

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TRESC. *Prace oryginalne.* Uleczalność suchót gardlanych i dzieło D-ra Herynga „O chirurgicznem leczeniu suchót krtani.” Skreślił Prof. I. Baranowski. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy). Sprawozdanie za r. 1885 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych prymaryusza docenta D-ra Zarewicza. Podał Dr. H. Sokołowski. (Dokończenie).—*Streszczenia i wyciągi.* 71. Kilka nowych aposterzeń nad działaniem acetanilidu. 72. Uwagi kliniczne nad wstrząśnieniem siatkówki. 73. Przypadek niedrożności kiszek, wyleczony zapomocą przekłęcia jelita.—*Wiadomości bieżące.*—*Ugłoszenia.*

ULECZALNOŚĆ SUCHÓT GARDLANYCH i dzieło D-ra Herynga „O chirurgicznem leczeniu suchót krtani”. Skreślił Prof. Ignacy Baranowski.

Umysł lekarza w poszukiwaniu dróg wiodących do ziszczenia zadań medycyny praktycznej, w dążeniach dobro ustroju chorego na celu mających, skazany jest na ciągle niepewności, ulega ciągłym wahaniom. Każda nowa doba nauki, każdy wyższy stopień rozwoju pojęć naszych o istocie danej sprawy chorobowej wywołuje w nas nadzieje i oczekiwania, po których przychodzić zwykły zawody i zwątpienia. Przerzucani z optymizmu w pesymizm, z zaufania w zwątpienie, równowagę myśli i ciągłość kierunku praktycznego utrzymać możemy jedynie dzięki nieprzerwanej, sumiennej, a nieuprzedzonej obserwacji objawów oraz przebiegu i zejścia danych spraw chorobowych, t. j. dzięki obserwacji przy łożu chorego, uzupełnionej badaniem pośmiertnem. Bez tej trzeźwiącej, a nigdy nie wysychającej krynicy, z której czystą i niejako pierwotną wiedzę medycyny praktycznej od jej pierwszych początków czerpiemy, lekarz w postępowaniu swoim przy łożu chorego działałby jak nietrzeźwy, ulegałby porywom fantazyjnym, budowałby zamki na lodzie, co chwila topniejącym pod wpływem nowych teorii, nowych promieni światła, które nauka na pole działania naszego rzuca.

Pierwsze rozwianie ciemności w zakresie pojęć naszych o suchotach płucnych, zawdzięcza nauka genialnemu LAENNEKOWI. Prace jego nadały zupełnie nowy kierunek pojmowania spraw gruźliczych, wydzielają je z chaosu nosologicznych formuł, opartych wyłącznie na zewnętrznych objawach a raczej na przypadkowym nieraz grupowaniu zewnętrznych objawów; ale zarazem popchnęły umysł lekarza w pesymizm terapeutyczny, w bezczynność obojętną w obec, jak mniemać począto, nieodwołalnie zabójczej sprawy chorobowej. Jednakże klinika, mając od owej chwili, od czasów LAENNEKA, ściślej określone, lepiej oświecone pole obserwacji, poczęła z toni tego pesymizmu wysnuwać powolnie nowe kierunki praktyczne, które doprowadziły stopniowo do rozeznania pewnych wpływów, zdolnych ratować ustrój, sprawą gruźliczą dotknięty. Za takowe uznano mianowicie pewne czynniki dyetetyczne i higieniczne. Te

