

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O stałym braku kwasu solnego w soku żołądkowym i zaniku błony śluzowej żołądka. Podał Dr. med. H. Pacanowski. Sławuta zakład kumysowy i hydropatyczno-kąpielowy oraz stacya leśna. Napisał Dr. H. Dobrzycki. (Dokończenie).—Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z d. 5 Kwietnia r. b. (Dokończenie).—Odczyty kliniczne. O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. Guyon'a. Streścił Dr. T. Solman. (Ciąg dalszy).—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

O STAŁYM BRAKU KWASU SOLNEGO w soku żołądkowym i zaniku błony śluzowej żołądka.

Podał Dr. Med. Henryk Pacanowski.

Do rzędu najważniejszych zaburzeń chemicznej sprawy trawienia żołądkowego należą niewątpliwie zmiany w wydzielaniu kwasu solnego. Polegać one mogą zarówno na wzmożeniu, jakoteż na zmniejszeniu, względnie zupełnym braku kwasu tego w soku żołądkowym. Jakkolwiek w wielu razach, poznawszy samo zaburzenie, nie jesteśmy jeszcze w stanie zdać sobie sprawy ani z natury takowego, ani z warunków powstawania, to jednakże bezpośrednie badanie zawartości żołądka w połączeniu z faktami anatomicznymi pozwoliło nam wyjaśnić niektóre zmiany chorobowe, dawniej błędnie tłumaczone, lub wcale nie znane. Dzięki temu właśnie EDINGER wykrył zależność braku kwasu solnego od zwyrodnienia mączkowatego naczyń błony śluzowej żołądka, VELDEN, RIEGEL i inni, brak kwasu solnego przy raku żołądka i t. d.

W literaturze niemieckiej zwrócono ostatnimi czasy uwagę na brak w soku żołądkowym kwasu solnego, zależny od zaniku błony śluzowej żołądka, a właściwie jej gruczołów. Wszelako autorom angielskim (HANDFIELD JONES, WILSON FOX, HABERSHON) już oddawna fakt ten był znany. Opierając się na wzmiankowanych autorach, FENWICK ¹⁾ pierwszy dokładnie opisał zanik gruczołów błony śluzowej żołądka, oraz zbiór objawów sprawie tej właściwych. Rozpatruje on trzy postacie: a) zanik samoistny całkowity; b) zanik gruczołów towarzyszący rakowi oddalonych od żołądka narządów ustroju; c) zanik częściowy gruczołów, szczególnie w okolicy odźwiernika, towarzyszący rakowi żołądka.

Co się tyczy samoistnego zaniku gruczołów, FENWICK podaje, iż z liczby 7 zebranych przezeń przypadków 6 dotyczyło mężczyzn, z których najmłodszy liczył lat 45; cztery przypadki zakończyły się śmiercią, a cały czas trwania choroby nie przekraczał 18 miesięcy. Przypadłości rozwijają się zwol-

¹⁾ FENWICK—Lecture on atrophy of the stomach. Lancet. July. 1877.—Hirsch-Virchow's Jahresber. 1877. T. II.

na; obok niewyraźnych objawów miejscowych (utrata łaknienia, wzdęcie, zaparcie stolca) powstaje bardzo znaczne osłabienie ogólne i wybitny obraz ciężkiej bezkrwistości; mimo to jednak chorzy, zamiast chudnąć, przeciwnie tyją. Zdolność trawienia białka zniesiona. Choroba kończy się obrzękami i zupełnem wyczerpaniem sił, a badanie posmiertne wykrywa zanik gruczołów żołądkowych obok rozrostu tkanki włóknistej międzygruczołowej.

Oprócz takiego samoistnego (pierwotnego) zaniku gruczołów FENWICK spostrzegał też sprawę przy raku i to nie tylko żołądka, lecz i innych narządów: najczęściej sutki (na 15 przypadków 11 razy), rzadziej przy raku macicy, języka i odbytnicy.

QUINCKE ²⁾ opisał przypadek bezkrwistości złośliwej, trwający od lat trzech, w którym gruczoły błony śluzowej żołądka były bardzo nieliczne i w dalekich od siebie odstępach; autor przypuszcza związek przyczynowy pomiędzy sprawą tą a małąkrwistością.

NOTHNAGEL ³⁾ przytacza przypadek analogiczny, różniący się jednak tem, iż jednocześnie istniało zwyrodnienie włókniste (marskość) całego żołądka, połączone ze zmniejszeniem pojemności tegoż. Opierając się na badaniach FENWICK'A, N. przyjmuje wszelako możność powstawania zaniku pierwotnego i wyłącznego gruczołów bez jednoczesnego rozrostu łączno-tkankowego w ścianach żołądka, jako zaś cechy charakterystyczne tego stanu uważa rozwój wyraźnej bezkrwistości, odpowiadającej pojęciu bezkrwistości złośliwej o tyle, iż w krótkim czasie niechybnie do zejścia śmiertelnego prowadzi. Przyczynę bezkrwistości N. upatruje w zupełnem ustaniu trawienia żołądkowego. Stałym objawem jest też utrata łaknienia w wysokim stopniu; inne natomiast, jak odbijanie, wymioty, należą do niepewnych i niestálych.

Jeśli NOTHNAGEL'OWI, jak to sam wyraźnie zaznacza, rozpoznanie za życia zaniku gruczołów błony śluzowej wydawało się prawie niemożliwem, to jednak obecnie dokonywa się ono łatwo, poprostu za pomocą wewnętrznego badania żołądka oraz stwierdzenia stałego braku kwasu solnego w zawartości żołądkowej, rozumie się, jeśli obok tego mamy też owe charakterystyczne objawy, o których mówią FENWICK i NOTHNAGEL. Tak uczynili właśnie BRUNO LEVY ⁴⁾ i EWALD ⁵⁾.

LEVY opisał 3 przypadki. W pierwszym zanik był następstwem otrucia kwasem saletrzanym, w drugim—przewlekłego nieżytu żołądka; w przypadku trzecim ⁶⁾ wielokrotne badanie zawartości żołądka nie wykrywało kwasu solnego, a wymioty krwawe i oznaki rozszerzenia żołądka, mimo braku guza, nasuwały myśl o raku odźwiernika, co też sekcya potwierdziła.

²⁾ QUINCKE—Volkm. Samml. klin. Vortr. N. 100.

³⁾ NOTHNAGEL—Cirrh. Verklein. d. Magens und Schwund der Labdrüsen etc. (Arch. f. Klin. Med. T. 24. Str. 353.

⁴⁾ LEVY—Beitr. zur path. Anat. d. Magens (Beitr. z. Anat. u. Physiol. v. Ziegler und Naunyn. T. I. Str. 201).

⁵⁾ EWALD—Ein Fall von Atrophie der Magenschleimhaut mit Verlust der Salzsäuresecretion etc. (Berl. Kl. Woch. 1886. Nr. 32).

⁶⁾ LEVY—Ein Fall v. vollständ. Atroph. d. Magenschl. (Berl. Kl. Woch. 1887 Nr. 4).

Zupełnie podobny przypadek opisał EWALD: U chorej 67-letniej cierpienie rozpoczęło się przed $\frac{1}{2}$ rokiem, a głównymi objawami były: stały brak kwasu solnego w 10 próbach (w godzinę po śniadaniu próbnym), utrata łaknienia i osłabienie ogólne; przytem obfitość tkanki tłuszczowej podskórnej. Oględziny pośmiertne wykazały 2 cm. poniżej odźwiernika obecność raka dwunastnicy, który się rozwinął na bliźnie po wrzodzie peptycznym.

Obraz drobnowidzowy w trzecim przypadku LEVY'ego wykazał zupełny prawie zanik zarówno błony śluzowej żołądka, jakoteż podśluzowej i mięśniowej; gruczołów brakło zupełnie; błona śluzowa składała się z tkanki adenoidealnej, zawierającej komórki okrągłe oraz bardzo dużo łaseczników i kokków. W przypadku EWALD'A, oprócz zaniku gruczołów, był rozrost włóknisty tkanki łącznej we wszystkich warstwach żołądka.

