneotechniki. Skreślił Dr. M. Zieleniewski. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i wyciągi.** 89. Wycięcie śledziony. 90. O wymacywaniu zdrowych i cierpiących nerek. 91. O moczowce cukrowej i nowych poglądach na tworzenie się cukru w ustroju zwierzęcym. 92. O wyleczalności marskości wątroby. 93. Przyczynek do leczenia krztusćca. 94. Skuteczne leczenie przypadku choroby Basedowa za pomocą kwasu siarczanego. — **Odczyty kliniczne.** O leczeniu tabetyków za pomocą zawieszania. Sprawozdawca dr. Wł. Chodecki. — Prof. F. Guyon. Choroby chirurgiczne nerek. Streścił dr. A. Grünbaum. (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

RYS BALNEOTECHNIKI

Skreślił Dr. Michał Zieleniewski.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 27).

d) O pomysle przyrządu do ogrzewania na kąpiele wody Szczawnickiej ze źródła Szymona, podanym przez B. HOFFA mag. farmacyi i Krakowianina w „Przeglądzie lekarskim” 1877. Nr. 36, tylko najtreściwiej wspomnimy, głównie z tego powodu, że pomysł nadmienionego przyrządu sprzeciwia się fundamentalnej zasadzie Balneoterapii, zamierzając zachować w wodzie kąpielowej węglan żelazawy, a nie kwas węglowy; sam zaś przyrząd nie był w najmniejszym swym zarysie faktycznie wykonany i niepróbowany, ani nawet w chemicznej pracowni, przedstawia się przeto jako istna mrzonka, wcale urzeczywistnić się w praktyce niedająca.

e) W najświeższym czasie Inżynier CZERNICKI podał nowy przyrząd ogrzewalny dla wód mineralnych w gaz zamożnych, nazwany przez siebie kaloryzatorem, dający się ustawić pomiędzy wanną a rurą wodę mineralną do wanny doprowadzającą, według życzenia i potrzeby, albo tuż obok wanny lub w dowolnem od niej oddaleniu (np. w korytarzu łazienek), mający i tę wyższość nad metodą ogrzewania SCHWARTZA, iż może być zastosowanym do wanny z jakiegobądź materiału zrobionych: drewnianych, metalowych lub porcelanowych.

Przyrząd CZERNICKIEGO składa się z miedzianego balonu, zaopatrzonego wewnątrz węzownicą. Przechodząca przez nią para na 3—5 atmosfer uciśniona, rozgrzewa wodę mineralną przez nadmieniony balon do wanny przepływającej, pod tem ciśnieniem i w takiej ciepłocie będącą, w jakich stosunkach dostarcza jej do wanny zbiornik łazienkowy. Po otworzeniu wentyla parowego, przechodząca para przez węzownicę udziela całą swą ciepłotę przepływającej wodzie mineralnej przez balon; zaś zwrotny koniec rury parowej służy do odprowadzenia skroplonej z pary wody kondensacyjnej. Jeżeli zupełnie otworzy się wentyl parowy i kurek wodny, to wobec zwykłych stosunków ciśnienia pary i wody,

Ano 208/53/13

znajdujących się w największej liczbie zakładów zdrojowych, można otrzymać ciepłą kąpielową nawet do 40° R. podwyższona, którą łatwo unormować mniejszem odkręceniem wentyla parowego. Wszrubowany termometr do balonu, daje nam pewność i przekonanie o rzetelnem stopniu ciepłoty wody kąpielowej. Potrzeba trzech lub pięciu minut dla zrobienia kąpeli, w którymto czasie nastąpi i napełnienie wanny i rozgrzanie wody kąpielowej do 28° R. Jednorazowa próba wystarczy do pouczenia służby łaźniowej o należytem obchodzeniu się i użyciu mechanizmu kaloryzatora CZERNICKIEGO.

Nadmieniony kaloryzator wybornie się nadaje do ogrzewania wszelkiego rodzaju wód w gazy zamożnych: do szczaw alkalicznych, żelazistych albo do wód gazowo solankowych, lub siarkowód zawierających.

Załączony rysunek rzeczonoego kaloryzatora przedstawia jego konstrukcję.

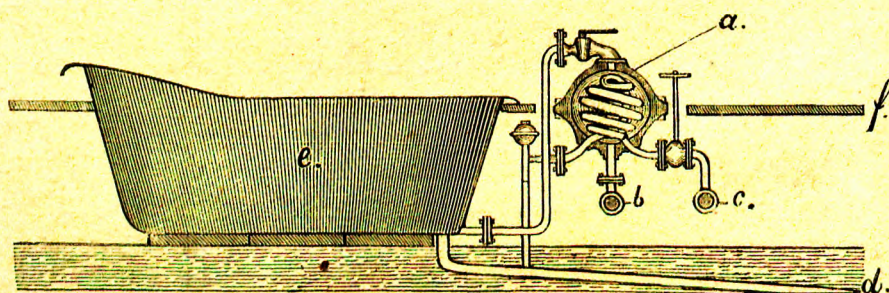


Fig. 3.

Wanna z kaloryzatem systemu CZERNICKIEGO.

- a) balon miedziany z węzownicą dla pary wodnej do ogrzania wody kąpielowej.
- b) rura doprowadzająca wodę mineralną do wanny.
- c) rura prowadząca parę wodną do kaloryzatora.
- d) rura do odpływu wody pokąpielowej i pochodzącej ze skroplenia (kondensacyi).
- e) wanna.
- f) podłoga gabinetu łaźniowego.

Pragnących bliżej poznać system ogrzewania wód kaloryzatem CZERNICKIEGO, odsyłamy do jego publikacyi: 1) „*Erwärmungsarten kohlenensäurehaltiger Badewässer*”, zamieszczonej w *Oesterr. Badezeitung* r. 1882 Jahrg. XI Nr. 3 i t. d. Odbitka z tegoż 8^o min. 2) *Der Calcrisaior und die Erwärmungsarten kohlenensäurehaltigen Badewässer*. Wien 1884 8^o min., tudzież 3) *Balneotechnisches Institut von Ad. Fr. CZERNICKI*. Wien 1885 8^o maj. pp. 15.

Sam Kaloryzator miedziany wraz z kurkiem wodnym i 3-ma sztuccami kosztuje fl. 50.

O wybornem działaniu kaloryzatora CZERNICKIEGO naocznie i wielokrotnie przekonalismy się w łaźniach zakładu zdrojowego w Gleichenbergu. Wspomniany system ogrzewania zaprowadzonym już został: w Buzias, w Francensbadzie (łaźniaki zwane Kaiserbad), w Rohitsch i w Gleichenbergu.

Niektóre wody, gazy zawierające, mianowicie cieplice tak zwane obojętne lub siarczanę, posiadające rodzimą wysoką temperaturę, zanim na kąpiel użyte być mogą, muszą być ochładzane. W tym razie potrzebne jest pewnego ro-

dzaju racjonalne balneotechniczne urządzenie, aby w poszczególnej kąpielii za-
trzymaną być mogła składowa rodzima ilość siarkowodu. Sposób ochładzania

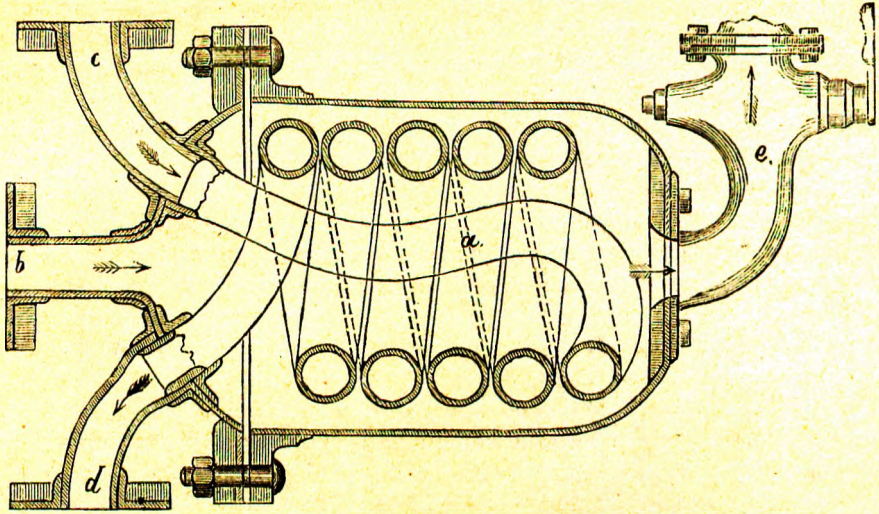


Fig. 4.