świeże nabytki wiedzy naszej terapeutycznej, ujęte zostały początkowo w formuły, które dzisiejszym naszym pojęciom nieodpowiadają. I tak, miejscowości górskie działać miały zbawiennie, jak początkowo rozumiano, przez źródła mineralne w nich znajdujące się; klimat krajów południowych wpływał korzystnie przez to, iż, jak mniemano, chroni od zaziębień, którym w powstawaniu wszelkich chorób, a mianowicie suchot płucnych, przesadne przyznawano znaczenie; dalej stosowano nabiał i jego przetwory, tłuszcze, mianowicie tran, o którym przypuszczano, że wywiera swoiste działanie na gruźlicę: oto wiązka środków lekarskich, do których rosnące zaufanie zmniejszało w umyśle lekarza grozę niebezpieczeństw, związanych ze sprawą gruźliczą. Stopniowy rozwój pojęć fizjologicznych, coraz ściślejszy związek, wytwarzający się pomiędzy fizjologią a kliniką, sprawił, że cechy swoistości pomienionych metod leczenia zacieraly się powolnie. To też osiągnęte dodatnie wyniki przypisano, raczej niż działaniu jakiegos swoistemu, wpływom podnoszącym zasobność i sprawność ustroju. I stało się aksjomatem klinicznym, którego wartość po dziś dzień zostaje nienaruszoną, że leczyć suchoty lub zapobiegać ich rozwojowi przy uwydatniającym się dziedzicznym lub nabytem usposobieniu, to znaczy: usiłować postawić ustrój w warunkach higienicznych (klimatycznych) i dyetetycznych, najbardziej sprzyjających wzmocnieniu tegoż ustroju. W ten sposób do kategorii środków, dających się stosować z pożytkiem przy gruźlicy, zaliczono wszystkie, działające korzystnie na tok przemiany materji, na odżywianie, na skład komórki, na sprawność czynnościową ustroju i te właśnie za jedynie skuteczne uznano, odrzucając hipotezy o tak zwanem „swoistem działaniu“. Do jaśniejszego wyrażenia tej formuły terapeutycznej i lepszego jej wrażenia w umysł lekarza, niezmiernie się przyczyniły powstałe w ostatniem dwudziestopięcioleciu sanatoria dla suchotników w miejscowościach górskich. Pierwszy założyciel takiego zakładu, Dr. BREHMER (w Görbersdorf) nie był wolnym w poglądach swoich od apriorystycznego doktryneryzmu w ocenianiu metody, którą, przyznać to należy, on pierwszy na rozleglejszą stosował skalę. Na swoistem jakoby działaniu klimatu Görbersdorfu „*immunitas localis*“ a z drugiej strony na hipotezie o „małem sercu“ jako przyczynie suchót, opierał on w myśli cały swój systemat. Błąd ten w pojmowaniu nie zmniejszył wartości sposobu leczenia, który szybko znalazł zwolenników i naśladowców. Podobne jak Görbersdorf sanatoria powstały w kilku innych miejscowościach górskich (Davos am Platz, Falkenstein, Aussee, Nowy Schmeks etc.), gromadząc licznych chorych i poddając ich pod ścisłą kontrolę lekarzy. Dało to możność bardziej stanowczego stwierdzenia skutków dodatnich metody higieniczno-dyetetycznej, sformułowanej przez BREHMERĄ, którą dalsza praktyka stopniowo uzupełniała i rozszerzała. Epoka ta objęta ostatniem dwudziestopięcioleciem, wydała nam też szereg publikacyi, opartych na spostrzeżeniach czynionych w pomienionych sanatoriach, publikacyi do liczby których oprócz drukiem ogłoszonych prac samego BREHMERĄ, sprawozdań DETTWEILERA, popularyzujących między lekarzami broszur, w rodzaju angielskiej d-ra WEBERA, zaliczyć się godzi chlubne w literaturze lekarskiej zajmującą miejsce pracę d-ra Alfreda SOKOŁOWSKIEGO „*Beitragē zur Lehre von der Behandlung der Lungenschwindsucht etc.*“ Berlin 1877

oraz liczne tegoż autora na ten sam temat publikacje w dziennikach polskich i niemieckich. Tak więc pesymizm terapeutyczny w rzeczy suchot płucnych, który w epoce po—LAENNEKOWSKIEJ jak mgła gęsta na umyśle lekarza ciężył, poczał powoli dzięki praktyce, dzięki nagromadzającej się obserwacji klinicznej, ustępować miejsca jaśniejszym poglądom. Uznano możność wpływania korzystnego na przebieg tej choroby a nawet możność osiągnięcia względnego uleczenia.

Na chwilę właśnie takiego dokonywającego się zwrotu w dążeniach praktycznych, przypada nowy, a bardzo stanowczy przełom w pojęciach naukowych o gruźlicy. Na drodze ścisłego eksperymentu VILLEMMAIN wykazał, że gruźlica jest chorobą zakaźną, a w lat kilkanaście po nim Robert KOCH odkrył lasecznika gruźliczego, przez co stwierdził i uzupełnił teorią naukową gruźlicy, jako choroby infekcyjnej, wysnutą z faktów rozeznaczanych przez VILLEMMAIN'A. Tu się zaczyna faza poglądów terapeutycznych, wbrew przeciwna owemu pesymizmowi, który cechował epokę po—LAENNEKOWSKĄ. Dążenia do uznania leczalności suchót, znalazło w tym nowym zwrocie naukowym podtrzymanie i silne poparcie. Ciepły wiatr optymizmu zawiał na zimne niziny praktyki lekarskiej i ożywił je niesłychanie, niosąc ze sobą obfity posiew nowych pomysłów oraz związanych z nimi nadziei. Wskazania lecznicze przy gruźlicy poprzednio już sformułowane, a dążące do wzmocnienia ustroju, do podniesienia odżywiania, do podwyższenia jego sprawności, nie straciły zgoła nic na swoim znaczeniu i wartości. Przeciwnie, stały się one nawet zrozumialsze; na tej bowiem drodze ustrój zdobywać może środki do obrony przeciw mikroparazitowi, do walki z nim skutecznej. Prócz zaś tego wskazania, występowały inne „przyczynowe“ w najdosłowniejszym wyrazu tego znaczeniu: sprawcę choroby, owego lasecznika, byle go osiągnąć środkami niszczącymi, a wraz z przyczyną usunąć się nieodwołalnie i jej skutki. Zadanie to odpowiadające *indicatio causalis*, winna podjąć z jednej strony higiena, usuwając z otoczenia ludzkiego zarazek, z drugiej terapia. Ta ostatnia środkami zabijającymi lasecznika gruźliczego winna działać bezpośrednio na tkankę, będącą miejscem osiedlenia się tegoż, lub też ma dążyć do tego, aby przez wpływ na skład krwi i soków, na własności zarodzi, uczynić ustrój glebą dla rozwoju lasecznika złą, niepodatną. Rozumowanie to tak proste, zdawało się znajdować żywe poparcie w skutkach zadziwiających antiseptyki chirurgicznej, której rozwój na tę samą przypada epokę.

