

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Nowy przyrząd do „podawania” ligatur. Podał d-r J. Borzymowski. — O padacze. Napisał M. Biro. (Ciąg dalszy). — WYKŁADY KLINICZNE. Samozatrucia i ich leczenie. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 110. O wyjąławianiu mleka. 111. Leczenie ciąży pozamacicznej po pęknięciu ściany legowiska jaja płodowego. 112. Kilka uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego. 113. O środkach rozpuszczających złoży moczianowe. 114. O wziewaniach tlenu w praktyce dziecięcej. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Borzymowski — Un nouvel appareil pour dispenser les fils pendant une operation. 2) D-r M. Biro — L'épilepsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Borzymowski — Eine neue Vorrichtung zum Ligaturen reichen. 2) D-r M. Biro — Ueber Epilepsie.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Nowy przyrząd do „podawania” ligatur.

przedstawiony w r. b. w Warsz. Tow. Lek.

Skreślił

D-r J. BORZYMOWSKI.

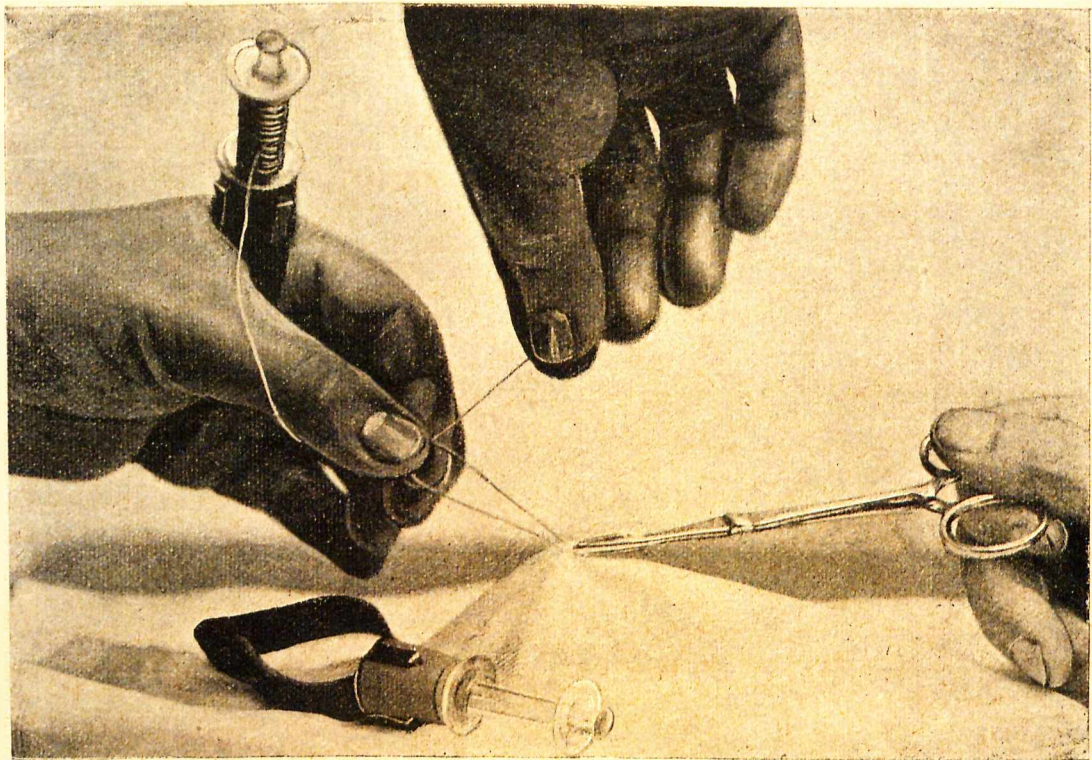
Ordynator Kliniki Chirurgicznej Szpitala 8-go Ducha.

Teraźniejszy zwyczaj podawania ligatur podczas operacji zasługuje na potępienie z bardzo wielu względów. Pierwszy najważniejszy jest to względ na aseptykę. Ligatury do podwiązywania naczyń zwykle podaje felczer, który przed podaniem rozciąga palcami każdą ligaturę i *eo ipso* może wyciskać na nią infekcyę z głębszych warstw gruczołów łojowych i potowych swych palców, w trakcie podawania zaś może dotknąć ligaturę otaczających przedmiotów. Operujący podczas brania ligatury odrywa oczy od pola operacyjnego, następnie trzyma ligaturę zwiniętą w lewej dłoni w długiem zetknięciu ze skórą jakkolwiek odkażoną, ale ulegającą samozakażeniu, jak to stwierdziły badania bakteriologiczne skóry w rozmaitych odstępach czasu od chwili odkażenia tejże. Podczas wiązania nawet u bardzo zręcznych i uważnych techników wypada nieraz nitka na serwety, skórę, ranę i t. d.

Powyższe wady obecnego podawania ligatur pobudziły mnie do zrobienia przyrządu, służącego, jak to widać na rysunku, do trzymania ligatur na śródreżcu podczas podwiązywania naczyń.

Przyrząd ten składa się ze zwykłej szklanej szpulki z ligaturami, osadzonej na korku gumowym za pomocą szklanego słupka, na którym szpulka swobodnie się kręci; korek zaś gumowy połączony jest niklowaną klamrą z gumową przepaską, obejmującą śródreżcze lewej ręki operującego.

Przed operacją cały przyrząd podlega sterylizacji przez półgodzinne gotowanie i nakłada się dopiero wówczas, kiedy zbierze się na polu operacyjnym większa liczba hemostatycznych szczypczyków.



Przyrząd ten daje następującą przewagę nad obecnym sposobem podawania ligatur:

- 1) Ligatura, pozostająca na naczyniu, jest w znacznie krótszym zetknięciu ze skórą, i zetknięcie się to ma miejsce na znacznie mniejszej powierzchni skóry.
- 2) Skracą się czas podwiązywania naczyń, a więc i trwanie operacji i narkozy.
- 3) Można daleko łatwiej obejść się bez osoby, podającej narzędzia, ponieważ nałożenie sobie na rękę przyrządu jest rzeczą jednej chwili, zwykle zaś podawanie sobie ligatur bez pomocnika wymaga odchodzenia od stołu

operacyjnego, wyszukiwania na szklanej płytce końca ligatur i następnie nożyczek do odcinania ich; a i w największych klinikach zdarza się brak pomocnika do podawania narzędzi przy operacjach nagłych i nocnych.

4) Wylącza się potrzeba odrywania oczu od pola operacyjnego i oszczędza się chirurgowi sporo ruchów, albowiem mając ligatury na ręku, nie potrzebuje co chwila wolać o ligaturę i wyciągać po nią ręk.

5) Czynność podwiązywania naczyń można momentalnie zamienić inną — przez zarzucenie końca ligatury na przyrząd; jeżeli zaś mamy pęk ligatur w lewej dłoni, to chcąc użyć do innej roboty palców lewej ręki, musimy przedtem oddać ligaturę pomocnikowi.

Technika z tym przyrządem nie wymaga żadnej wprawy, kaźden odrazu może nim posilkować się. Dodatnich wyników stosowania tego przyrządu na przebieg pooperacyjny wykazać niepodobna wobec jednoczesnego wpływu na tenże całeł masy czynników, mogą tylko zapewnić, że w praktyce przyrząd ten jest bardzo dogodny, i że z tego powodu nie zaczynam teraz bez niego żadnej operacyi, jeżeli się spodziewam potrzeby nałożenia większej liczby przewiązek.

Z POLIKLINIKI D-RA S. GOLDFLAMA.

O P A D A C Z C E .

Napisał

MAKSYMILIAN BIRO.

(Rzecz, czytana na posiedzeniach Towarz. Lek. Warsz. dnia 5 i 19 listopada 1901 r.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 49).

Pomimo to trudno przypuścić, aby ukazywanie się zaburzeń przemiany materyi nie mogło się przyczynić do wystąpienia napadów. Zdaje się, że w sprawie tej daje dużo do myślenia fakt, nie ulegający chyba wątpliwości, że napady epileptyczne zjawiają się przeważnie nocą. Tylko w 85 przypadkach udało mi się dowiedzieć o porze napadów. Jakkolwiek w większości, bo w przeszło 62%, napady występowały we dnie i w nocy, to jednak w bardzo nieznacznej części, bo mniej, niż w 3% zjawiały się wyłącznie we dnie, większą liczbę, mianowicie 8% stanowiły przypadki, których napady częściej bywały we dnie, niż w nocy, a w dużej liczbie, bo w przeszło 27% napady widywano wyłącznie nocą. Otóż, o ile napady, w pewnych przypadkach nie zjawiają się zarówno nocą, jak we dnie, to w innych znacznie częściej nocą, niż we dnie. W ogólnej sumie tedy więcej będzie przypadków, których napady ukazują się nocą, niż podczas dnia. Zdawałoby się, że w przypadkach o częstych napadach niektóre z nich bywałyby nocą, czyli że ukazywanie się ich w porze nocnej byłoby w prostej zależności od częstego ich występowania: jeśli dużo jest napadów w ciągu doby, to niektóre z nich mogą wypaść nocą. Dane nasze tego nie potwierdzają. Bywały przypadki o napadach licznych, a przeważnie dziennych, bywały inne o napadach rzadkich, a jednak wyłącznie nocnych. Ponieważ zaś na zjawianie się ich o tej lub owej porze

nie ma również wpływu, ani płeć, ani wiek, ani czas trwania choroby, ani jej natężenie, to przypuścić należy, że w samej naturze cierpienia tkwi przyczyna, według której istnieje jakaś predylekcyja do występowania ich o porze nocnej. Na przeważne występowanie napadów nocą może się składać kilka czynników: sprawa spania, a zatem specjalne warunki wymiany materyi, położenie ciała podczas snu, wyczerpanie po dziennej pracy oraz sama pora nocna, a zatem względny spokój dużej części układu nerwowego. Z prób LÉURET'a, który powstrzymywał napady przez zmuszanie chorych do czuwania, można tylko potwierdzić zdanie, że suma niektórych czynników powyższych wpływa na napady, ale niepodobna określić, który z nich ma znaczenie wyłączne, jeśli nie przeważne. Jesliby więcej zebrano spostrzeżeń w rodzaju przypadku PICK'a ⁷⁶⁾, w którym napady występowały, gdy chory zasypiał we dnie, wówczas można byłoby wyłączyć wpływ czynnika, jakim miała być pora nocna, lecz tylko jeden z moich pacjentów, 20-letni mężczyzna, od roku cierpiący na padaczkę, dostaje napadów wyłącznie we śnie, czy to nad ranem lub we dnie. Ponieważ epileptycy dostają napadów bezwzględnie, czy pracują, czy odpoczywają i tylko w wyjątkowych razach odpoczynek ma wpływ na rzadsze występowanie napadów, to trudno przypuścić, aby napady występowały nocą, jako o porze po całodziennym wysiłku. Gdyby napady się zjawiały na skutek wyczerpania pracą, to widywalibyśmy je wieczorem albo na początku snu, a przecież widuje je się w równej mierze nad ranem u osób po przespaniu dużej części nocy. Że na wystąpienie napadu nie ma wpływu położenie chorego, to wykazał VOISIN, według którego napadom sprzyja sen w położeniu leżącym chorego, jako też siedzącym. Pozostaje wpływ specjalnych warunków wymiany materyi podczas snu. Jeśli oprzemy się na obserwacyi FERRÉ'go, że napady zjawiają się najczęściej około 9 wieczór i między 3 — 5 rano, a więc zgodnie z MÖNNIGHOF'em i PRIESBERGEN'em w okresach największego natężenia snu, to tembardziej można myśleć o pewnej zależności napadów od specjalnych warunków wymiany materyi. Przez to najwyraźniej wyłączony zostaje wpływ pory, położenia, ogólnego wyczerpania, a najdobitniej występuje czynnik samego spania. Ponieważ według HOWELL'a, cytowanego przez PICK'a, w najgłębszym śnie najmniej krwi przepływa przez mózg, można przypuścić, że zmiany krążenia krwi, jak chce PICK, albo też pewne jakościowe warunki wymiany materyi wpływają na wystąpienie napadów. Lecz zaburzenia cyrkulacyi, a więc ilościowe i jakościowe zaburzenia wymiany materyi wszak trwają i po napadzie, czyli że napad trwa o wiele krócej, niż owe zaburzenia, innemi słowy, napad najczęściej zjawia się, gdy zaburzenia owe się rozpoczynają lub kończą. O ile tedy wszelkie warunki wymiany materyi od chwili wystąpienia pierwszego *acme* najmocniejszego snu do drugiego nie ulegają zmianie, należy szukać powodu napadów nie tyle w zmienionych warunkach wymiany materyi, albo, jak chce PICK, cyrkulacyi krwi, ile w raptownym przejściu z pewnego stanu tych warunków w odmienny, w pewnym urazie cyrkulacyjno-odżywczym.