- a) dolna przegroda dna wanny z wewnętrzną węzownicą dla przepustu pary wodnej.
- b) dopływ wody mineralnej do wanny.
- c) dopływ pary wodnej do przegrody umieszczonej w przestrzeni o podwójnym dnie wanny.
- d) odpływ wody pochlodzonej ze skroplen a.
- e) odpływ wody pokąpielowej z wanny.

tego rodzaju wód na kąpiele, uskuteczniamy za pomocą pozostawiania rodzimej cieplicy w zbiornikach aż do jej dobrowolnego ostudzenia się, skutkiem przeciągu i przystępu powietrza, albo przepuszczenie rzeczonych wód przez tętnie (przez co rzeczone wody tracą gazowe składniki, a doznają pomniejszenia stałych swych składników), jest najniewłaściwszy i najgorszy. Najodpowiedniejszy i najlepszy sposób ochładzania wód wspomnianych jest zaprowadzenie sieci rur, umieszczonych w zamkniętym zbiorniku, przez które rury przepuszcza się zimną wodę, tudzież rozprowadzenie ochłodzonej cieplicy do poszczególnych wanien; albo nadmienione urządzenie rur ochładzających, za prowadzone być powinno pod podwójnym dnem każdej wanny.

Nie opisujemy tutaj szczegółowo balneotechnicznych urządzeń, umożliwiających udzielanie kąpielii natryskowych: ogólnych (na całe ciało) i miejscowych (na pojedyncze jego części), czy to spadających lub też wstępujących, których wielorakie są rodzaje i odmiany; albowiem mechanizm urządzania natrysków bardzo bywa rozmaity i odmienny, w miarę zamierzonego ich działaniem zadania i celu balneoterapeutycznego, tak pod względem ich ciepłoty, siły, czasu trwania i postaci natrysku, mianowicie dostarczanego: strumieniem zlewnym, grubo lub drobno kroplistym, nitkowatym, mglistym i t. d. Nadmienione postaci natrysku głównie polegają na otworach i końcowym wylocie balneotechnicznego mechanizmu natrysków.

Najsilniejsze działanie nitkowego natrysku otrzymujemy zapomocą narządu MATHIEUEGO, którym nitkowaty strumień wody tak gwałtownie uderza na skórę, iż zrządza niepostrzegalne jej przedziurawienie, służąc jako środek odciągający (*remedium revulsivum*). Nadmienione postępowanie (najczęściej w zakładach hydropatycznych praktykowane) nazywają *Aquapuncturą*, zalecając je w umiejscowionych nerwicach i porażeniach. Wspomniany narząd składa się z pompy ssąco-tłoczącej, wciskającej wodę z odpowiedniego zbiornika do rurki zaopatrzonej metalowym wylotem, w którego środku osadzony jest konicznie przedziurawiony rubin.

Jakkolwiek w największej liczbie zakładów zdrojowych istnieją kąpiele natryskowe, urządzone z odnośnej wody mineralnej; jednak wspomniana postać kąpieli przedewszystkiem wchodzi w zakres zakładów hydropatycznych; toteż obeznanie się ze sposobami mechanicznego urządzania tego rodzaju kąpieli, należy głównie do wykładu Hydroterapii, tej najmłodszej gałęzi, na którą się rozrosło drzewo Balneologii.

W wielu zdrojowiskach istnieją wyłączni i oddzielni posługacze, czynni i pomocni chorym przy używaniu kąpieli natryskowych. Sąto tak zwani frcterowie, kierujący strumieniem natrysku, podczas niego nacierający chorego, trudniący się także wykonywaniem mięsienia (massage) lub rozcieraniem i ugniataniem pojedynczych części ciała chorego, któreto czynności wykonywają według przepisu lekarza ściśle im wskazanego.

Nie opisujemy balneotechnicznego urządzenia kąpieli parowej, udzielanej albo dla wspólnego jej przez wiele razem osób w oddzielnym na to przeznaczonym pokoju, lub przyrządzanej dla poszczególnego chorego w tak zwanych szafkach parowych; albowiem dostatecznie omówiliśmy ten przedmiot w poprzednich naszych publikacjach jakoto: 1) *Rys historyczno-balneologiczny o dawnych i terażniejszych rodzajach łaźni parowej. Kraków 1864 8^o s. 64.* 2) *Słowińskie łaźnie, kąpiele rzymskie czyli wschodnie, tudzież mineralne parowe pod względem historycznym i balneoterapeutycznym.* Zobacz czasopismo przez nas wydawane pod tytułem „*Krynica—tygodnik poświęcony ojczyzynom zakładom zdrojowo kąpielowym*“ r. 1876. *Rocznik IV. Nr. 8 do 17 i Rocznik V r. 1877. Nr. 15 do 18, jakoteż 3*) w naszym dziele „*Rys Balneoterapii*“. *Kraków 1886 (str. 141—153)*. Unikając przeto powtarzania się, milczeniem pomijamy na tem miejscu ten przedmiot.

Również z umysłu zamileczamy szczegółowy opis różnych narzędzi, używanych podczas kąpieli, których celem jest: umóźebnienie dłużej trwającego zetknięcia się wody kąpielowej, a ztąd i pozyskanie silniejszego balneoterapeutycznego jej działania na pojedyncze części ciała, do którychto narzędzi należą przedewszystkiem: pochwowe wzierniki kąpielowe (*Specula balnensia*), wyrabiane: z metalu, szkła, porcelany, kauczuku i t. p. materyału; albowiem wspomniane narzędzia znane są kolegom z Gynkologii.

Najodpowiedniejszym materyałem do przyrządzania kąpieli borowinowych jest jak najbardziej zwietrzała mineralna borowina, zarobiona gorącą wodą na papkowatą masę kąpielową.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