Byliśmy wszyscy, a raczej wszyscy jesteśmy świadkami i uczestnikami tego przewrotu w pojęciach, wszyscyśmy się stali skłonni do bardziej pogodnych poglądów na sprawę leczenia suchót. Ale i tutaj niestety busolę jedyną stanowić musi praktyka, empirya. Pierwsze zapędy uznania za skuteczne różnorodnych środków swoistych, przeciwgruźliczych, pomściły się wprędce zawodem doznanym. Zawodu tego za porażkę stanowczą i nieodbitą poczytywać nam jednak niewolno. Usiłowaniom w tym kierunku idącym kres jeszcze daleki. Te pierwsze niepowodzenia na drodze, która umysłowi, porwanemu wywodem dedukcyjnym, wydawała się tak prostą, uczyniły nas jedynie ostrożniejszymi w przyjmowaniu dobrych nowin terapeutycznych; jednocześnie zaś, wyniki nowych odkryć naukowych powoli w umyśle wnikać i pojęcia nasze za-

równie teoretyczne jako też praktyczne o gruźlicy i jej różnorodnych formach, rozjaśniać i rozszerzać poczęły. To też jakkolwiek wstrzykiwania podskórne kwasu karbolowego, wzięwania do płuc *natri benzoici* lub gnilnych mikrobów i inne podobne na drodze dedukcyi wysnuwane metody leczenia suchót płucnych wprędce w zapomnienie poszły; to niemniej postęp w terapii gruźlicy bardzo jest w ostatnich czasach widoczny a ściśle związany z dokładniejszym rozeznaniem istoty spraw chorobowych, którym miano gruźliczych dajemy. Za zdobycz w tym kierunku nader ważną poczytać należy, że klinika zyskała dziś pewne kryterium dla oceniania tego, co do zakresu gruźlicy zaliczyć wolno i należy. Za kryterium takie służy nam dziś możność wywołania, względnie przekazania choroby na drodze szczepienia i możność wykrycia w tkankach i w wytworach chorobowych lasecznika gruźliczego. Posługując się tym, rzecz można, niemyślącym sprawdzianem, dowiedziono, że suchoty gruźlicze i zolży, poczytywane do niedawna za dwie odrębne choroby, stanowią jedność nozologiczną, jako zależne w powstaniu swoim od jednej wspólnej przyczyny, od lasecznika gruźliczego. Rozeznanie tej wspólności ma znaczenie nie tylko naukowe ale i praktyczne bardzo donośne. O leczalności zolż nie wątpiono wcale, bo wątpliwości usuwało codzienne doświadczenie; leczalność zaś zolż, związanych dziś ściśle w pojęciu naszym z gruźlicą, to dowód jeden więcej, że i inne sprawy gruźlicze, jak suchoty płucne, suchoty krtaniowe i t. p. dostępne są, lub stać się mogą, wpływowi leczniczemu. Cały też zasób doświadczeń klinicznych, zyskanych na drodze spostrzegania różnorodnych spraw zolżowych, zapisać się dziś daje na dobro gruźlicy i staje się jej dobytkiem praktycznym. Możemy też dziś, obejmując na raz wzrokiem całe rozległe pole różnorodnych spraw gruźliczych (z pominięciem jednak gruźlicy ostrej, prosówkowej) podzielić je na 2 grupy: pierwszą obejmie gruźlicę trzewiową (*tuberculosis visceralis*) jako to: gruźlicę płucną, kiszgową i t. d., drugą gruźlicę zewnętrzną, czyli t. z. chirurgiczną. Doświadczenia zdobyte na polu leczenia tej ostatniej, mamy prawo przenosić i spożytkowywać na rzecz pierwszej t. j. na rzecz gruźlicy płuc, kieszek, krtani i t. p.

W tem rozszerzeniu i wyjaśnieniu pojęć naszych klinicznych o gruźlicy, tkwi zadatek dalszych zdobyczy na polu terapii; a że tak jest za najlepszy dowód posłużyć może monografia d-ra HERYNGA o tytule wypisanym na nagłówku.

Wobec dokonywającego się w chwili obecnej przewrotu w pojęciach dotyczących phtisyterapii, uważaliśmy za konieczne wypowiedzieć na wstępie kilka uwag ogólnych. Służyć one mają za klucz do zrozumienia całego kierunku dążeń, których wyrazem dobitnym jest nowa metoda leczenia suchót krtani, objaśniona i uzasadniona w pracy d-ra HERYNGA.