O ile powyższe zjawiska, uwydatniające się w czasie napadów, podsunąć mogą myśl o charakterze cierpienia, o tyle po za napadami epileptycy najczęściej robią wrażenie osób normalnych. Niekiedy wprawdzie wyraz twarzy zdradza epileptyka, a wyraz twarzy to często odzwierciedlenie stanu

⁷⁶⁾ PICK. Ueber die Beziehungen des epileptischen Anfalles zum Schlaf. Wiener medle. Wochenschr. 1899. Nr. 30.

duchowego. Naprózno byśmy wyliczali znany szereg ludzi wielkich wśród epileptyków, jakimi byli: Cezar, Mahomet, Karol V, Petrarca, Rousseau, Napoleon I, Piotr Wielki. Najczęściej w twarzy epileptyków znać jakąś tępość, powolność, zamroczenie, stan umysłu na pół senny. Lekarz, mający zmysł spostrzegania różnicy wyrazu twarzy u rozmaitych chorych, nieraz z twarzy przypuścić może epileptyka. Według ALTHAUS'a aż 64,4% epileptyków ma być upośledzonymi na umyśle. Według naszych obliczeń przypada na takie osoby tylko 14%. Wśród tych więcej, niż połowa, ma pamięć osłabioną. Tylko u jednej 9 letniej panienki, od 2 roku chorej, spostrzegać się dawała pamięć wprost znakomita, a inne władze umysłowe upośledzone; dłuższe wiersze pamiętała po dwukrotnem ich przeczytaniu, a nauczanie się czytania i wszelkie oryentowanie się były połączone dla niej z niezwykłym mozolem. Duża różnica, jaka zachodzi pomiędzy liczbami epileptyków z osłabionymi władzami umysłowymi naszego materiału a danymi innych badaczy, zależy od różnicy, jaką przedstawiają chorzy zakładowi a poliklinicznemu. Do zakładów oddaje się zazwyczaj epileptyków, miewających napady bardzo częste albo też dotkniętych zaburzeniami duchowymi. Niektórzy przypuszczają, że pewna tępość umysłowa jest spowodowana przez leczenie, zmierzające do obniżenia pobudliwości układu nerwowego. Nasze dane, uzyskane podczas kuracji, nie pozwalają nam na wypowiedzenie podobnego zdania, a o kilku przypadkach wiemy z pewnością, że przytępienie pamięci wystąpiło znacznie wcześniej, niż przedsięwzięto leczenie. Upośledzenie umysłowe spostrzegać się daje w najrozmaitszych przypadkach padaczki i to bezwzględnie do wieku, w jakim choroba wystąpiła, bo widywaliśmy je u dotkniętych padaczką od pierwszego roku życia, jako też od 33-go i to w równej mierze u mężczyzn i kobiet (po 16 osób każdej płci). Trudno powiedzieć, iżby owo zaburzenie potęgowało się w miarę, jak napady stają się częstszymi. Wśród wszystkich naszych przypadków mamy wszystkiego jeden, w którym napady ukazywały się coraz częściej, a i pamięć coraz gorszą się stawała. Lecz i u tej 21-letniej panny, od 12 roku życia chorej, pamięć słabła już od 5 lat, gdy napady zaczęły coraz częściej występować od 4 lat zaledwie. Zresztą widywałem epileptyków, u których napady w miarę czasu wcale się nie zjawiały coraz częściej, a nawet rzadziej się ukazywały, a pomimo to z czasem uwydatniło się upośledzenie umysłowe. Natężenie napadu również nie ma wpływu na stan duchowy. Psychika może ucierpieć nawet wówczas, gdy chory miewa napady wyłącznie lekkie (petit mal). Mężczyzna 39 letni od 10 lat miewał napady petit mal wyłącznie, a pamięć miał wyraźnie przytępioną. Jeśli jeszcze zauważymy, że niektóre osoby są już od dzieciństwa upośledzone na umyśle, a padaczka dopiero w późniejszym u nich wieku się zaczyna, to musimy przypuścić, że zaburzenia psychiczne i napady epileptyczne rzadko są związane względem siebie węzłem przyczyny i skutku, a częściej są równorzędnymi skutkami jednej przyczyny ogólniejszej, samego tła padaczki. Tak samo sądzi BINSWANGER, pomimo że nie rozbiera tej kwestyi szczegółowo, a wprost opiera się na statystyce zakładu dzieci upośledzonych umysłowo w Langenhagen, w zakładzie dla idiotów w Dalldorfie i na danych TRÜPER'a, dyrektora zakładu pod Jeną.

Po za zaburzeniami psychicznymi, jakie mają cechować niektórych epileptyków, pewni badacze upatrują w nich specjalne oznaki fizyczne. Dyagnostyczne znaczenie mają one małe, ponieważ są rzadkie. U 3 chorych spostrzegałem przepołowiony płatek uszny, jedyny i rzadki objaw zwyrod-

nienia. Pomimo starannego poszukiwania ani razu nie zauważyłem wzmożonych odruchów, jakie według BRINSWANGER'a mają stale występować u epileptyków w okresie międzynaпадowym, ani też zaburzeń czuciowych, które często miał u nich wykrywać. Czy nie należałoby raczej przypuścić, że odnośni chorzy byli po za epilepsyą dotknięci histeryą? I tylko do tej kategorii zaliczyłbym przypadek CHARPENTIER'a z przejściową głuchotą prawego ucha, anestezyą muszli usznej i okolicy wyrostka sutkowego, jakie spostrzegal po napadach; za histerycznym podścieliskiem tych zaburzeń przemawia w pewnym stopniu i ta okoliczność, że w danym przypadku napad mógł zostać łatwo wywołanym drogą hipnozy. Wydaje się to prawdopodobniejszem, niż przypuszczanie za BINSWANGER'em, że zaburzenia podmiotowe najrozmaitsze oraz zmiany czucia obiektywne mają cechować przypadki o długich okresach beznapadowych.

W dziale powyższym o symptomatologii podane zostały próby wykazania tła każdego z objawów padaczki, ich wzajemnego stosunku oraz podkreślono częstość, z jaką każdy z nich się ukazuje. O ile znajomość tła każdego z objawów pozwoli wyrobić sobie pojęcie o patogenczie, o tyle wypuklenie cech, które się częściej spotyka, a bledsze zarysowanie rzadziej się nadarżających ułatwi rozpoznanie cierpienia. Lecz samo dyagnozowanie cierpienia w chwili określonej daje nam tylko pojęcie o części sprawy, daje obraz choroby w przestrzeni. Sprawa chorobowa ma po za tem rozciągłość w czasie, z tego względu ważna jest znajomość przebiegu choroby.

PRZEBIEG.

Ogólnie padaczka jest chorobą przewlekłą, trwającą lata, a niekiedy całe życie. Występuje ona pod postacią napadów, pooddzielanych rozmaitymi okresami czasu względnego zdrowia. Okresy te są różne w rozmaitych przypadkach, lecz, zdaje się, że podług nich można przypadki padaczki ułożyć w odpowiednie grupy o pewnym przebiegu. Wiadomo, że napady występują odgraniczane okresami beznapadowymi, trwającymi dni, tygodnie, miesiące, a nawet lata, że w pewnych przypadkach takimi okresami pooddzielane są nie napady pojedyncze, lecz ich serye, z kilku napadów w ciągu jednego dnia lub w szeregu dni się składające. Dawno stwierdzono, że istnieją przypadki z napadami, prawie bez przerwy napastującymi chorego (*status epilepticus*). Wreszcie już i dla starszych badaczy nie ulegało wątpliwości (BEAU), że najczęściej napady ukazują się co 4 tygodnie, a według LEURET'a co dni czternaście. Lecz u żadnego autora nie napotkałem przypuszczenia, czy by nie udało się zauważyć pewnej prawidłowości co do grupowania się napadów w czasie w przypadkach pojedynczych. WISŁOCKI¹⁷⁾ dzieli napady co do sposobu występowania na regularne, czyli peryodyczne, i nieregularne. DELASIAUVE sądził, że przypadki padaczki mają swe okresy coraz częstszego ukazywania się napadów, później mniej więcej równomiernego, wreszcie coraz rzadszego zjawiania się przypadłości. Spostrzeżenie DELASIAUVE'a się nie sprawdza, nie koniecznie bowiem muszą w każdym przypadku na początku choroby ukazywać się napady coraz częściej, bywa i odwrotnie. Wydawało mi się nieodzownem rozejrzeć się, czy można wogóle określić pewną prawidłowość w ukazywaniu się napadów, i czy wszystkie przypadki mają pod

¹⁷⁾ WISŁOCKI. Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki. Krouika Iok, 1901.