Z powyższego widzimy, iż kazuistyka przypadków zaniku błony śluzowej żołądka jest dość liczną, a lubo z początku zwrócono na sprawę tę uwagę więcej ze strony anatomicznej, to przecie dziś można z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznać już za życia chorego zrobić. Ta okoliczność skłoniła mnie do opisu następującego spostrzeżenia:

M. G., lat 51, zgłosił się do mnie 23 Listopada r. z., skarżąc się na osłabienie ogólne, utratę łaknienia, zwracanie płynu wodnistego i zaparcie stolca.

Od lat kilkunastu nadużywał napojów wysokowych i tytoniu, lecz czuł się zdrowym i zdolnym do pracy. Dopiero przed $\frac{1}{2}$ rokiem począł doznawać bólu w okolicy pępka, zazwyczaj wkrótce po jedzeniu; ból ten, dość znaczny, pojawia się nagle, trwa zaledwo chwil parę, poczem następuje zwracanie niewielkiej ilości płynu wodnistego bez określonego smaku; „wodę” tę chory wypłuka, a niekiedy połyka. Napady podobne powtarzają się raz lub kilka razy dziennie, na czczo jednak bardzo rzadko. Zwracanie płynu odbywa się z wielką łatwością, bez nudności; właściwych wymiotów chory nie miał nigdy. Oprócz tego skarży się na bezsenność, zupełny brak łaknienia, a nawet wstręt do wszelkiego pożywienia, najbardziej zaś do mięsa, — wreszcie na ból cisnący po za trzonem mostka i między łopatkami, ból zjawiający się najczęściej po przelknięciu jednego choćby kawałka mięsa.

Chory budowy miernej; układ kostny dość dobrze rozwinięty; pokład tłuszczowy, zwłaszcza pod skórą brzucha, znaczny; mimo to chory utrzymuje, iż schudł w czasie choroby. Skóra twarzy ma odcień lekko żółtawy, twarz jakby nieco obrzękła i bez wyrazu; na kończynach dolnych obrzęku nie ma i nigdy nie było. Białkówki oczu (*sclerae*) nie zabarwione. Chory okazuje niezwykle pogiębienie, odpowiada na zapytania z trudnością i powoli, uskarża się na znaczne wyczerpanie sił, zupełną niezdolność do pracy, tak iż cały prawie dzień zmuszony jest leżeć.

Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło nic więcej prócz umiarkowanego przewlekłego nieżytu oskrzelowego, oraz niewielkiego powiększenia wątroby. Okolica żołądka wzdęta, przy dotyku niebolesna, sprawia wrażenie poduszki, powietrzem napelnionej; przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos bębenkowy nieco stłumiony. W dolnej części brzucha, zwłaszcza po stronie lewej, odgłos tępy. Język zlekka okryty osadem białawym. Wypróżnienia chory mie-

wa zaledwie co kilka dni i dopiero po zastosowaniu środka czyszczącego. Dolna granica żołądka znajduje się 4 cm. po nad pępkiem. Mocz świeżo oddany, oddziaływa alkalicznie, jest czystym, ani białka, ani cukru nie zawiera.

Nazajutrz na czczo z rana wprowadziłem do żołądka zgłębnik, przez który chory przy udziale tłoczni brzusznej wycisnął około 150 cm. sz. gęstego, ciągnącego się płynu, barwy jasno-żółtej; odczyn płynu tego słabo kwaśny, przesącz opalizujący, bezbarwny; przesączanie odbywa się nader powolnie. Próba z metylem fioletowym i tropeoliną nie wykazała ani śladu kwasu solnego, natomiast odczynnik Uffelmanna wykazał obecność kwasu mlecznego. Na 100 cm. sz. przesączu zużyto 23 c. sz. $\frac{1}{10}$ —normalnego ługu sodowego. Kwas octowy wywołał wyraźne zmętnienie, które się wzmoгло za dodaniem roztworu żółtego żelazosinku potasu. Odczyn biuretowy dał barwę fioletową z nieznacznym odcieniem różowawym. Włóknik, poddany trawieniu sztucznemu z przesączem przy ciepłocie ciała, pozostał bez zmiany po 24 godzinach; toż samo po zakwaszeniu 0,1%—owym kwasem solnym; dopiero po dodaniu roztworu glicerynowego pepsyny, uległ strawieniu w ciągu 6 godzin.

Badanie drobnowidzowe wydobytej z żołądka zawartości (Obj. 8., ok. 4 Reichert) wykazało ciała mączkowate, kryształki tłuszczowe w postaci igieł, oraz znaczną ilość włókien mięsnych z wyraźną prążczastością. Ani czworniaka, ani grzybków drożdżowych nie dostrzegłem, natomiast niezmierną ilość laseczników, poruszających się żwawo, zupełnie prostych, 3—4 razy większych od gruczkowatych i przypominających kształtem swym laseczniaki karbunkulowe.

Powyższy wynik badania chemicznego i mikroskopowego czynił rozpoznanie cierpienia jasnym o tyle, iż wskazywał istnienie zaniku gruczołów wydzielających sok żołądkowy, jak niemniej niedowładu (czynnościowego) żołądka; mając zaś na uwadze wiek chorego, przypuszczałem możliwość istnienia raka żołądka, aczkolwiek żadne stwardnienie lub guz wyczuwać się nie dawały. Rokowanie przeto należało w każdym razie uważać za niepomyślne.

Zaleciłem choremu przeplukiwania żołądka 1%—owym kwasem bornym, dyjetę wyłącznie mleczną oraz do wewnątrz kwas solny (3 razy dziennie po 10 kropel w wodzie) i pepsynę (5 gr. na dawkę).

Już po pierwszym przeplókanu żołądka chory doznał ulgi o tyle, iż dolegliwy ból po za mostkiem i pomiędzy łopatkami ustał natychmiast, jak również ustało i zwracanie płynu wodnistego.

Przeplókiwania wykonywałem z rana na czczo codziennie, ogółem 15 razy. Jakkolwiek stan podmiotowy chorego nieco się poprawił, bóle ustąpiły, lecz czynność żołądka pozostała bez zmiany. Chory wydalał przez zgłębnik 100 i więcej cm. sz. miazgi, w której znajdowały się i większe bryłki kazeiny. Kwasu solnego nie znalazłem ani razu, kwas mleczny zaś stale. Ilość laseczników zmniejszyła się nieznacznie. Wypróżnienia były codzienne, bez użycia innych środków czyszczących prócz wlewań Hegar'a. Pozostał zupełny brak łaknienia i wstręt do pokarmów mięsnych. Dwa razy, mianowicie podczas 12-go i 13-go plókania, ukazały się ku końcowi rękoczynu małe strzępy śluzowe ze śladami krwi. Wobec tego dalszych przeplókiwań zaniechałem; chory opuścił Warszawę.

(d. n.)

S Ł A W U T A

Zakład kumysowy i hydropatyczno-kąpielowy oraz Stacja leśna.
Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1886.

Napisał H. Dobrzycki.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 16)

Liczba chorych leczonych przezeń w Sławucie w ciągu letniego sezonu r. 1886 wynosiła ogółem 474 osób. Cyfra ta jednak nie daje pojęcia o liczbie wszystkich osób do Sławuty na kurację przybyłych, ponieważ prócz mnie wykonywało praktykę lekarską jeszcze czterech lekarzy; nadto, dość znaczna liczba osób przyjechała dla korzystania z klimatu sławuckiego, nie szukając porady lekarskiej. Statystyka więc nasza obejmuje tylko te przypadki, które przez nas i to czas dłuższy spostrzegane były; nie liczymy bowiem luźnych przypadków, które co najmniej setkę wynosiły. Porównawszy cyfrę obecnych chorych z cyfrą z roku 1884 widzimy, iż różnica jest na korzyść roku 1886. Korzyść ta jest dość znaczną, gdyż blisko 200 osób wynosi. (W roku 1884 było chorych 277 w roku zaś 1886: 474).