Teza, której autor dowieść usiłuje, jest pierwszorzędnej wagi klinicznej. Dotyczy ona formy cierpień gruźliczych najbardziej zabójczej, a jak dotąd najmniej dostępnej środkom i wpływowi leczniczemu. Cała treść monografii d-ra H. skierowaną jest ku dowiedzeniu skuteczności pewnych rękoczynów, zwróconych do siedliska sprawy rozwijającej się w krtani, rękoczynów mających na celu

zniszczenie ogniska gruzliczego. W ten sposób gruzlicę krtani stawia autor w szeregu spraw, zaliczyć się dających do grupy gruzlicy zewnętrznej, chirurgicznej. Postępowanie też, które wskazuje i zaleca równa się temu, jakie spełnia chirurg usuwając dostępne dla noża twory gruzlicze: jak gruczoł, jądro, kość i t. d. Tezę powyższą uzasadnia autor i opiera na praktyce, na obserwacji licznych chorych, u których leczenie ahirurgiczne krtani stosował; nie ogranicza się jednak na prostem przytoczeniu odnośnych spostrzeżeń klinicznych, ale staje zbrojny w cały zasób faktów, uzyskanych na drodze badania anatomo-patologicznego, dowodzących uleczalności gruzlicy krtani. Dzięki postępom w technice laryngologicznej, dzięki mistrzostwu w takowej samego autora, krtan stała się równie dostępną dla oka i ręki, jak pokrywy zewnętrzne, jak błona śluzowa oka, jamy ust, jak powierzchowny gruczoł, jak ropień dosięgający powierzchni skóry. A w ten sposób, cały zasób środków techniczno-leczniczych, którymi się posługuje chirurg w leczeniu powyżej przytoczonych zewnętrznych, czyli t. z. chirurgicznych spraw gruzliczych, zastosować się daje w leczeniu gruzlicy krtani. Cały też wynik doświadczeń chirurga na tem polu, przechodzi na własność laryngoterapeuty, lub właściwiej, laryngo-chirurga.

Po ogólnym wstępie znajdujemy w rozdziale zatytułowanym „Etyjologia i anatomia patologiczna krtani“ obraz dokładny zmian drobnowidzowych właściwych gruzlicy krtani, z powołaniem się na najnowsze badania dotyczące tego przedmiotu. Uzupełnienie tego działu znajdujemy też w rozdziale następnym, w którym autor podaje wyniki własnych badań drobnowidzowych, oraz przytacza poglądy BAUMGARTENA, zawarte w najnowszej jego pracy, a dotyczące trzech rodzajów gruzelków we względzie histologicznym, z czem wiążą się i różnice kliniczne. W pierwszym też rozdziale autor, wyjaśnwszy na mocy własnych badań budowę histologiczną błony śluzowej krtani, zbiera cechy dyagnostyczne, służyć mające do rozróżnienia cierpień krtani gruzliczych od innych spraw chorobowych, rozwijających się w tym narządzie a mianowicie od nadżarć nieżytych, jak je VIRCHOW nazwał (*erosives Geschwür*). Na punkt ten, dotyczący dyagnostyki wrzodów gruzliczych, raz jeszcze w rozbiorze naszym zwrócić będziemy musieli uwagę.

„Anatomiczne dowody uleczalności owrzodzeń gruzliczych krtani“, podane w rozdziale II-im noszącym powyższy tytuł, opierają się na odnośnem badaniu dwóch przypadków zakończonych śmiercią, w których krtan przedstawiała wszystkie cechy zabliźnienia po przebytej sprawie gruzliczej. Pierwsze spostrzeżenie dotyczy przypadku, znanego autorowi jedynie z dokonanych przez niego badań pośmiertnych. W płucach znaleziono „dosyć wiele ograniczonych stwardnień rozmaitej formy“ „jam żadnych nigdzie nie znaleziono, (*phthisis fibrosa*)“. Krtan przedstawiała rozległe blizny. Blizny w krtani poczytuje autor za dowód spontanicznego zabliźnienia rozległych owrzodzeń gruzliczych a zdanie to poparł i potwierdził profesor BRODOWSKI, na powagę naukową którego autor słusznie się powołuje. Do przypadku tego szczególną wagę przywiązuje autor, twierdząc na str. 28. „Aby dowieść uleczalności jakiejś sprawy chorobowej, należy przedewszystkiem dowieść, że ona sama przez się, bez pomocy sztuki lekarskiej

jest wyleczalną". Zdanie to słusznem jest w zastosowaniu mianowicie do gruźlicy krtani, o której leczalności każdy miał pełne prawo wątpić, dopóki niezbitych dowodów, zaczerpniętych z badań anatomo-patologicznych nie osiągnięto. Wielką też jest zdobyczą dla nauki i wielką zasługą autora, iż on to właśnie dowód powyższy na drodze samoistnego badania uzyskał.

Drugie podane spostrzeżenie dotyczy przypadku zakończonego śmiercią, w którym badanie pośmiertne krtani wykazało również zabliznienie, tym razem nie samowolne lecz osiągnięte na drodze przeprowadzonego przez d-ra H. leczenia miejscowego, po którym jednak nastąpiła recydywa sprawy gruźliczej w samejże bliźnie: „*Nachschiebe resp. Neuinfiltration der Narbe*" wedle przytoczonych słów prof. VIRCHOWA, któremu odnośny preparat został przedstawiony.