89. SPENCER WELS. **Wycięcie śledziony** (*Splenektomia*). Kwestya wycięcia śledziony po raz pierwszy rozbieraną była w Królewskim londyńskim towarzystwie lekarskiem w roku 1886 i wówczas na posiedzeniu przedstawiono statystykę wszystkich znanych przypadków dokonania tej operacji. Pokazało się że w tymże roku zrobiono jedenaste wycięcie śledziony całkowitej, z pomyślnym rezultatem; cztery przypadki wycięcia częściowego tego organu; a 24 niepomyślnych. W tej ostatniej liczbie trzy przypadki Spencer Wels'a, a mianowicie pierwszy w roku 1865, drugi w 1868 a trzeci w 1876. Później do roku 1887 autor nie miał wskazania ani razu do wykonania wycięcia śledziony, ostatni zaś podaje w referowanym artykule W Październiku roku 1885 autor był wezwany do dwudziesto-dwuletniej panny, u której w jamie brzusznej uformował się guz wielkości główki nowonarodzonego dziecka. Guz znajdował się poniżej pępka, prawie pośrodku, konsystencji dosyć podatnej, chelbotania wyczuć nie można było. Ruchy guza ściśle złączone były z ruchami macicy a dolny brzeg jego wymacalnym był po za nią i po lewej jej stronie. Określenie natury guza było niemożliwe, nie wątpił jednakże, że pochodził z macicy albo jajników, sądząc zaś ze zdrowego wyglądu pacjentki skłaniał się bardziej ku nowotworowi tych ostatnich organów. Z anamezy przytaczamy: Począwszy od 9-go roku życia chora miewała często żółtaczkę, a matka jej objawiła, że mocz oddawany był prawie zawsze ciemnego koloru. Peryod po jawił się po 14 roku i w początkach był nieprawidłowy. Przed pojawieniem się peryodu chora była mizerna, później jednakże utyla, a wkrótce potem zauważono powiększanie się objętości brzucha. W 1882 przechodziła ciężką szkarlatynę, po której, przez czas bardzo długi czuła się bezustannie niezdrową. W Sierpniu 1885 roku pojawiła się gwałtowna biegunka a wkrótce potem bóle brzucha. Dr. Ruk badając ją wówczas zauważył guz i wezwał autora na konsultacyę. Zalecono chorej szczawy alkaliczne i postanowiono śledzić rozwój nowotworu. Powiększał się bardzo powoli, chora pomimo to prowadziła czynne życie i uczęszczała na zabawy i bale. Następnie przez przeciąg ośmiu miesięcy zażywała sporysz. Od czasu do czasu występowała znowu żółtaczką. Zimą roku 1886 chora przepędziła we Włoszech i tu zauważyła po raz pierwszy łatwe męczenie się przy niewielkich wysiłkach. Wracając do Anglii w drodze zachorowała, leczący ją lekarz francuzki zdiagnozował zapalenie otrzewnej. Po dwóch tygodniach jednakże mogła już udać się w dalszą drogę. Badając chorą w lecie roku następnego, autor przekonał się że guz zwiększył się nieco, zalecił znowu sporysz, który chora zażywała przez przeciąg sześciu tygodni. W Sierpniu i Wrześniu tego roku pacjentka chorowała na ciężką żółtaczkę i silne bóle w brzuchu. Powtórzyło się to znowu w Październiku. Leczący ją wówczas lekarz objawił autorowi że skóra była koloru miedzianego. Później guz przedstawiał następujące zmiany: znacznie powiększył się w objętości, podniósł się ku górze, był bardzo ruchomy i można było wyczuć chelbotanie, bądź to w samym nowotworze albo w okolo niego. Chora doznawała strasznych bólów w brzuchu a prócz tego ogólny stan zdrowia pogarszał się bezustannie, tak, że postanowiono, zgodnie z wolą pacjentki, usunąć guz na drodze operacyjnej. 5-go Grudnia roku 1887 przystąpiono do operacji z zachowaniem wszystkich środków przeciwnilnych. Cięcie zostało zrobione na linii białej od pępka ku spojeniu łonowemu. Gdy rozcięto otrzewną, z jamy brzusznej wylała się pewna ilość płynu a oczom operatora nietrudno było rozpoznać śledzionę, wówczas podsunął pod nią rękę i z łatwością mógł wyczuć macicę i jajniki, które były w zupełnie normalnym stanie; śledziona zaś była ruchomą i powiększoną. Wówczas rozszerzył otwór na tyle, że ku górze sięgał na cal powyżej pępka a ku dołowi od tegoż wynosił około 5 cali. Sprobował śledzionę wydobyć,

lecz skutkiem tego została rozerwana i nastąpił bardzo obfity krwotok. Substancya powiększonej śledziony była w najwyższym stopniu miękka i rozpulchniona, autor o ile się dało wywiódł śledzionę z rany, a na szypułkę założył dwie pincety. Szypułka zawierała silnie rozwinięte naczynia krwionośne i była otoczona tkanką tłuszczową w wielkiej obfitości. Nałożył ligatury w czterech miejscach i zdjął wówczas pincety. Następnie poniżej tych ligatur nałożył jedną ogólną na całą szypułkę, na najsilniej zaś rozwiniętą arteryę jeszcze jedną ligaturę. Jamę brzuszną starannie oczyścił za pośrednictwem gąbek. Chora utraciła wielką ilość krwi, lecz przeważnie żyłnej i to nie z ogólnego krwotoku, lecz widocznie z samej śledziony, policzki i usta chorej pozostały zwykłego koloru a puls przez przeciąg całej operacyi nie osłabł. Ranę zaszyto jedwabiem, podobnie jak się nakłada szew po wycięciu jajnika, brzuch zaś podtrzymywano po operacyi za pośrednictwem salicylowej waty, bandaża flanelowego i gipsu. Śledziona ważyła funt i 14 uncyi, krwi w niej wyciekło od 3 do 5 funtów. W krwi znajdowała się znaczna ilość białych krążków. Operacyi dokonano po upływie tygodnia, od czasu w którym powinien się być pojawić peryod, czwartego zaś dnia po operacyi spóźniony peryod pojawił się. Ciepłota ciała przed operacją była normalna, później zaś podniosła się a mianowicie w 8 godzin po operacyi na 38,3 C następnego dnia 39,2 a trzeciego 39,8. Położono na głowę pęcherz z lodem, ciepłota jednakże nie zniżala się do pojawienia się peryodu. Po upływie 5 dni była prawie normalną a tętno 80, moczu oddawała chora znaczniejszą ilość i skóra była wilgotną. Ani razu nie wystąpiły wymioty, ani bólesci w znaczniejszym stopniu. Siódmego dnia zdjęto szwy, a rana okazała się zagojoną *per primum intentionem*. Po 24 dniach chora opuściła Londyn, przebyła bez znużenia dosyć daleką podróż a 13 Stycznia 1888 roku odebrał autor wiadomość od d-ra Ruka, że chora czuje się doskonale, ma dobry apetyt i sen i ani razu po operacyi nie pojawiała się żółta-czka, gdy przedtem nigdy nie przeszło 6-ciu tygodni bez mniej albo więcej silnego zabarwienia skóry, w ogólności, że chora czuje się znacznie lepiej bez śledziony, niż wówczas gdy ją posiadała.

W zakończeniu swej pracy przytacza autor, wzięte prawdopodobnie z archiwum Langenbecka dane, a zamieszczone także przez prof. Adelmanna, z których wynika że rezultat operacyi w wysokim stopniu zależy od charakteru cierpienia. I tak:

C h o r o b a	Liczba przypadków	Wyzdrowienie	Śmierć
Przerost i leukemia	19	1	18
Przerost zwyczajny	14	1	13
Przerost zimniczy	4	1	3
Śledziona ruchoma	9	7	2
Torbiele śledziony	4	3	1
— śledziony	1	1	0
— sarcoma	1	1	0
Ropnie	1	1	0
	53	16	37

Wreszcie nadmieniam, że wycięcia śledziony od roku 1848 robione były bez środków znieczulających, a do 1875 bez stosowania środków przeciwnilnych i w tem upatrywać można tak znaczną ilość przypadków śmiertelnych. Z 53 przytoczonych przypadków tylko 11 przypada na mężczyzn reszta zaś

t. j. 42 były kobiety. Sądzi, że w miarę nagromadzenia się materyału i rezultaty po wycięciach sledziony będą pomyślniejsze.

(*Medico Chirurgicall Transactions published by the Royal Medical and Chirurgicall Society of London 1888 tom 71, str. 255 i następn.*). Dr. Józef Starkman.