tym względem przebieg jednaki. Myśl o potrzebie zbadania tej sprawy nasuwała się przy omawianiu leczenia padaczki. Trudno było pogodzić się z myślą ERLÉNMEYER'a⁷⁸⁾, że ukazanie się napadów po przerwie długoletniej jest zjawieniem się nowej choroby. Sądziłem, że przerwa kilkoletnia nawet napadów nie przekonywa o skuteczności kuracji, pomimo że takie przerwy ukazują się, jak wykazałem, szczególnie pomiędzy pierwszym a drugim napadem, a wyjątkowo tylko w późniejszym okresie. Z tego względu przypuściłem, że o skuteczności zabiegów nie możemy wyrobić zdania, o ile nie mamy pojęcia o przebiegu cierpienia. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi przejrzałem przebieg przypadków, które długo, bo 3—6¼ roku obserwowałem. Z tych wybrałem do uwzględnienia przebiegu owe przypadki, w których leczenie było zbyt słabe w obec rzadkiego występowania napadów. Po za tem w innych zbierałem dokładne dane wywiadowe o długoletnim przebiegu napadów w długim okresie przed rozpoczęciem leczenia. Wszystkich przypadków odpowiednich miałem wówczas 106 i tylko w 4 z nich nie mogłem wykryć typu ich przebiegu. Przekonawszy się, że po 1¼ roku mniej więcej typ się zazwyczaj ustanawia i tyle trwa najdłużej, jeśli typ ma się zmienić, że wreszcie tylko w 2% przypadków taka zmiana typu zachodzi, doszedłem do przekonania, że wszelkie inne przypadki, czyli 98%, dają się podzielić na trzy kategorie. Około 60% przypadków przebiega w ten sposób, że ich okresy międzynapadowe się stale mniej więcej i to stopniowo skracają, czyli że te przypadki tworzą typ o przebiegu wstępującym; w 26% okresy te były prawie jednakie, te więc tworzyły typ o przebiegu przemijającym — równym; w 12% się stale one i stopniowo wydłużały, a zatem ich przebieg określiłem, jako zstępujący. Od owego czasu przy dalszych obserwacjach pilną na przebieg zwracałem uwagę. Rok czasu był to okres za krótki, aby własna obserwacja w tych przypadkach dała mi możność wypowiedzenia o tem zdania, musiałem polegać na wywiadach i wielokrotnie wypytywałem otoczenie chorych o przebieg napadów w czasie oraz prosiłem o dalsze ich notowanie. Ciekawą jest rzeczą, że dane te mniej więcej odpowiadają powyższym liczbom, dla tego tem większe istnieje prawdopodobieństwo, iż spostrzeżenie o prawidłowym przebiegu napadów w czasie ma rację bytu. Na 42 przypadki, obserwowane w ciągu ubiegłego roku, w 7 nie można było dokładnie się dowiedzieć o przebiegu, w 15 przebieg jeszcze jest zbyt krótki dla wyciągnięcia wniosku o przebiegu cierpienia, a z pozostałych 20 przypadków 12 (60%) przebiegało o typie wstępującym, 5 (25%) według typu przemijającego równego, a 3 (15%) według typu zstępującego. Istniejąca różnica nieznaczna pomiędzy danymi poprzednimi a obecnymi daje się wytłomaczyć małą względnie liczbą ostatnich spostrzeżeń. W obec pewnej doniosłości sprawy przebiegu przypadków i dla zachęcenia innych obserwatorów do czynienia odnośnych spostrzeżeń dla jej potwierdzenia albo też obalenia, pozwolę sobie je poniżej podać. (Patrz str. 1099).

Dane powyższe, uzyskane na zasadzie ostatnich spostrzeżeń, popierają nasze przypuszczenie, jakoby istniała pewna prawidłowość w owym napozór nieprawidłowym przebiegu padaczki. Naturalnie, że absolutnej ścisłości, że określenia tego zjawiska za pomocą pewnego postępu arytmetycznego, oczekiwać tu niepodobna. Na linii przebiegu musimy się spodziewać pewnych

⁷⁸⁾ ERLÉNMEYER. Die Principien der Epilepsie-Behandlung. Wiesbaden. 1886, str. 7.

perturbacyi, istnieją bowiem niewątpliwie warunki, sprzyjające wybuchowi oddzielnych napadów, jako też wpływy, które wybuchy napadów hamują. Musiałem je brać pod uwagę, szukając jakiegokolwiek planu w przebiegu padaczki i tylko dzięki temu, że owe perturbacye są nieliczne, linię przebiegu zarysować się udało. Otóż na 227 przypadków tylko w 12, a zatem nieco więcej, niż w 5% zaledwie, udało się wykryć pewne wpływy postronne na

Nr.	Płeć	Wiek	Rok zycia na początku choroby	PRZEBIEG NAPADÓW	
1	Panna	11	8	Drugi napad w 3 miesiące po pierwszym, trzeci po miesiącu, oddział co 3—4 tygodniu (czasem seryami po 3—5).	z e b i e n i e
2	Mężatka	21	12	Pierwsze napady co 3—4 tygodnie, później codziennie po 4—5.	
3	Mężczyzna	31	28	Drugi napad w rok po pierwszym, następny po 3 miesiącach, oddział prawie codziennie po 2—3 napady.	
4	Panna	6	2	Drugi napad w 2 lata po pierwszym, trzeci po 2 tygodniach po drugim, czwarty w 4 dni po trzecim i oddział coraz częściej.	
5	Mężatka	35	19	Napady z początku co 9 miesięcy, później co 6, wreszcie co 3, ostatnio prawie co miesiąc.	
6	Mężczyzna	23	20	Napady z początku co 4—6 tygodni, później co 2—3 tygodnie, od roku co 1—2 tygodnie, czasem seryami po kilka dni z rzędu, po 2—3 napady jednego dnia.	
7	Chłopiec	10	7	Drugi napad w pół roku po pierwszym, późniejsze częściej, od miesiąca co 2 tygodnie.	
8	Panna	19	3	Z początku napad co pół roku, później co tydzień, od 2 lat co dziennie, ostatnio po 6—8 napadów codziennie.	
9	Panna	12	9	Napady co 6—8 miesięcy, później co kilka tygodni.	
10	Mężczyzna	29	6	Dawniej co miesiąc, ostatnio co tydzień.	
11	Panna	7	4	Drugi napad po roku, późniejsze co tydzień, następne co kilka dni.	
12	Mężczyzna	16	13	Drugi napad w rok po pierwszym, trzeci w 10 miesięcy po drugim, czwarty w 2 mies. po trzecim, następne częściej.	
1	Chłopiec	16	13	Napady codziennie.	Typ zmienny — rzadki
2	Mężatka	48	25	Napady w odstępach prawie miesięcznych.	
3	Mężczyzna	28	25	Napady prawie co miesiąc.	
4	Panna	9	2	Od 2 do 5 roku napady prawie codziennie, po 4 dniowej przerwie bez leczenia codziennie.	
5	Mężczyzna	23	20	Drugi napad w 5 miesięcy po pierwszym, trzeci mniej więcej w 5 miesięcy po drugim, następne 5 napadów w ciągu 26 miesięcy w równych mniej więcej odstępach czasu.	
1	Chłopiec	9	6	Drugi napad w 2 tygodnie po pierwszym, trzeci w 10 miesięcy po drugim, czwarty w rok przeszło po trzecim, piąty jeszcze później.	Typ zmienny
2	Chłopiec	18	12	Po 2 napadach jednego dnia napad następny po 6 miesiącach, późniejszy w półtora roku po nim, następnego nie było jeszcze od roku przeszło.	
3	Panna	17	9	Pierwsze napady 2 razy w tygodniu, późniejsze raz na 1—2 tygodni, następne raz na miesiąc.	

przebieg padaczki. Z tego w 1,5% obostrzenie występowało po urazie psychicznym, w 0,5% po fizycznym wspólnie z psychicznym. Do czynników tej kategorii, więc natury fizycznej i psychicznej, można zaliczyć i tasiemca, czynnik, zresztą, jak już podano, przeceniany w etiologii padaczki. Wreszcie w 1,5% miała wpływ na ukazanie się napadów regularność, w 0,5% poród je obostrzył, a w 1% napady stały się rzadszymi po zamążpójściu. Czy zamążpójście działało tu, jako suma rozmaitych czynników natury fizycznej i psychicznej, czy też wpływał jeden z jego czynników—ciąża, a właściwie związana z nią przerwa regularności, trudno rozstrzygnąć, pomimo że przypuszczenie ostatnie wydaje się prawdopodobnem. Upoważniają nas do tego dane faktyczne, w 2 bowiem przypadkach napady występowały stale i wyłącznie podczas miesiączkowania, a w 2 innych ukazywały się w znacznie cięższej postaci, o ile przypadają na czas miesiączki. Żaden z nich nie potwierdził zdania BINSWANGER'a, jakoby wpływ miesiączki uwydatniał się w tych przypadkach, które się rozpoczęły od chwili pierwszego wystąpienia miesiączki. Natężenie oddzielnych napadów zależy od rozmaitych czynników. Po ciężkich napadach mogą się ukazywać długi czas napady tylko lekkie, jako też mogą być przypadki o wyłącznie lekkich napadach. W jednym przypadku po pierwszym napadzie ciężkim bywały w ciągu lat 14 napady wyłącznie lekkie, w innym tylko takie napady zjawiały się pomimo dziesięcioletniego trwania choroby. Ukazywanie się napadów tego lub owego natężenia nie okazało się zależnem od częstego ich występowania, jako też od tła dziedzicznego. I w ten lub ów sposób trapią napady pacyenta często do końca życia. Rzadko się zdarza, by napad był powodem śmierci, by epileptyk zmarł podczas napadu, właściwie wskutek napadu (według BINSWANGER'a 4 : 163). W tych razach śmierć się zjawia z powodu malokrwistości kory mózgowej i mocnego obrzęku mózgu bez szczególnego wodogłowia, bądź to wewnętrznego, bądź zewnętrznego. W innych przypadkach śmierć taką sprowadza pęknięcie serca lub ustanie jego działalności w okresie drgawek klonicznych (MAGNAN), uduszenie wskutek skurczu tonicznego mięśni szyjowych albo też wyczerpanie nerwowe po częstych napadach (FÉRÉ). *Status epilepticus* może prędzej śmierć sprowadzić, a to przez otrucie produktami wymiany materji według myśli KRAIŃSKIEGO. Najczęściej się jednak zdarza, że chory żyje pomimo padaczki i właściwie nie na nią umiera, a wskutek choroby płuc. W każdym razie epileptycy rzadko dożyć mogą wieku podeszłego, zwłaszcza, gdy młodo na tę chorobę zapadli.

ROZPOZNANIE.

