

GAZETA LEKARSKA.

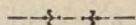
I. O LOSIE CHORYCH, KTÓRZY PRZECHODZILI SAMOISTNE (IDYOPATYCZNE) ZAPALENIE OPŁUCNEJ (*pleuritis a frigore, plévríte franche Francuzów*).

[Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem w dniu 21. IV. 1897].

Przez

Feliksa Arusteina,

lekarza praktykującego w Kutnie i Ciechocin ku.



Szanowni Panowie!

Przedmiot, którym chcę na chwilę zająć Waszą uwagę, był dotąd bardzo mało poruszany w naszej literaturze i prasie lekarskiej, a jako że wszec miar pod względem praktycznym ważny i nastęrczający nie mało wątpliwości podlegać musi ciągłej dyskusyi. Środki naukowe, jakimi rozporządzam, nie pozwolą mi rzecz całą przedstawić w wyczerpujący sposób: rzucę raczej kilka pytań, na które w części na mocy wiadomości, zaczerpniętych z odnośnej literatury, w części na mocy osobistego doświadczenia postaram się odpowiedzieć; resztę mam nadzieję dopełni dyskusya. Chcę mówić o losie chorych, którzy przechodzili kiedyś samoistne zapalenie opłucnej.

Zapalenie opłucnej należy do najczęstszych stanów patologicznych i przy oględzinach pośmiertnych większej części zmarłych znajdujemy zrosty listków opłucnej ze sobą lub z płucem, świadczące o przebytem zapaleniu opłucnej. Pomimo tak wielkiej częstości zapaleń opłucnej etyologia ich była aż do ostatnich prawie czasów zupełnie ciemną.

Odnosi się to szczególnie do samoistnych zapaleń opłucnej, powstających u ludzi dotąd zupełnie zdrowych, najczęściej nagle, bez wiadomej, dotykanej przyczyny. Za jedyną prawie przyczynę tych zapaleń przez długi czas i do niedawna uważano zaziębienie, skąd nazwa *pleuritis a frigore*. Wraz z rozwojem bakterjologii zaczęto podejrzywać, że, jak w wielu chorobach, w zapaleniu opłucnej prawdopodobnie drobnoustroje odgrywają rolę momentów przyczynowych. I w rzeczy samej liczne badania bakterjologiczne i drobnowidzowe, nad tkanką opłucnej i wysiękami zapalnymi, dokonane przez FRAENKEL'a, WEICHELBAUM'a, NETTER'a, LEVI'ego, JAKOWSKIEGO i innych, jednogłośnie z całą stanowczością dowiodły, że każde zapalenie opłucnej, czy ono będzie

pierwotnem, czy wtórnem, wikłającym inne choroby, powstaje i jedynie powstać może przy udziale i pod wpływem drobnoustrojów, że więc każde zapalenie opłucnej jest chorobą zakaźną, pasożytniczą, że wszelkie inne momenty, po których lub przy których niewątpliwie spostrzegano zapalenie opłucnej, jak: zaziębienie, urazy, guzy w klatce piersiowej i sąsiednich narządach i jamach, mają tylko znaczenie momentów usposabiających, stwarzających odpowiedni grunt dla rozwoju drobnoustrojów; same zaś przez się nigdy zapalenia opłucnej wywołać nie mogą.

Wobec takiego poglądu na etyologię zapaleń opłucnej zaczęto powątpiewać o istnieniu samoistnego zapalenia opłucnej, jako cierpienia miejscowego, zaczęto głosić, że każde zapalenie opłucnej jest objawem i wynikiem jakiegoś swoistego zakażenia. Pierwszy, jeśli się nie mylę, LANDOUZY w latach 1882 i 1884 na mocy jakoby spostrzeżeń klinicznych i danych anatomo-patologicznych zaczął głosić, że tak zwane samoistne zapalenie opłucnej — *pleuritis a frigore* — właściwie wcale nie istnieje, że zapalenie opłucnej, niby powstające z przeziębienia, bez względu na to, czy ono dotyczy ludzi silnych i zdrowych, czy słabych, powstaje pod wpływem i jest objawem zakażenia gruźliczego.

Kwestya ta zainteresowała następnie wielu badaczy i klinicystów; przeprowadzone w tym kierunku badania doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne niemniej i wygłoszone w tym względzie poglądy są tak niepewne i niezgodne ze sobą, że sprawę gruźliczego pochodzenia idyopatycznych zapaleń opłucnej, a szczególnie wielkiej ich częstości uważać dotąd należy za zupełnie nierozstrzygniętą i podlegającą ciąglej dyskusyi.

Po wygłoszeniu przez LANDOUZY'ego poglądu o gruźliczem pochodzeniu samoistnych zapaleń opłucnej, już na mocy ówczesnego mego doświadczenia wydawało mi się, że pogląd ten jest, co najmniej, przesadzony i z tego powodu od owego czasu zacząłem zwracać szczególną uwagę na wszystkie spotykane przezemnie przypadki samoistnego zapalenia opłucnej pod względem momentów przyczynowych i dalszego losu chorych, którzy takowe przeszli, ku czemu nadawała się praktyka prowincjonalna wśród różnych warstw społeczeństwa i osobników różnego wieku, dająca mi możność spostrzegać wielu z tych chorych przez cały szereg lat lub przynajmniej dowiadywać się o dalszym ich losie. Z wynikami mego pod tym względem 12-letniego doświadczenia, opartego na kilkudziesięciu przypadkach, pozwolę sobie zapoznać Szanownych Panów.

Zanim jednak przystąpię do właściwego przedmiotu, zestawię w krótkości wyniki badań bakteriologicznych nad wysiękami zapalnymi przy zapaleniach opłucnej, w związku z interesującą nas kwestyą będących i poglądy w tym względzie wygłoszone.

Do rozstrzygnięcia, o ile i jak często w rzeczy samej samoistne zapalenie opłucnej jest pochodzenia gruźliczego, prowadzić mogą 3 drogi: badanie anatomo-patologiczne, badania bakteriologiczne wysięków opłucnej, jakoteż obserwacya kliniczna chorych, którzy przechodzili idyopatyczne zapalenie opłucnej przez dłuższy okres czasu.

Co się tyczy poszukiwań anatomo-patologicznych, to mogłyby one nam dostarczyć najwięcej danych w interesującej nas kwestyi, lecz z jednej strony przypadki samoistnego zapalenia opłucnej rzadko się kończą śmiercią i dlatego rzadko mogą być przedmiotem badań anatomo-patologicznych, z drugiej strony anatomo-patologowie mało się dotąd zajmowali różnemi postaciami zapalenia opłucnej i w interesującej nas kwestyi, t. j. kwestyi pochodzenia idyopatycznych zapaleń opłucnej, prawie wcale głosu nie zabierali.

Wiemy wprawdzie, że u chorych, zmarłych na gruźlicę płuc, bardzo często znajdujemy zrosty listków opłucnej, co niewątpliwie świadczy o wielkiej częstotności zapaleń opłucnej u chorych na gruźlicę, z czem też się w zupełności zgadza obserwacja kliniczna; wiemy również, że u chorych, zmarłych skutkiem samoistnego zapalenia opłucnej, dosyć często znajdowano zmiany gruźlicze w płucach, gdy te za życia nie dały się wykryć, co głównie dało LANDOUZY'emu powód do wygłoszenia poglądu o gruźliczem pochodzeniu idyopatycznych zapaleń opłucnej: z faktów tych jednak bynajmniej nie możemy wnosić, jak często źródłem samoistnego zapalenia opłucnej jest zakażenie gruźlicze.

Badania bakteryologiczne najbardziej były dotąd spożytkowane i uwzględniane przy rozstrząsaniu przyrody i pochodzenia samoistnych zapaleń opłucnej. Były one przeprowadzone w 2 kierunkach. Płyn, otrzymany z opłucnej, badano pod drobnowidzem i przygotowywano z niego hodowle. Oprócz tego wielu badaczy, a między nimi LANDOUZY, KELSCH, VAILLARD, NETTER, a w ostatnich czasach ASCHOFF, przeprowadzili cały szereg prób szczepienia zwierzętom płynu, otrzymanego z opłucnej.

Ilość prac, poświęconych bakteryologicznym badaniom wysięku opłucnej, jest do dziś dnia już tak znaczną, że krytyczny ich przegląd zbyt wiele by nam zajął czasu; ograniczymy się przeto do prac ważniejszych i do tych, które w najściślejszym są związku z interesującą nas kwestyą. Do takich należą prace FRAENKEL'a, WEICHELBAUM'a, NETTER'a, LEWY'ego, JAKOWSKIEGO i najnowsza praca ASCHOFF'a, ogłoszona w roku zeszłym w *Zeitschrift für klinische Medizin*, a głównie się zajmująca przyrodą idyopatycznych zapaleń opłucnej.

Przedewszystkiem zaznaczyć winienem, że przeprowadzone dotąd badania bakteryologiczne nad wysiękami opłucnej dały w wielu punktach niejednokowe, a często zupełnie sprzeczne wnioski.

Pod tym jednak względem panuje zupełna zgodność dla interesującej nas kwestyi, mająca nie mało znaczenia, a mianowicie, że w wysięku przy zapaleniu opłucnej pochodzenia niewątpliwie gruźliczego bardzo rzadko, prawie wyjątkowo znajdują się laseczniki gruźlicze; w wysięku takim po większej części nie znajdujemy żadnych bakteryi. Z powyższego faktu wynikać by się zdawało, że każde zapalenie opłucnej, przy którym w wysięku surowicznym nie znajdujemy żadnych bakteryi, jest zapaleniem gruźliczem.

Tak jednak nie jest; wielu bowiem badaczom nie udało się znaleźć w wysięku surowicznym żadnych bakteryi i przy innych postaciach zapalenia opłucnej. I tak np. LEWY i książę LUDWIK FERDYNAND Bawarski w większej części badanych przez siebie przypadków wysiękowego zapalenia opłucnej nie znajdowali przy badaniu drobnowidzowem płynu żadnych bakteryi. I inni ba-

dacze w przypadkach zapalenia opłucnej niewątpliwie niegruźliczego zapalenia również nie znajdowali żadnych bakteryi. JAKOWSKIEMU przeciwnie udawało się prawie zawsze znaleźć w wysięku bakterye. Na 5. przypadki tylko 7 razy nie znalazł on w wysięku żadnych bakteryi; były to przypadki, jak to widać z podanych historii chorób, niewątpliwie gruźliczego pochodzenia.

Z drugiej strony w nielicznych wprawdzie przypadkach zapalenia opłucnej gruźliczego pochodzenia, a przynajmniej u chorych na gruźlicę płuc znajdowano w wysięku jużto surowicznym, już ropnym, bakterye niegruźlicze, szczególnie często ropotwórcze. JAKOWSKI np. na 13 przypadków gruźliczego zapalenia opłucnej 6 razy znalazł w hodowlach gronkowce i paciorkowce.

Z powyższego wypada, że brak drobnoustrojów w wysięku zapalnym w opłucnej nie może być uważanym za zupełnie pewne kryterium gruźliczego pochodzenia zapalenia opłucnej, tak samo, jak wykrycie niegruźliczych bakteryi w wysięku nie wyłącza gruźliczej przyrody cierpienia; w ostatnim razie możemy mieć do czynienia z zakażeniem mieszanem.

Co się tyczy wprost idyopatycznych zapaleń opłucnej, to i pod tym względem niedosyć liczne dotąd badania bakteriologiczne dały bardzo niezgodne ze sobą wyniki. Gdy jedni bowiem w wysiękach zapalnych nie znajdowali żadnych bakteryi, inni znajdowali mniej lub więcej często bakterye różnego rodzaju, niektórzy nawet zawsze je wykrywali. WEICHELBAUM np. w r. 1886 badał bakteriologicznie 11 przypadków idyopatycznego zapalenia opłucnej; z tych w 2 wysięk był ropnym, w 1 surowiczo-ropnym, w 8 surowicznym. W 3 pierwszych przypadkach znalazł bakterye ropotwórcze; z 8 ostatnich w 2 wynik badania był dodatnim; znalazł bowiem koki podobne do streptokoków; w 6 przypadkach wynik był ujemnym; żadnych jednak wniosków co do przyrody ostatnich przypadków nie robi. EHRLICH w 20 przypadkach idyopatycznego zapalenia opłucnej nie znalazł laseczników KOCH'a; w przypadkach tych i w płwocinie również ich nie znalazł. JAKOWSKI przeciwnie we wszystkich 10 przypadkach idyopatycznego zapalenia opłucnej znalazł bakterye, 3 razy streptokoki, 7 razy pneumokoki FRAENKEL'a.

Jak z powyższego widzimy, badania bakteriologiczne, t. j. drobnowidzowe wysięków zapalnych lub otrzymanych z nich hodowli nie dają nic pewnego w kwestyi częstości gruźliczego pochodzenia idyopatycznych zapaleń opłucnej.