Ogólna ta cyfra 474 rozpada się na 354 to jest cyfrę przedstawiającą nam chorych chorobom narządu oddechowego uległych, i 120 dotkniętych różnemi innemi cierpieniami. Co do pierwszej, która jak widzimy w stosunku do całości była bardzo znaczną, odnośnych chorych możemy rozmieścić w następnych gruppach:

Gruppa 1. Obejmująca wszelkie nieżyty bądź umiejscowione (szczytowe) bądź rozlane z charakterem *p r z e w l e k ł y m*. 54

Gruppa 2. Wszelkie zmiany miąższu płuc zjawiskami przysłuchowemi i stępieniem odgłosu opukowego się zdradzające. 172

Gruppa 3. Oprócz zmian powyższym dwóm gruppom właściwych cechująca się zniszczeniem miąższu płucnego na większej lub mniejszej przestrzeni (obecność jam) wszelako jeszcze bez wysoko posuniętych zmian w stanie ogólnym *resp.* przy względnie niezbyt znacznem podkopaniu ogólnego odżywiania. 88

Gruppa 4. Obejmująca przypadki, które oprócz zmian wyżej oznaczonych, przedstawiają wysoko posunięte zaburzenia w całym ustroju o uogólnianiu się sprawy świadczące i upadkiem odżywiania się cechujące. 18

Oprócz tego, z innemi cierpieniami narządu oddechowego było chorych: 22 a mianowicie:

Z rozedmą płuc 8

Z zjawiskami następczemi po zapaleniu opłucnej 12

Z astmą nerwową. 2

Razem wszystkich przypadków 354

Zestawiając cyfry obecne z cyframi w poprzednich dwóch sprawozdaniach podanemi, łatwo dojdziemy do tego pocieszającego wniosku, że gdy dawniej liczba cięższych, rzec można żadnej nadziei nieprzedstawiających przypadków przez lekarzy nadsyłanych, była stosunkowo dość znaczną, to w ostatnim roku przewagę stanowiły przypadki pewniejsze szanse poprawy przedstawiające.

Wogóle mniej było znacznie przypadków rozpaczliwych niż lat poprzednich. Chorzy tej kategorii zwykle przyjeżdżają najwcześniej, mając to przekonanie, że byle tylko się dostać do Sławuty, to reszta już sama się znajdzie, to jest, że już wyleczenie będą mieli zapewnione. Tymczasem zawód ich spotyka. Wczesna pora w której pogoda jeszcze jest wątpliwą i naglejsze zmiany temperatury często się pojawiają, wcale korzystnym sposobem na przebieg procesu nie oddziaływa. Chorzy podobni, których panowie lekarze domowi coprędzej się chcą pozbyć, po niedługim pobycie (nieraz po dniach kilku) umierają, skutkiem czego, jeżeli się zdarzają przypadki śmierci w Sławucie, to mają miejsce prawie wyłącznie na samym początku sezonu leczniczego. Rozumiemy bardzo dobrze położenie lekarza ordynatora na którego tak rodzina chorego jak i sam chory wywiera nacisk pragnąc jak najszybszego wyjazdu do stacyi leczniczej, wszelako przysyłanie takich chorych, których blizki koniec na pewno przewidzieć się daje, niczem się nie da usprawiedliwić. Na tę smutną i arcyniehumanitarną okoliczność zwracałem już dawniej uwagę; wszelako jak się okazuje, skutku żadnego to nie osiągnęło.

Najliczniejszemi były przypadki, które do grupy drugiej zaliczyliśmy. Stosunkowo mniej daleko mieliśmy przypadków wyłącznie nieżyłowego zajęcia dróg oddechowych. W liczbie tych ostatnich 5 zasługuje na wyróżnienie z powodu, iż były spostrzegane w przeciągu 3 sezonów leczniczych t. j. poczynawszy od roku 1884. Były to przypadki umiejscowionych nieżyłów szczytowych, które z roku na rok traciły na swem natężeniu, tak, iż w ostatnim sezonie zaledwie ślady ich stwierdzić było można. Najsilniejszy nacisk przy ich leczeniu kładliśmy na gimnastykę płuc wychodząc z zasady, iż przywrócić prawidłową czynność narządowi, znaczy tyle co go wyleczyć. Głębokie wdechy przy współczesnym ucisku dolnego odcinka klatki piersiowej celem zmuszenia odcinków górnych do zastępczej czynności, powtórne, głębokie wdechy z rękami ku górze i zewnątrz silnie wyciągniętymi, służyły nam jako środki ku udokładnieniu czynności szczytów płuc. Nie ulega wątpliwości, że zaniedbanie podobnych stanów cechujących się uporczywą sprawą nieżyłową od dawna trwającą, prędzej czy później zaprowadziłoby do gruźlicy, albo ściślej do infekcyi gruźliczej dla której sprawy nieżyłowe są najważniejszym ze znanych dotąd momentów usposabiających. Z 172 przypadków do grupy drugiej należących przeszło $\frac{1}{3}$ część bo 58 przypadków doznało bardzo znacznego pod każdym względem polepszenia t. j. nie tylko pod względem stanu ogólnego lecz i zmian miejscowych. Połowa z tych znowu, była spostrzegana przezemnie w ciągu dwóch i trzech sezonów, co tym więcej dawało nam podstawę do twierdzenia, iż chorzy są na drodze do wyleczenia. I w grupie trzeciej wyniki dłuższego pobytu w leśnym klimacie dały nam również dobre wyniki, poprawa wszelako dotyczyła prawie wyłącznie stanu ogólnego chorych. Chorzy zyskiwali na wadze i siłach, ekspektoracyja znacznie się ograniczyła, gorączka prawie we wszystkich przypadkach znikła, bądź też tylko w dłuższych przestankach na czas pewien się pojawiała; miejscowej atoli poprawy wykazać nie byliśmy w możności. Ostatnia grupa, będąca raczej przedmiotem obserwacyi aniżeli leczenia, z natury rzeczy nie mogła dać w tym stosunku co inne dodatnich re-

zultatów, chociaż w dwóch przypadkach nie przedstawiających żadnej nadziei notowaliśmy bardzo znaczne polepszenie, zawdzięczając li tylko klimatowi a nie żadnemu lekowi. Przypadki rozedmy płuc uległy polepszeniu o tyle, o ile pod wpływem klimatu nastąpiła poprawa odżywiania; dotykalsza jednak ulga, następowała dopiero po systematycznym leczeniu mechanicznem, to jest po kilkunastu do kilkudziesięciu posiedzeniach pneumatycznych podczas których chorzy w rozrzedzone powietrze wydychali. Przypadków które do następstw po zapaleniu opłucnej odnieść należy, mieliśmy 12. Jeden zakończony śmiercią; pozostałe zaś, z których dwa były operowane przez prof. RYNKA w Kijowie, wszystkie doznały bardzo znacznego polepszenia. Na wyróżnienie zasługuje przypadek w którym ilość nagromadzonego płynu w jamie opłucnej była olbrzymia. Objawy sinicy i bezdechu przy szybko zwiększającej się puchlinie stóp skłoniły mnie do dwukrotnego w obec kolegów wypuszczenia płynu za pomocą przyrządu Potain'a. Po każdym wypuszczeniu następowała znaczna bardzo poprawa. Atoli ucisk płuca był tak silny i już od całych miesięcy trwający, że już wkrótce po wypuszczeniu płynu jama na nowo płynem się napępiała wyciągając cały odżywezy ze krwi chorego materyjał; wysięk bowiem (bez woni, przezroczysty, blade zielonawego koloru) za zagotowaniem krzepł w całej massie tak jak surowica krwi. Z dwóch przypadków astmy nerwowej jeden bardzo nieznacznej doznał poprawy, drugi pomimo wszelkich środków żadnego nie doznał polepszenia. Również bezskuteczne przeciwko temuż przypadkowi było stosowanie przedtem różnych klimatów jak to: nadmorskiego, wysokogórskiego i podalpejskiego.