Znajomość podanej w sposób powyższy symptomatologii ułatwia znakomicie rozpoznanie padaczki. Najważniejszą cechą, która powinna stale budzić podejrzenie o padaczkę, jest niekiedy napadowo występująca krótkotrwała utrata przytomności. Bez utraty przytomności, przynajmniej w niektórych razach, i bez napadowego występowania owej utraty trudno myśleć o padaczkę. Wszelkie inne dane, cechujące padaczkę, są o tyle dla rozpoznania potrzebne, o ile lekarz nie ma okazji obserwowania napadów, i o ile owa utrata przytomności nie może być brana za zwykłe omdlenie. Lecz jeśli owo wrzekome omdlenie występuje u osoby względnie silnej fizycznie i nie mającej powodu do omdlenia, o ile ukazuje się nie wówczas, gdy pacjent jest wyczerpany, osłabiony, lecz przy napozór najlepszym zdrowiu, o ile się

powtarza przy najnieodpowiedniejszych warunkach, powiedzmy podczas zabawy lub pracy, w towarzystwie lub na ulicy, w miejscu wreszcie, w którym na razie nie ma nikogo, oprócz pacyenta, wówczas podejrzenie padaczki jest poważne. Jeśli lekarz ma okazję obserwowania napadu i wówczas wykryje, że źrenice chociażby przez chwilę nie oddziałują na światło, podejrzenie padaczki staje się nieco pewniejszym. Naturalnie, że źrenice mogą nie oddziaływać tylko w ciągu chwili, a przed nią i po niej tylko słabiej oddziałują. Tylko w bardzo nielicznych, wprost wyjątkowych przypadkach można wobec braku oddziaływania źrenic wahać się pomiędzy rozpoznaniem padaczki a histeryi, lecz inne dane powinny przemawiać za histeryą, pewne wreszcie przeciw padaczce. Stan oddziaływania źrenic będzie ważny zwłaszcza u starców, którzy mogą dostawać zawrotów głowy na tle miażdżycy naczyń, zawrotów, podobnych do lekkich napadów padaczki; w tych razach należy uwzględnić, że u osób w wieku podeszłym źrenice zazwyczaj oddziałują niezupełnie energicznie, i znajomość tego odruchu u danych pacjentów po za napadami może być w sprawie rozpoznania bardzo pomocna. O ile u nich po za tymi napadami nie występują inne w formie bardziej jaskrawej, trudno rozstrzygnąć niekiedy o ich charakterze. Jeśli chory taki oddał pod siebie mocz lub kał podczas napadu, wzmacnia to myśl o padaczce. Zwłaszcza dla tego warto na objaw ten zwracać uwagę, że zdarza on się względnie często, bo mniej więcej w 44% przypadków i to niezależnie od natężenia napadu, a więc główne znaczenie ma w przypadkach lekkich o innych objawach niewyraźnych. O przebyłym napadzie przekonać nas również może ślad pokąsanego języka, rzecz mniej częsta, bo ukazująca się w 14% przypadków i to bez względu na to, czy były ciężkie, czy też lekkie. Podobne znaczenie mają także ślady w postaci sińców, wylewów krwawych. Wymioty, napotkane podczas napadu, powinny dawać do myślenia, czy niema wyraźnego tła organicznego w mózgu, a jeśli wszystko przemawia za padaczką, czy niema padaczki JACKSON'owskiej, podczas której, jak już podano, zjawiają się 3 razy częściej, niż podczas zwykłej, w której ukazują się zaledwie w 1,5% przypadków. O ile napadowi towarzyszą drgawki, należy rozstrzygnąć, czy nie ma tła cierpienia organicznego mózgu lub części sąsiednich (guz, ropień, gummat, *pachymeningitis*, paraliż postępujący, *sclerosis disseminata*), czy nie zachodzi wreszcie ostre otrucie, a nawet histerya. Intoksykację wyłączają wywiady oraz dane otrucia obiektywne i często zachowana przytomność. We wszystkich tych cierpieniach zresztą drgawki zjawiają się znacznie wcześniej, niż utrata przytomności, w padaczce rzecz ma się wprost odwrotnie, jeśli już pominę potrzebę istnienia innych danych, przemawiających za którymkolwiek z tych cierpień. Gdy drgawki zjawiają się w połowie ciała, musimy przypuścić obecność wyraźnego podścieliska anatomicznego w korze, gdyż właśnie w padaczce JACKSON'owskiej drgawki ograniczają się do połowy ciała albo przynajmniej od tego się zaczynają. Niekiedy taką bywa aura w padaczce zwykłej, i wtedy mamy dużą trudność przy robieniu rozpoznania. Obserwowanie, czy nigdy nie zjawia się napad bez owych drgawek jednej połowy ciała, albo też ukazanie się nowych objawów cierpienia organicznego rzecz rozstrzyga. Drgawki mogą nasunąć myśl o histeryi, lecz drgawki histeryczne różnią się od padaczkowych zajęciem specjalnych grup mięśniowych, jako też szeregowaniem. Owarialgia nie zawsze sprawę wyjaśnia. Po za tem histeryę najczęściej wyłącza stan źrenic podczas napadu i brak innych danych histerycznych po za napadem, brak oddziaływania źre-

nie podczas napadu histeryi należy, jak wiemy, do rzadkości, i kto wie, czy przypadków odnośnych nie należy brać za kombinację histeryi z epilepsyą. O uremii trudno pomyśleć, gdy niema innych danych, przemawiających za cierpieniem nerek; wykrycie niedużej ilości białka, najwyżej 0,1‰, wedle danych poliklinicznych, również nie może świadczyć przeciw padaczce, białko wszakże w ostatniej chorobie ukazuje się nie później, niż w 2 godziny po napadzie. Nawet wałeczki, o ile są tylko szkliste, nie przeczą dyagnozie padaczki (HUPPERT). Objawy przed- i ponapadowe, o ile się zjawiają, utwierdzają nas w przekonaniu o właściwym rozpoznaniu padaczki. Z tych częstsze są, jak się powyżej przekonaliśmy, objawy ponapadowe, bo w przeszło 40% przypadków na nie natrafić można. W wyjątkowych przypadkach mają one charakter ruchów pozornie celowych i wówczas mogą przez swą rozległość i własny koloryt zasłonić całkowicie obraz padaczki. W tych razach one głównie nam się w oczy rzucają, a napadu możemy nie spostrzedz, lecz sam charakter tych objawów ponapadowych powinien wzbudzić w nas myśl, czy pacjent nie jest dotknięty padaczką. Objawy przednapadowe zdarzają się rzadziej, niż ponapadowe, bo w 25%—30% przypadków, lecz, o ile się zjawiają, mocno utwierdzają nas w przekonaniu o słusznie rozpoznanej padaczce. Gdy napady ukazują się seryami, że przez dłuższy czas prawie się nie przerywają, trudno je odróżnić od histeryi. Większe urozmaicenie obrazu w szeregu napadów histerycznych, niż w padaczkowych, sprawę wyjaśnić może. Po za tem stan psychiczny pacyenta rozpoznanie ułatwia. W histeryi, nawet lata trwającej, stan umysłowości prawie się nie zmienia, w padaczce najczęściej ulega stępieniu, jakkolwiek, jak uczą nas dane nasze, ściślego stosunku niema pomiędzy trwaniem padaczki, natężeniem napadów a stanem umysłowym pacyenta. Jeśli wreszcie spostrzeganie oddzielnych faz napadu albo same wywiady w braku osobistego obserwowania napadów mogą nam robić trudności w odróżnieniu padaczki od szeregu innych cierpień, to przypatrywanie się nawet całym napadom niekiedy każe nam się wahać z wygłoszeniem zdania, czy całe napady nie są udawane. Symulowanie padaczki zdarza się często, lecz dla tego, kto wie, że zblednienie twarzy, rozszerzenie źrenic i brak oddziaływania na światło, zmiana tętna i sinica wybitna, występująca po zblednieniu, nie mogą być wywoływane sztucznie, dla tego nie jest trudne rozstrzygnięcie, czy dany napad był prawdziwy nawet bez próby MAGNANA, który każe drażnić mięsień mostko-obojęczykowo-sutkowy (*m. sternocleido-mastoideus*) i przekonać się, czy ucho ułoży się ku dolowi a twarz ku górze,

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE

H. SENATOR.

SAMOZATRUCIA i ICH LECZENIE.

Samozatrucie w znaczeniu dosłownem jestto stan chorobowy, wywołany przez jad, który wytworzony został w samym ustroju (endogene Intoxication) w przeciwieństwie do zachorowań, wywołanych przez jady, istniejące w postaci gotowej w otaczającym środowisku i wdrażone do ustroju zzewnątrz (ectogene Intoxication).

W tem znaczeniu wprowadził SENATOR do patologii pierwiastkowo nazwę: „samozakażenie“ w zastosowaniu do stanów zatrucia, posiadających swe źródło pochodne w przewodzie pokarmowym, a następnie rozciągnął ją na zaburzenia, powodowane sprawami rozkładowymi w innych jamach ustroju, w miąższu tkanek i sokach tkankowych.

Od kiedy jednak zaczęto ściślej rozróżniać zakażenie od zatrucia — określenie samozakażenia przeistoczono w „samozatrucie“. Stało się to jednocześnie i ze strony Ch. BOUCHARD'a i R. v. JAKSCH'a — pierwszy mianowicie rozszerzył znacznie naukę o samozatruciu. Sam on i jego następcy wciągali coraz liczniejsze stany chorobowe do działu samozatrucia, umieszczając w jego obrębie wszystkie albo prawie wszystkie stany chorobowe, których przyczyna nie dała się bezpośrednio wykazać, jako zależna od wpływów zewnętrznych (zatrucia, urazy) lub od jawnych powikłań stosunków mechanicznych jak np. zaburzeń krążenia.

Szeroki zakres w pojęciu samozatrucia dozwolony jest tem łatwiej, ponieważ same pojęcia jadu i zatrucia nie mogą być ściśle ujęte. Jad — jestto ciało, które nie w drodze urazowej już we względnie nieznacznych ilościach wywołać może ciężkie zaburzenia chorobowe. Lecz wiadomem jest ogólnie, jak względne bywa tego rodzaju określenie. Spostrzeżenia codziennego życia pouczają, że ciała, zwykle uważane jako nie jadowite, w pewnych warunkach stać się mogą truciznami. Przypomnieć należy w tym względzie choćby tylko liczne używki, jako to: herbatę, kawę, napoje wyskokowe etc.

Obecnie przeto do działu samozatruc zaliczamy liczne stany chorobowe, które nie posiadają obrazu zatrucia w znaczeniu zwykłym, nie mówiąc już o tem że same jady — trucizny — wytwarzające rzekomo owe stany, są nam po większej części nieznanne.

Z tych względów naukę o samozatruciu trudno oprzeć na gruncie toksykologicznym i wytworzyć podział według rodzaju jadu. Stajemy na pewniejszej podstawie, jeżeli w rozpatrywaniu samozatrucia, jako punkt wyjścia, wybieramy źródło pochodzenia jadów, miejsce ich powstawania i sposoby, jakimi ztamtąd do krwi przechodzą, i jeżeli z tego punktu spróbujemy wytworzyć podział,—

wyróżniamy cztery grupy główne.

a) Zatrucia, powodowane przeszkodami w usuwaniu ciał, prawidłowo z ustroju wydzielających się, a więc powstałe wskutek ich zatrzymania i zastoju. Samozatrucia od zatrzymania. (Retentions-Autointoxicationen).

b) Zatrucia, powstałe wskutek rozkładu (gnicia, fermentacji) zawartości jam ciała (prawidłowych lub nienormalnych) i następczego wchłonięcia produktów rozkładu w obieg krążenia krwi i soków. Samozakażenia od wchłaniania. (Resorptions-Autointoxicationen).

c) Zatrucia, powstałe wskutek nieprawidłowej przemiany samej krwi i materii w tkankach (komórkach tkankowych) i sokach. Samozatrucia pochodzenia tkankowego. (Dyskrasische v. histogene Autointoxication).

d) Zatrucia, powodowane jadami, wytwarzanymi przez drobnoustroje w chorobach zakaźnych. Samozatrucia od zakażenia. (Infections-Autointoxicationen).