Przechodzimy do szczepień zwierzętom wysięku z opłucnej lub hodowli z niego otrzymanej, jakie liczni badacze kwestyi pochodzenia idyopatycznych zapaleń opłucnej przeprowadzili. I pod tym względem wyniki badań nie są zupełnie zadawalające, bo niezupełnie ze sobą zgodne. Gdy bowiem jedni, jak: KELSCH i VAILLARD, przy szczepieniu wysięków niewątpliwie gruźliczego pochodzenia do jamy otrzewnej zwierzętom otrzymali po większej części wyniki ujemne, inni mniej lub więcej często otrzymali wyniki dodatnie. LANDOUZY na 27 szczepień tylko 6 razy otrzymał wyniki dodatnie, NETTER na 20 szczepień 8 razy. Najwięcej prób szczepienia, o ile mi wiadomo, dokonał niedawno ASCHOFF, który wprawdzie z 12 przypadków idyopatycznego zapalenia opłucnej 9 razy, t. j. w 75% przypadków, otrzymał wyniki dodatnie, lecz tenże sam badacz z 24 przypadków już to podejrzaney, już też stwierdzonej

gruźlicy tylko w 8, t. j. w 33%, otrzymał dodatnie wyniki. TRASBOT, weterynarz paryski, szczepiąc królikom wysięk zapalny, pochodzący od koni i psów przy zapaleniu opłucnej, nigdy nie wywoływał u nich zakażenia gruźliczego.

Zesumowawszy wszystko, cośmy o wynikach badania bakteryologicznego wysięków opłucnej w ogólności powiedzieli, przyjsć musimy do przekonania, że jakkolwiek badania te dały w wielu punktach bardzo pouczające i pewne wyniki i niemało się przyczyniły do wyświeatlenia niejednej kwestyi, dotyczącej etyologii i patogenezy zapalenia opłucnej, nie zdołały jednak dotąd rozjaśnić wielu wątpliwości, a w żadnym razie nie potwierdziły z całą stanowczością wygłoszonego w swoim czasie przez LANDOUZY'ego poglądu, że każde lub prawie każde samoistne zapalenie opłucnej jest pochodzenia gruźliczego.

I owszem badania bakteryologiczne zdają się raczej przemawiać za tem, że częstem źródłem idyopatycznych zapaleń opłucnej są różnego rodzaju drobnoustroje, a nie głównie gruźlicze.

Przechodząc do strony klinicznej interesującej nas sprawy i wygłoszonych przez klinicystów w tej sprawie poglądów, winniśmy przedewszystkiem zaznaczyć, że wszyscy prawie istnienie samoistnego zapalenia opłucnej przyjmują; różnica w poglądach odnosi się tylko co do częstości gruźliczego ich pochodzenia, ewentualnie powstania gruźlicy płuc w następstwie przebytego zapalenia opłucnej.

Kiedy większość klinicystów francuskich uważa większą część idyopatycznych zapaleń opłucnej za gruźlicze, klinicyści niemieccy pod tym względem są oględniejsi.

LANDOUZY, jakeśmy to już wyżej zaznaczyli, uważają wszystkie prawie przypadki idyopatycznego zapalenia opłucnej za gruźlicze. G. SEÉ uważa pogląd ten za przesadzony; procent gruźliczych idyopatycznych zapaleń opłucnej wynosi, podług niego 68 na 100, podług DUJARDIN-BEAUMETZ'a 80 na 100, DIEULAFOY twierdzi, że znaczna część idyopatycznych zapaleń opłucnej jest pochodzenia gruźliczego; jednocześnie jednak i to z naciskiem zaznacza, że dosyć znaczna ilość chorych na idyopatyczne zapalenia opłucnej pozostaje przez całe życie zdrowymi i nigdy żadnych zmian gruźliczych w płucach nie przedstawia. Nie brak i głosów wprost przeciwnych. HARDY np. na mocy długoletniego swego doświadczenia nie podziela w zupełności poglądu większości klinicystów francuskich. Podług niego, gruźlica płuc dosyć często się rozwija u chorych, którzy przechodzili zapalenie opłucnej, lecz to bynajmniej nie dlatego, że to ostatnie było gruźliczem. Podług HARDY'ego, powstałe po zapaleniu opłucnej zrosty upośledzają czynność płuc, w ten sposób stwarzają w nich dogodny grunt dla rozwoju gruźlicy.

TRASBOT na mocy swego doświadczenia weterynaryjnego, uważa pogląd LANDOUZY'ego za czystą hipotezę. U konia, psa i barana często spostrzega on idyopatyczne zapalenie opłucnej, bardzo zaś rzadko gruźlicę płuc.

Oto są mniej więcej ważniejsze głosy, jakie znajdujemy w literaturze w kwestyi gruźliczego pochodzenia idyopatycznych zapaleń opłucnej. Myliłby się ten, ktoby chciał uważać kwestyę za załatwioną i zdecydowaną. Przy-

szłe dopiero wszechstronne badania winny w pewniejszy, aniżeli dotąd, sposób rozjaśnić nam tę ważną ze wszech miar kwestyę.

Własny mój materiał stanowi 67 przypadków samoistnego zapalenia opłucnej, spostrzeganych przezemnie w ciągu ostatnich 12 lat. Za samoistne zapalenie opłucnej uważałem te przypadki, w których cierpienie powstało nagle u ludzi dotąd zupełnie zdrowych, po większej części dobrze odżywianych i u których badanie fizykalne nie wykrywało żadnych zmian zapalnych w płucach, ani też nie pozwalało na przypuszczenie istniejącej jakiegokolwiek zmiany gruźliczej w wierzchołkach płuc.

W przypadkach mych zwracałem uwagę na dziedziczne usposobienie do gruźlicy, na stan zdrowia i odżywianie chorych do czasu zachorowania, a szczególnie na podmiotowe objawy, zwykle towarzyszące początkowym okresem gruźlicy płuc, jak: kaszel, krwioplucie i na stan wierzchołków płuc.

Z powyżej podanej liczby chorych 2 miałem sposobność śledzić przez lat 12, 3 przez lat 11, 5 przez lat 10, 8 przez lat 9, 6 przez lat 8, 12 przez lat 7, 14 przez lat 6, 17 przez lat od 5 do 3.

W 12 z tych przypadków w wywiadach zanotowano dziedziczne usposobienie do gruźlicy, w 9 powtarzający się od czasu do czasu kaszel, w 6 krwawienie z nosa, w żadnym krwioplucie.

Odżywianie większej części chorych zupełnie dobre.

W 18 przypadkach zapalenie opłucnej dotyczyło dzieci, do lat 15, w 39 przypadkach ludzi dorosłych do lat 40, w 10 przypadkach ludzi po 40-tym roku życia.

Wśród 67 przypadków w 14 w następstwie stwierdzono mniej lub więcej wybitne zmiany gruźlicze w płucach, a z tych 4 zakończone śmiercią. Procent więc chorych na gruźlicę płuc w następstwie idyopatycznego zapalenia opłucnej wynosił około 21%.

Godnem jest jeszcze uwagi, że u 8 z tych chorych pierwsze objawy zajęcia płuc wystąpiły już w pierwszym lub drugim roku po zapaleniu opłucnej, u 5 zaledwie w 8 do 10 lat.

Reszta—53 chorych, z których większą część od czasu do czasu widuję, lub się o nich dowiaduję, jest zupełnie zdrowa i żadnych podejrzaných objawów ze strony płuc nie przedstawia. Jeżeli dodamy, że w dosyć znacznej liczbie nasyższych przypadków, w których się następnie rozwinęła gruźlica płuc, pierwsze jej objawy wystąpiły dopiero po kilku, a nawet kilkunastu latach, co budzić musi pewne wątpliwości co do genetycznego związku jednego z drugim, a z drugiej strony, jeśli uwzględnimy, że u pewnej liczby chorych, którzy przebyli zapalenie opłucnej, mogą z czasem wystąpić zmiany gruźlicze w płucach, to przyjsć musimy do wniosku, że podana powyżej cyfra 21%, jakkolwiek nie jest zupełnie ścisłą, lecz chyba nie odbiega od zbyt prawdziwej; przypuszczamy nawet, że ją nieco przewyższa; w żadnym razie nie przemawia za bardzo wysokim procentem przypadków gruźlicy płuc w następstwie samoistnego zapalenia opłucnej.

Biorąc pod uwagę wyniki, jakie dotąd otrzymano za pomocą badania bakteriologicznego wysięków opłucnej, niemniej i spostrzeżenia kliniczne, jako-

też opierając się na własnym materiale kazauistycznym, przychodzimy do przekonania:

1) że zapalenie opłucnej, jako cierpienie samoistne, miejscowe, niewątpliwie istnieje i nie może być wyłączone z licznych postaci klinicznych tego cierpienia;

2) że samoistne zapalenie opłucnej ani wyłącznie, ani przeważnie nie jest objawem zakażenia gruźliczego — zapaleniem gruźliczem;

3) że jednak w pewnej części przypadków idyopatycznego zapalenia opłucnej rozwija się w następstwie gruźlica płuc, że więc, co najwyżej, te przypadki były prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego, choć nie da się na pewno wyłączyć, że i zapalenie opłucnej niegruźlicze może postawić płuca w warunkach dogodnych dla rozwoju w nich w następstwie gruźlicy;

4) że samoistne zapalenie opłucnej zostaje wywołane przez różne drobnoustroje, szczególnie zaś, zdaje się, często, jak to głównie wynika z poszukiwań JAKOWSKIEGO, przez pneumokoki FRAENKEL'a; istnienie zaś idyopatycznego zapalenia opłucnej gościcowego, t. j. wywołanego przez nieznaną nam dotąd zarazek gościcowy, jest prawdopodobnem, lecz w żadnym razie niedowiedziona i nakoniec:

5) że większa część przypadków samoistnego zapalenia opłucnej kończy się zupełnem wyzdrowieniem, a chorzy, którzy je przechodzili pozostają przez całe życie zdrowymi, że więc los chorych, którzy przechodzili samoistne zapalenie opłucnej nie jest bynajmniej tak smutnym, jak to w ostatnich czasach z różnych stron ogłoszono.

II. O ISTOCIE ZIELONEJ BARWY BŁĘKITU METYLENOWEGO, ZMIESZANEGO Z INNYMI BARWNIKAMI.

Napisał

Karol Zaleski.

— 3 —

W N-rze 16-tym Gazety Lekarskiej z r. b. D-r CHEŁCHOWSKI podał swe spostrzeżenia co do zmiany barwy błękitu metylenowego pod wpływem barwników moczu, krwi i żółci. Na zasadzie swych doświadczeń D-r CHEŁCHOWSKI wyprowadza wniosek, że błękit metylenowy nie może służyć za odczynnik na żółć w moczu, ponieważ zielone zabarwienie daje z każdym moczem, doprowadzonym do pewnego stopnia koncentracji.

Tę samą kwestyę opracowałem podczas obecnej bytności mojej w Berlinie łącznie z asystentem kliniki D-rem ZINN'em na życzenie prof. GERHARDT'a, który, słysząc odemnie o tym mniemanym odczynniku na żółć, zainteresował się tem. Pytanie, które mieliśmy do rozstrzygnięcia było nieco obszerniejsze. Chodziło o wykazanie: 1) czy zielone zabarwienie, występujące w moczu żółtaczkowym po dodaniu doń roztworu błękitu metylenowego, jest objawem pewnego chemicznego, czy fizycznego procesu; 2) jeżeli chemicznego — to jaka reakcja chemiczna zachodzi w danym wypadku.

Przedewszystkiem należało się przekonać, czy rozczyzny błękitu metylenowego ¹⁾ zmieniają swą barwę pod działaniem zwykłych odczynników chemicznych. W tym celu poddawaliśmy rozczyzn powyższy działaniu stężonych kwasów, ewentualnie ługów, przy zwyczajnej ciepłocie i przy ciepłocie wrzenia. Okazało się, że pod wpływem stężonych i rozcieńczonych kwasów tak nieorganicznych [HNO₃ zwyczajny i dymiący, HCl], jak i organicznych [octowy, szczawiowy, mrówczany], bez względu na ciepłotę, barwa błękitu metylenowego nie ulega zmianie. Tylko przy dłuższem gotowaniu z kwasem siarczanym błękitne zabarwienie zmienia się na żółtawe.

Wobec stężonych rozczyznów ługów [NaHO, KaHO] błękit metylenowy również nie zmienia swej barwy.

Tlen i wodór *in statu nascendi* bez względu na ciepłotę rozczyznu barwnika nie wpływają na kolor tegoż.

Z nadtleniem wodoru [H₂O₄] i siarczanem miedzi barwa błękitu metylenowego nie ulega zmianie. Pod wpływem wody chlorowej silnie rozrzedzone rozczyzny błękitu barwią się na fioletowo, a po upływie 24 godzin zabarwienie to znika zupełnie.

Z wodą bromową i rozczyznem półtorachlorku żelaza [Fe₂Cl₆] błękit metylenowy przybiera zabarwienie zielone.

Z powyższych prób chemicznych wynika, że błękit metylenowy nie zmienia barwy wobec ciał chemicznych, znanych ze swego energicznego utleniającego i odtleniającego działania. Wyjątek pod tym względem stanowią tylko woda bromowa, półtorachlorek żelaza, jakoteż inne ciała, o których niżej. Lecz i tu zmianę barwy należy pożytywać za zjawisko nie chemicznej natury, lecz fizycznej. Wszak wiadomo, że mieszanina barw żółtej i czerwono-brunatnej z błękitną, użytych w pewnym stosunku, daje kolor zielony.