Na szczególne uwzględnienie zasługują tu przypadki suchót płuc powikłanych gruźlicą krtani a w szczególności owrzodzeniami gruźliczemi tego narządu. Fakt wyleczalności suchót krtaniowych, dziś nie ulega już zaprzeczeniu, chociaż niejednen z lekarzy z niedowierzaniem o tem słucha. Jedyny sposób rozwiązania wątpliwości pod tym względem byłby, jak sądzę, tylko ten, aby sami lekarze nie pomijali sposobności stosowania miejscowego leczenia ile razy mają w swej obserwacyi przypadek do leczenia się nadający. Bierne całkiem zachowanie się i sceptycyzm jakoby na tem się opierający, że dotychczasowe usiłowania lecznicze nie dały stanowczych, dodatnich wyników, dziś uważać już należy za niezrozumienie zadania jakie ma lekarz przed sobą.

Z przypadków tu należących leczyłem w ciągu ubiegłego sezonu w Sławucie 12 osób z których 3 były mi nadesłane przez kol. HERYNGA celem kontynuowania leczenia rozpoczętego w Warszawie, 2 takie, które leczylimy razem po uprzednim pobycie chorych w Sławucie, reszta zaś wyłącznie u mnie się leczyła. Najwięcej interessu przedstawiał przypadek rozległych owrzodzeń i nasięków gruźliczych krtani spostrzegany u obywatela D. szczegółowo przez kolegę HERYNGA w Medycynie z r. zeszłego opisany. Krtan pana D. przedstawiała tak rozległe zniszczenia, owrzodzenia i nasięki, że ze względu na wyniki lecznicze przypadek dany śmiało można zaliczyć do wyjątkowych w laryngoterapii. Pacjenta otrzymałem już z zabliźnionemi owrzodzeniami lecz ze ścianą tylną krtani mocno wypukłą. Trzydzieści kilka wcierań z czystego kwasu mlecznego w ścianę tylną pod kokainą, znakomicie nasięk ściany tylnej

ograniczyło; a że poprawę już do trwalszych zaliczyć było można, dowodzi tego i to, że w miesiącu Marcu r. b. (mniej więcej w 8 miesięcy po ukończeniu przez pana D. kuracyi w Sławucie) widzieliśmy razem z kol. II. pacjenta tu w Warszawie; ma on się wybornie pod każdym względem. Krtan aczkolwiek ślady utraty substancyi przedstawia, ma zresztą wygląd całkiem normalny, głos czysty, waga ciała na jednej wysokości się otrzymuje w granicach budowie, wiekowi i konstytucyi chorego odpowiadających, infiltraty w płucach zredukowane do minimum. Drugi przypadek dotyczył pani E. J. leczonej przezemnie od r. 1885. Chora w obu szczytach płuc przedstawiała zgęszczenia dość wyraźne; gruczoły szyjowe obrzmiałe, przytem struny fałszywe przedstawiały w połowie swej długości symetryczne owrzodzenia. Po upływie 2 miesięcznego klimatyczno-kumysowego leczenia, owrzodzenia w zupełności uległy zabliznieniu. Za wyjątkiem kokainy którą w czasie utrudnionego polykania stosowałem, żadnych innych środków pacjentka nie używała tak, iż rzeczony przypadek można uważać za przypadek samodzielnego wyleczenia się owrzodzeń gruczliczych krtani. W r. 1886 pacjentka znowu do Sławuty przybyła. Badanie krtani wykazało *chorditis tuberculosa sinistra* która pod wpływem wcierania kwasu mlecznego znakomicie się ograniczyła. Przed 2-ma miesiącami chora przybyła do Warszawy z przerostowemi zmianami gruczliczej natury na strunie fałszywej lewej. Kol. HERYNG na drodze operacyjnej część przerosłą odjął, a pacjentka z głosem znacznie lepszym (chrypiał przedtem od lat kilku) wyjechała, mając znowu zamiar przepędzić lato w Sławucie. Tym sposobem będziemy mieli możność stwierdzenia, czy sprawa się odnowi czy nie. Trzeci przypadek dotyczył obywatela S. i był bardzo do przypadku pierwszego podobny. Pod wpływem wcierań kwasu mlecznego nastąpiło wyleczenie, które trwa do tego czasu. Na uwagę również zasługuje przypadek 4-ty gruczliczego przerostu błony śluzowej krtani w postaci fałdy podłużnie na ścianie tylnej przebiegającej. Przy badaniu, fałda ta przedstawiała się jako trójkątna wyrost. Gdy jednak wyrost ta pod wpływem wcierania kwasu mlecznego nie zniknęła, lecz się nieco oddalała, można było wyprowadzić wniosek, że mamy do czynienia z fałdą, która też operacyjnie później została usunięta. Przypadek ten dotyczył pana P. Ośm pozostałych przypadków dotyczyło 4-ch mężczyzn i 4-ch kobiet. Zmiany polegały na ulceracyjach strun głosowych prawdziwych, fałszywych, bądź obu, bądź jednej tylko. W żadnym przypadku nie brakło nacieku ściany tylnej, a w dwóch prócz tego miała miejsce silna infiltracja chrząstek nalewkowych, oraz, we wszystkich bardzo znaczna chrypka prawie do zupełnego bezgłosu dochodząca. We wszystkich przypadkach używałem energicznych wcierań kwasu mlecznego, trzymając się ściśle wskazówek przez HERYNGA (o. c.) podanych i dla tego szczegółów zkradnąd znanych tu nie przytaczam.

Znacznie mniejszą część, bo tylko 120 stanowiły przypadki obejmujące inne rodzaje chorób a mianowicie:

1. Przewlekłe niezłyty dróg pokarmowych 31
2. Ogólne osłabienie po wycieńczających chorobach 19
3. Nieprawidłowości w miesiączkowaniu 13
4. Blednica 11

5. Żołyzy zastarzałe.	10
6. Przewlekłe zapalenia macicy	9
7. Zakażenie zimnicze.	8
8. Wszelkie inne cierpienia powyższemi gruppami nieobjęte (choroba Basedowa, neurasthenia, nerwobóle, wady serca, hysteryja i t. d.).	19
	Razem 120