Nie przedstawia trudności pojęcie pierwszych dwóch grup. Wiekowe doświadczenie poucza, że liczne produkty przemiany materii, w prawidłowych warunkach z ustroju wydzielające się, okazują się truciznami dla ustroju, je wytwarzającego. Jeżeli więc w pewnych warunkach nastąpi utrudnione wydalanie i nagromadzenie w stopniu większym tych ciał — nastąpić może zatrucie.

Najprostszym przykładem służy zatrucie kwasem węglanym przy przeszkodach w drogach oddechowych — przyczem i zmniejszone wchłanianie tlenu ma swe znaczenie. Również w jamach i przewodach ciała, istniejących prawidłowo lub wytworzonych przez zmiany patologiczne, rany etc., zawartość podlegać może rozkładowi — przyczem wytwarzają się ciała, które, przechodząc do krwi obiegu, wywołują wybitne objawy zatrucia.

Głównie odnoszą się tutaj rozkłady zawartości kiszek. Samozatrucia pochodzenia kiszkiwego (enterogene Autointoxicationen) rzadziej pęcherza lub jam, ropę zawierających. Dział samozatrud pochodzenia zakaźnego bliższych wyjaśnień nie wymaga.

Wykazano w różnorodnych zakażeniach odpowiednie jady — toksyny i zdolano uzasadnić ściślej zależne od nich objawy.

Pozostaje grupa samozatrud pochodzenia dyskrastycznego lub histogenego, której założenie i wyróżnienie należy do zadań zawilszych. Już to samo potęguje trudność wyodrębnienia, że domniemane trujące produkty przemiany materii trudno dają się wykazać na miejscu swego powstawania i dlatego muszą być poszukiwane w miejscach odległych, w wydalinach i wydzielinach, a tam, gdzie się wykazują, nie zawsze można czynić wnioski pewne o miejscu, z którego pochodzą. Wogóle w niewielu tylko przypadkach, zaliczanych do wzmiankowanej grupy, udało się dotąd wynaleźć jad właściwy, a jeszcze rzadziej udowodnić, że wykryta trucizna sprowadza dane objawy chorobowe — pomimo to nawet wobec braku po większej części niezbędnych danych dowodowych dla istnienia zatrucia — zestawienie wzmiankowanej grupy z wielu punktów wydaje się uprawnionem — po pierwsze w licznych chorobach, w których zachodzą niewątpliwie mniej lub więcej ciężkie zaburzenia wewnętrznej (wewnątrzkomórkowej, lub tkankowej) przemiany materii — występuje często w sposób nagły zbiór objawów, zbliżony do objawów, wywołanych przez zatrucia, pochodzące zewnątrz, przyczem niepodobna wynaleźć żadnego innego źródła powstawania — wyłączając i trzy wyżej wymienione główne grupy — pozostaje więc tylko poszukiwanie źródła w przemianie materii w istocie samej tkanki.

Powtórę jako niewątpliwie ścisły dowód dla zasadniczego wytworzenia tej grupy przytoczyć należy nowsze badania, wykazujące, że wprowadzenie do ustroju (i ludzkiego) pewnych narządów, ich części składowych lub ich soków — wywołuje zaburzenia swoiste, nader zbliżone do pewnych stanów chorobowych, dla których jednak żadnej innej wiadomej przyczyny wynaleźć nie można — pozostaje więc tylko przypuszczenie zatrucia, spowodowanego wprowadzeniem danego narządu lub jego soków — tem więcej, jeżeli dany narząd przedstawia zmiany, odstępujące od normy — najwięcej znany, a jak dotąd jedynie pewny przykład w tym rodzaju stanowi choroba BASEDOWA, w której zwykle powiększony bywa gruczoł tarczowy, i której objawy mogą być wywołane prawie zupełnie przez zaszczenie substancji gruczolowej.

Po trzecie znane są fakty, że wyłuszczenie pewnych narządów (gruczołu tarczowego, jajników, trzustki etc.) sprowadza w następstwie objawy chorobowe, zbliżone do objawów, występujących przy zmianach patologicznych w tychże narządach. Skąd dozwolonym się wydaje wniosek, że źródłem tych objawów może być nieprawidłowa wewnątrztkankowa przemiana materii. W odnośnych przypadkach wyróżnić należy gruczoły, posiadające przewody wydzielnicze, gruczoły w znaczeniu zwykłym, od gruczołów, przewodów pozbawionych, obdarzonych tak zwaną sekrecją wewnętrzną. Objawy zatrucia, powstałe przy wyłuszczeniu lub zmianach patologicznych w gruczołach z przewodami — w czę-

ści wyjaśnić możemy faktem nagromadzenia się w ustroju substancji zwykle wydzielanych, faktem samozatrucia wskutek zatrzymania w gruczołach z sekrecją wewnętrzną, gdzie mowy być nie może o zatrzymaniu wydzieliny — przy ich wyłuszczeniu z ustroju lub zaburzeniach powstaje raczej wypadanie pewnych substancji. Substancje te w czasie normalnej czynności gruczołu doprowadzają się do krwi i soków ustroju. Zatrucie w związku z zaburzeniami czynności tych gruczołów polega na tem, że, wyrażając się ogólnikowo — wydzielina wewnętrzna gruczołów w stanie ich normalnym przeciwdziała pewnym przejawom w ustroju, w razie zaś usunięcia substancji z łańcucha wspólnych działań — powstają przejawy nieprawidłowe — chorobowe. Przy czynności prawidłowej wewnętrzna sekrecja posiada działanie hamujące lub działa jako odtrutka.

Pojęcie wpływu hamującego lub odtrutki pozwala się zastosować i do gruczołów zwykłych (z przewodami), gdyż o niektórych z nich wiemy, że czynność gruczołu nie wyczerpuje się li tylko funkcją wydzielania na zewnątrz np. zadaniem wątroby oprócz wydzielania żółci jest wytwarzanie glikogenu, mocznika i niektórych innych ciał, a także nagromadzenie i unieszkodliwienie pewnych trucizn.

Trzustka obok wydzieliny właściwej (soku trzustkowego) posiada na tle sekrecji wewnętrznej pewne znaczenie przy wytwarzaniu cukru. Nerki, jądra, jajniki i inne gruczoły obok wytwarzania wydzielin znanych mogą wytwarzać ciała, których wypadanie wywiera wpływ szkodliwy na przemianę materii. W dwojaki więc sposób zwykle gruczoły wywołać mogą przy zaburzeniu czynności stany chorobowe — albo przez nagromadzenie wydzieliny normalnej, albo wypadanie produktów sekrecji wewnętrznej.

Po czwarte na koniec starano się spożytkować dla nauki o histogennej auto-intoksykacji badanie nad jądowitością moczu, wprowadzone przez BOUCHARD'a, wychodząc z założenia, że jądowitość moczu zależy od produktów przemiany materii. Według BOUCHARD'a jądowitość moczu wykazuje się przez wstrzyknięcie do żyły usznej królika wiadomej wagi — pewnej ściśle określonej części moczu 24-o godzinowego, a stopień zatrucia oznacza się według „wskaźnika urotoksycznego“. Ów wskaźnik znajdujemy, jeżeli zawartość jadu z części moczu, wystarczającej do zabicia 1 klgr. wagi królika obliczymy w stosunku 24 o godzinnej ilości moczu i jednego klgr. wagi człowieka, od którego mocz pochodził. Według BOUCHARD'a wskaźnik wynosi dla moczu dorosłego człowieka przeciętno 0,465. To znaczy, że 24-o godzinna ilość moczu w stosunku 1 klgr. wagi dorosłego człowieka zawiera tyle jadu, wiele wystarcza, aby zabić 0,465 klgr. królika. (Już tutaj zauważyć należy, że króliki nie stanowią odpowiedniego materiału dla podobnych wyliczeń, gdyż w przewodzie pokarmowym posiadają różne ilości karmi).

W chorobach wskaźnik może się albo kilkakrotnie powiększyć lub być bardzo małym pomimo ciężkich zaburzeń przemiany materii, jeżeli czynność nerek z jakichkolwiek powodów bywa upośledzona.

Jeżeli wogóle wątpliwości nie ulega, że wstrzyknięcie do krwi moczu filtrowanego, pochodzącego od zdrowych, a tem więcej chorych — może wywołać objawy zatrucia, jak wymioty, kurcze i t. d., nie należy z tego wyprowadzać wniosku, że jądowitość moczu może być miarą dla stopnia zatrucia, ewentualnie może służyć za wyraz rozciągłości zaburzeń w przemianie materii. Ściślejsze sprawdzania faktu tego nie potwierdziły, jak tego z góry należało oczekiwać. Nerki przecież nie stanowią jedyne go narządu dla wyprowadzania trucizn. Tru-

cizny wydzielają się i przez skórę, płuca, przewód pokarmowy, gruczoły ślinowe i inne drogi — w większej nawet ilości, niż przez nerki.

Jady na swej drodze od krwi do nerek i moczu mogą podlegać również rozmaitym wpływom, które zdolne są zniszczyć pewną ich ilość w stopniu mniejszym lub większym. I rzeczywiście, różni badacze wykryli znaczne wahania wskaźnika urotoksycznego już w stanie normalnym.

Dalej, pomimo różnorodnych i uciążliwych badań — nie udało się dotąd ściśle wyodrębnić tej toksyny, która powoduje jadowitość moczu normalnego. W chorobach znajdowano w moczu ciała o różnym stopniu jadowitości, lecz ciała te mocz normalny zawiera w ilościach minimalnych lub nie zawiera ich wcale. Należą tutaj zasady alloksorowe, kwas mleczny, kwasy żółciowe, leucyna, tyrozyna, fenole, aceton, kwas acetoctowy, kwas tleno-maśłowy, niektóre ptomainy, jak putrescyna i kadaweryna (BRUEGER), amoniak i siarkowodór.

Lecz wszystkie wzmiankowane ciała zawdzięczają swe pochodzenie nie wewnętrznej, wewnątrztkankowej przemianie materii — lecz stanowią produkt spraw gnilnych i rozkładowych w kiszkaach, pęcherzu lub wogóle jamach ciała, częściowo wskutek przeszkody w wydzielaniu — powodowane więc ewentualnie temi ciałami zatrucia należą do pierwszych dwóch grup — samozatruc wskutek zatrzymania i wchłaniania.

Jady, których pochodzenie zależy prawdopodobnie od zmian wewnątrztkankowych działają z różną siłą, wytwarzają się albo pojedynczo lub w różnorodnych rodzajach z różnym wzajemnym stosunkiem i w różnej ilości — także w zależności od przewagi tej lub innej trucizny — i wskaźnik urotoksyczny powinien wypaść różnorodnie i wypada też tak pomimo jednakowych objawów choroby klinicznych i anatomicznych, nie znajduje się zatem w ścisłym odpowiednim stosunku do stopnia zaburzenia, tak np. leucyna, tyrozyna, kwas mleczny i tlenokwasy znajdujemy dość często w ostrym zaniku wątroby, ale nie zawsze i nigdy w stosunku równomiernym. Aceton, kwas acetoctowy i t. d., znajdują się w moczu raz więcej, raz mniej obficie w różnych i o różnym natężeniu stanach chorobowych.