Dla potwierdzenia powyższego orzeczenia postanowiliśmy sprawdzić odczyn kol. PERKAHLA, używając do doświadczeń moczu i płynów wysiękowych,

Po przeprowadzeniu licznych prób z powyższymi płynami przekonaliśmy się, że mocze o silnem zabarwieniu [mocz chorych na tyfus, zapalenie płuc, influenza] dawały z błękitem metylenowym zabarwienie zielone. Jeżeli mocz taki rozcieńczyć wodą w stosunku 1:3 lub 1:4, to ten sam rozczyzn błękitu metylenowego nie dawał odczynu zielonego, lecz niebieski. Zabarwienie zielone, aczkolwiek bardzo słabe, występowało tylko wtedy, gdy do rozcieńczonego moczu dodawaliśmy ostrożnie bardzo słabych rozczyznów błękitu. Nie otrzymywaliśmy również odczynu PERKAHLA, używając moczu słabo zabarwionego, o niskim ciężarze właściwym (*diabetes, nephritis*). Po zagęszczeniu jednak takiego moczu do $\frac{1}{6}$ lub $\frac{1}{12}$ pierwotnej objętości odczyn zielony występował stale.

Nadmienię, że wszystkie rodzaje moczu, użyte do doświadczeń, były uprzednio badane na zawartość żółci za pomocą innych, powszechnie używanych prób chemicznych.

¹⁾ Do naszych doświadczeń używaliśmy błękitu metylenowego od firm KAHLBAUM'a i MERCK'a w rozczyzynie wodnym i alkoholowym.

Wobec powyższych danych nasuwało się nam pytanie, czy zmiana barwy błękitu metylenowego nie zależy od pewnych składników moczu, a przede wszystkim od kwasu moczowego. Dla rozstrzygnięcia tego pytania braliśmy rozczyzny czystego kwasu moczowego w wodzie destylowanej. W tych razach otrzymywaliśmy odczyn PERKAHLA tylko wtedy, kiedy używaliśmy możliwie stężonych rozczyznów kwasu, a bardzo słabych błękitu. Lecz nawet wtedy płyn otrzymany nie był koloru zielonego, raczej niebieskiego z zielonym odcieniem.

Mocznik i sole moczowe, użyte w rozmaitych stężeniach, nie dawały zielonego zabarwienia. Z drugiej strony wodne i alkoholowe rozczyzny barwników moczowych, jakoteż mocze, zawierające hemoglobinę, a szczególnie barwniki żółciowe, dawały wybitne zielone zabarwienie. Co się tyczy płynów wysiękowych, to z nich odczyn PERKAHLA dawały tylko płyny o wyraźnym żółtawym lub żółtym zabarwieniu, jakoteż płyny wysiękowe, zawierające krew i barwniki żółciowe.

Dodam jeszcze, że sole sodowe kwasów żółciowych, brane w rozmaitych rozcieńczeniach, nie wpływają na zmianę barwy błękitu. Za to rozczyzny barwników żółciowych dają z błękitem metylenowym bardzo mocne zabarwienie zielone. Natężenie zabarwienia zależy od koncentracji nie tylko barwników, lecz i błękitu: 0,01 bilirubiny, rozpuszczony w 10 ctm. sz. eteru, barwił się na kolor ciemno-zielony po dodaniu jednej kropli 1:200 alkoholowego rozczyznu błękitu metylenowego, gdy tymczasem roztwór bilirubiny 1:1000, zmieszany w takiej samej ilości z jedną kroplą 1:200 rozczyznu błękitu, dawał zabarwienie niebiesko-zielonawe.

Z powyższego wynika, że:

- 1) zielone zabarwienie moczu, występujące pod wpływem rozczyznów błękitu metylenowego, nie może być poczytywane za odczyn chemiczny;
- 2) ponieważ wszelkie płyny o żółtym lub czerwono-brunatnym zabarwieniu [półtorachlorek żelaza, woda bromowa, kwas karbolowy, nalewka waleryanowa, *t-ra Gentianae*, mocz, krew, żółć i roztwory ich barwników] dają z rozczyznami [alkoholowymi] błękitu metylenowego zabarwienie zielone, przeto odczyn PERKAHLA jest zjawiskiem fizycznym, pomieszaniem barw błękitnej z żółtą lub brunatno-czerwoną;
- 3) błękit metylenowy nie może służyć jako odczynnik na żółć.

Leonów w Kwietniu 1897 r.

III. W KWESTYI ROZPOZNANIA CHORÓB STOŻKA KOŃCOWEGO RDZENIA, (*haematomyelia centralis coni medullaris*).

Przez

D-ra med. H. Higiera.

— † — † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 18].

O zmianach w czynnościach odruchowych pęcherza i odbytnicy, tym najprzykrzejszym oraz najgroźniejszym objawie, jaki przodujące w obrazie klinicznym zajmuje miejsce, mówiliśmy już powyżej. Wspomniemy tu tylko dodatkowo, iż zarówno doświadczenia fizyologiczne na zwierzętach [BUDGE (7), FELLNER (8), BECHTEREW-ROSENBAACH (9), ROSSOLIMO (10), H. NUSBAUM (11), NAWROCKI-SKABICZEWSKI (12), MORAT (13), COUTARDE i GUYON (14),] jak i dane, zdobyte ostatnio na stole sekcyjnym [KIRCHHOFF (15), MAGUIRE (16), OPPENHEIM (17), SARBO (18)], przemawiają istotnie za umiejscowieniem wzmiankowanych ośrodków odruchowych w dolnym odcinku rdzenia krzyżowego [na wysokości t. zw. jądra krzyżowego (*Sacralhorn*) STILLING'a, resp. punktu wyjścia 3—4 nerwu krzyżowego].

Mamy zatem w przypadku naszym do czynienia ze zbiorem objawów, których siedliska szukać należy, o ile wskazuje dotychczasowe doświadczenie oraz wyczerpujący rozbiór zjawisk chorobowych, w części krzyżowej rdzenia kręgowego, lub też w odpowiadających jej korzeniach nerwowych, poniżej zgrubienia lędźwiowego. Możemy nawet ściślej jeszcze określić siedlisko choroby, umiejscawiając główne ognisko anatomiczne takowej wyłącznie prawie w obrębie 3—5 nerwu krzyżowego. Mówię „prawie“, gdyż współudział w cierpieniu nerwu skórniego udowego tylnego mógłby przemawiać za rozszerzeniem sprawy chorobowej na dziedzinę splotu kulszowego. BERNHARDT (19), którego uderzyło stałe powikłanie ze strony nerwu tego przy głębokich uszkodzeniach stożka i ogona, wypowiedział domniemanie, iż znieczulenie owo da się wytłomaczyć prosto istniejącą normalnie anastomozą z nerwami krokowymi [z *n. pudendus communis* splotu sromnego]. Co do mnie, sądzę wraz z ZIEGLER'em (20), iż można się doskonale obejść bez tej, niezupełnie zresztą trafnej, hipotezy. Jeśli się oprzemy na badaniach anatomicznych MILL'a (21) i wynikach sekcji przy cierpieniach stożkowych, będziemy mieli niezaprzeczone prawo zlokalizowania jądra nerwu skórniego udowego tylnego na jednej wysokości z jądrem nerwów krokowych [3—5 nerwy krzyżowe]. I w rzeczy samej, na znanej tablicy THORBURN'a pod rubryką topograficzną, ostatniemu segmentowi rdzenia kręgowego [3 i 4 nerwy krzyżowe] odpowiadającą, słusznie wzmiankowano i dokładnie nakreślono mające kształt podkowy znieczulenie tylnej powierzchni ud.

Odnosnie więc do rozpoznania, oczywiście jest, iż nerwy, korzenie nerwowe, oraz jądra ośrodkowe spłotu lędźwiowego i nerwu kulszowego zostały u chorej naszej nietknięte, jakoteż, że uszkodzenie, zrządzone przez uraz, znajdując się musi poniżej wystającego kręgu oraz poniżej zgrubienia lędźwiowego, pod ośrodkami wzmiankowanych spłotów i nerwów.

Zachodzi obecnie, pod względem rokowania oraz leczenia, nader doniosłe pytanie: czy siedlisko uszkodzenia znajduje się wewnątrz, czy też zewnątrz rdzenia, czy to ostatnie jest natury jądrowej, czy też korzeniowej? Kwestya ta o tyle większej jest wagi, że, jak poucza doświadczenie, uszkodzenia stożka łączą się najczęściej z uszkodzeniami ogona końskiego.

Mojem zdaniem, samo już ściśle symetryczne, obustronne rozprzestrzenienie pasmowate zaburzeń czuciowych, obok bezwzględniego braku na kończynach dolnych nieprawidłowości ruchowych, naczynio-ruchowych i odżywczych, z wielkiem prawdopodobieństwem wyłącza pochodzenie cierpienia korzeniowe. Byłoby to w istocie faktem nader osobliwym, aby rozlane cierpienie ogona końskiego, w którym wszystkie korzenie nerwowe położone są tuż przy sobie, ciężko dotknąć miało i to obustronnie, a tak ściśle symetrycznie, z pośród tylnych, czuciowych korzeni, właśnie korzenie spłotu sromnego i ogonkowego, pozostawiając natomiast prawie nietkniętym obręb przednich ruchowych korzeni. Taka w ognie lokalizacya nieprawdopodobną jest zwłaszcza wobec ostrego początku choroby, mielibyśmy, bowiem do czynienia albo z uciskiem złamanego, *resp.* zwiniętego kręgu, lub też z krwiakiem w kanale krzyżowym. Przechylić wreszcie szalę na korzyść cierpienia stożkowego powinienby brak bólów, promieniających do nóg, ewentualnie zaś do pęcherza i krocza [WESTPHAL (22), LACHMAN (23)]; objaw ten bowiem zachodzi stale, nawet przy niskich uszkodzeniach ogona. Czy mamy prawo uważać nadezłość na krzyżu, powyżej znieczulonej okolicy pośladkowej, za dowód korzeniowego lub ośrodkowego siedliska uszkodzenia? Trudno orzec.

Zarówno włókienkowego drżenia mięśni, jakoteż stopniowego wzrostu obwodu znieczulenia, mających być rzekomo również objawami umiejscowienia ośrodkowego [STRUPELL, RAYMOND, LEYDEN-GOLDSCHIEDER], brakło w naszym przypadku. Zaznaczonym był natomiast objaw, którego dotąd, o ile wiem, nie stwierdzono jeszcze przy cierpieniach stożka, a który jaskrawo dowodzi siedliska choroby wewnątrz-rdzeniowego: objawem tym jest częściowe porażenie czucia. Porażenie takie, jak wiadomo, uważanem jest wprost za patognomoniczne dla uszkodzeń substancyi rdzeniowej szarej, jak tego dowodzą dostatecznie nazwy „porażenie czuciowe syringomyelików“ [KAHLER-SCHULTZE] i „*dissociation syringomyélique de la sensibilité*“ [CHARCOT]. Aczkolwiek dysocyację tę czucia spostrzegano tu i owdzie, jakem się sam mógł o tem przekonać, przy cierpieniach nerwów obwodowych oraz w histeryi, wogóle wszakże stanowi ona niewątpliwie objaw rdzeniowy. Słusznie widzi przeto MINOR (24) w częściowem porażeniu czucia przy ostrych sprawach urazowych najstalsze i najpewniejsze znamię wylewu krwawego do mięszu rdzenia kręgowego.

Z takim to właśnie rdzeniowym krwotokiem ośrodkowym stożka, który powstał jednocześnie ze złamaniem XI kręgu piersiowego, lecz niezależnie od takowego, mamy prawdopodobnie do czynienia w naszym przypadku. Rozpoznanie nasze więcej jeszcze zyska na prawdopodobieństwie, gdy przytoczymy tę okoliczność, iż wyróżniająca się małą odpornością, a natomiast obfitem unaczynieniem substancja szara, przedewszystkiem zaś odcinek jej czuciowy, położony po za kanałem centralnym, uchodzi za ulubione miejsce krwawień śródrdzeniowych.

Możnaby tu uczynić zarzut, iż *a priori* jest nieprawdopodobnem, aby wylew znajdował się o tyle niżej miejsca największej bolesności kręgow, czyli punktu, przypuszczalnie uległego urazowi [XI kręgu piersiowego]. Wszelako nie jest bynajmniej stałym prawidłem, jak poucza odnośna kazuistyka, by rozmiękczenie rozwijało się zawsze tam, gdzie podziałał uraz. Rozporządzam sam dwoma przeczącemi temu spostrzeżeniami. W przypadku ZIEGLER'a przypuszczalne uszkodzenie rdzenia kręgowego [na wysokości I kręgu lędźwiowego] znajdowało się powyżej punktu największej bolesności kręgow [V kręgu lędźwiowy].

Spostrzegano wprawdzie tu i owdzie, jako następstwo urazu i wstrząsu, rozwój ostrych lub przewlekłych zapaleń rdzenia centralnego (*Myelitis centralis*); natychmiastowe jednak po spadnięciu wystąpienie ciężkich zaburzeń ze strony odbyticy i pęcherza przeczy stanowczo takiej możliwości. Prędzej już możnaby tu mówić o zachodzącym obok krwotoku stożkowego cierpieniu ogona końskiego. Jednoczesne cierpienie stożka i ogona stanowi, jakżeśmy rzekli, stałe niemal prawidło. W naszym przecież przypadku można z wielkim prawdopodobieństwem wyłączyć również i to ostatnie. Gdyby tu było uszkodzenie ogona, mieszczące się na wysokości stożka, wówczas nieodzownie mielibyśmy przed sobą charakterystyczne porażenie poprzeczne „bolesne“ (*paraplegia dolorosa*), resp. „obustronne porażenie w obrębie nerwów strzałkowych“ (*Steppergang*), przy nietkniętych nerwach udowym i zasłonowym: korzenie bowiem ogona, oplatające stożek na poziomie I—II kręgu lędźwiowego, dają początek całemu splotowi kulszowemu.