Za wyjątkiem jednego przypadku charłactwa zimniczego, który pozostał bez zmiany i jednego nerwobólu czaszkowego, reszta przypadków dążyła bądź większego bądź mniejszego polepszenia. Szczególniej pomyślnym był przebieg cierpien przewodu pokarmowego. W roku sprawozdawczym trzymaliśmy się ściśle wskazówek wyrobionych przez doświadczenie dwóch poprzednich lat, stosując z początku kumys w małych dawkach i stopniowo je zwiększając. We wszystkich przypadkach mianowicie połączonych z ogólnym upadkiem odżywiania, którego przyczyną była zła assimilacja, waga ciała dość szybko wzrastała, chorzy pod każdym względem się poprawiali, tak, że po upływie miesiąca mogliśmy byli już im zalecać śmielsze użycie pokarmów, które poprzednio bądź to silne rozwolnienia bądź objawy cardialgiczne wywoływały. W jednym przypadku silnego kurczu żołądka, którego napady miały charakter do pewnego stopnia przestankowy, oprócz kumysu stosowaliśmy l. a. prąd stały, co po upływie już trzech tygodni wyborny dało rezultat. Wycierania hydropatyczne również niemałe w cierpieniach dróg pokarmowych oddały nam usługi. Na energiczny wpływ klimatu leśnego w żołądkach nawet bardzo uporczywych i zastarzałych, już wyżej zwracaliśmy uwagę. Tu dodać winienem, iż w niemocy tej stosowaliśmy oprócz leczenia czysto klimatycznego i kumysowego, kąpiele ciechocińskie uważając je za środek pomocniczy, klimatowi głównie pomyślny wpływ przypisując. Nieprawidłowości w miesiączkowaniu i blednica, stanowią dla klimatu sławuckiego wraz z kąpielami i użyciem przetworów żelaza, już to w postaci pigulek sposobem BLANCARDA podawanych, już źródeł żelazistych, bardzo wdzięczny dla leczenia materyjał. Do działu tego zaliczyć należy także przewlekłe sprawy mięjszu macicy dotyczące. W tych ostatnich cierpieniach z pożytkiem stosowaliśmy kąpiele igliwiowe. Chociaż środki jakimi rozporządzamy obecnie w Sławucie są dość wystarczające, jednak dałyby się one uzupełnić, przez zaprowadzenie kąpeli borowinowych i żelazistych. Wiadomo, że sztuczne kąpiele żelaziste z wielkim pożytkiem mogą być stosowane przy tych cierpieniach dla których wysyłamy chorych do Krynicy, Francensbadu i t. p. Wielka ilość rozpuszczalnego dwuwęglanu żelaza jaka się w wodzie podczas kąpeli wytwarza, oraz bogactwo wywiązującego się kwasu węglanego dowodzi, iż ze stanowiska balneoterapeutycznego kąpiele podobne w zupełności czynią zadość wymaganiom jakie kąpielom żelazistym w ogóle stawiamy. Nadto, bardzo byłoby pożądanem aby w miejscowości podobnej jak Sławuta urządzoną była sala gimnastyczna celem metodycznego stosowania gimnastyki leczniczej. Mamy nadzieję, iż z czasem to nastąpi. Tymczasem posiłkujemy się zalecaniem gimnastyki bez wszelkich przyrządów, mianowicie gimnastyki oddechowej wedle wskazówek w każdym specjalnym przypadku szczegółowo chorym podawanych.

Jednym z ważnych środków pomocniczych, a w niektórych przypadkach czyniących zadość najważniejszemu wskazaniu, były inhalacje w różnych postaciach stosowane. Ściśle biorąc, już sam las jest wielkiem naturalnem inhalatorium dostarczającym substancyj żywicznych płucom w stanie najsubtelniejszego rozdrobnienia. Atoli nie we wszystkich przypadkach las jest w tym względzie dostatecznym. W przypadkach cechujących się dążnością do rozkładu wydzielin płucnych, wprowadzanie przetworów antyseptycznych do dróg oddechowych jest niezbędnem. Do tego celu używaliśmy: albo wziewań zimnych z dużego rozpylacza dwubalonowego; albo przyrządu w którym podgrzane roztwory antyseptyczne następnie za pomocą powietrza z mieszka przez nie przechodzącego ulegały wstrząśnieniu i dopiero do rury szklanej z ustami się łączącej w stanie rozpylenia się dostawały; albo też inhalacyj suchych, polegających na nalaaniu na watę płynów antyseptycznych i umieszczeniu tejże waty płynami rzeczonemi napojonej w rodzaju lejka do ust przykładanego, albo wreszcie w przypadkach typowego zajęcia dróg oddechowych sprawami rozkładowemi się cechujących (*bronchitis putrida*, jamy bronchiektatyczne, płwocina śluzo-ropna i t. p.) własnego aparatu o którym w poprzednich sprawozdaniach wzmiankowaliśmy. Do dawniej stosowanych środków przybył jeszcze kwas mleczay, który w dwuprocentowych roztworach do dróg oddechowych wprowadzałem. O szczegółach samej techniki dotyczących nie rozwodzę się tu obszerniej, raz dla tego, że kwestyją tę już na innem miejscu razy kilka poruszałem, a nadto, że rzecz o miejscowem leczeniu dróg oddechowych w swoim czasie obszerniej przedstawię, co w sprawozdaniu raz nie byłoby możebnem z uwagi na stronę experimentalną przedmiotu, a powtórę, że nad miarę by przekroczyło niniejszy artykuł.

Chociaż rzeczy administracyjnej natury w sprawozdaniu mającem na celu przedstawienie działalności lekarskiej zwykle nie są uwzględniane, nie dałoby się jednakże nieczem usprawiedliwić gdybyśmy w danym razie choć w kilku słowach nie uczynili wzmianki o licznych udogodnieniach jakie przez obecnego właściciela Zakładu Sławuckiego Doktora L. PRZESMYCKIEGO z wielkim nakładem poczynione zostały. Pomijając zabezpieczenie całego teritorium Zakładu za pomocą stosownego ogrodzenia, którego brak dotkliwie czuć się dawał, a skutkiem czego chorzy niejednokrotnie mogli być przez osoby obce niepokojeni, główny nacisk położyć muszę na pobudowanie nowych łazienek na Horyniu obejmujących zarazem dwa oddziały hydropatyczne t. j. jeden dla mężczyzn drugi dla kobiet. Łazienki umieszczone zostały tuż przy źródle nowo ocembrowanem i dostarczającym wody o ciepłocie $+ 6,2^{\circ}$ R. a zatem do wszelkich celów hydropatycznych wystarczającym. Dla widoków zdrowotnych zabudowania stajenne, które poprzednio zbyt blisko gmachu głównego się znajdowały i przez to przy niepomyślnym wietrze zanieczyszczenie powietrza powodowały, na znaczną przestrzeń odsuniętemi zostały. Zbudowanym też został w nowym zupełnie stylu wedle projektu Dyrektora Technicznego pana J. Szajca gustowny dom mieszkalny o 12 numerach wśród drzew, który prawdopodobnie dla osób używających wyłącznie kuracyi hydropatycznej spo-

żytkowanym zostanie. Takie oddzielne pomieszczenie osób korzystających z woleczenia jest koniecznem, aby innym chorym poważniej cierpiącym nie przerywać ранnego wczasu przy wykonywaniu procedur hydropatycznych zwykle wcześniej się rozpoczynających. Nie mało też zaufania w publiczności obudziła ta okoliczność, iż pastwiska które dawniej o wiorst kilka od Zakładu były odległe obecnie zamienione zostały na pastwiska położone naprzeciw samego Zakładu z drugiej strony IIorynia. Tym sposobem każdy może z łatwością porachować ilość pasących się kłaczy, może być świadkiem ich dojenia, i wreszcie może od początku do końca być obecnym przy wyrobie kumysu; wskutek tego raz na zawsze usuniętemi zostały wszelkie podejrzenia i niedomawiane słówka, jakoby nie wszystek kumys z mleka kobyłego był wyrabiany. Zaznaczyć również należy, iż ku użytkowi przyjezdnych, w roku upłynionym stanęło w różnych punktach pod lasami Sławutę otaczającami, kilkanaście domków dość wygodnie zbudowanych, a nadto, iż i w roku bieżącym znowu ma ich pewna liczba przybyć; słowem, że z roku na rok widzimy acz powolny lecz stały rozwój Sławuty, która już dziś wygodnie może dać pomieszczenie dla tysięcy z górą przyjezdnych osób. Że rozwój ten zawdzięcza Sławuta li tylko obecności w swym obrębie Zakładu leczniczego, nie może ulegać wątpliwości, jeżeli zwrócimy na to uwagę, iż w czasach dzisiejszej stagnacji i powszechnego ubóstwa wszystkie podobne osady i miasteczka poupadały. Znakomicie też ograniczyły swą produkcją i Sławuckie fabryki, a pomimo tego ruch budowlany się wzmógł i wzmaga coraz bardziej idąc za wzrastającymi potrzebami licznej rzeszy przyjezdnych. Wreszcie, na zakończenie dodać uważamy za właściwe, iż Dr. PRZESMYCKI pragnąc udostępnić korzystanie z kuracji w Sławucie szerszemu kołu przyjezdnych, znacznie zredukował ceny tak lokalów jako i kumysu. Również pewna redukcja wprowadzoną została i w cenach innych przedmiotów cennikiem obojętym, co w obec znacznych nakładów szczególnie w ostatnim roku poniesionych dowodzi, iż właściciel własne swe widoki umie postawić na drugim planie i pragnie granice działalności Zakładu Sławuckiego rozszerzyć.