Opierając się na wynikach powyższych badań, które autor szczegółowo opisuje, z dodaniem doskonałych rysunków (tabl. I—II), oraz na trzech innych przywiedzionych w tekście spostrzeżeniach, (sposztr. 3, 4, 5) autor stawia następujące wnioski, których słuszność wydaje nam się w zupełności uzasadnioną i dowiedzioną, a mianowicie: (v. pag. 43).

„1. Że rozległe owrzodzenia gruźlicze krtani zarówno jak i owrzodzenia gardzieli, pod wpływem chirurgicznego leczenia zablizniają się z wytworzeniem blizny”.

„2. Że sprawa zagojenia owrzodzeń może nastąpić samowolnie i trwać przez długie lata (sposztrzeżenie 1)”.

„3. Że przy gruźlicy gardzieli gruczoły śluzowe mogą pośredniczyć w zakażeniu, czego dowodzą lascezniki znalezione w komórkach nabłonkowych przewodu gruczołu śluzowego (tab. II fig. 4) v. pag. 16”.

„4. Że pomimo upadku odżywiania i sił, pomimo rozpadu w płucach i gęgączki a nawet szerzenia się gruźlicy w krtani, owrzodzenia gruźlicze, odpowiednio leczone, mogą się zabliznić”.

„5. Że sprawy te mają wielką dążność do recydywy i tylko przez wzmocnienie sił i odżywiania, przez wytrwale prowadzone ogólne i miejscowe leczenie można uzyskać względne wyzdrowienie lub dłuższy czas trwającą poprawę”.

Cały ten dział, stanowiący, naukowy fundament, na którym budowa klinicznych założeń i wniosków opartą została, opracowany jest z wielką starannością, świadczy też o naukowem wyrobieniu autora i o wielkiej jego biegłości w badaniu drobnowidzowem tkanek gruźlicą dotkniętych. Nie dziwi nas to, nie jest to dla nas czemś nowem i nieoczekiwanem ze strony d-ra H., który jeszcze w 1872 r. ogłosił cenną pracę, „O stosunku gruźlicy do zapalenia etc.”, do podjęcia której pobudziło go świeże podówczas odkrycie VILLEMAIN'A, dotyczące szczepialności gruźlicy. Praca ta uwieńczoną została, jak wiadomo, nagrodą d-ra HELBICHA.

(d. n.)

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 39).

Wyników z rozbioru zwłok otrzymanych za miarę częstości *nephritidis* przy eklampsyi brać niepodobna, przypadki bowiem w których badania pośmiertne uskuteczniamy, należą do najcięższych, zatem do takich, przy których wszystkie zmiany wogóle (zatem i nerkowe) ciążą lub samemi napadami drgawek spowodowane, muszą być daleko wyższymi niż zwyczajnie, jeżeli śmierć spowodowały. Jedynie zatem badania w tym kierunku za życia eklamptyczek czynione, mogą dawać pojęcia o stosunku współczesności eklampsyi i zapaleń nerkowych, a te, jak to wyżej widzieliśmy, dowodzą, że powikłania choroby przez nas opisywanej z organicznymi cierpieniami nerek należą do rzadszych wydarzeń.

Następuje pytanie: czemu objaśnić tę stosunkowo częstą współczesność eklampsyi z białkomoczem samym lub nawet z chorobą BRIGHT'A i czyli to, nie powinno potwierdzać przekonań tych badaczy, którzy cierpieniom nerkowym i ich następstwom przypisują główną a nawet jedyną przyczynę powstawania drgawek porodowych? W pracach moich dawniejszych starałem się dowieść iż owa współczesność daje się objaśnić najprościej przyjęciem zasady, iż tak dobrze eklampsya jak białkomocz i choroba BRIGHTA zależą o d jednej i tej samej przyczyny—ciąży; po latach kilkunastu i po zapoznaniu się z poglądami licznych autorów, przychodzę do wniosku iż zdanie to jest jedynie prawdziwem. Naturalnie, nie dzieje się to ogólnie lecz wówczas tylko, kiedy zmiany ciążą wywołane, przekraczają pewne maximum swej nieszkodliwości. Wobec takiego pewnika, dla wyjaśnienia pathogenezy choroby, obojętnym jest rozbiór pytania: czy i o ile eklampsya wywołuje białkomocz i chorobę BRIGHT'A i naodwrot: czy i o ile zaburzenia w nerkach mogą być momentem drgawki porodowe wywołującym. Widzieliśmy powyżej iż nie brak twierdzeń tak jednych jak i drugich, pozornie uzasadnionych; mojem zdaniem, rozbiór zasadności tych sprzecznych poglądów w celu wyjaśnienia istoty choroby jest zupełnie zbędnym. Na poparcie wypowiedzianej przez nas zasady przytaczamy jeszcze fakt, że białkomocz tak dobrze jak i eklampsya ustają najczęściej zaraz lub wkrótce po rozwiązaniu; ustają zatem po wyrównaniu się tych szkodliwych momentów które ciąża wywołała.