Należy w końcu choćby pobieżnie dotknąć kwestyi ogólnodyagnostycznej natury: czy cierpienie czysto ogonowe może stworzyć wizerunek kliniczny analogiczny z naszym i czy takowy sprawdzonym był kiedykolwiek przez badanie pośmiertne? Teoretycznie wynika, że cierpienie ogona w kanale krzyżowym, powstałe wskutek uszkodzenia 3 ostatnich korzeni krzyżowych i ogonkowych, powinno takż sam wywołać obraz, jak cierpienie stożka „czyste“, t. j. uszkodzenie stożka na poziomie trzonu I—II kręgu lędźwiowego, uszkodzenie, dotyczące tylko tej części rdzenia, lecz nie ogarniające jednocześnie korzeni ogona, jakie na tymże poziomie stożek otaczają. W jednym przypadku WESTPHAL'a, co do najdrobniejszego szczegółu podobnym do naszego, a jedynym, jaki się na stół sekcyjny dostał, znaleziono głęboko w kanale krzyżowym przewlekłe syfilityczne zapalenie opon najniższych korzeni ogona, z których zwłaszcza tylne po obu były dotknięte stronach.

Nie znam natomiast żadnej sekcji w przypadku analogicznym, lecz

z ostrą powstałym, w którymby stwierdzono wylew wewnątrz-oponowy lub na-zewnątrz opony twardej; o takim bowiem tylko może być mowa wobec ostrego początku choroby. Przyznać jednak należy, że ostre, a ściśle ograniczone, uszkodzenie samych tylko najniższych korzeni krzyżowych wskutek wylewu krwawego do przestworza opony twardej nie jest bynajmniej niemożliwe. DUFOUR (2) nawet sądzi, że anatomiczne stosunki opony twardej usposabiają poniekąd do takiej właśnie lokalizacji wylewów krwawych. Jak wiadomo, opona twarda o wiele dalej od samego rdzenia sięga ku dołowi, całego wszakże ogona nie pokrywa, zatrzymuje się bowiem na poziomie II kręgu krzyżowego, pozostawiając w ten sposób obnażonymi 3 ostatnie korzenie krzyżowe i ogonkowe. Wobec tego, istnieje prawdopodobieństwo, wnosi DUFOUR, iż wylewy na zewnątrz opony twardej, nawet przy złamaniach najwyższych kręgów lędźwiowych powstające, z łatwością dosięgają nieosłoniętych korzeni krzyżowych, wybroczyła bowiem, napotykając na opór ze strony opony twardej, przesiąka przez miękką tkankę nadoponową.

Najwybitniejszymi atoli znamionami takiego umiejscowienia krwotoku byłyby: bolesność w obrębie dotkniętych nerwów oraz stopniowe, lecz całkowite ustąpienie objawów chorobowych, czego w naszym przypadku nie spostrzegamy wcale. Na podstawie cech powyższych niektórzy autorowie [MILLS 25] rozpoznawali nawet *in vivo* krwotok ogona oponowy.

Jak dalece ważną jest kwestya odróżniania jądrowego siedliska uszkodzenia od korzeniowego, a to nie tylko z punktu widzenia czysto teoretycznego, lecz i dla jej niezmiernej doniosłości praktycznej, aż nazbyt dowodzi kilka przypadków z literatury, w których świetne wyniki uwieńczyły zabieg chirurgiczny, zastosowany przy zewnątrz-oponowym ucisku ogona. *resp.* stożka. Klasyczne są: przypadek THORBURN'a (26): zwiechnięcie kręgu, trepanacja i usunięcie łuku kręgowego; przypadek LAQUER'a (27): wielki naczynek limfatyczny, wyluszczenie guza; przypadek SHAW-BUSCH'a (28): zakrzep zorganizowany, usunięcie zakrzepu po 20 latach. Z anatomo-topograficznych bowiem stosunków tej okolicy wynika, że rozwiązaniem kwestyi ośrodkowego lub korzeniowego siedliska sprawy zdajemy jednocześnie odpowiedź na pytanie zasadnicze: gdzie należy szukać uszkodzenia na górnym końcu kanału lędźwiowego, czy też na dolnym—krzyżowego? A odpowiedź ta dla chirurga bynajmniej nie jest obojętną (29). Co się tyczy naszej chorej, która, cierpiąc wielce z powodu porażenia odbytnicy i pęcherza, chętnieby się poddała operacyi, to nie było, jak widzimy, żadnej podstawy do przedsięwzięcia takiej. Jeśli nam co pozostawało do uczynienia, to chyba próba zniesienia za pomocą gorsetu ciężaru kręgosłupa, a to z powodu zniekształcenia XI kręgu piersiowego. Wykonaliśmy też tę próbę, nie obiecując sobie po niej już z góry żadnego osobliwego rezultatu. Gdy środek ten okazał się istotnie mało pożytecznym, nie pozostało nam nic innego, nad leczenie paliatywne.

Podany wyżej przez nas wizerunek kliniczny może uchodzić za typowy dla cierpień stożkowych, jak tego najlepiej dowodzi porównanie z analogi-

cznymi lub podobnie dającymi się tłumaczyć przypadkami, jakie gdzieindziej ogłoszono.

Wybór przypadków, znajdujących się w piśmiennictwie lekarskim, utrudnionym jest znacznie przez tę okoliczność, iż zarówno całokształt objawów klinicznych, jakoteż i dane anatomiczne nader rzadko zasługują na miano czystych, niepowikłanych. Już wyżej wytknęliśmy nadto dowolne, a przeto mało przekonywające, rubrykowanie danych literackich w cennej skądinąd monografii DUFOUR'a (2) [1896]. W większości przypadków, wciągniętych do kategorii „*Lésions du cone terminal*“, czy to przy oględzinach pośmiertnych, czy też *in vivo*, obok cierpienia stożka rozpoznawano chorobę ogona lub rdzenia lędźwiowego [przypadki VALENTINI'ego, SCHULTZE'go (30), EULENBURG'a (31)]; we wiele znów bogatszej rubryce „*Lésions des nerfs de la queue de cheval*“ przytoczono natomiast niejedno spostrzeżenie, w którym z większą nierównie słusnością możnaby mówić o chorobie stożka [przypadki OPPENHEIM'a, BERNHARDT'a, HUBER'a (32)]. Pragnę tu pokrótce streścić te przypadki, które, podług mego zdania, większe lub mniejsze posiadają prawo do nazwy cierpienia stożkowego czystego. Z przypadków, uległych obdukcji, wspomnę należące do KIRCHHOFF'a, OPPENHEIM'a i SARBO, z spostrzeganych zaś klinicznie ROSENTHAL'a, BERNHARDT'a HUBER'a, KOSŁOW'a (33), RAYMOND'a (34), SCHIFF'a i LAEHR'a (35).

W pracy KIRCHHOFF'a [1884] mowa o 30-letnim wieśniaku, który wskutek spadnięcia z konia uległ ciężkiemu urazowi kręgosłupa. Na razie ruchowe i czuciowe porażenie nóg, zatrzymanie moczu i stolca, bóle w kręgosłupie i nogach; później ustąpienie wszelkich zaburzeń ruchowych i czuciowych, bolesność I kręgu lędźwiowego, w miejsce zatrzymania moczu i stolca, które znikło po pierwszych 3 tygodniach, odosobnione porażenie pęcherza i odbytnicy, zapalenie miedniczek ropne.

Badanie pośmiertne stwierdziło złamanie I kręgu lędźwiowego z wklonowaniem w stożek na 3 ctm. powyżej dolnego końca. Zgrubienie lędźwiowe w najniższym swym odcinku zgniecione, mikroskopijnie jednak niemal nie zmienione. Największe zmiany, zanik substancji rdzeniowej i komórek zwojowych, znaleziono w mleczu na wysokości 3-go korzenia krzyżowego. Na tej zasadzie uważa KIRCHHOFF za ośrodek odbyto pęcherzowy jądro krzyżowe STILLING'a, czyli krzyżowy kraniec słupów CLARKE'a na poziomie 3 i 4 korzenia krzyżowego.

Ciekawy przypadek OPPENHEIM [1889] opowiada o 24-letnim mężczyźnie, u którego po spadnięciu z 2 piętra zjawily się: chwilowa utrata przytomności, porażenie ruchowe, opaczne uczucia w nogach i zatrzymanie moczu. Po kilku miesiącach znikła większość objawów w sferze ruchowej i czuciowej. Pozostało nieznaczne osłabienie łydek, ból w zniekształconym I—II kręgu lędźwiowym, zupełna niemożność powstrzymania moczu i stolca, utrata erekcji, nieobecność odruchu ścięgien ACHILLES'a, oraz znieczulenie okolicy udo-pośladkowej i odbyto-kroko-płciowej.

Sekcja zmarłego na zapalenie miedniczek chorego wykazała zrosnięte złamanie I kręgu lędźwiowego, wylew krwawy w stożku rdzeniowym z na-

stępczem zapaleniem rdzenia, ograniczonem do części krzyżowej, zwłaszcza zaś jej tylnego odcinka, t. j. do tylnych słupów, rogów i tylnej części pęczków bocznych. Największe zmiany znaleziono na poziomie 3 ostatnich korzeni krzyżowych, gdzie OPPENHEIM umiejscawia ośrodki odbytnicy, pęcherza i erekcji. Tylnie korzenie ogona końskiego, na wysokości złamanego kręgu zrosnięte z oponami rdzenia, uległy zwyrodnieniu.

SARBO [1892] udało się przypadek swój w 15 lat po dacie urazu poddać oględzinom pośmiertnym. 34-letni robotnik spadł na gruz z 5-go piętra, poczem nastąpiło porażenie poprzeczne nóg całkowite wraz z utratą czucia niemożnością powstrzymania moczu i stolca, jakoteż utratą erekcji. Porażenie oraz większość zaburzeń czuciowych ustąpiły niebawem, reszta zaś objawów pozostała na zawsze. Niemożność powstrzymania wydaliny w ostatnich latach życia wzmogła się jeszcze, a prócz tego pojawiło się osłabienie nóg [chód napiętny]. Znieczulenie obejmowało błonę śluzową odbytnicy, krocze, odbyt, mosznę, prącie, cewkę moczową i charakterystyczny trójkąt na górnym odcinku tylnej powierzchni ud. Stwierdzono też wielką wrażliwość przy opukiwaniu lędźwio-krzyżowego odcinka kręgosłupa.

Badanie pośmiertne wykryło spłaszczenie urazowe stożka, znaczne przesunięcie substancji szarej, zrost opony twardej ze rdzeniem na poziomie wyjścia nerwów krzyżowych. Pod drobnowidzem stwierdzono zniszczenie substancji nerwowej, poczynając od najniższego odcinka rdzenia lędźwiowego aż do punktu wyjścia 4 nerwu krzyżowego. Najpotężniejszym było zwyrodnienie na poziomie 3—4 nerwu krzyżowego. SARBO mniema, iż ośrodek pęcherza, odbytnicy i erekcji należy umiejscowić w rdzeniu na poziomie wyjścia 4 górnych nerwów krzyżowych.

Spostrzeżenie ROSENTHAL'a [1888] dotyczy kobiety, u której, rzekomo wskutek zaziębnienia, zjawily się bóle przy oddawaniu moczu, zatrzymanie moczu i stolca i znieczulenie pośladka. Po 4-ech dniach miejsce *retentiae* zajęła niemożność powstrzymania wydaliny. Badanie chorej wykazało: brak w kończynach zaburzeń ruchowych i odruchowych, porażenie pęcherza, zaparcie stolca, znieczulenie błony śluzowej pęcherza, odbytnicy, cewki moczowej i pochwy, nieczułość skóry na kroczu, pośladku i symetrycznym trójkącie tylnej górnej powierzchni ud. Dzięki galwanizacji stan się polepszył nieco, by w przeciągu czterech następnych lat nie zmienić się wcale. ROSENTHAL przypuszcza tu jednoczesne cierpienie dolnych korzeni krzyżowych i ich ośrodków rdzeniowych.

Pacjent BERNHARDT'a [1885], murarz, całym ciężarem spadł z 2 piętra na pośladek. Tegoż samego dnia, obok porażenia poprzecznego nóg całkowitego, wystąpiła niemożność powstrzymania stolca i zatrzymanie moczu. Po 10 dniach chory mógł już stać i chodzić trochę bez oparcia. Badanie nie stwierdziło żadnych zmian w czynnościach ruchowych i odruchowych. Boleśność kręgosłupa na przestrzeni VII—XII kręgu grzbietowego. Znieczulenie krocza, tylnej części moszny, prącia, odbytu, rowu pośladkowego i okolicy udo-pośladkowej, aż do dolnej trzeciej części tylnej powierzchni ud. Znieczulenie błony śluzowej pęcherza i odbytnicy. Zatrzymanie moczu. Wra-

żliwość jąder prawidłowa. Zdolność erekcyjna i popęd płciowy zachowane. Po akcie spółkowania nasienie wycieka kroplami. Odruchy ścięgniste i skórne nienaruszone. Obniżenie pobudliwości elektrycznej mięśni krocza i poślądka. Żadnych zniekształceń kręgow. Przy leczeniu elektrycznością polepszenie. BERNHARDT przypuszcza zapalenie rdzenia stożkowego wskutek potężnego stłuczenia lub ucisku ze strony skrzepu krwi.