Z tych wszystkich powodów wskaźnik urotoksyczny nie odpowiada temu znaczeniu, jakie mu nadać chciano.

W ostatnich latach dołączono jeszcze nowy czynnik w poglądzie na auto-intoksykację. Okazało się mianowicie, że mocz działa jadowito już jako roztwór solny o koncentracji molekularnej, nie jednakowej z koncentracją krwi, a więc jako płyn allotoniczny. Fakt ten posiada równe znaczenie i dla innych płynnych wydzielin, jakoto potu, śliny, żółci i t. d. Dowiedziono, że dla wywołania objawów zatrucia nie należy doszukiwać się trucizny — toksyny, lecz wystarcza zmiana normalnego składu płynu krwi, wystarczają zmiany tego składu nietylko jakościowe, lecz i ilościowe.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

110. AXEL JOHANNESSEN. **O wyjąławianiu mleka.** (Ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu). Autor poddaje przeglądowi krytycznemu różne metody sterylizowania mleka: *a*) sterylizacja właściwa, *b*) częściowa sterylizacja (metoda SOXHLET'a i in.), *c*) pasteryzacja, (ogrzewanie przez 15 min. do 75° C., 30 min. do 68° C.) i przytacza aparaty, podane w tym celu. Dłużej zatrzymuje się nad znaczeniem bakterji, znajdujących się w mleku, dzieli je na dwie grupy: 1) te, które się dostały przez zanieczyszczenie, 2) te, które pochodzą z ustroju samej krowy. Pierwsze to przeważnie pasorzyty, bakterje kwasu mlecznego, bakterje peptonizujące (FLUEGGE), drugie — bakterje chorobotwórcze. Znaczenie chorobowe pierwszych nie jest jeszcze ustalone, niektórzy jak DUCLAUX przypisują im duże znaczenie w etiologii cierpien przewodu pokarmowego dzieci, karmionych sztucznie (koagulacja mleka w żołądku dziecka fizjologicznie powinna mieć miejsce pod wpływem fermentu podpuszczkowego, a nie przez kwasy, które sprowadzają natychmiastową koagulację, utrudniając przez to cały proces trawienia), inni odmawiają im wszelkiego znaczenia. Bakterje peptonizujące mają być szkodliwe przez uskutecznianą peptonizację, przez wytwarzane toksyny. Wpływ bakterji chorobotwórczych znajdujących się w mleku jest znany. Autor przyznaje, że sterylizacja, niszcząc bakterje, szczególnie chorobotwórcze, ma wielkie znaczenie. Pozostaje jednak zawsze otwartą kwestya, czy mleko nie uległo zmianie przez działanie bakterji przed sterylizacją, mleko mogło być zafałszowane lub posiadać złe właściwości wskutek nieodpowiedniego karmienia krowy. Pozostaje kwestya wywiązujących się w mleku przed sterylizacją toksyn, które szczególnie mają zły wpływ na przewód pokarmowy niemowlęcia. Autor przypuszcza, że choroba BARLOW'a powstaje właśnie wskutek takiego chemicznego zatrucia.

Sterylizacja wywołuje w mleku zmiany chemiczno-fizjologiczne, które nie są obojętne przy podawaniu mleka jako pokarmu dla niemowląt. Jeżeli mleko gotuje się w otwartych naczyniach, następuje zmniejszenie się zawartości gazu, zawsze występuje zmiana smaku, jak przypuszcza THÖRNER wskutek utraty CO₂, jak przypuszcza autor wskutek rozkładu nienasyconych kwasów tłuszczowych. Własność wytwarzania sera pod wpływem podpuszczki ginie wskutek ogrzewania. SÖLDNER dowiódł, że dzieje się to dla tego, że sole wapienne przy gotowaniu częściowo przechodzą w nierozpuszczalny fosforan wapnia. Wpływ rozpuszczalnych soli wapnia na tworzenie się sera wykazały badania HAMMARSTEN'a, ARTHUS'a i in. Utraconą własność tworzenia sera można przywrócić, dodając kwasu fosforowego lub kwasu węglanego.

Co do ciał proteinowych mleka (kazeina, laktałbumina, laktoglobulina), to przez ogrzewanie mleko krowie, które i tak posiada mniej fosforu, związanego ze związkami organicznymi, niż mleko kobylicze, staje się jeszcze uboższe pod tym względem.

Tłuszcz przy sterylizacji wyżej 100° i przez czas dłuższy ulega zmianie w stanie emulsyj, co nie pozostaje bez wpływu na strawność tłuszczu. Pasteryzacja nie zmienia stanu emulsyj tłuszczu. Cukier mleczny ulega zmianie przy temperaturze wyższej niż 110° i 120°.

Autor wspomina jeszcze o enzymach diastatycznych (MORO) i proteolitycznych (BANCOCK i RUSSEL), które bywają zniszczone przy ogrzewaniu.

Świeże mleko posiada względem niektórych drobnoustrojów własności bakterycyobójcze, nawet antytoksyczne.

Autor stawia sobie pytanie, czy gotowanie mleka pod niektórymi względami nie spowoduje szkodliwych następstw dla dzieci. Autor, wychodząc z założenia, że dobroć mleka po zagotowaniu (pomijając stosunek do chorobotwórczych bakterii) zależy od dobroci tegoż przed gotowaniem, główną uwagę radzi zwracać na otrzymywanie idealnie czystego mleka, a więc urządzenie wysoce higieniczne obór. Dla zniszczenia bakterii potem można stosować pasteryzację z następczem ochłodzeniem.

Autor na zakończenie zwraca uwagę na fakt, że skład pokarmu przy karmieniu sztucznem jest w każdej poszczególniej porcyi prawie jednakowy (zawartość tłuszczu, cukru mlecznego, białka), gdy tymczasem w pokarmie kobiecym (na zasadzie badań autora) skład ten zmienia się i w różnych porach dnia i w różnych okresach karmienia, a nawet różny bywa w jednej lub drugiej piersi. (Wahania te w składzie chemicznym sięgają nieraz kilku %).

(Jahrb. für Kinderheilkunde. Marzec, 1901).

Józef Brudziński.

111. II. TREUB. **Leczenie ciąży pozamacicznej po pęknięciu ściany legowiska jaja płodowego.** Więcej niż rok temu prof. kliniki ginekologicznej w Amsterdamie Hector TREUB dokonał wśród lekarzy holenderskich ankiety co do traktowania przez nich ciąży pozamacicznej po pęknięciu ścian legowiska jaja płodowego i przyszedł do wniosków następujących: Otrzymał on odpowiedzi, mających pewne znaczenie, 1750. 1750 lekarzy razem spostrzegło 247 przypadków ciąży pozamacicznej z pęknięciem. TREUB osobiście zebrał 84 przypadki, razem więc rozpatrywał materiał z 331 przypadków złożony.

Na 247 przypadków, przez innych lekarzy zebranych, w 162 przypadkach od samego początku istniały objawy groźne (wyraźna anemia, zapaść i t. d.), a na 85 pozostałych przypadków objawów tego rodzaju wcale nie notowano. Stosunek więc pierwszych przypadków do drugich wynosi 2 : 1, czyli że w połowie przypadków owych 247 nie było alarmujących od samego początku objawów po pęknięciu. W przypadkach TREUB'a stosunek był odwrotny, albowiem na owe 84 przypadki 18 razy istniały od samego początku objawy groźne, podczas gdy w pozostałych 66 przypadkach objawów groźnych od samego już początku nie zanotowano, czyli stosunek w materiale zebranym przez TREUB'a wynosi 1 : 3 i $\frac{1}{2}$ zamiast 2 : 1. Ponieważ nie można przypuszczać, aby do kliniki przywożono przeważnie przypadki o objawach nie alarmujących, wypada przypuszczać, że w praktyce prywatnej wiele przypadków ciąży pozamacicznej pozostaje nie rozpoznanych, czego zresztą dowodzi kazuistyka klinik, do których nieraz przywożono chore z rozpoznaniem poronienia, podczas gdy badanie w klinice ujawniło ciążę pozamaciczną. Jeżeliby stosunek w prywatnej praktyce był ten sam, co w praktyce w klinikach, czyli 1 : 3 $\frac{1}{2}$, to wypadaloby przypuszczać, że na owe 162 przypadki o objawach od samego początku groźnych z praktyki prywatnej przypadało nie mniej, niż 567 przypadków o objawach nie groźnych od samego początku. Razem więc owe 1750 lekarzy musiało mieć do czynienia 729 razy z ciążą pozamaciczną przy pęknięciu (czy rozpoznaną czy też nie rozpoznaną ciążą pozamaciczną przy pęknięciu) czyli innemi słowy: na 5 lekarzy, przypadałoby dwa przypadki ciąży pozamacicznej.

Na ogólną liczbę wszystkich spostrzeżeń wypadła 42 zejścia śmiertelne, czyli odsetka śmiertelności po pęknięciu przy ciąży pozamacicznej wynosilaby 12,6% : 30 chorych zmarłych zaraz po pęknięciu wskutek krwotoku wewnętrznego.

go, a 12 wskutek zakażenia, otrucia chloroformem, wstrząsu pooperacyjnego i t. d.). W 15 przypadkach chodziło o ciążę pierwszą, a na owe 15 przypadków aż 7 razy nastąpiło zejście śmiertelne po pęknięciu.

Wobec tych danych TREUB cofa dawniej przez niego wypowiedziane zdanie, że pęknięcie w drugiej połowie ciąży rzadko tylko się zdarza, i że jeśli dotychczas pęknięcia nie było i ciąża pozamaciczna dotarła już do drugiej połowy, wypada czekać z zabiegiem, dopóki płód nie będzie zdolny do życia po zabiegu operacyjnym.

Dalej TREUB rozpatruje sprawę, kiedy operować po pęknięciu, czy lepiej zaraz, czy też lepiej czekać z operacją jaknajdłużej. Na owe 30 zejść śmiertelnych śmierć nastąpiła 10 razy w dwie godziny po pęknięciu, zanim pomyślano o jakimkolwiek leczeniu. 8 razy śmierć nastąpiła pomiędzy 2 a 24 godzinami po pęknięciu, a 5 razy w późniejszym okresie. Na owe 30 zejść śmiertelnych 7 razy dokonano operacji.