Mówiąc o wyglądzie kobiet ulegających eklampsyi, wspomnieliśmy iż często przedstawiają się obrzmiałemi. Tu dodać winniśmy, iż objaw ten tém będzie wybitniejszym im większe i dłuższe zachodzą utraty białka. Ze zaś te utraty dowodzą rozwoju zmian ciążą spowodowanych, które jednocześnie do

eklampsyi uspasabiają, ztąd wniosek, że przypadki odznaczające się większą hydraemją i znacznym białkomoczem, mogą rodzić większą obawę wystąpienia drgawek w ciąży, podczas porodu lub w połogu, niż przypadki objawów tych nie przedstawiające. W każdym razie obrzmienie ogólne ciała i białkomocz zaliczyć należy do rzędu objawów, najbardziej możliwość wystąpienia eklampsyi zapowiadać mogących.

Nie ulega wątpliwości, iż nie brak najwiarogodniejszych spostrzeżeń współczesnego występowania eklampsyi z objawami utrudnionego lub nawet wstrzymanego urynowania. Pierwszym, o ile mi wiadomo, który szczególniejszą zwrócił uwagę na ten przedmiot, a nawet oparł na nim swe rozumowania o istocie choroby był T. HALBERTSMA z Utrechtu (*Centralblatt f. d. med. Wissenschaften* 1871. Nr. 27). Od tego czasu spotykamy liczne w tym względzie spostrzeżenia stwierdzające sam fakt i przekonywujące, że owo zmniejszone lub powstrzymane wydzielanie moczu pochodzi nie od utrudnienia wydalania go z pęcherza, lecz od przeszkód powyżej pęcherza powstałych. HALBERTSMA objaśnia ten objaw uciskiem moczowodów, spowodowanym ciężarną macicą, co w wielu razach badania pośmiertne potwierdziły (patrz niżej). Tenże autor w późniejszej swej pracy (pomieszczonej w *Sammlung klin. Vorträge*. Nr. 212) potwierdza poprzednie swe przekonania, lecz naszym zdaniem zbyt jest stanowczym dowodząc, że największa liczba eklampsyi zależy od zatrzymania moczu wskutek ucisku lub silnego naciągania (*Zerrung*) moczowodów.

Nie przytaczamy tu licznych nazwisk autorów, którzy fakt utrudnionego urynowania wobec eklampsyi często stwierdzili; pomówimy zresztą o tem jeszcze, rozpatrując wyniki badań pośmiertnych. Tu nadmienić wszakże winniśmy to tylko, iż fakt utrudnionego urynowania przy eklampsyi stwierdzony został przezemnie 4 razy (na 18), przez kol. THIEMEGO 2 razy (na 20), przez kol. ROGOWICZA 5 razy (na 19); ztąd wniosek, iż jakkolwiek fakt sam w pewnych razach został przez nas stwierdzonym, to jednak nie jest on tak stałym iżby na nim teorię o powstawaniu eklampsyi w większości przypadków oprzeć można było. Nie przecząc możliwości, iż przeszkody w swobodnem wydalaniu moczu mogą niekiedy przyczynić się do powstawania eklampsyi, zastanówmy się nieco nad rozwiązaniem pytania: kiedy mianowicie przeszkody takie najłatwiej przychodzić mogą do skutku? Samo położenie moczowodów naprowadza na wniosek iż ucisk ich najłatwiej nastąpić może w miejscu przejścia z obszernej przestrzeni do jamy małej miednicy i że ucisk wywołany być może tem łatwiej, im rozmiary owego wchodu będą mniejsze a część uciskająca od góry, lepiej nadającą się do takiego ucisku. Taki więc ucisk najmówszym jest wobec ciąży przy główkowych położeniach płodu; co w zupełności potwierdzają cyfry: na ogólną bowiem liczbę 68 przypadków eklampsyi przez nas zabraną, widzimy 63 przypadki położzeń czaszkowych, 1 twarzowe i 4 pośladkowe, razem 67 takich które zaklinowanie ułatwiały, zaś 1 tylko poprzeczne, mniej odpowiednie do wywołania ucisku na moczowody. Naturalnie, że im część przodująca płodu jest większa lub twardsza, tem łatwiej ucisk moczowodów następuje. SCHAUTA (*op. cit.*) potwierdza fakt iż największa liczba eklampsyi zachodzi przy położeniach czaszkowych.

Badania pośmiertne.

Zaznaczamy na wstępie, o czem już zresztą wzmiankowaliśmy, iż zmiany znajduwane przy sekcyach eklamptyczek, powinny być uważane za najcięższe jakie tej chorobie towarzyszą lub ją wywołują; są to bowiem zmiany które ostatecznie śmierć spowodowały; mogą one zatem być tylko wskazówką objaśniającą gdzie i jakie za życia przy eklampsyi sprawy zachodzą, nie dają wszakże możliwości wnioskowania o stopniu zmian zachodzących w narządach przy eklampsyi zakończonej wyzdrowieniem, co na szczęście częściej się przytrafia. Inne też znaleźć możemy zmiany przy sekcyi gdy śmierć nastąpiła bezpośrednio z napadów drgawkowych a inne, gdy zaszła później, z chorób następowych. Jest to względ nader ważny, aby w danym razie niebrać przyczyny za skutek.