W przypadku HUBER'a [1888], w tymże co poprzedni ogłoszonym czasie, mowa o blacharzu, który spadł na bruk uliczny z 6-metrowej wysokości. Porażenie poprzeczne, jakie nastąpiło, znikło powoli; toż samo bóle w krzyżu i nogach. Mimowolne oddawanie moczu i stolca. Znieczulenie prącia, krocza, odbytu, moszny i powierzchni pasmowatej w okolicy udopoślądkowej. Dotknięty obręb zdradza w pośrodku nieczułość zupełną na obwodzie zaś nader [nieznaczną. Wrażliwość jąder prawidłowa. Erekcya niezupełna, nasienie wytryska kroplami. Obok niemożności powstrzymania moczu, parcie i wyciekanie drobnymi porcyami. Żadnego zniekształcenia, ani też bolesności przy ucisku wyrostków ciernistych kręgosłupa. Czynności ruchowe i odruchy poza tem nienaruszone. HUBER rozpoznaje wylew krwi wewnątrzoponowy z uciskiem stożka, a zwłaszcza korzeni splotu ogonkowego i sromnego.

Chory Kozłow'a [1890], wieśniak, upadł poślądkiem na lód. 3 tygodnie przeleżał w łóżku, w ciągu następnych 6 miesięcy był do pracy niezdolny. Na grzbiecie, jako następstwo upadnięcia, utworzył się głęboki ropień. Bóle w plecach bardzo były nieznaczne. Zatrzymanie moczu i stolca przeszło niebawem w niemożność powstrzymania tych wydaliny. Badanie, podjęte po upływie roku, wykazało zupełną prawidłowość czynności ruchowych i odruchów. Znieczulenie częścią zupełne, częścią z przewagą zaburzeń zmysłu bólowego obejmuje prącie, cewkę moczową, mosznę, krocze, odbyt, pośladek i tylną powierzchnię ud, aż do dołu podkolanowego. Mechaniczna oraz faradyzna pobudliwość zwieracza odbytu obniżona. Niemożność powstrzymania moczu i stolca. Erekcye prawidłowe, wytrysk nasienia odbywa się kroplami. Wrażliwość jąder zachowana. Kozłow wyłącza wylew krwawy do mięszu stożka na teźże, co i HUBER, podstawie: że porażenie znikło w przeciągu 3 tygodni, gdy natomiast zaburzenia ze strony odbytnicy i pęcherza, tudzież znieczulenia trwały o wiele dłużej (!). Rozpoznaje Kozłow niesłusznie krwotok oponowy z uciskiem stożka i najniższych korzeni ogonowych.

Cierpienie w typowym przypadku RAYMOND'a [1895] powstało u pewnego epileptyka całkiem niespodzianie, bez wszelkich powodów zewnętrznych. Jakby udarowo wybuchł gwałtowny ból w okolicy lędźwi, poczem nastąpiła utrata przytomności. Zatrzymanie moczu i stolca, oraz nieczułość lędźwi. W przeciągu następnych tygodni osłabienie bólów, niemożność powstrzymania moczu. Czynności ruchowe nietknięte. Odruchy ścięgniste osłabione po obu stronach. Znieczulenie okolicy poślądkowej dolnej i części środkowej tylnej powierzchni ud; na tej ostatniej pas znieczulenia zwięża się ku dołowi w postaci trójkąta, wierzchołkiem dosięgając dołu podkolanowego. Nadczułość odbytu, krocza, moszny i prącia. Znieczulenie błony śluzowej odbytnicowej i cewko-pęcherzowej. Erekcye prawidłowe, brak wrażenia roz-

koszy pęciowej i świadomości wytrysku nasienia. Wrażliwość jąder nienaruszona. Ze względu na nieobecność zaburzeń ruchowych i odżywczych, jakoteż na obustronność i ścisłą symetrię nieprawidłowości czuciowych, rozpoznaje RAYMOND krwotok śród-rdzeniowy stożka.

U chorego, opisanego niedawno przez SCHIFF'a [1896], bezpośrednio po upadku na okolicę pośladkową rozwinął się obraz, na który złożyły się następujące objawy: zaburzenia pęcherza w postaci „*ischuria paradoxa*“ przy zachowaniu czułości błony śluzowej, niemożność zatrzymania stolca w siabym stopniu, a wreszcie znieczulenie, obejmujące całe kroczce, okolicę odbytu, tylną część moszny, skórę ponad krzyżem i pośladkiem, tudzież symetryczne pasma na tylnej powierzchni ud. Utrata substancji wyżej krzyża, natury trofoneurotycznej, a wielkości dłoni, oraz niewielkie, kilka dni trwające porażenie nóg poprzeczne miały miejsce na początku choroby. Ani bólu jakiegokolwiek rodzaju, ani drażliwości na ucisk kręgów lędźwiowych i kości krzyżowej nie było przez cały czas trwania cierpienia. Ze względu na absolutny brak objawów podrażnienia korzeni, SCHIFF rozpoznaje krwotok do miąższu stożka rdzeniowego.

Pomijam w tem miejscu większą część innych spostrzeżeń [VALENTINI, EULENBURG, SCHULTZE, ZIEGLER, DUFOUR], przez wielu autorów niesłusznie do cierpień stożka zaliczonych, ponieważ, jakem to już powyżej wzmiankował, na pierwszy plan występowały w nich zaburzenia ze strony zgrubienia lędźwiowego, albo też ogona końskiego.

Jak widzimy, wizerunek cierpienia stożkowego czystego powtarza się we wszystkich przytoczonych spostrzeżeniach ¹⁾ niemal stereotypowo. Choroba wszędzie ma początek ostry. Brak wszelkiej przyczyny [RAYMOND], lub też przypisywanie jej małoważnemu momentowi etyologicznemu, zaziębnieniu [ROSENTHAL], spotykamy tylko wyjątkowo. W przeważnej większości przypadków chorobę powoduje uraz, upadnięcie na pośladek. Uraz wywołuje zazwyczaj pośrednie złamanie I lub II kręgu lędźwiowego. Niekiedy też mogą uleść złamaniu [DUFOUR] III i V kręgu lędźwiowy, lecz wyjątkowo tylko IV lędźwiowy, lub XI i XII kręgi grzbietowe. Po większej części obok złamania ma miejsce i zwichnięcie [KIRCHHOFF, OPPENHEIM], wskutek którego złamany krąg, zsunąwszy się w kierunku przodotylnym, dosięga kanału kręgowego i uciska mlec lub korzenie jego.

W przebiegu choroby wyróżniać można zwykle dwa, rzadziej trzy okresy, mniej lub bardziej dobitnie zaznaczone. Pierwszy okres *shocku* lub oddziaływania zdala (*Fernwirkung*) cechują porażenie poprzeczne dolne całkowite, tak ruchowe jak czuciowe, silne bóle krzyża, promieniające ku nogom, zupełne wreszcie zatrzymanie moczu i stolca. Po kilku dniach lub tygo-

¹⁾ Już po odesłaniu artykułu niniejszego do redakcyi ukazała się w druku praca LAEHR'a z kliniki berl. JOLLY'ego, w której między innymi opisany zostaje typowy przypadek „*haematomyeliae centralis coni medullaris*“. Po szczegóły spostrzeżenia odsyłając do „Arch. f. Psych.“ r. b., zaznaczamy jedynie, że w zasadniczych punktach przypomina ono najzupełniej nasz własny oraz wszystkie inne, w yżej cytowane i zreferowane przypadki.

dniach objawy porażenia nóg znikają całkowicie, lub też pozostaje niewielki niedowład tylnych mięśni uda, *resp.* okolicy łydkowej. Mięśnie krocza, zwieracze pęcherza i odbytu zdradzają w drugim okresie porażenie trwałe, niekiedy też okazują brak pobudliwości na bodźce elektryczne.

Z zaburzeń czuciowych pozostaje tylko ograniczone, a pod względem postaci i umiejscowienia, nader charakterystyczne znieczulenie. Obejmuje ono, zależnie od rozciągłości sprawy chorobowej, bądź obręb skóry, otaczającej zewnętrzne tylko narządy płciowe, krocze i odbyt, bądź prócz tego jeszcze symetryczny odcinek na tylnej powierzchni ud. Wyjątkowo chyba brak znieczulenia zupełnie [KIRCHHOFF], lub też rozpościera się ono i na tylną powierzchnię goleni [SARBO]. Jądra, unerwione przez splot lędźwiowy, zachowują prawidłową wrażliwość na ucisk, pomimo znieczulenia prącia i moszny. Czucie dotykowe [badanie zgłębnikiem] błon śluzowych, cewki moczowej i odbytnicy normalne, pęcherza zaś z rzadka tylko osłabione lub zniesione. W okolicy znieczulonej można niekiedy stwierdzić typową „dysocjację syryngmyeliczną“ [mój przypadek], albo pasma różnolitej wrażliwości [HUBER, KOZŁOW]. Niezbyt rzadko napotyka się na obwodzie znieczulenia czucie spaczone lub nadezułość; częstokroć też stwierdzić można samoistny lub powstający przy ucisku ból kręgow lędźwiowych, ewentualnie krzyżowych.

Zatrzymanie moczu w ciągu drugiego okresu ustępuje miejsca „*ischuriae paradoxae*“ lub zupełnej niemożności powstrzymania moczu. To ostatnie wyróżnia się nieczułością błony śluzowej pęcherza, utratą odruchu zwieracza i możliwością mechanicznego opróżnienia pęcherza za pomocą ucisku. W posuniętym okresie cierpienia zachodzi niekiedy ustawiczne parcie, oraz niemożność dowolnego oddania moczu strumieniem. Zatrzymanie stolca trwa po większej części stale, albo też również przechodzi w końcu w niemożność powstrzymania. Czynności płciowe zniesione są całkowicie, lub też istnieje możność spółkowania z prawidłowem naprężeniem prącia, obok niemocy płodzenia wskutek wytrysku opóźnionego i odbywającego się kroplami już po akcji spółkowania [BERNHARDT, HUBER, KOZŁOW]. Uczucie rozkoszy płciowej jest po większej części osłabione.

Odruchy rzepkowe zazwyczaj są zachowane, ścięgien zaś ACHILLES'a niekiedy osłabione. Odruchów skórnych brak w obrębie znieczulenia, odruch podeszwy jest po większej części osłabiony, odruch zaś mięśnia jądrowego wyjątkowo tylko zmieniony. Objawów spastycznych lub ataktycznych nie zauważono nigdy. Tu i owdzie spostrzegano na krzyżu ostrą odleżynę natury trofoneurotycznej. W żadnej z załączonych historii chorób niema mowy o zupełnem ustąpieniu objawów cierpienia. W pojedynczych natomiast przypadkach, gdy stan chorego miesiące już lub lata zdołał przetrwać bez zmiany, wystąpił naraz okres trzeci, w którym obwód zaburzeń czuciowych i ruchowych począł się rozszerzać, co naturalnie uważać należy za dowód posuwania się sprawy myelitycznej na części sąsiednie. Niezbyt w gruncie niepomyślne rokowanie w ostrych chorobach stożkowych znacznie się w ostatnim przypadku pogarsza. Okres wszakże taki nie jest bynajmniej, jak mniemają niektórzy autorowie, patognomonicznym dla cierpień stoż-

kowych. Czy krwotok rdzeniowy może być powodem następczego bujania tkanki glicyjowej, czy zdoła w przeciągu lat stworzyć obraz kliniczny zwyrodnienia glicyjowego postępowego, typowej syringomyelii, kwestyi tej obecnie rozstrzygać nie będziemy. Na podstawie jednak ciekawych spostrzeżeń niejednego godnego zaufania klinicysty [MINOR, SCHULTZE, REDAU], mamy prawo już z góry przypuścić możliwość tego faktu, co zresztą obszernie w innym już omówiłem miejscu (36).

L I T E R A T U R A.

- 1) RAYMOND. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1895. p. 2—3.
- 2) DUFOUR. Thèse de Paris. 1896. p. 197.
- 3) ROSENTHAL. Wiener medic. Presse. 1888. Nr. 18—20. p. 626.
- 4) BRÄUTIGAM. Arbeiten aus dem Laboratorium des Prof. OBERSTEINER in Wien. 1893 i Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. XI. H. 1—2.
- 5) VALENTINI. Zeitschrift für klin. Medicin. 1893.
- 6) SCHIFF. Zeitschrift für klin. Medicin. 1893.
- 7) LANDOIS. Physiologie. 1888.
- 8) FELLNER. Centralblatt für medic. Wissenschaft. 1882. Nr. 22.
- 9) BECHTEREW-ROSENBAACH. Neurologisches Centralblatt. 1884.
- 10) ROSSOLIMO. Neurologisches Centralblatt. 1891.
- 11) H. NUSBAUM. Pam. Tow. Lek. 1880.
- 12) NAWROCKI-SKABITSCHESKI. PFLÜGER'S Archiv. 1891. 49.
- 13) MORAT. Archives de Physiologie normale et pathologique. 1892.
- 14) COTARDE et GUYON. Comptes rendus de la Société de Biologie. 1895.
- 15) KIRCHHOFF. Archiv für Psychiatrie. 1884. Bd. XV.
- 16) MAGUIRE. Brain. 1888. cyt. u DUFOR'a.
- 17) OPPENHEIM. Archiv für Psychiatrie. 1889. Bd. XX.
- 18) SARBÓ. Tamże 1893. Bd. XXV. S. 1—11.
- 19) BERNHARDT. Berliner klin. Wochenschrift. 1888. Nr. 32.
- 20) ZIEGLER. Archiv für klin. Chirurgie. 1892. H. 3 und 4. p. 107—120.
- 21) MILLS. Therapeutic Gazette. 1889. 5 et 6.
- 22) WESTPHAL. Charité-Annalen. 1876. S. 421—427. ?
- 23) LACHMANN. Archiv für Psychiatrie. 1882. Bd. XIII.
- 24) MINOR. Ebenda. 1893. Bd. XXIV i 1896. Bd. XXVIII.
- 25) MILLS. The medical News. 1890. cyt. u ZIEGLER'a.
- 26) THORBURN. Brain. 1888.
- 27) LAQUER. Neurologisches Centralblatt. 1891.
- 28) SHAW et BUSCH. British medic. chirurg. Journal. 1893. Sept. cyt. u RAYMOND'a.
- 29) CHIPAULT. Études de chirurgie médullaire. 1894.
- 30) SCHULTZE. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894. H. 2—3.
- 31) EULENBURG. Zeitschrift für klin. Medicin. 1891.
- 32) HUBER. Wiener medic. Wochenschrift. 1888. Nr. 39. p. 1309.
- 33) KOZŁOW. Medicinskoje Obozrenie. 1890.
- 34) RAYMOND. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1895. p. 1—9.
- 35) LAEHR. Neurologisches Centralblatt. 1896.
- 36) HIGIER. Artykuł „Syringomyelie“ w „Encyklopedie der medicin. Wissensch. T. III. 1896.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

PATOLOGIA I TERAPIA ZŁOGÓW KWASU MOCZOWEGO.