90. Dr. ISRAEL. **O wymacywaniu zdrowych i cierpiących nerek** (*Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren*). Chirurgia ostatnimi czasy uczyniła wielki postęp w leczeniu niektórych cierpień nerek, nie należy przeto ukrywać żadnych nowych sposobów, ułatwiających rozpoznanie. Dotychczas wymacywano nerki w sposób dwojaki: pierwszy z nich polegał na tem, że chorego układano na wznak ze zgiętymi kolanami, jedną ręką, ułożoną ze strony lędźwiowej, starano się unieść nerkę, drugą zaś—chwytano nerkę przez powłoki brzuszne; drugi sposób, używany powszechnie, jest t. z. „*ballotement rénal*” według Guyon'a. Wymacanie nerki według rzeczzonego sposobu wymaga pewnych okoliczności sprzyjających, jak: małej ilości pokładu tłuszczowego, niezbyt silnego napięcia powłok brzusznych, niezbyt małej odległości dolnych żeber od grzebienia kości biodrowej, wreszcie należytego opróżnienia kiszek. ISRAEL, chcąc wymacać lewą nerkę, układa chorego na prawy bok ze zgiętymi kolanami, sam staje po prawej stronie chorego (twarzą zwrócony do niego), kładzie prawą ręką na lewą okolicę lędźwiową, lewą—na powłoki brzuszne; uciskając następnie lekko okolicę lędźwiową, każe choremu głęboko westchnąć i na wysokości wdechu uciska powłoki brzuszne w kierunku do kręgosłupa. Tą drogą można wyczuć dolny brzeg nerki, znikający podczas wydechu. Ogólnie rozpowszechnione zapatrywanie, że nerka nie może się przesunąć podczas ruchów wdechowych, uważa autor za błędne. Sposobem powyższym udało się autorowi w ciągu 4-ch tygodni stwierdzić powiększenie się stopniowe guza lewej nerki. Ponieważ przypuszczał autor obecność złośliwego jakiegoś nowotworu, dokonał więc wyłuszczenia nerki, na której, jak się okazało, znajdował się guz rakowaty.

(*Berlin. klin. Wochenschr. 7—1889*).

91. Dr. SEEGEN. **O moczowce cukrowej i nowych poglądach na tworzenie się cukru w ustroju zwierzęcym** (*Ueber Diabetes mellitus mit Rücksicht auf die neu gewonnenen Thatsachen über Zuckerbildung im Thierkörper*). Autor zwraca przedewszystkiem uwagę na ogłoszone już dawniej wyniki swych badań fizyologicznych nad tworzeniem się cukru w wątrobie, nad powstawaniem glikogenu i na stosunek tegoż do sprawy tworzenia się cukru. Na zasadzie powyższych doświadczeń rozróżnia autor 2 rozmaite typy diabetyków: chorzy pierwszego rodzaju są dobrze odżywiani, otyli, ze słabo wyrażonemi objawami moczówki cukrowej, zdolni do wszelkich zajęć fizycznych. Chorzy drugiej grupy są wynędzniali, osłabieni, przyczem klasyczne objawy moczówki występują u nich w całej swej sile. Postać pierwsza, lżejsza, zjawia się w wieku podeszłym, druga zaś, ciężka, u dzieci i młodych osób. U chorych pierwszego rodzaju cukier z moczu znika jeżeli usunąć z pokarmów węglowodany, czego nie spostrzegamy u chorych drugiego rodzaju. Sprawa tworzenia się cukru w obydwóch tych postaciach również bywa rozmaita: przy pierwszej cukier w moczu powstaje z cukru, przyjmowanego z pokarmami, przy drugiej zaś—prawidłowo wyrabiany cukier w wątrobie nie zostaje spalonym, lecz wydziela się. Postać pierwsza nosi nazwę *hepatogenes*, przy niej bowiem komórki wątroby utraciły zdolność do należytej przeróbki wprowadzonych węglowodanów. Przy postaci drugiej moczówka cukrowa zależy od cierpienia całego ustroju, polegającego na tem że większa lub mniejsza część tkanek utraciła zdolność do przemiany cukru, dostarczanego im przez krew. Przyczyną moczówki cukrowej obydwóch postaci bywają, zdaniem autora, w większości przypadków, zaburzenia nerwowe. Choroba ta jest nieuleczalną. Leczenie polega na stosowaniu się do powszechnie znanych przepisów dyetetycznych.

(*Deutsch. Medic. Wochenschr. 16—1889*). A. F.

92. Prof. M. SEMMOLA. **0 wyleczalności marskości wątroby** (*Ueber die Heilbarkeit der Lebercirrhose*). Opierając się na swoich klinicznych spostrzeżeniach, przychodzi autor do przekonania, że dla postawienia pewnego rokowania przy stwierdzonej marskości wątroby szczególne znaczenie posiada ilość wydzielanego w ciągu doby mocznika. Autor kładzie tem większy nacisk na zachowanie się ilości wydzielanego mocznika, że dotychczas w literaturze żadnej wzmianki o tem nie spotykaliśmy, S. zaś udało się w 7 przypadkach z ilości mocznika jaknajdokładniejsze postawić rokowanie. Zwiększenie ilości wydzielanego mocznika jest pod względem rokowania zjawiskiem daleko pomyślniejszem, niż zmniejszenie się. Ilość dobowa mocznika zależy w zupełności od zdolności czynnościowej komórek wątrobowych: im więcej komórek funkcjonuje prawidłowo, tem więcej wydziela się mocznika, im mniej komórek funkcjonuje, tem słabsza jest czynność chemiczno-biologiczna, tem mniejszą jest przemiana białka, tem mniej wydziela się mocznika i t. d. tak, że z ilości mocznika można wnioskować o stopniu cierpienia. Co się tyczy leczenia, to autor zaleca przeważnie dietę mleczną, skuteczną tylko przy puchlinie brzusznej, zależnej od marskości wątroby. Najlepiej podawać 100 grm. mleka w ciągu 3 ch godzin, mniejsze bowiem ilości, stosowane w dłuższych przerwach, powodują rozwolnienie, co bynajmniej nie jest pożądanem. Ilość moczu należy zwiększać, zaparcie usuwać.

(*Medic. Chirg. Rundschau. Zesz 12—1889*).

93. Dr. A. BELTZ. **Przyczynę do leczenia krztusca** (*Zur Behandlung des Keuchstetens*). Według Sommerbrodt'a i Hack'a, wiele okoliczności przemawia za tem, że w niektórych przypadkach koklaszu napady powstają z błony śluzowej nosa jako nerwice odruchowe. Sommerbrodt przez zastosowanie odpowiedniego leczenia błony śluzowej nosa w przypadku krztusca u 5-letniego chłopca zdołał złagodzić napady. Michel, wychodząc z tej samej zasady, co i S., otrzymywał znakomite wyniki przez wdmuchiwanie do nosa azotanu srebra z magnezją paloną (1:10). Metodę powyższą stosowali następnie z tymże skutkiem Dos, Strübing, Kurz i inni, posiada ona tę wyższość nad innymi, że pod jej wpływem napady kaszlu szybko się zmniejszały. Wdmuchiwanie, stosownie do potrzeby, z początku dokonywamy raz dziennie, później zaś raz na 2—3 dni.

(*Archiv für Kinderheilk. 10*).

94. E. MAGRUDER. **Skuteczne leczenie przypadku choroby Basedowa z pomocą kwasu siarczanego**. Autorowi zdarzyła się sposobność mieć w swojej kuracji przypadek choroby Basedowa, dotyczący 22-letniej kobiety. Zastosowana naparstnica, żelazo, chinina, strychnina, stały i przerywany prąd pozostały bez skutku. Ostatecznie zalecił autor *acidum sulfuricum*—20%, roztwór kwasu siarczanego w połączeniu z naparstnicą lub sporyszem. Jakkolwiek środek powyższy okazał się dzielnym, jednakże wskutek powstałych zaburzeń żołądkowych, trzeba go było porzucić. W obec tego postanowił M. zastosować czystą nieszankę z kwasu siarczanego po 20 kropel co 4 godziny. Wkrótce też nastąpiło zwolnienie tętna, znikło tętnienie gruczołu tarczowego, sam gruczoł znacznie się zmniejszył, galki oczne powróciły na swe miejsce pierwotne. Przed upływem roku zdawało się, że cierpienie powraca znowu, zastosowany jednak kwas siarczany zapobiegł temu. Od tego czasu chora cieszy się najlepszym zdrowiem. Pobudziły autora do zastosowania pomienionego środka spostrzeżenia Handfield'a Jones'a, który powiada, że zarówno kwas siarczany, jak i azotny, należy uważać za środki krzepiące (*tonica*) dla nerwów naczynioruchowych. Rozumie się, że nie działają one bezpośrednio, jako takie, z chwilą bowiem wprowadzenia ich do krwiobiegu ulegają zubożeniu. Nie posiadają one również zwykłego wpływu środków ściągających, podobnie garbnikowi. Jeżeli kwas siarczany jest w stanie usuwać biegunkę, podobną do cholerycznej, lub poty wyniszczające, to dzieje się to wskutek wpływu, jaki wywiera omawiany środek na nerwy tętnic kiszkiowych lub skóry.