Ogólnie przy sekcyach poszukiwanemi były i być powinny, zmiany w mózgowiu wogóle a w rdzeniu przedłużonym w szczególe; tu bowiem tylko szukać należy przyczyn bezpośrednio drgawki wywołujących. Wyniki badań pośmiertnych przekonywają też i o licznych zmianach często w narządzie moczowym u eklamptyczek spostrzeganych, równie jak i o zmianach w narządzie oddechowym i innych narządach mięszzowych ustroju. Te ostatnie ogólnie przyjmowane są za wynik napadów drgawkowych, gdyż zazwyczaj tem są wybitniejsze, im gwałtowniejszą była eklampsya. Nie chcąc powtarzać się i zbytecznie pracy niniejszej rozwlekać, przytaczamy tu tylko wyniki badań pośmiertnych, ogłoszone drukiem przez niektórych autorów w ostatnich czasach.

SCHAUTA (*op. cit.*) podaje, iż 90 badań pośmiertnych dokonanych na eklamptyczkach wykazało zmiany w mózgu i w nerkach, że ostatnie zdaniem jego, stwierdzono też wielokrotnie i u dzieci zmarłych w łonie matek podczas napadów choroby.

A. MACDONALD (*Edimburg. med. journ.* Czerwiec 1878) na posiedzeniu towarzystwa medyko-chirurgicznego w Edimburgu d. 2 Kwietnia 1878 r. opisując dokładnie dwa spostrzeżenia eklampsyi zaznaczył, iż przy sekcyach znalazł znaczne przekrwienie opon mózgowych, przepełnienie w zatokach żylnych a natomiast znaczne niedokrwienie mózgowia; komórki boczne znalazł wypełnione płynem surowiczym. W jednym z dwóch przypadków widział wynaczenie w prawym wzgórku prążkowanym (*corp. striatum*); w jednym przypadku znalazł *meningitis basilaris*. Sekcye jego wykazały iż przy eklampsyi, w nerkach miały miejsce tylko zmiany nabłonkowe i wspólnie z VIRCHOW'EM i BARTELS'EM utrzymuje iż zmiany te prowadzą w części do zatkania powierzchownego kanalików nerkowych.

Anatomiczne zmiany w moczowodach przy eklampsyi stwierdził LÖHLEIN 8 razy na 32 badań pośmiertnych: polegają one na większem rozszerzeniu moczowodów powyżej małej miednicy; przypuszcza iż i w wielu innych razach zmiany podobne mogły mieć miejsce, chociaż przy sekcyi już się nie uwydatniały, a to z powodu wyrównania się ich po porodzie wcześniej nim śmierć nastąpiła. Wnosić by ztąd należało iż tego rodzaju rozszerzenia są dosyć ogólnemi, tymczasem tenże sam LÖHLEIN na innem miejscu (*Zeitschr. f. Geburts. u.*

Gynek. 1882. Bd. VIII) opisując przypadek eklampsji w połogu mówi, iż przy nim o ucisku moczowodów mowy być nie mogło.

HALBERTSMA w jednym przypadku znalazł nieżyt i zgrubienie moczowodów. C. BRAUN (*Algemeine Wiener med. Zeitung* 1882. Nr. 21) podaje opis sekcji eklamptyczki u której znaleziono: obrzmienie mózgowia i płuc, zwyrodnienie tłuszczowe nerek a wskutek podziału aorty brzusznej zachodzącego nienormalnie wysoko, pnie tętnic biodrowych wspólnych (*Art. iliacae comunes*) uciskały moczowody tak dalece, iż światło ich powyżej skrzyżowania z tętnicami równało się grubości palca wielkiego; poniżej zaś skrzyżowania nie były one grubszymi od pióra gęsiego. Jednocześnie robi on wzmiankę o podobnym drugim przypadku rozszerzenia moczowodów oraz stwierdza, iż przy ciężkich eklampsyach widział na trupach zwyrodnienia skrobiowe (*degener. amyloidea*) w nerkach bez lub z białkomoczem.

LEOPOLD z Drezna stwierdził w dwóch ciężkich przypadkach eklampsji jako przyczynę śmierci wylewy mózgowe.

A. MARFAN (*Progrès méd.* 1885. Nr. 23) przy sekcji eklamptyczki znalazł: prawy moczowód i miedniczkę nerkową nieco rozszerzone, w pęcherzu 5 do 6 grm. moczu, prawa nerka była powiększona, powłoka jej łatwo się złuszczała, substancja jej korowa była zgrubiałą, w górnej części nerki między jej istotą rdzenną i korową znajdowała się jamka wielkości orzecha krwią wypełniona, a oprócz tego było jeszcze kilka mniejszych jamek częścią krwią, częścią ropą wypełnionych; *pyelitis* według niego nie było. Lewa nerka była podobnie zmienioną tylko w mniejszym nieco stopniu. Nabłonek kanalików moczowych przedstawiał się spłaszczonym, zanikłym, tkanka zaś łączna międzykanalikowa mało zmieniona, tętnice nerkowe lekko rozszerzone. Zmiany nabłonkowe tłumaczy uciskiem moczowodów t. j. zatrzymaniem moczu; pochodzenia jamek nie objaśnia.