Przez

M. F l a u m a.

— 3 —

[Dokończenie — Patrz Nr. 19].

Na istotę dny pewne światło rzucają doświadczenia, wykonane nad przezierną materyi u artrytyka. W samej rzeczy niektóre rezultaty tych do-

świadczeń bardzo są interesujące. Pochodzą one od SCHMOLL'a [z kliniki LEYDEN'a pod kierunkiem KLEMPERER'a] i od VOGEL'a, który pracę swą wykonał na zlecenie NOORDEN'a.

SCHMOLL dochodzi do następujących główniejszych wniosków: 1) U artrytyka przez długi szereg dni zachodzi znaczne zatrzymanie azotu w ustroju; 2) wydzielanie wszakże kwasu moczowego jest prawidłowe i zatrzymanie tego ciała w ustroju nie jest prawdopodobne; 3) wydzielanie ciał alloksurowych nie jest powiększone, stosunek kwasu moczowego do zasad ksantynowych jest prawidłowy [niezgodność z wynikami KOLISCH'a].

VOGEL twierdzi, że przeróbka materji u artrytyka [gospodarka azotowa] jest podobna do tego, co widzimy w zapaleniu nerek przewlekłym: mamy tu czasowe odkładanie się materjału azotowego i wślad za tem wydalanie tego nadmiaru. Wskutek zmniejszania się kwasu moczowego inne substancje azotowe biorą przewagę; lecz o absolutnie znaczniejszem ich wydzielaniu w porównaniu z kwasem moczowym może być mowa tylko bardzo warunkowo. I tutaj znów występują różnice w poglądach rozmaitych autorów.

Wpływ rozmaitych wewnątrz podawanych substancji na wydzielanie kwasu moczowego i wogóle ciał alloksurowych wielokrotnie był badany, a badania te, dokonywane na zwierzętach, zarówno jak na ludziach zdrowych i chorych, mogą mieć ważne znaczenie nie tylko teoretyczne, lecz i dają pewne wskazówki terapeutyczne. O wielu z tych prac Gazeta podawała już sprawozdania; nie będziemy ich tu powtarzali. Pomimo to jednak nie pominiemy żadnego ważnego rezultatu, jeżeli przypomniemy tylko słówkiem o zwiększaniu się kwasu moczowego po podawaniu takich organów, jak grascy, śledziony i wątroby, które dużo zawierają materjału nukleinowego; i jeżeli co do innych wniosków oprzemy się na obszernej pracy LAQUER'a. Autor ten obszernie, sumiennie i krytycznie zestawia materjał literacki, dotyczący wydzielania się ciał alloksurowych w moczu, nadto sam przeprowadza cały szereg doświadczeń, które w wielu punktach pozwalają sformułować wnioski jasne, wyraźne. Co do źródła, dostarczającego ciał alloksurowych, a więc i kwasu moczowego, niema żadnej różnicy w zdaniach: są niem produkty rozkładu nukleiny. Co do stosunku azotu ciał alloksurowych do całkowitego azotu, LAQUER podaje nieco inne liczby, niż badacze dawniejsi [1—5% całkowitego azotu stanowi azot ciał alloksurowych]; również nieco inaczej wypada u niego przeciętnie absolutna ilość tych ciał u zdrowych ludzi, mianowicie 0,45. Ustrój nasz z opornością zatrzymuje w pewnym poziomie kwas moczowy wydzielany na zewnątrz; azot zasad ksantynowych jest przytem elementem chwiejniejszym i już w warunkach fizjologicznych zwykły stosunek [azot kwasu moczowego > azotu zasad ksantynowych] doznaje zbroceń. A oto wnioski, dotyczące wpływu rozmaitych wewnątrz wprowadzanych środków: 1) Po wprowadzeniu znaczniejszych ilości wody [1¼—1½ litra] całkowite wydzielanie ciał alloksurowych wzmaga się, a również stosunek procentowy azotu tych ciał do całkowitego azotu; przytem azot zasad ksantynowych podnosi się w większym stopniu niż azot kwasu moczowego. 2) Podanie większych ilości alkaliu w 1—2 litrach ma ten sam skutek co i podanie takiejże objętości wody wodociągowej; cała więc wartość przepisywania wód alkalicznych polega tylko na ilości wody i na innych czynnikach, lecz nie na zawartości soli [porówn. niżej szczegóły terapeutyczne]. 3) Dowóz mleka [3 litry dziennie] sprowadza obniżenie w wydzielaniu kwasu moczowego; azot zasad ksantynowych podnosi się bardzo znacznie u zdrowych, mniej wyraźnie u artrytyka. Ciała alloksurowe *in toto* podnoszą się tylko w stosunku do podniesienia się całkowitego azotu; azot zasad ksantynowych jest większy od azotu kwasu moczowego. Mleko działa moczopędnie i w części alkalizująco wpływa na mocz. 4) Ruch mięśniowy podnosi całkowitą ilość azotu w moczu; wydzielanie kwasu moczowego opada, azot zasad ksantyno-

wych podnosi się. 5) Alkohol w dużych ilościach zmniejsza wartości całkowitego azotu, również zmniejsza wydzielanie kwasu moczowego, podnosi zaś azot zasad ksantynowych i działa dyuretycznie. Co się tyczy patologicznych warunków, to wnioski LAQUER'a nie we wszystkich punktach są zgodne z wnioskami KOLISCH'a. Tak więc LAQUER nie znajduje żadnego charakterystycznego zachowania się artrytyków ani pod względem ilości całkowitego azotu, ani co do stosunku azotu zasad ksantynowych do azotu kwasu moczowego. Ponieważ już w prawidłowych warunkach, w stanie zdrowia, wahania są dość znaczne, przeto mówić o dyatezie alloksurowej przy dnie jest rzeczą przedwczesną. Zresztą taką dyatezą alloksurową poprzeć by mogła tylko zwiększona zawartość ciał alloksurowych we krwi, nie zaś zwiększone ich wydzielanie w moczu. Natomiast zgodnie ze SCHMOLL'em i VOGEL'em stwierdza także LERUER w artrytyzmie powstrzymywanie azotu w ustroju.

Sądźmy, że dalsze badania nad patogenezą skazy moczanej będą musiały koniecznie uwzględnić ilościową zawartość ciał alloksurowych nie tylko w moczu, lecz i we krwi, i to w możliwie najbardziej urozmaiconych warunkach zdrowia i choroby.

Poglądy na terapię dyatezy moczanej najlepiej uzasadnia KLEMPERER. Nie powinno nam tu chodzić o zadanie rozpuszczenia samych złogów stawowych za pomocą środków leczniczych; wiadomo przecie, że surowica krwi artrytyków sama jeszcze obficie jest w stanie rozpuszczać kwas moczowy. Jeżeli przeto pomimo tego owe złogi, omywane krwią, zawierają kwas moczowy, to pochodzi to stąd, że mocniejsze, trwalsze jest połączenie między zmartwiałą tkanką i kwasem moczowym niż pomiędzy tym ostatnim i zwykłe stosowanymi rozpuszczalnikami. Zależać nam natomiast powinno na usunięciu nekrozy, a to przez zwalczenie owej pierwotnej „materii artrytycznej“, która je sprowadza. Dwie drogi prowadzą do tego celu: utlenienie i wydzielanie. Wszystko, co pobudza i podnosi przeróbkę materii, praca, ruch żywy, kąpiele, unikanie trybu życia siedzącego — wszystko to od dawien dawna uważane jest za doskonały środek dla artrytyków. Sądono dawniej, że tym sposobem kwas moczowy przeprowadzamy w wyższy stopień utlenienia, w mocznik. Przy obecnych wszakże wiadomościach naszych, musimy raczej przypuszczać, że w tym razie chodzi o zniszczenie owej „materii artrytycznej“.

Drugie zadanie lecznicze polega na wydaleniu z ustroju nekrotyzującej materii artrytycznej. W tym kierunku przedewszystkiem jest pożądané obfite przepłukanie i wycie wszystkich tkanek. Przepisujemy chorym z najlepszym skutkiem obfite przyjmowanie napojów i częste poty. Napoje alkoholowe wszakże we wszelkiej postaci są surowo zakazane. Doświadczenie uczy, że najlepiej działają wody słabo alkaliczne. KLEMPERER najchętniej przepisuje Vichy i Bilin dziennie do dwóch litrów. Dobrze jest też dodawać do napoju jakiegoś kwasu roślinnego. Stary środek ludowy, kwas cytrynowy daje doskonałe usługi. KLEMPERER dodaje do wody Vichy świeżego soku cytrynowego, przyrządzając w ten sposób bardzo smaczną limoniadę i starając się zużyć dziennie 4—8 cytryn. Poty sprowadzamy najlepiej przez kąpiele gorące [29—32° R.], po których chory przez godzinę pozostaje owinięty w kołdrach wełnianych. Obojętnem jest zresztą, czy kąpiele zawierają sól, czy nie. Bezsprzeczne korzyści gorących kąpeli wiesbadeńskich i cieplickich, o ile się zdaje, zupełnie nie zależą od ich składu chemicznego. Mięśnienie zmartwiałych i zapalonych części bez wątpienia sprzyja przejściu materii patologicznych do obiegu krwi, a tem samem ich wydaleniu na zewnątrz.

Co się tyczy diety artrytyków, to ogólnie powiedzieć trzeba, że powinna ona sprzyjać przeróbce chemicznej, a powstrzymywać tworzenie się złogów. Szkodliwą więc jest zwykła dyeta tucząca; nadmiaru tłuszczów i wodań wę-

gła należy unikać. Roślinne pokarmy powinny najważniejsze zajmować mniej miejsce; mięso należy ilościowo ograniczyć. KLEMPERER chorym swoim nie daje więcej, niż 200 grm. mięsa dziennie. Mleko jest bardzo pożądanym pokarmem, nie tylko jako środek zwiększający dyurezę, lecz także jako roztwór białka nie zwiększający tworzenia się kwasu moczowego; z tego samego powodu zalecenia godnymi są wszelkie jarzyny, dużo wody zawierające, i wszystkie owoce.

ROSENFELD streszcza swoje wnioski o diecie artrytyków, powiadając, że najodpowiedniejszą jest dyeta przeważnie roślinna z możliwie małym dodatkiem mięsa. Naturalne ciała białkowe dadzą się zastąpić przez aleuronat, sztuczny związek sodo-sernikowy (*casein-natrium*), a w ostateczności przez pepton [Somatoza].

Dodamy jeszcze, że badania KLEMPERER'a wspólnie z ZEISIG'iem nad wpływem leczniczym lizydyny w kilku przypadkach artrytyzmu nie dały wyników pożądaných.

Przechodząc do terapii złogów nerkowych kwasu moczowego, musimy przede wszystkim jeszcze raz położyć nacisk na to, że te złogi, bądź w postaci piasku, bądź w większych skupieniach, tworzą się w innych zupełnie warunkach, niż złogi w stawach. Jakkolwiek do pewnego stopnia przyczyny mogą [lecz nie muszą] być w obu razach wspólne, a zależne od zbyt wielkiej ilości kwasu moczowego we krwi, to jednak w przypadkach zwykłego artrytyzmu rozstrzygające mają znaczenie własności patologiczne tkanek stawowych, gdy tymczasem przy złogach w drogach moczowych skład chemiczny moczu, zwłaszcza stosunkowa w nim zawartość fosforanu sodu pierwszorzędowego [NaH_2PO_4] i drugorzędowego [Na_2HPO_4] i wynikający stąd odczyn mniej lub więcej kwaśny, obojętny lub nawet alkaliczny wpływają rozstrzygająco na wydzielanie się kwasu moczowego.

Dalej zauważyć trzeba, że przy leczeniu wewnętrznem nie możemy nigdy usiłować rozpuścić już utworzonych w drogach moczowych konkrementów. Wiadomo, że każdy taki złóg, choćby najmniejszy, ma jądro organiczne i wielce jest prawdopodobnem, że związek pomiędzy tym szkieletem organicznym a kwasem moczowym jest zbyt ścisły, aby najsilniejsze choćby rozpuszczalniki mogły go rozetrwać. Leczenie wewnętrzne, zdanem KLEMPERER'a, które zresztą podziela i NOORDEN, musi się ograniczyć do wypłukania małych złogów przez obfitą dyurezę. Gdy się to nie udaje i gdy siła kolki nerkowej również nie wystarcza do wydalania konkrementu, wówczas chory musi się uciec do pomocy chirurgicznej. Terapeuta natomiast ma za zadanie wskazać środki zapobiegające powstawaniu nowych złogów nerkowych.