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 5 Kwietnia r. b.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 16).

Kol. REICHMAN opowiadał o chorym, którego zawartość żołądkowa przedstawia kolor różowy, zależny, prawdopodobnie od drobnoustrojów, jak badanie podjęte przez BUJWIDA zdaje się wskazywać.

Kol. RUPPERT mówił o rokowaniu przy krwotokach kiszkowych w tyfusie brzuszny. Krwotoki kiszkowe dawniejszemi czasy uważane były za objaw bardzo ciężki w tyfusie brzuszny, dopiero GRAVES i TROUSSEAU postavili rokowanie pomyślniejsze. Ostatni ten pogląd udzielił się wielu innym autorom, a PETER przypisuje krwotokom wzmiankowanym wpływ krytyczny na przebieg tyfusu. JACCOUD z całą siłą odpięra tę teorię. Przyczynę tej sprzeczności R. widzi w tem, że wymienieni autorowie opierali swe wnioski na zbyt szczupłej ilości spostrzeżeń. Statystyka GRIESINGERA i LIEBERMEISTERA, oparta na stosunkowo wysokich cyfrach, wykazuje że przeszło $\frac{1}{3}$ chorych tyfusowych, po-

wikłanych krwotokami kiszkowemi umiera. Jakkolwiek obliczenie to daje nam już lepsze pojęcie o znaczeniu tego powikłania, to jednak tylko szczegółowa statystyka kliniczna, szczegółowy rozbiór objawów i warunków występowania krwotoków dałyby możność ściślejszego rokowania w pojedynczym przypadku, co jest szczególnie ważnem w praktyce prywatnej.

Od roku 1880 R. spostrzegał 6 przypadków tyfusu brzuszego, powikłanego krwotokami kiszkowemi, zakończone wszystkie śmiercią. Statystycznych obliczeń R. nie podaje, ze względu na niewielką ilość przypadków w porównaniu ze statystyką LIEBERMEISTERA. Historyi swych przypadków R. podaje tylko dwa, zaznaczając, że pozostałe 4 miały przebieg podobny do drugiego z przytoczonych przypadków. Przypadek pierwszy spostrzegany w szpitalu Wolskim w 1885 r. dotyczył 29-letniej kobiety, u której krwotok wystąpił 15-go dnia tyfusu brzuszego, nazajutrz po zjedzeniu jabłka surowego. Krwotok kiszkowy był tak gwałtowny, że wkrótce wystąpiły objawy zapadu, ciepłota spadła do 36,0, lecz już wieczorem dosięgła 38,0, a następnych dni gorączka była znaczna, krwotok się już nie powtórzył. Trzeciego zaś dnia po krwotoku wystąpiły objawy płatowego i prawostronnego zapalenia płuc, któremu chora uległa w 10 dni później. Sekcja wykazała zmiany w płucu właściwe późnemu okresowi zapalenia krupowego i wrzody tyfusowe w cienkiej kiszce w okresie gojenia. Przypadek 2-gi spostrzegany w 1886 r. dotyczył mężczyzny 62-letniego, otyłego i dobrze zbudowanego, rozedma płuc. Krwotok wystąpił 18 dnia rano po wysiłku fizycznym i trwał z przerwami kilkogodzinniemi do wieczora dnia następnego. Z początku krwotoki nie były obfite, to też dopiero ostatni wywołał objawy silnego zapadu, a przy ostatnim wystąpiły pół godziny trwające dreszcze wstrząsające z ciepłotą 39,5, w trzy godziny później chory zmarł.

Jakkolwiek w 1 przypadku chora zmarła na pneumonię, a nie w skutek krwotoku, to jednakże ten ostatni zmniejszył odporność organizmu, a spowodowany był przez proste, ograniczone przerwanie naczyń błony śluzowej kiszek, będących w tyfusie w stanie silnego przekrwienia. W 2-im przypadku i 4 innych, o których R. tylko wzmiankuje, krwotoki powtarzały się do końca życia, musiały tu więc istnieć szczególne warunki, nie sprzyjające zatrzymaniu się krwawienia. Ponieważ przy sekcji tylko bardzo rzadko daje się wykazać przerwanie większego naczynia kiszek i ponieważ przebieg kliniczny za tem przemawia, należy przyjąć, że krwotoki te są najczęściej miąższowe, że zachodzą na rozległej przestrzeni błony śluzowej i nie ograniczają się jedynie do miejsc zajętych przez owrzodzenie. Nowsze badania (RAYMOND) wykazują zmiany w najdrobniejszych naczyniach i kapillarach kiszek w tyfusie, że wylewy krwi mogą powstać *per diapedesin*, obfitsze zaś krwotoki w skutek przerwania zmienionych naczyń na rozległej przestrzeni. R. dochodzi do wniosku, że przypadki powikłane krwotokami kiszkowemi, pominawszy krwotoki przypadkowe (1-szy przypadek), stoją w bliskim stosunku do tych przypadków tyfusu brzuszego, w których niema krwotoków kiszkowych, ale występują liczne wylewy krwi w innych narządach; różnica polega na tem, że skłonność do krwawienia i przypuszczalna jej przyczyna—zmiany w naczyniach—ograniczają się tu do błony śluzowej kiszek, gdy tam dotyczą wielu innych narządów. Zmiany te w naczyniach prawdopodobnie zachodzą pod wpływem zarazka tyfusowego, co nam znowu tłumaczy w pewnym stopniu pojawienie się t. zw. krwotocznego *genius epidemicus*. Obok tych krwotocznych form tyfusu brzuszego zdarzają się krwotoki kiszkowe najzupełniej przypadkowo (1-szy przypadek), lub w skutek szczególnego umiejscowienia wrzodu tyfusowego w sąsiedztwie większej gałązki tętniczej. Takie krwotoki o ile na razie śmierci nie powodują dają rokowanie lepsze, aniżeli te które występują w krwotocznej postaci tyfusu. Ponieważ na razie trudno wiedzieć, czy się krwotoki powtarzać będą, należy zachować się

wyczekująco, a powtarzający się krwotok, choćby na razie ciężkich przypadłości nie powodował, jako groźny objaw uważać. Dreszcze wstrząsające z podniesieniem ciepłoty w 2-gim przypadku, R. tłumaczy ostrem zakażeniem krwi (*septicaemia*), spowodowanem wessaniem produktów rozkładu zawartości kiszek do przerwanych na rozległej przestrzeni naczyń. Nowe to powikłanie pogarsza jeszcze rokowania. Co do znaczenia okresu choroby, to należy przyjąć, że w późniejszym okresie tyfusu nawet jednorazowy krwotok, z powodu wycieńczenia chorego, łatwiej upadek sił spowodować może. Rozedma płuc, wada serca i t. d. powodując zastój krwi mogą uporeczywość krwotoków podtrzymywać.

Środki mające działać miejscowo wstrzymująco na źródło krwotoku celu nie osiągają. R. zaleca opium, ergotynę, okłady lodowe na brzuch, obok pożywej lekko strawnej dyety, a w razie zapadu środki podniecające.

Kol. PRZEWÓSKI nigdy nie mógł znaleźć przy sekcji naczyńia będącego źródłem krwotoku kiszkiowego w tyfusie. Gałązki *art. mesaraicae super.* rozprzestrzeniające się kolisto po jelicie są bardzo małego kalibru i przeżarcie jednego lub kilku nie mogłoby powodować większego krwawienia. Zresztą krwotoki kiszkiowe zdarzają się w pierwszych 15 dniach tyfusu, kiedy jeszcze wrzodów nie ma. Należy przeto przypuścić krwotoczną dyatezę, to jest zmiany tak w ścianach naczyń, jak i w składzie samej krwi. W przypadkach natomiast większego krwotoku płucnego prawie zawsze znajdował w ścianie jamy grucielczej przeżarte naczynie, a w ostatnich czasach, kiedy bardziej zwracał na to uwagę, małeńki aneuryzmat.