(*Medical News. 18—1888*). A. F.

ODCZYTY KLINICZNE.

O leczeniu tabetyków za pomocą zawieszania (suspensyi)

Odczyt prof. d-ra M. BERNHARDTA

Sprawozdawca dr. Wł. Chodecki.

Już wiemy że prof. CHARCOT naśladowując lekarza odeskiego d-ra MOCZUTKOWSKIEGO wprowadził do terapii chorób nerwowych, a zwłaszcza wiału mleczza pacierzowego nową metodę extensyi biernej czyli zawieszania. Teraz właśnie upłynęło lat dziesięć od czasu, jak LANGENBUCH polecił naciąganie nerwów obwodowych jako metodę leczenia wiału mleczza; ten system leczenia jednak zarówno jak i przez Hegar'a zalecane wyciąganie mleczza pacierzowego nie znalazły ogólnego rozpowszechnienia.

Opisana dokładniej przez prof. CHARCOT'a i jego assystentów metoda leczenia tabetyków za pomocą zawieszania, okazała się najprzód wcale niebezpieczną dla chorych a rezultaty jej o tyle pomysłnymi że zachęcają do dalszych prób i zebrania własnego doświadczenia.

Autor leczył tą metodą 21 chorych, głównie tabetyków i przyszedł do następujących wniosków. Pacyenci prawie nigdy nie skarżyli się na bóle lub uczucie odrętwienia w rękach i nogach. Trzeba dodać, że tylko jeden chory przez cztery minuty był zawieszony: większość zaś nie przekroczyła nigdy trzech minut. Zawsze jednak i podczas zawieszania przez pół minuty zaledwie, puls w arteryi promieniowej (*a. radialis*) wyczuć nie można było częstość zaś jego wahała się od 80—90. Po zawieszaniu zaś można było kilkakrotnie obserwować, że puls o 4—8 uderzeń na minutę stawał się częstszym.

Autor każe pomocnikowi chorego nadzwyczaj wolno podciągać, sam zaś ujmuje go i podnosi do góry. Również powoli musi być chory opuszczany. Większość pacjentów wisała tylko dwie do trzech minut.

Niektórzy chorzy zapewniali, że bez przykrości mogliby i dłużej wisieć, drudzy znowu po zawieszaniu trwającym trzy minuty żądali krótszego czasu extensyi, inni nakoniec, a były to indywiduala po większej części osłabione, żądali już po dwóch minutach opuszczenia na dół.

Niepomyślne przypadki zdarzyły się tylko u dwóch chorych: u jednego z nich zawieszono go po raz pierwszy na pół minuty, wystąpił dość groźny napad zemdlenia, który jednak przy dłuższem leczeniu za pomocą zawieszania więcej już się nie powtórzył.

Poważniejsze znaczenie miały napady u drugiego chorego również tabetyka, jednak bez śladu ataxyi, a cierpiącego na uporczywe bóle strzelające, i zawroty głowy.

Pacjent ten był bardzo blady, nadzwyczaj podupały na siłach doznawał częstych ataków zemdlenia z utratą świadomości już w domu i to specjalnie wtenczas, kiedy zjawiało się przykre uczucie lachotania i drażnienia w krtani, obok silnego kaszlu i duszności. Pacjent ten wisał zaledwie 5 sekund, gdy nagle poblądł, zaczął robić kurczowe ruchy rękami, stracił zupełnie przytomność, oczy stanęły mu słupem i co prędzej w takim stanie spuszczonej być musiał.

Przy dalszych próbach zawieszania napady te regularnie się zjawiały, tak że autor zmuszony był porzucić tę metodę leczenia.

Musimy również wspomnieć o tym ważnym fakcie, że niektórzy z chorych, po 10—12 zawieszeniach, wykonywanych co drugi dzień, chętnie zgadzali się na 8—14 dniową pauzę, kiedy inni tymczasem po drugim rozpoczęciu leczenia objaśniali, że przy tego rodzaju kuracyi czują się pod każdym względem daleko lepiej, aniżeli bez niej.

Między 21 chorymi, a leczonymi za pomocą zawieszania, znajdowały się tylko dwie kobiety, obiedwie chore na *tabes*; jedna z nich, już po pierwszym zawieszeniu zaniechała dalszej kuracji, a druga doznała stanowczej ulgi w strasznych bólach grzbietu, czyniących niezbędnym podskórne używanie morfiny. Również i Charcot kładzie nacisk na tę okoliczność, że chorzy trapieni dotkliwymi bólami newralgicznymi ustępującymi tylko wielkim dawkom morfiny, nadzwyczaj szybko doznają ulgi po leczeniu za pomocą zawieszania.

Z 19 poddanych takiemu leczeniu mężczyzn, 16 cierpiało od dłuższego czasu na *tabes dorsualis*. Kuracje merkuryalne, kąpiele słone, galwanizacja, leczenie wewnętrzne nie przynosiły im najmniejszego skutku mimo wytrwałego ich stosowania.

U dwóch tylko chorych mogło rozpoznanie być wątpliwem: jeden z nich, który nie podlegał nigdy zakażeniu przymiotowemu, cierpiał na zanik nerwu wzrokowego ale z innych symptomów, oprócz znacznego osłabienia odruchu kolanowego, nie wykryć nie można było. Pacjent ten był 7 razy zawieszony i zaniechał dalszej kuracji siła bowiem wzroku nie poprawiła się wcale.

Drugi pacjent skarżył się tylko na nieudolność płciową (*impotentia virilis*). Z obiektywnych symptomów można było wykryć absolutny brak odruchu kolanowego i nieznaczną nierówność prawidłowo na światło oddziaływających źrenic. Pacjent ten przyznawał się do trypra i wrzodu wenerycznego, stanowczo jednak zaprzeczał pojawieniu się objawów drngorzędnych. Najdokładniejsze i wielokrotnie powtarzane badanie nie mogło wykryć innych symptomów władu, jak: zaburzeń w czynności pęcherza, ataxyi, newralgii, anestezji i t. d. U tego chorego suspensje wykonane razy 19 powróciły od dawna znikłe erekcyje i pollucyje, jest to wybitny skutek leczenia za pomocą zawieszania, skutek na który zwrócił już uwagę w pierwszej publikacji swojej o tej metodzie leczenia Charcot. Zauważyć zresztą musimy, że ten skutek daje się osiągnąć i u cierpiących na impotencyę neurasteników. Również u drugiego chorego po zawieszaniach erekcyje wróciły; zawsze jednak te pomyslnie wyniki przyjmować należy nader ogłędnie. Chęć do spółkowania bowiem (*libido coëundi*) nie powróciła u pierwszego z naszych chorych, a wytrysk nasienia następował zawsze za wczesnie, jeszcze przed włożeniem członka do pochwy, a więc zupełnie bezowocnie dla samego aktu płciowego.

Trzeci chory zaprzestał leczenia, musiał bowiem opuścić Berlin, czwarty nakoniec cierpiący na *sclerosis disseminata* pozostaje jeszcze w leczeniu, o rezultatach więc kuracji nie powiedzieć nie możemy.

Z pozostałych pacjentów, pięciu znajdowało się już *in stadio atactico*, reszta zaś jeszcze dobrze stała i chodziła i ci byli po 15 i więcej razy zawieszani. Niektórzy z nich zachwycili się tą metodą leczenia, która od razu prawie polepszyła im chód, usunęła dotkliwe bóle, powróciła przyjemne uczucie ciepła w nogach i poprawiła znakomicie naruszone już funkcye pęcherza. Jakkolwiek w takich przypadkach należy zawsze liczyć się i z działaniem psychicznem, jakie nowa metoda wywierać musi na chorych, to jednak stojąc na gruncie doświadczenia wyznać należy, że metoda ta w pewnych przypadkach wywierała niewątpliwie pomyslny wpływ na chorych.