Wydzielanie się moczanów i kwasu moczowego w moczu powstaje przede wszystkim wskutek zbyt znacznego stężenia kwasu moczowego, to zaś zachodzi wówczas, gdy albo jest zbyt mało wody, albo zbyt dużo kwasu moczowego.

Pierwszem przeto zadaniem zapobiegawczem być powinno staranie się o obfitą dyurezę. Dla wspomżenia działania moczopędnego należy pamiętać o tem, ażeby wody niezbędnej do przepłukiwania nerek nie skierowywać na inne drogi; a więc nie należy pacjentom takim dawać środków czyszczących które, jak *salina* i *drastica*, wytwarzają mocno wodniste stolce. Najlepszym środkiem czyszczącym jest zawsze wlewanie wody *in rectum*, co nie tylko pobudza działanie kiszek, ale najczęściej jeszcze powiększa także dyurezę. Następnie nie pozwolimy takim pacjentom pocić się zanadto, ani zbyt pracować. Oto istotna różnica w terapii pomiędzy artrytyzmem a kamieniami moczowymi.

Drugim zadaniem będzie oczywiście zmniejszenie ilości kwasu moczowego w moczu. Wiadomo nam obecnie, gdzie szukać źródeł kwasu moczowe-

go. Terapia przeto w tym względzie kierować się musi przedewszystkiem przepisami dyetetycznymi. Białko ubogie w nukleinę [mleko, ser, białko jaja, aleuronat] dozwolone jest we wszelkiej ilości. Białko w nukleinę bogate [mięso, grasicca, wątroba, mózg, nerka] musi być podawane ostrożnie. Ilości umiarkowane do 200 grm. są dozwolone. Przy większych ilościach trzeba w każdym oddzielnym przypadku wypróbować indywidualną zdolność spalania kwasu moczowego.

Spokój i letnie kąpiele działają bardzo pożytecznie, wysiłki natomiast i nadmiar ruchu powodują najczęściej bóle w okolicy nerek.

Kwaśność moczu zależy przedewszystkiem od zawartości pierwszorzędowego fosforanu sodu $[NaH_2PO_4]$. Im więcej tej soli, tem mocz kwaśniejszy i tem mniej może on kwasu moczowego zawierać w stanie rozpuszczonym. Im natomiast tego fosforanu mniej, więcej zaś drugorzędowego fosforanu $[Na_2HPO_4]$, tem odczyn mniej jest kwaśny i tem więcej kwasu moczowego może się znaleźć w roztworze, tem mniejsza skłonność kwasu moczowego do wydzielenia się. KLEMPERER zarzuca wszelkie sposoby oddziaływania wprost na odczyn moczu, natomiast zaleca gorąco zarówno jako rozpuszczalnik dla kwasu moczowego jak i jako środek moczopędny mocznik, przepisując: *Ureae purae* 10,0 [do 20,0], *Aq. destil.* 200,0 *M. D. S.* Co 2 godziny łyżka stołowa. Nie spostrzegął on nigdy szkodliwych skutków ubocznych przy stosowaniu tego środka, jakkolwiek podawał go często przez dłuższy czas, dochodząc do 500 grm. u jednego pacyenta.

NOORDEN, rozważając kwestyę oddziaływania na skład moczu, dochodzi do wniosku, że należy się starać: 1) o zmniejszenie absolutnych ilości szkodliwego fosforanu sodu pierwszorzędowego, 2) o zmianę stosunku ilościowego pomiędzy fosforanem pierwszorzędowym a drugorzędowym na korzyść tego ostatniego i 3) o osiągnięcie niezawodne kwaśnego odczynu. Jest jeden środek, pozwalający osiągnąć to wszystko, a tym jest dowóz soli wapiennych.

Wiadomo oddawna, że przy dowozie wapna znajdujemy w moczu znacznie mniej kwasu fosforowego, aniżeli właściwie oczekiwane należy po jakości i ilości pokarmu. Natomiast kał wykazuje znacznie większą ilość fosforanów. Przyczyna tego zmniejszania się ilości kwasu fosforowego w moczu jest następująca: W części wapno zatrzymuje kwas fosforowy z pokarmów w kiszkach, tworząc trudno rozpuszczalną sól zasadową, w części zaś wapno w związku z kwasem fosforowym, będąc wchłonięte, znów wydziela kwas fosforowy na błonie śluzowej kiszki.

W każdym razie pewnem jest, że sole wapienne [np. węglan wapnia, lecz również sole kwasów roślinnych] zmniejszają ilość kwasu fosforowego w moczu. Lecz nadto dokładne doświadczenia, dokonane przez STRAUSS'a pod okiem NOORDEN'a, dowiodły, że jakkolwiek to zmniejszenie kwasu fosforowego odbija się na obu solach sodu, jednakże w większym stopniu na szkodliwym fosforanie pierwszorzędowym. Przy odpowiednich dawkach wapna można nawet dojść do tego, że ten fosforan zupełnie zniknie z moczu, a pozostanie tylko fosforan drugorzędowy. Zauważyć przytem należy, że jednakże w żaden sposób tą drogą dojść nie można do zalkalizowania moczu, który pozostaje zawsze słabo kwaśnym. Ta okoliczność usuwa zatem obawę, wypowiedzianą przez MENDELSON'a, który sądzi, że mogłyby się wskutek nadmiaru węglanu wapnia utworzyć wtórne złogi wapienne. NOORDEN i STRAUSS dają chorym zwykle w kilku dawkach dziennych razem 3—4 grm. $CaCO_3$; niekiedy wszakże dochodzą nawet do 15 gramów. We wszystkich dobrze obserwowanych przypadkach widzieli znakomite skutki, nigdy nie spostrzegali żadnych szkodliwych objawów ubocznych. MORDHORST natomiast odrzuca leczenie solami wapiennymi, zaleca zaś znaną ogólnie wodę wiesbadeńską (*Wiesbadener Gicht-*

wasser), jako jedyną odpowiednią przy skłonności do złogów kwasu moczowego. Z wapiennych i wód alkalicznych najbardziej używanymi są i zasługują na to w zupełności: Fachingen i Wildungen Helenenquelle.

L I T E R A T U R A.

1) HORBACZEWSKI. Sitzungsber. d. Wien. Acad. der Wisensch. 1859, 1890 i 1891.—2) HORBACZEWSKI. Zur Theorie des Harnsäurebildung im Säugethierorganismus. Wiesbaden 1889.—3) KOSSEL. Ueber Nucleine. [Verhandlungen des XIV Congresses f. innere Medicin. Wiesbaden 1896].—4) KOLISCH. Ueber Wesen und Behandlung der uratischen Diathese. Stuttgart 1892.—5) WEINTRAUD. Zur Entstehung der Harnsäure im Säugethierorganismus. [Verhandl. des XIV Congr. f. in. Med. Wiesbaden 1896].—6) GÜMLICH. Ueber die Aufnahme des Nucleins in d. thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie, tom XVIII.—7) MAYER. Ueber d. Einfluss von Nuclein und Thyroidin-Fütterung. Dtsch. med. Wochenschr. 1896. Nr. 2.—8) KLEMPERER. Untersuchungen über Gicht und harnsäure Nierensteine. Berlin 1891. Jest to zbiorowa praca KLEMPERER'a i uczniów jego. Tutaj znajdujemy również prace UMBER'a, LÜTHJE'go, SCHMOLL'a i innych, których już oddzielnie cytować nie będziemy.—9) RICHTER Ueber die Harnsäure-Ausscheidung und Leukocytose. Ztschr. f. klin. Medic. Tom XXVII.—10) NOORDEN. Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels, str. 163 i nast.—11) NOORDEN. Zur Behandlung der harnsäuren Nierenconcremente. [Verhandl. d. XIV Congr. f. in. Med. Wiesbaden 1896].—12) MORDHORST. Zur Pathogenese der Gicht. [Verhandl. d. XIV Congr. f. in. Med. Wiesb. 1896]. Porówna. też dyskusję w tym przedmiocie na kongresie.—13) MORITZ. Ueber den Einschluss von organischer Substanz in den krystallisierten Sedimenten des Harns, besonders denen der Harnsäure [Verh. d. XIV Congr. f. in. Med. Wiesbaden 1896].—14) LAQUER. Ueber die Ausscheidungsverhältnisse der Alloxurkörper im Harn von Gesunden und Kranken. [Verh. d. XIV Congr. f. in. med. Wiesb. 1896].—15) ROSENFELD. Grundzüge der Behandlung der harnsäuren Diathese. [Verhandl. d. XIV Congr. f. in. Med. Wiesbaden 1896].—16) STRAUSS. Ueber die Einwirkung des kohlenäuren Kalces auf den menschlichen Stoffwechsel. [Ztschr. f. klin. Medic. Tom XXXI, zes. 5 i 6 1897].—17) MENDELSON. Zur Therapie d. harnsäuren Diathese. [Verh. d. XII Congr. f. in. Med. Wiesb. 1893].—18) MORDHORST. Die Entstehung und Auflösung der Harnsäureverbindungen ausserhalb und innerhalb des menschlichen Organismus. [Ztschr. f. klin. Medic. Tom XXXII, zes. 1 i 2 1897].—19) PFEIFFER. Ueber Harnsäureverbindungen beim Menschen [Berl. klin. Wochenschr. 1894 Nr. 40].—20) PFEIFFER. Die Behandlung der Gicht [W Handbuch d. spec. Therap. innerer Krankheiten PENZOLDT'a i STINZING'a. FISCHER, Jena].

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Przed tygodniem w prywatnej rozmowie z kol. L. NENKIM dowiedziałem się, że kol. N., szczeniąc swym chorym nową tuberkulinę Koon'a [TR], otrzymywał dość wysoki odczyn gorączkowy po zaszczepieniu, przeprowadziwszy zaś hodowlę z tejże tuberkuliny, otrzymał kol. N. hodowlę streptokokków i pneumokokków.

Wobec tych wiadomości, mając zamiar przystąpić do szczepienia nowej tuberkuliny Koon'a trzem, nadającym się do tego, chorym, będącym na moim oddziale w szpitalu Dz. Jezus, postanowiłem przekonać się o czystości tejże tuberkuliny, pochodzącej z fabryki Höchst i dostarczonej mi przez aptekę p. K. Wendy w Warszawie. W tym celu przeprowadziłem hodowlę na agarze i na agarze glicerynowym i oto szereg mikroorganizmów, które w tych hodowlach, robionych przy zastosowaniu wszelkich możliwych ostrożności, otrzymałem: 1) *Streptococcus pyogenes*; 2) *Pneumococci* [FRAENKEL-WEICHELBAUM] 3) Diplokokki, niewytrzymujące barwnej reakcyi GRAM'a. 4) Dość długie, cienkie i ruchome łaseczniki [jakie?]. 5) Bardzo liczne drożdże po części w okresie pączkowania, po części z zarodnikami.

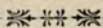
Wobec tego zaniechałem zamierzonych wstrzykiwań. Dodac winienem, że oba słoiki pochodziły z dnia 2. IV. 1897 [data przygotowania] i że oba były poraz pierwszy otwarte w chwili robienia hodowli. Próby szczepienia na zwierzętach zanieczy-

szczonego preparatu rozpoczęliśmy w naszej pracowni. Pytanie, czyją jest wina, że takie preparaty zostały puszczone w kurs, a nauką z tego jest, że nie można bez sprawdzenia bakteryologicznego próbować szczepień, tak mocno reklamowanych i z tak renomowanej fabryki pochodzących przetworów bakteryologicznych, gdyż w ten sposób narazić możemy na szwank zdrowie naszych chorych.

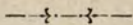
Proszę przyjąć wyrazy wysokiego poważania,

Dnia 10 Maja, 1897 roku.

M. Jakowski.



Wiadomości bieżące.



— Do niedawno ukończonego w „Głosie“ [№ 12, 14, 15, 16, 17, 18] artykułu p. t. „Potrzeby szpitalnictwa warszawskiego“, o którym wzmiankowaliśmy w № 19 Gazety, ze względu na ważność spraw poruszonych, powracamy raz jeszcze. Autor, ukrywający się pod pseudonimem D-ra M. Nosokomialisa, poznał widocznie doskonale typ szpitala warszawskiego i jego organy, odczuwa więc braki szpitalnictwa naszego i poprawy ich się domaga. Wychodząc z zasady, że szpitale są instytucjami społecznymi, żąda stosowania do nich innej miary niż do instytucji dobroczynnych. Byt szpitali powinien być oparty na trwałych podwalinach. Fundusze, zabezpieczające istnienie szpitali, powinny być stałe, a więc nie przygodnie zbierane drogą dobroczynności publicznej, powinny być pierwszorzędną troską Zarządu miejskiego na równi z innymi funduszami, gromadzonymi przez opodatkowanie ludności. Krok w tym celu już zrobiono, szkoda tylko, że podatek szpitalny obciąża właśnie klasę społeczeństwa najuboższą, powinien być powszechnym.