Kol. SOKOŁOWSKI przytacza parę przypadków krwotoku kiszkiowego w tyfusie przez siebie spostrzeganych.

Kol. OLTUSZEWSKI jest na podstawie swej praktyki szpitalnej i prywatnej zdania, że niektóre epidemie tyfusu łączą się częściej, aniżeli inne z krwotokami kiszkiowymi. W roku np. 1886 spostrzegł dwa takie przypadki, niezależne od błędów dyetetycznych, z których w jednym zakończonym wyzdrowieniem krwotok wystąpił 3 dnia choroby ułatwiając w obec zupełnego braku charakterystycznych objawów rozpoznanie, drugi zakończył się śmiercią. Od innych kolegów dowiedział się o licznie w tym roku spostrzeganych przypadkach tyfusu z krwotokami kiszkiowymi.

Kol. BARANOWSKI utrzymuje, że są przypadki w których wskazany jest olejek rycynowy, mianowicie takie, gdzie krwotok spowodowany został przez przyjęcie drażniących pokarmów, jak w 1-ym przypadku RUPPERTA, lub przy objawach poczynającego się rozkładu wylanej do jelita krwi.

Kol. DOBRZYCKI zwraca uwagę na wielkie różnice w odsetkach jakie statystyka tu należąca podaje. Gdy wedle statystyki LIEBERMEISTER'A tysiąc kilkaset przypadków obejmującej i przez kol. R. przytoczonej wypada blisko 8% przypadków powikłanych krwotokami, to wedle materiału przez kol. D. zebranego odsetka ta jest daleko mniejszą gdyż tylko 2 z ułamkiem wynosi. Na siedemset kilkadziesiąt bowiem przypadków leczonych w przeciągu lat 16-stu w szpitalu w Mieni (przecięciowo rocznie 45 przypadków) kol. D. widział wszystkiego 18 przypadków krwotocznych, które prawie bez wyjątku miały miejsce w późniejszym okresie choroby i z małemi wyjątkami przekroczeniami dyetetycznymi wywołane były. Nadto kol. D. wypowiada przekonanie, iż tak zwany krwotok *per diapedesin*, żadną miarą niemożę nam wyjaśnić pojawiającej się naraz wielkiej ilości krwi w wypróżnieniach stolcowych, jak to twierdzi kol. PRZEWÓSKI. Bez naruszenia całości ścian naczyńiowych, niepodobna sobie zdaniem kol. D. wytłumaczyć powstawania dużych krwotoków, chociaż przy sekcji po większej części nie daje się wykazać źródło samego krwotoku. Kol. D. jest zdania, że staranna iniekcya naczyń mogłaby wykryć punkt z którego krwotok miał miejsce.

Kol. JAWDYŃSKI odczytał sprawozdanie z opisu przypadku zapalenia ro-

pnego spojenia łonowego i obu stawów krzyżobiodrowych, przedstawionego przez kol. GULIŃSKIEGO w rękopisie przy podaniu się na członka rzeczywistego naszego Towarzystwa.

Na zakończenie kol. SZTEMBART przedstawił preparat anatomiczny potworku płodu, którego urodzenie się wymagało pomocy sztuki z powodu nadmiernej wielkości jego tułowia; przodująca główka została uprzednio od tułowia oderwana. Pomimo to, gdy poród nie postępował przywołano kol. S., który otworzył hakiem ostrym jamę brzuszną płodu, z której wypłynęło około 7 funtów cieczy wodnistej; po urodzeniu się górnej połowy tułowia, dostrzeżono że dolną połowę jamy brzusznej wypełnia guz chelboczący który również otworzono i nareszcie przez pociąganie cały tułów płodu wydobyto. Jama piersiowa tego płodu i zawarte w niej narządy nie przedstawiają nic godnego uwagi, jama brzuszna w kształcie olbrzymiej torby, zawiera w dolnej swej części drugą znacznie mniejszą torbę, o ścianach tęgich skórzastych, będącą nadmiernie rozwiniętym pęcherzem moczowym, w kształcie poprzecznego owala wielkości orzecha kokosowego. Do pęcherza tego prowadzi jedyny gruby moczowód od nerki lewej; nerki prawej nie ma, istnieje tylko prawe przynierze. Zupełny brak cewki moczowej, jako też zewnętrznego jej otworu, części płciowych wewnętrznych i zewnętrznych, jako też otworu stolcowego; jelito grube kończy się ślepo i przylega od góry do opisanego pęcherza moczowego, lecz doń się nie otwiera. Kończyny górne i dolne słabo rozwinięte; kończynie dolnej prawej brak wrodzony stopy. Czy i jakie zmiany istniały w budowie anatomicznej czaszki i mózgowia w niej zawartego, niewiadomo, gdyż oderwaną główkę tego płodu ukryto i kol. S. nie mógł jej zabrać dla uzupełnienia całości przedstawionego wyrobu anatomicznego.

ODCZYTY KLINICZNE.

O niezbytach pęcherza moczowego przez prof. GUYON'A (*Annales des maladies des organes génito-urinaires* 1886, 1887).

Streścił Dr. T. Solman.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 16).

Nieżyt pęcherza u chorych na kamień występuje w dwóch odmiannych postaciach zależnie od tego, czy jest cierpieniem wtórnem, przyłączającym się do objawów kamienia z nerek pochodzącego, czy też cierpieniem głównem, jednym z następstw którego jest wytworzenie się kamienia. Rozpowszechnionem jest zdanie, że kamieniom pęcherza koniecznienieżyt towarzyszyć musi. GUYON twierdzi, że powyższy pogląd jest mylnym. Wogóle jednak kamienie w pęcherzu łatwo wywołują niezyt pod wpływem różnych, niejednokrotnie nawet mało znaczących, przyczyn. Do rzędu tych przyczyn wywołujących należą: nadmierny ruch; zatrzymanie moczu; badanie zgłębnikiem, szczególnie źle zdezinfekowanym; przygotowawcze przed operacją kruszenia kamienia wprowadzanie zgłębników do cewki, oraz próby powolnego, stopniowego rozszerzania pęcherza za pomocą wstrzykiwań (ostatniego sposobu, jako bardzo niebezpiecznego, radzi GUYON nie próbować); wreszcie przyczyną niezytu bywa sama operacja kruszenia kamienia, chociaż obecnie różne udoskonalenia w technice tej operacji, a szczególnie wprowadzenie litholapaxy BIEGELOW'A, chronią od powstawania niezytu, a nawet poniekąd już istniejący niezyt usuwają, i tylko przy niepomysłnych warunkach, znacznych trudnościach operacyjnych, przy ważnych zmianach w pęcherzu, powikłanie powyższe wyjątkowo występuje. Małe kamienie, jako bardziej ruchome niż kamienie znacz-

nych nawet rozmiarów, drażnią pęcherz daleko więcej i dlatego też częściej od tych ostatnich nieżyt wywołują. Wytwarzanie się kamieni przy nieżycie pęcherza jest w związku z alkalicznem oddziaływaniem moczu, zazwyczaj nieżyłtowi pęcherza towarzyszącem, przyczem opadające fosforany, szczególnie zaś fosforan ammonomagneziowy, zmieszane z wydzieliną śluzowo-ropną, lepką wskutek działania ammonu, tworzą kamieniste złoży. Z pomiędzy odmian nieżyłtów pęcherza, które najbardziej sprzyjają wytwarzaniu się kamienia, pierwsze miejsce zajmuje nieżyt pęcherza przy jednoczesnem powiększeniu gruczołu krokowego.