Wielu chorych dziwiło się jak cudownie ta metoda leczenia wpłynęła na uspokojenie ich bólów, jak znakomicie poprawiła możność chodzenia. U jednego z leczących się znikło podwójne widzenie (*diplopia*) zjawiające się przy sztucznem świetle. Nie brakowało jednak pacjentów, którzy mimo 10-razowego zawieszania nie doznali żadnej zmiany w swym stanie, lub też poprawa bardzo była nieznaczna i dotyczyła zaledwie tego lub owego symptomu. Że o trwałem wyleczeniu w żadnym z przypadków mowy być nie może, jest jasnym; nigdy nie można było obserwować, by powrócił odruch kolanowy, lub

poprawiła się siła wzroku u cierpiących na zanik nerwu wzrokowego lub by żrenice niewrażliwe zaczęły znowu oddziaływać na światło.

Trzeba teraz odpowiedzieć na pytanie, jak długo trwa polepszenie po zaprzestaniu leczenia; otóż większość chorych dłużej aniżeli na miesiąc pozabawioną była bólów i życzyła sobie prędkiego rozpoczęcia kuracji. Inni znowu nie doznając żadnego polepszenia zaprzestali tego leczenia.

Musimy nakoniec chociażby mimochodem zawadzić o pytanie, jaki jest właściwie czynnik działający w tej metodzie leczenia za pomocą zawieszania? Różne panują poglądy w tej kwestyi Według zdania Althaus'a przez wyciąganie kręgosłupa stare zrosty oponowe ulegają naddarcieciu a łączno-tkankowe stwardnienia w mleczu rozluźniają się. Więcej jednak podstawy ma twierdzenie prof. Charcot'a, że z oswobodzeniem kręgow od gniotącego ich ciężaru i stosunki cyrkulacyjne w mleczu pacierzowym i jego oponach uledez muszą zmianie.

Co do skuteczności tej metody w innych chorobach, nie posiada dotąd autor samodzielnego zdania. Co zaś do wartości jej w leczeniu władu to streszcza swój pogląd w tej mierze w następujący sposób.

Metoda ta da się zastosować u znacznej liczby chorych tabetyków; zarówno *in stadio atactico* jak i we wcześniejszych peryodach choroby. Wykonywana pod okiem lekarza ostrożnie i racjonalnie, metoda ta nie jest niebezpieczną, ani uciążliwą dla chorego. Ze mogą się zdarzyć smutne przypadki, zaprzeczyć nie możemy. Ciągła kontrola lekarza zapobiegnie w takich razach złemu i niekwalifikujące się do takiego leczenia indywidua, cierpiące zwłaszcza na serce i płuca usunie.

Przy obecnym stanie doświadczenia powiedzieć możemy, że ta metoda nie sprowadza nigdy radykalnego wyleczenia władu; to samo stosuje się i do wielu innych zachwalanych przedtem metod leczenia. Ponieważ jednak leczenie to jest w stanie złagodzić znaczną liczbę dolegliwych symptomów, przeto stosowane oględnie i umiejętnie ma niezaprzeczoną rację bytu. Leczenie za pomocą zawieszania nie zastąpi innych metod leczniczych może jednak sprowadzić pewne polepszenie, nie wywierając jak pewne środki apteczne szkodliwego działania na organizm.

Prof. F. GUYON. Odczyty kliniczne wygłoszone w wydziale medycznym w Paryżu.

Choroby chirurgiczne nerek. (*Sémiologie des affections rénales*).

Streścił Dr. A. Grünbaum.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 27).

Lekcja III.

Chirurgiczne leczenie roponercza i następnych przetok moczowych.

Leczenie roponercza polega głównie na uwolnieniu chorego od znajdującego się w nim ropnego ogniska. Cel ten, jak wiadomo, może być osiągnięty w dwojaki sposób 1) albo za pomocą całkowitego wycięcia zropiałej nerki (*Nephrectomia*) 2) albo za pomocą przecięcia miedniczki, wypuszczenia znajdującej się w niej i nerce—ropy, przemywania pozostałej jamy i przedrenowania (*Nephrotomia*). Ponieważ zestawiona w ostatnich czasach statystyka pokazała, że u chorych, u których od razu przeprowadzonym zostało całkowite wycięcie nerki, śmiertelność doszła do 46%, u chorych zaś, u których pierwotnie wykonano tylko cięcie nerkowe, śmiertelność dosięgła zaledwie 22,5%, przeto radzi G., żeby każdy chirurg na samym początku wykonywał tylko cięcie nerki z następczem drenowaniem i dokładnem przemywaniem, a dopiero w na-

stępstwie, t. j. kiedy ogólny stan chorego znacznie się poprawi, przeprowadzić jej wycięcie; jeżeli nb. pozostałe w okolicy lędźwiowej przetoki moczowe nie dają się w żaden inny sposób usunąć. Dla należytego wytlomaczenia sobie wspomnianej różnicy w % śmiertelności, należy podług Guyona uprzytomnić sobie co następuje: u największej liczbie chorych, u których wykonaną została pierwotna *nephrectomia*, śmiertelne zejście było najczęściej wynikiem już to zapaści, albo też bezmoczności (*anuria*). Zapaść ta, również w tych przypadkach, jak u rozmaitych innych chorych, występowała wskutek przeprowadzenia długiej i mozolnej operacji u pacjentów, którzy już poprzednio z powodu długotrwałej choroby i gorączki znacznemu ulegli wyniszczeniu. Bezmoczność zaś powstawał u tych operowanych w większej części przypadków drogą oduruchową t. j. że pozostała zdrowa nerka pod wpływem silnego odczynu całego ustroju przestała od razu działać, co, rozumie się, wywołało nagłe nagromadzenie się w organizmie substancyj moczowych i jego otrucie. Pojawienia się tylko co wspomnianych niebezpieczeństw można podług Guyona stanowczo unikać, jeżeli chirurg z zupełnem wyluszczeniem chorej nerki poczeka dopóty, dopóki ogólny stan chorego znacznie się nie poprawi, a fizjologiczna czynność drugiej nerki nie ureguje się w zupełności. Na samym zaś początku usunie tylko obecność ropy i możliwość wtórnego jej nagromadzenia się w chorej nerce, już to za pomocą cięcia, drenowania i dokładnego przemywania, albo też, w razie obecności złożeń kamiennych, wydobywania tych ostatnich i zeszczenia brzegów rany miedniczki i skóry. Tworzenie się w okolicy lędźwiowej, po przeprowadzeniu cięcia nerkowego, przetok moczowych bywa najczęściej wynikiem dwóch przyczyn 1) że pewna część ocalałej jeszcze tkanki nerkowej funkcjonuje jak najbardziej prawidłowo i 2) że jej moczowód, już to z powodu zrośnięcia się ścian, już to zatkania światła za pomocą skrzepu ropnego, albo też w skutek skrzywienia się pod kątem ostrym, przestaje działać jako odprowadzający kanał, przez co też uryna musi sobie utorować drogę w kierunku sztucznego otworu. Przetok takich spostrzegano, podług obliczenia Guyona, w ogóle u 20% w ten sposób operowanych chorych. Żeby jednak i ten niewielki % chorych uwolnić od tylko co wspomnianego cierpienia, należy jeszcze w następstwie t. j. po poprawieniu się ogólnego stanu zdrowia, wykonać całkowite wycięcie nerki. Dla naocznego zaś przekonania, jaka znaczna pod względem śmiertelności zachodzi różnica między tymi, u których z powodu roponercza wykonano natychmiastowe wyluszczenie nerki, a tymi, u których zabieg ten przeprowadzono dopiero w następstwie, Guyon podaje następującą tabliczkę:

	Przy natychmiastowem wyluszczeniu nerki było z tych			Przy wtórnem zaś wycięciu nerki było z tych		
	Operowanych	Wyzdrowiało	Zmarło	Operowanych	Wyzdrowiało	Zmarło
a) przy roponerczu, które rozwinęło się wskutek nieokreślonej przyczyny, jak zągębnienia i t. p. lub wskutek obecności w miedniczce złożeń kamiennych, . .	80	45	35	21	16	5
b) przy roponerczu, powstałym wskutek rozwinienia się gruczliczego porażenia, .	20	9	11	4	3	1
	Razem więc zmarło 46%			Razem zmarło 30% (? Spr.).		