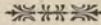
Szpitala, jako instytucje, wymagające fachowego kierownictwa, powinny mieć specjalny swój zarząd, w skład którego wejść winni przede wszystkim lekarze. W obecnym składzie Rady miejskiej Dobroczynności publicznej na 22-óch członków zasiada tylko 3-ch z dyplomem lekarskim. Poprawa pod tym względem jest nagląca: lekarze naczelni powinni przyjmować udział w centralnym zarządzie szpitali i mieć głos decydujący nie tylko w sprawach lekarskich, lecz i w t. zw. administracyjnych. To samo dotyczy zarządu szeregówowego każdego ze szpitali. Niezależność administracji szpitalnej od zarządu lekarskiego powinna być koniecznie zniesiona. Dyrektorem, a zarazem gospodarzem szpitala powinien być wyłącznie naczelny lekarz. Takiemu zarządowi szpitalnemu powinna być pozostawiona swoboda zaopatrywania szpitala w rzeczy niezbędne bez zmuszonej i często szkodliwej procedury, polegającej na pośrednictwie kuratora i aprobacie Rady miejskiej. Wtedy tylko, praktykowany tak zawzięcie ze szkodą szpitalnictwa, system oszczędnościowy ustąpi miejsca racjonalnemu, ze względu na dobro chorych, szafowaniu funduszami.

Obsadzanie posad lekarskich powinno być pozostawione uznaniu lekarzy szpitalnych, „gdyż ci najlepiej znają kolegów i wiedzą, co który z nich wart“. Wtedy rzeczywiście na ordynatorów byłiby powoływani tylko ci, którzy pracowali w szpitalu przez lat kilka na niższych stanowiskach [jako lekarze miejscowi, asystenci, lekarze ambulatoryjni], a więc dali się poznać starszym kolegom ze zdolności, pracowitości i uczciwości, wtedy znikłaby raz na zawsze niewłaściwość, w ostatnich czasach, niestety, tak często praktykowana, że ważne i odpowiedzialne stanowisko ordynatora otrzymuje pierwszy lepszy, „który, zawdzięczając tylko protekcyi, dostaje od razu wyższe stanowisko, chociaż przedtem w szpitalnictwie nie był niczem“. Autor ani jednym słowem nie wspomina o konkursach. Czyżby nie był ich zwolennikiem? Jest to jednak, zdaniem naszym, najodpowiedniejszy sposób sprawiedliwego obsadzania posad wakujących.

Byt lekarzy, pracujących dla szpitala, powinien być należycie zabezpieczony i pod tym względem lekarzy należy zrównać z urzędnikami innych instytucji, zajmującymi takie, jak lekarze, stanowisko społeczne. Inaczej na tę kwestyę zapatruje

się Rada miejska. Podczas gdy rubryka t. zw. „rozmaitych wydatków“ w szpitalach, czyli wydatków tak błahych, że ich nawet wymieniać nie warto, wykazuje w sprawozdaniu za rok 1894 sumę pokaźną 39,397 rubli, rubryka wynagrodzenia lekarzy wszystkich szpitali wykazuje skromną sumę 16,850 rubli! Jak dalece praca lekarzy jest w Zarządzie lekceważona, za dowód niech posłuży ten fakt, że lekarze ambulatoryjni i asystenci w sprawozdaniu Rady miejskiej wcale nawet nie są wykazywani. A przecież swą uciążliwą pracę spełniają za darmo. To lekceważenie i wyzyskiwanie pracy lekarskiej powinno w instytucjach rządowych ustać raz na zawsze. To samo, lecz w wyższym jeszcze stopniu, dotyczy niższej służby szpitalnej. Posługacze szpitalni mają pracę bardzo ciężką, spełniają posługi ostatnie, wynagrodzenie zaś ich jest tak okropnie małe, że prawie graniczy z jałmużną. W tych warunkach o wymaganiu od nich jakiegokolwiek kwalifikacyi mowy być nie może. Zgłaszają się albo proste parobki i dziewczki, albo inwalidzi fizyczni i moralni, którzy w szpitalu szukają raczej przytulku, aniżeli zajęcia i takich w braku lepszych przyjmować na posługaczy trzeba. Żal się Boże, jak przytem wygląda obsługa chorych, zwłaszcza w szpitalach, w których nie ma opieki siostr miłosierdzia. Już to samo, że siostry miłosierdzia, jako zajmujące się pielęgowaniem chorych, czynią zbyt bezpośrednie stykanie się posługaczy z chorymi i że czuwają nad czynnościami posługaczy, wystarczy, aby działalność ich uważać za nader pożyteczną i zbawienną. Wbrew twierdzeniu autora, sądzimy też, że t. zw. gospodarstwo domowe oddziału szpitalnego powinno pozostawać w rękach siostr miłosierdzia, gdyż nikt zręczniejszy, skrzętniejszy i bezinteresowniejszy zajmować się tem nie potrafi.

Skoro te najkardynalniejsze wady organizacyi naszego szpitalnictwa zostaną tak, jak się wyżej rzekło, t. j. w duchu postępu i sprawiedliwości poprawione, wtedy dopiero szpitalnictwo warszawskie wejdzie na tory rozwoju prawidłowego, a wtedy braki i potrzeby szpitali zostaną prędko i radykalnie załatwione. Do najważniejszych zalicza autor następujące: Zbudowanie nowych szpitali lub pawilonów przy już istniejących, poprawa w najszerszym zakresie warunków higienicznych, poprawa żywienia chorych powiększenie liczby lekarzy ordynujących i domowych, urządzenie centralnej instytucyi przyjmowania chorych do szpitali, utworzenie zakładu przygotowawczego dla niższej służby szpitalnej, usunięcie ze szpitali felczerów, a zastąpienie ich przez młodych lekarzy i t. d.,



K O N K U R S.

Od osoby, która nie pozwoliła na ogłoszenie swego nazwiska, otrzymaliśmy rs. 100, jako fundusz konkursowy, za najlepszą pracę popularną [nie tłómaczenie z obcych języków] o rzeżączce u mężczyzn, któraby obejmowała: 1) dokładny i dla każdego zrozumiały opis choroby, jej rozmaitych objawów, przebiegu, powikłań i następstw, 2) praktyczne i możliwe do zastosowania przepisy higieniczne i dyetetyczne przy różnych objawach i okresach cierpienia, 3) wskazanie środków, jakie stosować należy w początkach choroby, w razie gdy pomoc lekarska jest z jakiegokolwiek powodów utrudnioną lub niedostępną, 4) jasne przedstawienie sposobów leczenia się samemu podczas całego przebiegu rzeżączki i jej różnych powikłań, aby mieszkańcy wsi i małych miasteczek nie wpadali w ręce felczerów i znachorów wiejskich, 5) racjonalne i oparte na spostrzeżeniach naukowych rady uchronienia się od tej choroby. Praca nie może być mniejszą nad 4 arkusze druku i nie może przenosić 7 arkuszy. Praca jest własnością autora. Pierwszeństwo drukowania jej ma „Gazeta Lekarska“ lub jej wydawnictwa i Odczyty kliniczne, za oddzielnem wynagrodzeniem autora, po 10 rs. za arkusz druku. Ostateczny termin składania prac w Redakcyi Gazety Lekarskiej, 1 czerwca 1898.

Skład sędziów: *Peske, Żera i Jasiński.*

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

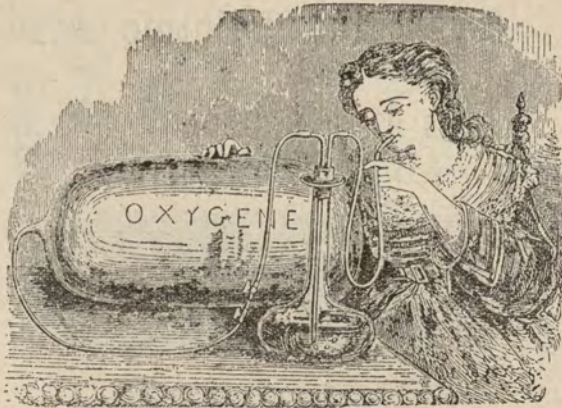
Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 2 Мая 1897.

Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA

Magistra farmacyi



dawnej Senatorskiej wprost Miodowej.

Miodowa № 4.

H. KUCHARZEWSKIEGO.

Zaopatrzoną jest w dostateczną ilość przenośnych przyrządów z balonami dla wdychania tlenu; które w każdym czasie bywają napełnione szybko i wydawane na miasto. Wdychania tlenu wracają szybko siły ludziom starym jakoteż wyniszczonym wskutek chorób lub zbytnej pracy umysłowej, słowem działają ożywczo i odmładzająco, są nadzwyczaj korzystne w przypadkach, gdzie chory ma zalecony pobyt na wsi, lub nad morzem, a nie jest w możności uskutecznienia tego.

Przyrząd składa się z balonu kauczukowego zawierającego tlen, połączonego z naczyniem napełnionem wodą i pełniącym funkcję oczyszczenia gazu z ciał obcych przypadkiem do balonu dostać się mogących; używa się wdychając po 20 do 30 litrów tlenu codziennie przez 3 do 4 tygodni. Dla P.P. lekarzy lub osób potrzebujących powyższej kuracyi na prowincyi, wysyła się kompletne aparaty z mieszaniną służącą do otrzymania tlenu.

Nadto przyrządza się tlen z tlenkiem azotu.

D-r Wład. Harajewicz

ordynuje

18-11

w Marienbadzie Belvedère
od 1 Maja do 30 Września.

w Wiedniu III, Beatrixgasse 14, I p.
od 1 Października do 30 Kwietnia.

D-r Kazimierz Kruszyński

10-4

ordynuje jak lat poprzednich od 20 maja w Szczawnicy.

CIEPLICE TRENCZYŃSKIE.

Kąpiele siarczane od 27°—31° R. na Węgrzech, w Małych Karpatach, 20 minut drogi do stacyi Tepla-Trencsin-Teplitz. Kąpiele wannowe, basenowe, i natryski wzorowo urządzone.

Do masażu personel wyewiczony. Mieszkania od 50 cnt. do 3 zhr. za dobę. Lecznica, teatr, koncerty. Kuchnia wykwintna. Woda do picia z górskich źródeł.

Sezon od 1 maja do końca września.

W maju i wrześniu za 3 zhr. mieszkanie i stół. Dyrekcyja kąpielowa rozsyła prospekty bezpłatnie. Broszura D-ra Filipkiewicza do nabycia w celniejszych księgarniach.

2-2

ZAKŁADY WODOLECZNICZE

52-6

D-ra Chwistka w Zakopanem

mieszczące się: na Krupówkach i w Kuźnicach w dawnej willi hr. Krasińskiego, zwanej Adasiówka.

Cały rok otwarte. Ceny przystępne.

Oryginalne absolutnie czyste,

taninowe wino

Marque déposée



ST. RAPHAEL



Dodatnie rezultaty stwierdzone przez powagi lekarskie, zostały osiągnięte jedynie tylko prawdziwym winem **St.-Raphael** pochodzącem z tej leczniczej miejscowości, a nie naśladownictwami.

Jako przyczynek ich wysokiej wartości posłużyć mogą niektóre porównawcze cyfry najważniejszych części składowych, jakie rozbiory chemiczne Urzędowego Laboratorium Doświadczalnego w Marsylii, D-ra Nenckiego i Prof. Milicera dokumentnie wykazały, mianowicie:

Wino oryginalne taninowe **St Raphael**. posiada:-- Wino naśladowane pod tą marką z Walencji posiada:

| | | |
|-----------|--------|--------|
| Alkoholu | 18,2% | 14,74% |
| Ekstraktu | 22,96% | 14,52% |
| Cukru | 19,6% | 11,40% |
| Kwasu | 0,62% | 0,65% |

Z tych badań najwidoczniej wynika niezaprzeczalna wyższość oryginalnych win tak pod względem odżywczym jak i tonicznym.

Oryginalne Wino posiada jako cechę autentycznego pochodzenia herb miasta St. Raphaël jak wyżej i na każdej butelce pieczęć komory celnej.

Na listowne zapytania Szanownych Panów Doktorów chętnie udzielamy wszelkich objaśnień

Société Vinicole de Saint Raphaël (Var France).

26-5

SOLEC

3-1

stacya pocztowa STOPNICA gub. Kieleckiej.

Zakład zdrojowo-kąpielowy Wód mineralnych siarczano-słonnych.

50-letnia rocznica otwarcia zakładu.

Sezon od 20-go maja do 20-go września.

Zarząd nowej w roku zeszłym zawiązanej Spółki Soleckiej przygotował liczne ulepszenia i udogodnienia. Nowa willa o 12-tu pokojach.

Komunikacya: koleją Iwangrodzko-Dąbrowską do Kielec, zkąd 7 godzin szosą w powozach.

Bliższych informacji udziela Zarząd Zakładu zdrojowego w Solecu.

Szczegóły w broszurze D-ra Daniewskiego—do nabycia we wszystkich księgarniach.

Lekarz i Dyrektor Zakładu D r Daniewski.

KĄPIELE REINERZ

na Szlązku Pruskim,

3-3

uzdrowisko kuracyjne klimatyczne.

w lasy bogate, 568 metr. nad powierzchnią morza. Posiada trzy źródła do picia, alkaliczno-żelaziste, obfitujące w kwas węglany. Kąpiele mineralne, błotne, tuszowe oraz wyborny zakład żętyczny i mleczny. W ogóle gorąco zalecane we wszystkich sprawach osłabienia organizmu.

Frekwencya 7000 osób, 8 lekarzy kąpielowych.

Otwarcie sezonu z początkiem maja.

Ostatnia stacya kolejowa Rükkers-Reinerz (4 kilometry). Polskie gazety i książki w bibliotece. Prospekty bezpłatnie i franco.