Na wszystkie 331 przypadków zestawionych w 180 przypadkach od samego początku po pęknięciu istniały objawy groźne. Jeśli odliczyć od owych 180 przypadków 10 przypadków, gdzie śmierć nastąpiła, zanim mogła być mowa o pomocy lekarskiej, pozostaje 170 przypadków o groźnych objawach, gdzie mogła mieć miejsce interwencja operacyjna. 29 razy operowano jaknajwcześniej, 9 razy ze śmiertelnym zejściem, czyli że odsetka śmiertelności przy operacji natychmiastowej wynosiła 31%. Na pozostałe 141 przypadków o objawach od samego początku groźnych zmarło chorych 13, czyli, że śmiertelność przy operowaniu nienatychmiastowem wynosiła tylko 10,8%. A więc odsetka śmiertelności jest znacznie większa przy operowaniu podczas pierwszych kilku dni po pęknięciu, niż przy operowaniu późniejszym. Na 292 przypadki (141 o objawach od samego początku groźnych i 151 bez nich) operowano w następstwie w 159-iu przypadkach z powodu wskazań tak zwanych wtórnych czyli następczych (gorączki stałych bólów i t. d.). Na owe 159 operacji przypada 50 operacji w klinice TREUB'a bez żadnego zejścia śmiertelnego, na operacje, dokonane przez innych lekarzy, przypada 10 zejść śmiertelnych, czyli że odsetka śmiertelności przy operacji później dokonanej wynosi tylko 6,5%. Na owe 10 zejść śmiertelnych 6 razy istniały od samego początku objawy groźne. Na 141 przypadków o objawach groźnych, operowanych później, przypada zejść śmiertelnych 19, czyli, że odsetka dla nich wynosi 13,5%. 13 z tych operowanych zmarło zaraz po operacji, a 6 później. Na 292 przypadki, operowane nie zaraz po pęknięciu, lecz później, zmarło chorych 23, czyli 7,8%, podczas gdy po operacji, zaraz po pęknięciu dokonanej, odsetka śmiertelnego zejścia wynosi 31%.

Liczba przypadków, przemawiających za natychmiastową operacją, jest więc nie wielka. Z drugiej strony wskazaniem do natychmiastowej operacji ma być, jeżeli pęknięcie jeszcze nie nastąpiło, lub też, jeśli ciąża pozamaciczna dotarła już drugiej połowy.

(*St. Louis Courier of Medicine*, Sept. 1901, pp. 215—217). Fr. Neugebauer.

112. W. PULJAKOW. **Kilka uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Autor obserwował w 1899/1900 roku 26 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, leczonych wyczekującą metodą; w dwóch przypadkach chorzy przybyli do oddziału z objawami rozlanego zapalenia otrzewny, te dwa przypadki skończyły się śmiercią. Pozostali chorzy, w liczbie 24, wyzdrowieli, a byli między nimi ciężko chorzy z dużymi wysiękami i wysoką temperaturą.

Przypadki te, których liczba w ciągu tych dwu semestrów była dwa razy większa, niż w 2 następnych semestrach, były dość ciekawe ze względu na etio-

logię; w 3 przypadkach poprzedzała angina czopowa; w 1 — do początkowych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego dołączyły się objawy zapalenia płuc włóknikowego; przy tem wyrostek był powiększony i zgrubiał dość znacznie; 2 razy jako przyczynę zapalenia wyrostka notowano przeziębienie, 3 razy wysiłki fizyczne, 2 razy biegunkę.

Autor podaje swoją teorię zapalenia wyrostka robaczkowego. Wiadomo, że i w stanie normalnym w kiszce ślepej znajdują się różnego rodzaju mikroby. TALAMON przypuszczał, że do wywołania zapalenia wyrostka robaczkowego potrzebne jest zatkanie jego ujścia przez obce ciało lub kamień kałowy; takie zatkanie sprowadza zaburzenia w obiegu krwi i obniżenie żywotnej odporności tkanek na działanie mikrobów, znajdujących się w wyrostku; teoria ta nie jest wystarczająca, bowiem nie objaśnia ona nam tych przypadków, w których przy operacyi lub na sekcyi nie znajdowano ani obcego ciała, ani kamienia kałowego. DIEULAFOY, rozszerzając teorię TALAMON'a, uczył, że utworzenie zamkniętej przestrzeni w wyrostku robaczkowym może być spowodowane również przez skręcenie lub przegięcie wyrostka, wreszcie przez czop śluzowy, zatykający jego ujście do kiszki ślepej; w takiej zamkniętej przestrzeni zwiększa się jadowitość bakteryi, i powstają zapalenia, owrzodzenia, wreszcie gangrena. Wkrótce jednak JOSUÉ, BEAUSSENAT i inni dowiedli, że w wielu przypadkach *appendicitis* jadowitość bakteryi, znajdujących się w wyrostku, nie tylko nie jest zwiększona, ale bywa nieraz nawet znacznie zmniejszona. Tak więc teoria DIEULAFOY nie daje się utrzymać w całej swojej rozciągłości.

Autor podaje następującą teorię; anatomiczna budowa i własności fizyologiczne wyrostka robaczkowego są tego rodzaju, że w razie zamknięcia światła staje się on podobny do celloidynowego worka, zawierającego toksyny żywych lub obumarłych mikrobów. Doświadczenia autora pokazały, że, stosując ciągłą powolną dyfuzję toksyn ropotwórczych mikrobów przez ściany takiego worka, można wywołać zapalenie, a nawet ropienie tkanek za pomocą takich małych ilości toksyn, które, będąc wprost wprowadzone pod skórę (bez uprzedniej dyfuzyi), nie wywołują żadnego odczynu. Przenosząc to spostrzeżenie na wyrostek robaczkowy, możemy przypuszczać, że znajdujące się w nim mikroby mogą posiadać minimalne zapalnotwórcze własności, a pomimo to wywołać silne zapalenie aż do gangreny. Przytem obojętną jest rzeczą, czy dostają się one do wyrostka z kiszki ślepej, czy też drogą naczyń krwionośnych przy ogólnej infekcyi (np. przy *angina follicularis*); rodzaj zatkania ujścia wyrostka również nie robi różnicy. Ponieważ ropienie może być wywołane toksynami, więc w ropie możemy nie znaleźć mikrobów.

(*Deutsch. med. Wochenschr.* Nr. 24 r. 1901.) Bolesław Żebrowski.

113. W. Hs. **O środkach, rozpuszczających złogi moczanowe.** Ostatnie zdobycze chemii fizycznej rzuciły snop światła na niektóre zagadnienia, dotyczące zachowania się kwasu moczowego w ustroju; pozwoliły również ściślej wytknąć drogę, po której mamy kroczyć, poszukując środków, któreby rozpuszczały złogi moczanowe.

Chemia fizyczna uczy mianowicie, że, jeżeli do roztworu jakiegokolwiek kwasu dodamy kilka różnych zasad, to przedewszystkiem wypadnie ta sól, której rozpuszczalność w danym roztworze jest najmniejsza. Zatem sole potasu i lityny, dalej piperazyna, lycetol, lysidina, uricedyna wreszcie urozyna i sidonal — wprawdzie rozpuszczają bardzo dobrze kwas moczowy w czystej wodzie, gdyż tworzą z nim sole łatwo w wodzie rozpuszczalne — jednak, będąc wprowadzone

do ustroju, wszystkie te środki nie są w stanie rozpuścić kwasu moczowego dla tej prostej przyczyny że się z nim nie łączą: w sokach ustroju wypada przede wszystkim ta sól kwasu moczowego, której rozpuszczalność jest najmniejsza, to jest sól sodowa. To prawo fizycznej chemii zmusza nas zatem do odrzucenia wszystkich tych zachwalanych środków i do szukania takich chemicznych ciał, któreby dawały z kwasem moczowym nie sole, lecz złożone połączenia łatwiej rozpuszczalne, niż sam kwas moczowy.

RÜDEL opisał takie połączenie z mocznikiem, HORSFORD — z glikokolem. Autor odrzuca istnienie tych związków; przyznaje natomiast istnienie połączeń kwasu moczowego z kwasami nukleinowymi *resp.* z kwasem tymusowym (otrzymanym z grasicy) i z aldehydem mrówczanym.

Ten ostatni łączy się w ilości 1, 2, 4, 5 cząsteczek z jedną cząsteczką kwasu moczowego, tworząc związki daleko łatwiej rozpuszczalne, niż kwas moczowy i jego sole. Kwas biformaldehydo-moczowy, naprzykład, rozplywa się na powietrzu, rozpuszcza się w 300 — 400 częściach wody (kwas moczowy w 38,000 cz. wody), a nawet w słabych kwasach. Przez ustrój przechodzi on po części niezmienny i wydziela się przez nerki

Dotychczas nie próbowano stosować kwasu nukleinowego lub aldehydu mrówczanego przy leczeniu deniaków i zdaje się, że takie próby nie doprowadziłyby do wyników dodatnich; najwięcej widoków powodzenia ma tu leczenie miejscowe, wywołujące wzmożony dopływ krwi do chorego miejsca.

Inaczej rzecz się ma z leczeniem kamieni moczowych; warto tutaj wypróbować skuteczność środków, tworzących z kwasem moczowym łatwo rozpuszczalne połączenia.

Zbadana w tym kierunku jest urotropina, która w moczu wydziela aldehyd mrówczany. Nie da się zaprzeczyć, że urotropina posiada własność rozpuszczania kwasu moczowego uryny — i to niezależnie od kwaśności moczu i od ilości zawartych w nim fosforanów; ale i to nie ulega wątpliwości, że działa ona zbyt słabo. Z powodu drażniących własności aldehydu mrówczanego najwyższa dzienna dawka urotropiny wynosi 6,0. Otóż autor znalazł, że po przyjęciu tej dawki zaledwie piąta część dobowej ilości kwasu moczowego zjawia się pod postacią łatwo rozpuszczalnego kwasu biformaldehydo-moczowego. Nie może być mowy o działaniu urotropiny na kamienie moczowe, i odkrycie środka, rozpuszczającego te kamienie, należy do przyszłości.

Autor opisuje nową metodę określania kwasu moczowego, dającą wyniki zgodne z metodą LUDWIG-SALKOWSKI'EGO. Pewną ilość cukru mlecznego przepajamy rozcieńczonym roztworem moczanu sodu, podkwaszamy kwasem octowym (wydziela się wolny kwas moczowy), suszymy i miarko proszkujemy. Część proszku, zawierającą około 0,0005 kwasu moczowego, wsypujemy do uryny i mieszaninę tę utrzymujemy w ciągłym ruchu. Po 48 godzinach prawie wszystkie kwas moczowy, zawarty w urynie, zostaje strącony *in substantia*. Ząd wniosek, że kwas moczowy zawarty jest w urynie jako taki, a nie pod postacią połączenia z organiczną substancją, jak twierdził BUNGE.

(*Die Therapie der Gegenwart* 1901 p. 434 — 440 October). Bolesław Żebrowski.