Jak więc widzimy, to przedstawione w danej tabliczce liczby dosyć silnie przemawiają za następczem tylko przeprowadzeniem *nephrectomii*. Za tym sposobem operowania przemawiają, oprócz tylko co podanych liczb, jeszcze okoliczności na które niedawno zwrócili uwagę Küster i Landau, mianowicie, że przy *pyo- i hydronephrosa* chora nerka może jeszcze, po uwolnieniu się od swojej patologicznej zawartości, zacząć do pewnego przynajmniej stopnia pełnić swoją fizyologiczną czynność, co, rozumie się, ma dla drugiej nerki, a tem samem dla całego ustroju dosyć znaczną wartość i że ustrój, po uwolnieniu od znajdującego się w nim trującego ogniska, może dosyć prędko odrestaurować się, wskutek czego szanse zupełnego wyzdrowienia stają się daleko pewniejszymi. W zasadzie więc powinien każdy chirurg starać się, 1) żeby nie pozbawić chorego operowanej, a jeszcze działającej nerki i 2) żeby utrzymać okolicę lędźwiową, w której utworzyły się w następstwie przetoki moczowe, w stanie suchym. Wyciąć zaś ją chirurg może, jeżeli przekona się, że nerka jest zupełnie pozbawioną swojej fizyologicznej czynności—musi -jeżeli się okaże, że jej moczowód, wskutek rozwinięcia się w nim jakiegokolwiek z wyżej wspomnianych zmian, przestał działać jako dogodny odprowadzający kanał. Żeby zaś w każdym oddzielnym przypadku przekonać się stanowczo, czy pozostała w chorej nerce gruczołowa tkanka posiada jeszcze jakąkolwiek bądź fizyologiczną wartość i czy jej moczowód nie stracił swojej drożności, należy stosować następujące sposoby badania a) przeprowadzić chemiczny rozbiór płynu wyciekającego przez przetokę moczową b) przeprowadzić drobnowidzowe badanie płynu wydobytego z pęcherza i c) wstrzykiwać do istniejącej przetoki nieszkodliwie zabarwiony płyn. Samo przez się rozumie się, że chirurg, chcąc uwolnić swojego pacyenta od istniejącej w okolicy lędźwiowej przetoki moczowej za pomocą *nephrectomii*, musi jeszcze w pierw przekonać się jak najdokładniej o dostatecznej działalności, mającej pozostać nerki. W razie bowiem ograniczenia fizyologicznej czynności tej ostatniej, cała chirurgiczna terapia może polegać tylko na dopasowywaniu choremu w okolicy lędźwiowej odpowiedniego zbiornika.

L e k c y a IV.

G r u ż l i c a n e r e k.

Patologiczna ta sprawa wywołuje zazwyczaj niezwykle poważne i nader niebezpieczne zakłócenia. Chociaż najczęściej się zdarza, że jednocześnie z rozwinięciem się gruźlicy w nerkach, ta ostatnia rozwija się, lub już istnieje w innych częściach narządu moczopłciowego, to jednakże dla względów czysto praktycznych widzi się Guyon zmuszonym przedstawić swoim słuchaczom te specjalne objawy, jakie są właściwe dotkniętym gruźlicą nerkom, jako oddzielny obraz kliniczny.

Etyologia. Co się tyczy etyologii, to należy przedewszystkiem pamiętać, że wiek i płeć chorego mają nadzwyczaj ważny wpływ na częstość pojawienia się tej postaci chorobowej. Najczęściej bowiem na stole sekcyjnym znaleziono gruźlicę nerek u dzieci, rzadziej u dorosłych, a najrzadziej u osób starszych. W znacznie większej części przypadków spostrzegano sprawę tę u osób płci męskiej, u których jednocześnie znajdowano ją w jąderkach i w innych częściach narządu płciowego. Współczesność istnienia gruźlicy w tylko co wspomnianych obydwóch narządach zależy podług Guyona głównie od tego, że lasecznik przenosi się bezpośrednio z części płciowych do narządu moczowego. Ze w danych przypadkach zakażenie jednej lub drugiej z sąsiadujących ze sobą części zależy od bezpośredniego przeniesienia się zarazka, dowodzą tylekrotnie przeprowadzone i tak powszechnie znane obserwacye, mianowicie, że przy istnieniu gruźlicy w narządzie płciowym nader często znajdujemy ją w pęcherzu i w nerkach, gdy tymczasem przy sekcyach, dokonanych na tru-

pach suchotników, u młodych szczególnie ludzi, znajdowano najczęściej tylko co wspomniane części zupełnie swobodnymi od tego zakażenia. Wyjątek pod tym względem stanowią dzieci, u których, jak pokazały spostrzeżenia przeprowadzone przez Rilliet'a i Barthez'a, i przy suchotach płucnych istnieje gruźlicze porażenie nerek. Wyjątkowość ta zależy podług Guyona wyłącznie od fizyologicznej własności ich tkanek, t. j. od ich zbytnej pod tym względem wrażliwości, jaką te ostatnie w młodych posiadają ustrojach. Nadzwyczajna ta wrażliwość przyczynia się do tego, że patologiczna ta sprawa najczęściej rozwija się w postaci ostrej gruźlicy, która, jak wiadomo, nigdy nie ogranicza się na jednym tylko narządzie lub tkance, lecz od razu zaraża większą ich część, a więc i nerki.

U dorosłych zaś, u których sprawa ta ma najczęściej od samego początku charakter przewłoczny, rozwija się prawie wyłącznie w jednym tylko narządzie lub tkance, przez co też rozprzestrzenienie się jej na drugie organa bardzo rzadko, lub wcale się nie odbywa. Co się tyczy drogi, po której przenoszą się laseczniczki gruźlicze z narządu płciowego do nerek, to Guyon, opierając się na wynikach sekcji, podanych przez Rileiet'a i Barthez'a, twierdzi, że wędrówka ta odbywa się nie przez kanały moczowodów, lecz drogą naczyń krwionośnych. Wspomnieni bowiem badacze w swoich 49 przypadkach gruźlicy nerek znaleźli, że wszystkie inne części narządu moczowo-płciowego, jak pęcherz, jąderka i t. d. były silnie usiane gruzelkami, gdy tymczasem w tkankach moczowodów, przy najdokładniejszym nawet ich badaniu nie mogli znaleźć ani śladu tych ostatnich.