Objawy nieżyłu pęcherza przy kamieniach moczowych nie przedstawiają wogóle wyłącznych a dla tej postaci charakterystycznych oznak. Częsta potrzeba oddawania moczu, bóle podczas, a najwięcej w końcu urynowania, które to objawy i przy innych postaciach nieżyłu pęcherza występują, stają się tem dokuczliwszymi, im nieżyt jest silniejszym t. j. im więcej ropy w moczu się znajduje. Dwa wszelako objawy na szczególne zasługują uwzględnienie, a mianowicie: zmiana charakteru bólów i ich umiejscowienie. *Quo ad primum.* Bóle, jakie zazwyczaj kamieniowi moczowemu towarzyszą, pojawiają się nagle przy gwałtowniejszem poruszeniu chorego, lub pod koniec urynowania, a tak w jednym jak i w drugim przypadku ustępują szybko przy zachowaniu spokoju i odpowiedniem ułożeniu chorego, tak że wedle GUYON'a do większości takich chorych można zastosować aforystyczne określenie, „że są chorzy w dzień, a zdrowi w noc.“ Jednocześnie jednak z przyłączeniem się nieżyłu pęcherza obraz ten zupełnie się zmienia, bóle zjawiające się podczas urynowania lub po nadmiernem zmęczeniu, nietylko nie ustają pod wpływem chwilowego wypoczynku, ale nierzadko stają się tak uporczywymi, że trwanie ich nie na godziny już, ale na dnie i tygodnie liczyć przychodzi. *Quo ad secundum.* Występujące podczas urynowania bóle przeważnie umiejscowione w odbytnicy dochodzą niekiedy do takiego natężenia, że pozwalają przypuszczać cierpienie samej kiszki prostej; bóle takie trafiają się wprawdzie niekiedy przy powiększeniu gruczołu krokowego i przy zwężeniach cewki, ale spostrzegamy je zawsze w daleko wyższym stopniu u chorych na kamień, dotkniętych nieżytem pęcherza. Charakterystycznym również jest przebieg cierpienia, które zawsze występuje napadami różnego natężenia i trwania, a dopiero w późnym okresie choroby, przy kamieniach znacznych rozmiarów objawy nieżyłu stale się wzmagają. Jeżeli kamień wytwarza się skutkiem nieżyłu, to wówczas naodwrot objawy nieżyłu pojawiają się pierwiej, a do nich objawy kamienia przyłączają się dopiero w następstwie, skąd wynika że dla określenia, czy kamień pęcherza w danym przypadku jest przyczyną nieżyłu, czy jego skutkiem trzeba nietylko rozpatrzyć poszczególne objawy cierpienia, ale nadto i porządek w jakim one wystąpiły. Względ ten jest ważnym przy rokowaniu, które przy nieżycie pierwotnym, wywołującym tworzenie się kamienia, jest gorszem, niż przy nieżycie, który do istniejącego kamienia się przyłącza. Przy tej ostatniej odmianie wyleczenie łatwo następuje, gdy przyczyna nieżyłu—kamień—usuniętą została. Przy pierwszej zaś odmianie nieżyt trwa i po usunięciu kamienia, opiera się leczeniu i powroty łatwo powstają. Gdy nieżyt trwa bardzo długo, gdy, szczególnie u osób starych, istnieją jednocześnie zmiany w nerkach, wtedy rokowanie jeszcze się pogarsza.

Leczenie nieżyłu przy kamieniach wymaga przedewszystkiem usunięcia przyczyny, t. j. kamienia, za pomocą skruszenia kamienia lub cięcia pęcherza. W większości przypadków wykonać należy skruszenie. Jeżeli jednak nieżyt jest bardzo silny, wtedy przed powyższą operacją koniecznem jest leczenie przygotowawcze: spój, leżenie w łóżku, środki uśmierzające bóle, najskuteczniejszymi są podskórne wstrzykiwania morfiny; dobre wyniki otrzymują się czasami po kilkakrotnem przemyciu pęcherza roztocznym azotanem srebra. Gdy powyższe środki okazują się bezskutecznymi, pęcherz jest w ciągłym prawie silnym kureczu, to wskazanem jest cięcie pęcherza. Przy nieżycie, który był

przyczyną wytworzenia się kamienia, ważnem jest po skruszeniu odpowiednie leczenie. W tym celu w tydzień po operacyi można już zacząć stosować przemywania pęcherza słabemi rozczykami azotanu srebra, lub wkraplania doń małych ilości silniejszych rozczyków powyższego środka (*instillations*). Leczenie to należy stosować czas dłuższy, w tych zaś przypadkach, gdy, pomimo takiego postępowania, nie możemy osiągnąć poprawy, jeżeli nieżyt pogarsza się, to ograniczyć się należy do stosowania codziennych przemywań pęcherza znaczną ilością obojętnych płynów, przy użyciu jaknajgrubszych i opatrzonych znacznymi otworami cewników. Można nawet zastosowywać od czasu do czasu aspirację, tym bowiem sposobem dadzą się wcześniej usunąć z pęcherza drobne złoże, które w początku powrotu cierpienia wytwarzać się zwykły. (d. c. n.)

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Posiedzenie kliniczne dodatkowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek d. 26 Kwietnia 1887 r. o god. 6 $\frac{1}{2}$ wieczorem.

I. GAJKIEWICZ. Przedstawienie chorego z zanikiem połowy języka (*haemiatrophia linguae*).

II. DUNIN. Sprawozdanie z prac kol. Wł. Brünnera.

III. M. BRÜNNER. Przedstawienie nowych aparatów elektro-lekarskich pomysłu Berenta oraz mikrofonu własnego pomysłu.

IV. JASIŃSKI. a) Rzadki przypadek kyfozy; b) śmierć płodu podczas porodu od uwięźnienia wrodzonej przepukliny pępkowej.

Zagraniczne. Czytamy w Przegl. lekarskim.

Na ostatniem posiedzeniu komisji budżetowej Rady Państwa śród rozpraw nad budżetem uniwersytetów, poseł Czerkawski interpellował Ministra Oświecenia w sprawie założenia Wydziału lekarskiego we Lwowie. Minister odpowiedział, że krok przedwstępny do założenia wydziału lekarskiego już zrobiono, obracając część przyzwolonych na uniwersytet kredytów na wykształcenie sił nauczycielskich. Ale i dzisiaj jeszcze wykonaniu tego projektu stoją na przeszkodzie nieprzewidywane trudności. Poseł Bobrzyński interpelluje względem budowy klinik krakowskich, a w szczególności czy na r. 1888 pierwsza rata na budowę gmachu zakładu patologicznego umieszczoną będzie w budżecie. Minister odpowiedział, że dopiero w ostatnich czasach miał sposobność szczegółowego poinformowania się o stosunkach odnoszących się do pomieszczenia tych zakładów, i uczyni wszystko, co do niego należy, aby uzasadnionym żądaniom uczynić zadość.

— Zarząd miejski w Berlinie postanowił wybudować szpital dla rekonwalescentów w okolicy podmiejskiej.

— Dr. Max GRUBER z Grazu objął w Wiedniu katedrę higieny po zmarłym prof. NOWAKU.

— Nowoutworzone „Towarzystwo niemieckich Anatomów” liczące obecnie już 170 członków odbyło posiedzenie w dniach 14 i 15 Kwietnia w sali Anatomicznej w Lipsku.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W-rze 15. MIERZEJEWSKI. O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych. GLÜCK. Przyczynek do wiadomości o kile w Bośni i Hercegowinie. W *Odcinku*. IŁGOWSKI. Listy z „zachodniego kraju”.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 16: GRUNDZACH. Kilka słów o przypadkach upośledzonego wydzielania soku żołądkowego. A. PANORMOW. O ilościowym określeniu glikogenu i tworzeniu się pośmiertnem cukru w wątrobie (d. c.).

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. G. FRITSCH. Adres Redakeyi: Al. Jerozolimska N. 80 nowy.

Дозволено Цензурою. Варшава, 9 Апрѣля 1887 г.—Члѣонками Михаила Зіемкiewiczа
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).