114. HAGENBACH-BURKHARDT. **O wziewaniach tlenu w praktyce dziecięcej.** Według współczesnych poglądów wzmożony dowóz tlenu niema żadnej wartości, gdyż ilość tlenu, potrzebowanego przez płuca, nie jest zgoła zależna od ciśnienia, pod którym on pozostaje, lecz wyłącznie od ilości hemoglobiny, zawartej we krwi. Ustrój zwierzęcia jednakową ilość tlenu potrzebuje, czy to na wysokich górach, czy też w głębokich dolinach — rozumie się — przy jednako-

wej zawartości hemoglobiny i zużyciu w komórkach. Teorya i praktyka (NOTH-NAGEL i ROSSBACH) zgadzają się w zupełności na to, że wdychanie czystego tlenu niema żadnej wartości. Z podręcznika PENZOLDT'a dowiadujemy się, że ilekroć stosowano wzięwania tlenu, otrzymywano bardzo rzadko pożądaný wynik, gdyż w większości przypadków były one zbyteczne, w niektórych wprost szkodliwe, w pojedynczych zaś mogły być skutecznie być zastąpione przez środki dostępnejsze, a tylko w bardzo nielicznych przypadkach okazywały przemijającą korzyść. Co się tyczy stosowania tlenu u dzieci, zwłaszcza w cierpieniach dróg oddechowych, istnieje w literaturze lekarskiej nie wiele danych. COMBY chwali ten środek przy nieżytowem zapaleniu płuc. Zdaniem jego, wzięwania tlenu ożywczo wpływają na krew. Według JACONI'ego ilość tlenu w atmosferze jest większa, aniżeli ustrój może spożytkować, dopóki drogi oddechowe i narządy krążenia prawidłowo funkcjonują, w przeciwnym zaś razie wzięwania tlenu są wprost wskazane. OPPENHEIMER stosował wzięwania tlenu w 15 przypadkach nieżytowego zapalenia płuc i niejednokrotnie był wprost zdumiony otrzymanym wynikiem. Przychodzi on do wniosku, że, jakkolwiek tlen nie każde zapalenie płuc wyleczyć jest w stanie, ani też nie może wpłynąć na skrócenie przebiegu, lecz znakomicie polepsza stan ogólny i podnosi działalność serca w większym stopniu, niż inne środki pobudzające (kamfora, moschus etc.).

Autor stosował tlen w 20 przypadkach (w 15 błonicy ze zwężeniem krtani 3 nieżytowego zapalenia płuc, 1 zapalenia nerek z obrzękiem płuc i w jednym przypadku wola). Najwidoczniejszym i najdoraźniejszym wpływem było natychmiastowe zniknięcie sinicy, zaróżowienie warg i wystąpienie zwykłego zdrowego zabarwienia twarzy. W bardzo wielu przypadkach usunął tlen doraźnie grozę zaduszenia się dziecka przy błonicy krtani i umożliwił wykonanie intubacji czy tracheotomii nad chorym względnie spokojnym. Również usuwano za pomocą tlenu sinicę, trwającą po dokonaniu tracheotomii. W przypadkach, w których nie można było wprowadzić rurki intubacyjnej z powodu uporczywych wymiotów, udawało się za pomocą wzięwania tlenu dziecko uspokoić i intubować. Na dławiec tlen oczywiście nie wpływa uzdrawiająco, usuwa jednak sinicę i polepsza stan ogólny. Liczba oddechów pod wpływem tlenu staje się mniejsza, oddech się pogłębia, mięśnie pomocnicze uspokajają się, nozdrza nie rozszerzają się, muskulatura twarzy nie przyjmuje w oddychaniu udziału. W pojedynczych przypadkach wpływ tlenu był tak olbrzymi i tak widoczny, że należało mu przypisać własność środka, ratującego życie.

(Jahrb. f. Kinderh. T. 54. 4 trzeciej edycji. 4 zeszyt).

Kraushar.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— W bardzo ciekawej pracy LENNANDER podaje wyniki badań nad czuciem bólowem otrzewny i trzew. Chirurgowie już oddawna spostrzegali przy operacjach bez usypiania, iż niektóre rękoczynny na kiszka i żołądku (np. nakładanie szwów) chorzy bez bólu znosili. L. przekonał się, że uczucie bólu bywa właściwe jedynie otrzewnie ściennej, natomiast nałożenie klampów na kiszki,

wyciąganie ich w kierunku podłużnym, rozcinanie nożem, zszywanie nie sprawia bólu. W przypadku operowania przepukliny sieci wielkiej L. zauważył znaczną bolesność otrzewny worka przepuklinowego, lecz wszelkie rękoczynny z siecią, wycięcie jej było bezbolesne. Kiszki cienkie, wyrostek robaczkowy i kiszka gruba aż do odbytnicy nie posiadają nerwów dla czucia doty-

kowego, bólowego i ciepłotnego; niemniej i więzy między pętlcami kiszek a narządami jamy brzusznej są bardzo mało bolesne. Nerka na brzegu zewnętrznym nie odczuwa wcale dotknięcia lodu, noża, lapisu i zegadła. Otrzewna ścienna jest nader wrażliwa na rozciąganie, przyżeganie, zaciskanie szczypczykami torsyjnymi i rozciąganie, zdarzające się np. przy odnajdywaniu wyrostka, odsuwaniu pętllic, wprowadzaniu między nie tamponów. Przy dotykaniu palcem otrzewny ścienny chory mógł zawsze wskazywać dokładnie miejsce dotyku. Bolesność tej otrzewny zależy od gałęzek, przebiegających w błonie podsurowiczej z nerwów międzyzębrowych, lędźwiowych i krzyżowych. Badanie wrażliwości błony śluzowej żołądka i kiszek na różne bodźce dało wyniki ujemne. Na zasadzie powyższych danych zrozumieć można, czemu człowiek zdrowy nie odczuwa pracy trawiennej, perystaltyki kiszek i t. p. Bóle kiszkowe L. objaśnia tem, że przy istnieniu fałd otrzewnowych (więzów) np. na okrężnicy, na jej zgięciach, powstaje, w czasie wzmożonej perystaltyki lub rozdęcia gazami, znaczne napięcie otrzewny ściennej. Owrzodzenia w żołądku i kiszkach dopiero wtedy stają się bolesne, gdy zmiany zapalne przeszły już na otrzewną ścienną. Do znieczulenia miejscowego przy operacji przepukliny pachwinowej L. stosuje następującą metodę (Cusching): z początku przepaja skórę roztworem: cocain. 0,05%; morph. 0,01; sol. natr. chlorat. 0,75%—200,0. Po rozcięciu skóry do powięzi i rozdzieleniu jej włókien znajdujemy w górnej części rany dwa nerwy: *ileo-hipogastricus* i *ileo-inguinalis*, w które się wstrzykuje po jednej strzykawce II roztworu kokainy. Przy operacji przepukliny udowej należy jeszcze znieczulić kokainą *n. genito-erectalis*, a

przy wyluszczeniu jądra — oprócz powyższych nerwów także *n. pudendus* (Ctbl. f. Chirur. 1901. Nr. 8).

== GUERARD na ostatnim zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich demonstrował rzadki stosunkowo preparat ciąży interstycyalnej, pochodzący od kobiety lat 38, która rodziła 7 razy pomyślnie. Obecnie od trzech miesięcy zatrzymał się u niej peryod. Nagle ciężarna zachorowała wśród wymiotów, silnych bólów w brzuchu oraz omdlewań i zapaści. Po 36 godzinach dokonano cięcia brzusznej: z rany brzusznej wylało się sporo krwi, a wśród skrzepów krwi wypadł trzymiesięczny płód pozamaciczny. Macica znacznie przechylna ku tyłowi, w prawej połowie dna macicy jama wielkości pięści, której ściana pękła ku jamie brzusznej. W jamie tej znaleziono lekko tylko jeszcze umocowane łożysko. Wycięto legowisko jaja klinowato ze ścianą macicy i ranę zaszyto ciągłym szwem katgutowym, po czem usunięto prawostronne przydatki maciczne. Wyzdrowienie. Przy badaniu preparatu przekonano się, że jajowód długości 8 ctm. nie brał udziału w tej ciąży, a że raczej chodziło o ciążę prawdziwą interstycyalną czyli śródścienną. Jama legowiska płodu nie komunikowała nigdzie z jamą maciczną, ścianę legowiska płodu tworzyła wyłącznie ściana macicy. Legowisko płodu miało na przekroju 5 i 6 ctm. szerokości. Miejsce pęknięcia nie odpowiadało miejscu osadzenia łożyska, które znaleziono w głębi jamy legowiska płodowego. Tem się objaśnia, że krwotok nie był śmiertelny, jak to często bywa w przypadkach podobnych. Wyzdrowienie tej chorej z zachowaniem macicy należy do rzadkości. (Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1901 październik p. 586).

Fr. N.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1902 i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski

Доставлено Цензурою, Варшавы 21 Октября 1901 г.

Druk K. Kowalowskiogo, Warszawa, Mazowiecka 8

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYŃOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Boreza, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klikięgo, Klimpla, Koziolkiowicza, Kozłowskięgo, Lilpopa, Malinowskięgo, Mioszczańskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Różyckiego, Strzyńskiego i Fricka, Stypińskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbora, Więckowskięgo, Wiorogórskięgo, Wróblewskięgo i Zamenhafa.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzolecki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptoce **K. Rybickiego**. W Kielcach w aptoce **A. Wierzbiety**.

**Zakład Lecznicy dla chorych
NA USZY**

D-ra L. Guranowskięgo
Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

MERAN

D-r ROMUALD BINDER,

Polak, praktykuje jak w 7-miu poprzednich latach od września do czerwca

Willi Gotensitz Habsburgerstrasse.

Dr. Plessner, Wiesbaden

Sonnenbergerstrasse 30, obok parku zakładowego. Zakład leczniczy dla chorych nerwowych, chron. chorych wewnętrznych, rekonwalescentów i potrzebujących wypoczynku (chorzy umysłowo wykluczeni). Phys. i diet. leczenie. Kuracye weieraniami i kuracye odzwyeczajające.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskięgo, Kuniewiczza, Natanson, Thiemęgo, Tyrchowskięgo i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzymanie, leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskięgo

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Pracownia analityczno - lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółdkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Przez zimowy sezon i cały rok otwarte

„SWOSZOWICE“

pod Krakowem

Sanatorium i zakład kąpielowy wód siarczanych.

W nowo urządzonym Sanatorium z centralnie ogrzaniem łazienkami, mieszkaniami, korytarzami i ogrodem zimowymi ogrzana jest woda siarczana w najnowszy sposób (ulepszoną metodą Czernieckiego) używaną w pierwszorzędnym zakładach zagranicznych, — wskutek czego nie utracą nic ze swych składników i dlatego kąpiele siarczane Swoszowickie są pierwszorzędne.

Blizszych szczególow udziela Zarząd.

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cuklerki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

KOWANÓWKO

ZAKŁAD LECZNICZY

dla nerwowo i umysłowo chorych

oraz dla morfinistów i alkoholików płci obojga.

5 min. od st. kolei Oborniki przy linii Poznań—Pila (Poznań—Schneidemühl).

Adres: Kowanówko. p. Poznań.

Cena od 200 mk. miesięcznie.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, ak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

NATURALNA

MARIENBADZKA SÓL ZDROJOWA

w butelkach po 125 i 250 gr. i w paczkach po 5 gr.

Wskazania:

Zastępuje źródła Marienbadzkie we wszystkich przypadkach, w których chorzy nie mogą osobiście udać się do Marienbadu. W przypadkach tych naturalna sól Marienbadzka, jest nietylko najtańszą, lecz i najlepszym środkiem zastępczym przy ogólnem otłuszczeniu, otłuszczeniu wątroby, serca, zaparciu stolca i plethora.

Nabywać można we wszystkich aptekach, składach wód mineralnych i składach aptecznych i wprost za pośrednictwem wysyłki wód mineralnych w Marienbadzie (Czechy).

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.

Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.

KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIANIA i znieczulania miejscowego.

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy
Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazolina
Metylen-Bian med. Rezorcyna med. Hydro-
chinon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach z podziałką. (Liter. na żądanie gratis i franco.)