Anatomia patologiczna. Przy anatomicznem badaniu nerek, dotkniętych przewłoczną postacią gruźlicy, widzimy, 1) że gruzelki te rozwijają się na samym początku w miąższu nerkowym, 2) że w kielichach i miedniczkach te ostatnie rozwijają się dopiero w następstwie, 3) że po upływie pewnego czasu tworzą się w miąższu jamy, zupełnie podobnego jam, rozwijających się w płucach i 4) że najczęściej dotkniętą nią jest tylko jedna i to prawa nerka. Objętość gruźlicą dotkniętej nerki bywa w większej części przypadków tylko nieznacznie powiększona. Na powierzchni przecięcia znajdujemy, stosownie do okresu choroby, już to pojedyncze gruzelki, już to całe ogniska gruźlicze wielkości orzecha laskowego do kasztana, albo też liczne owrzodzenia w postaci kawern rozmaitych wielkości. Owrzodzenia te mogą dojść do takich rozmiarów, że, zlewając się, tworzą razem z miedniczką jedną dużą, ropą napełnioną jamę, podobną do tych, jakie często widzimy, przy zwyczajnych, lub powstałych wskutek istniejących w nich kamieni, ropnierzach. Na około zaś nerki rozwija się najczęściej, szczególnie przy długotrwałem istnieniu stanu zapalnego, bardzo, gruba warstwa tkanki tłuszczowej, rzadziej zaś silne zrosty, łączące zmienioną tę nerkę z sąsiednimi tkankami i narządami, najrzadziej zaś ogniska ropne. Tuberkuliczne te gruzelki, jak niejednokrotnie pokazała sekcya, znajdujemy także w pęcherzu, moczowodach i, u mężczyzn przynajmniej, w gruczołe przyprątym i całym narządzie płciowym. Zmiany anatomiczne, jakie w tych ostatnich, szczególnie w moczowodach, spotykamy, są: na samym początku ich porażenia, rozwijające się na powierzchni błony śluzowej małe, okrągławe, szarego koloru gruzelki, które już to siedzą na samej powierzchni albo też w tkance podśluzowej; w późniejszym zaś okresie okrągławe, szarego koloru wrzody, które w następstwie wywołują w tych miejscach zmniejszenie się światła, albo zupełne zarośnięcie moczowodu. Tego samego rodzaju zmiany widzimy na błonie śluzowej pęcherza t. j. w trójkącie Lieutaudii i około otworów moczowodów, jak również na błonie śluzowej głębokiej części cewki. Jak więc widzimy, to wyłożone dotychczas dane anatomiczne pokazują nam z jaką taką tylko pewnością, że jednoczesność w porażeniu gruźliczem wszystkich części narządu moczowo-płciowego zależy od bezpośredniego przeniesienia się laseczniczki z jednych jego części na drugie z następczem ich zakażeniem. (d. n.)

Wiadomości bieżące.

Zagraniczne. Prof. THOMA z Dorpatu znalazł w komórkach nabłonkowych raka swoiste pasożyty. Są to małe, podobne do komórek twory, znajdujące się w jądrach komórek nabłonkowych, które pod względem postaci, wielkości tak znacznie się różnią od komórek ustroju ludzkiego, że należy je bezwarunkowo przyjąć za twory pasożytnicze. Średnica owych jednokomórkowych drobnoustrojów wynosi 4—15 mm., barwią się hematoksyliną, eozyną, safraniną i karminem alunowym. Składają się z zarodki i jądra, niekiedy widocznem bywa jąderko, mają postać nieprawidłowo okrągłą lub owalną i silnie przelamują światło. Grupują się po 4—6 w jądrach komórek rakowatych. Powyższe twory znajdował autor w rakach odbytnicy, żołądka i sutki.

— Maść przeciwko łupieżowi pstremu (*pityriasis versicolor*):

Rp. Acid. salic. 3,00
Sulfur. praecip. 10,00
Vaselin.
Lanolin. aa 50,00

S. zajęte miejsca skóry wysmarować wieczorem, rano zaś zmyć mydłem i wodą.

— Woda chinolinowa do płókania ust przy błonicy:

Rp. Chinolin. 0,60
Alcohol. (90°) 30,00
Aq. destill. 300,00
Spir. Ment. gtt. unam.

Mieszanka do penslowania gardła:

Rp. Chinolin. 1,00
Alcohol. (90°)
Aq. destill. aa 25,00.

Odpowiedzi od Redakcyi.

W-mu D-rowsi K. w Wielkich Ł. Radzimy dzieło Erba o elektroterapii, które wyszło w języku rossyjskim. Cennik Aparatów wkrótce przesłamy—mogą one być przesłane pocztą z pobraniem pieniędzy z góry, jeżeli Pan nas do tego upoważni.

Od Administracyi „Medycyny“.

Panów Doktorów na prowincyi lub w Warszawie zamieszkałych, którzy w ostatnich czasach miejsce zamieszkania zmienili, upraszamy o nadesłanie dokładnych swoich obecnych adresów, dla zamieszczenia ich w drukującym się obecnie Roczniku lekarskim na rok 1890.

OGŁOSZENIA.

W zakładzie leczniczym hydropatyczno-pneumatycznym d-rów Dobrzyckiego i Fritschego (Oboźna Nr. 5), wykonywa się leczenie cierpień rdzenia pacierzowego (Tabes) sposobem **Mocutkowskiego-Charcota** (extensja bierna czyli zawieszanie), codziennie do godziny 12-ej.

• REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.

Дозволено Цензурою. Варшава 29 Іюня 1889 г.—Друк Марыі Зіемкіевіч
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENNIK

ZAKŁADU HYDROPATYCZNO-PNEUMATYCZNEGO

D-rów Dobrzyckiego i Fritsche'go

W WARSZAWIE

Ulica Oboźna Nr. 5.

I. Hydropatja. Za 30 biletów bez względu na rodzaj i liczbę stosowanych procedur hydropatycznych raz w ciągu dnia rs. 22 kop. 50 czyli w stosunku za bilet po kop. 75.

Za 15 takichże biletów rs. 13 kop. 50 czyli za bilet po kop. 90.

Za jeden takiż bilet rs. 1.

II. Leczenie Pneumatyczne. Za 30 wspólnych posiedzeń w kloszu pneumatycznym rs. 36, czyli za posiedzenie w stosunku po rs. 1 kop. 20.

15 posiedzeń rs. 22 kop. 50—czyli za posiedzenie rs. 1 kop. 50.

Mniejsza liczba posiedzeń, w stosunku za posiedzenie po rs. 2.

Za 30 biletów na użycie wielkiego, dwucylindrowego aparatu o dodatnim i ujemnym dowolnie zmiennem ciśnieniu rs. 18, czyli za posiedzenia po kop. 60.

Półowa powyższej liczby posiedzeń rs. 11 kop. 25 czyli za posiedzenie kop. 75.

III. Leczenie inhalacyami. Inhalacje wszelkich systemów stosownie do zalecenia lekarskiego, za posiedzenie od kop. 25 do 50.

Za wdychania tlenowe licząc po 10 litrów na posiedzenie, posiedzenie po rs. 1 kop. 20.

IV. Kąpiele lecznicze. Za kąpiel Ciechocińską przyrządzoną ściśle wedle przepisu na miejscu używanego rs. 1 kop. 20.

Za kąpiel żelazistą z wielką ilością rozpuszczalnego dwuwęglanu żelaza i stałem wywiązywaniem się kwasu węglanego rs. 1 kop. 10.

Za kąpiel igliwiową rs. 1.

Za kąpiel parową kop. 50.

V. Leczenie elektrycznością. Elektryzacja bądź jednej bądź więcej okolic ciała tak za pomocą prądu przerywanego jako też i prądu stałego—posiedzenie rs. 1 kop. 50.

Kąpiel elektryczna faradyczna lub galwaniczna rs. 2. Za 30 takichże kąpeli rs. 36.

VI. Mechanoterapia czyli Masaż (Massage). Masaż pojedynczej okolicy ciała rs. 1.

Masaż ogólny rs. 2.

Uwaga I. Wynajmujący klosz na swój wyłączny użytek, wnosi opłatę wedle osobnego cennika, przyczem się nadmienia, iż podobne, specjalne posiedzenia, mogą mieć tylko miejsce w godzinach pozaregulaminowych, to jest, nie od godziny 10-ej do 12, lecz wcześniej lub później.

Uwaga II. W razie gdy chory używa współcześnie dwóch metod leczniczych np. hydropaty i elektryczności, hydropaty i masażu inhalacyi i leczenia pneumatycznego i t. p. opłaca o 25% mniej od sumy, jaka za obydwa rodzaje kuracyi w cenniku jest podaną.

Uwaga III. Chorzy leczący się w Zakładzie mają prawo korzystania w każdej chwili z porady lekarzy zakładowych, za co uiszczają przy pierwszej konsultacyi Rsr. 2.