W liczbie 18 przypadków eklampsji z mojej praktyki własnej, pomieszczony został jeden z r. 1871 przy którym żadnej pomocy nie niosłem lecz dokonałem tylko sekcji sądowej na pierwiastce zmarłej wskutek drgawek porodowych przed ukończeniem się porodu. O przypadku tym wzmiankowałem już na innem miejscu (*Pamięt. Towarz. lek. Warszawskiego*. T. 67. Zeszyt 4 r. 1872 str. 209); ponieważ jednak niniejsza praca ma być dopełnieniem rozprawy z r. 1870, uważam za stosowne powtórzyć tu iż przy badaniu zwłok owej eklamptyczki znalazłem: ostre przekrwienie i ostry obrzęk mózgowia i jego opon, w komórkach mózgowych bocznych znaczną ilość płynu surowiczego krwią zabarwionego, przekrwienie i ostry obrzęk płuc, przekrwienie wątroby i nerek; miedniczki nerkowe i moczowody znacznie rozszerzone, te ostatnie miały objętość wielkiego palca u ręki; miedniczki i moczowody wypełnione były moczem mętnym gęstym, którego za to w pęcherzu nie było wcale; badanie moczu wykazało znaczną zawartość białka. Badanie to zwłok służyło mi w części jako poparcie poprzednio wypowiedzianego zdania (w rozprawie z r. 1870 str. 65) iż w przypadkach eklampsji doraźnie śmiercią się kończących, badanie zwłok wykazuje oznaki przekrwienia mózgowia.

W zakończeniu nadmienić należy iż niejednokrotnie spostrzegano też przy sekcjach eklamptyczek zmiany w wątrobie i ich następstwa; między in-

nemi STUMPF z Monachium w r. 1886 opisał 2 przypadki badań pośmiertnych przy których znalazł ostry zanik wątroby z żółtaczką.

Dodając wyżej cytowane wyniki badań pośmiertnych do poprzednio przezemnie podanych, widzimy iż nauka o eklampsyi w ostatnich latach, zdobyła sobie na tej drodze jeden jedyny tylko fakt, a mianowicie iż przy chorobie tej wielokrotnie stwierdzono rozszerzenia moczowodów i miedniczek nerkowych, zależne od zatrzymania w nich wydzieliny moczu, na co pierwiej nie zwracano uwagi, że wszakże zmiany te a zatem i ich następstwa nie są stałe lecz owszem należą do rzadszych; na nich więc wyłącznie teoryi o eklampsyi opierać niepodobna.

Pomijając opis zmian w płucach, w wątrobie i innych narządach które jako przypadkowe lub bezpośrednie następstwa napadów drgawkowych ogólnie są uważane, zaznaczamy tu tylko iż badania pośmiertne wykazują w mózgowiu wogóle napozór różne zmiany a mianowicie: nasięki, obrzęki, niedokrwienia, przekrwienia, niekiedy wylewy krwawe, czasem nawet sprawy zapalne; zaś w nerkach, nawet w ciężkich bo śmiercią zakończonych przypadkach prze-ważnie tylko objawy przekrwienia, następstwa ucisku przez nagromadzenie moczu w miedniczkach, rozszerzenia tych ostatnich i moczowodów, rzadziej zaś zwyrodnienia lub prawdziwą *nephritis*. Tłumaczy to w zupełności fakt, dla czego w największej liczbie przypadków eklampsyi kończącej się wyzdrowieniem, objawy dowodzące podrażnienia nerek, tak szybko mijają, z drugiej strony objaśnia przyczyny spostrzeganego przy eklampsjach białkomoczu i zatrzymania wydzieliny, o czem wyżej mówiliśmy. (d. c. n.)

SPRAWOZDANIE

za rok 1885 z oddziału chorób wenerycznych i skórnych
prymaryusza Docenta D-ra Zarewicza.

Podał Dr. Henryk Sokołowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 39).

Kiła (*Syphilis*). a) Wrzód syfilityczny pierwotny (*sclerosis initialis*). Leczone mężczyzn 30, kobiet 17, razem 47. Wyleczono mężczyzn 28, kobiet 13, razem 41. Pozostało na rok 1886 mężczyzn 2, kobiet 4, razem 6. Siedzibą wrzodu u mężczyzn były: skóra prącia 6 razy, wędzidełko i wewnętrzna strona napletka po 3 razy, w pozostałych przypadkach rowek pozałożę-dziowy, żołądź, ujście cewki i worek mosznowy. Czas pojawienia się wrzodu po spółkowaniu podawali chorzy: dzień 2-gi w 4 przypadkach, dzień 3-ci w 3 przypadkach, dzień 4-ty, 9-ty i 4-ty tydzień po 1 przypadku. Co do liczby wrzodów u mężczyzn, cztery razy było po 3 wrzody równocześnie, trzy razy po 3 wrzody, a raz 7 wrzodów, u pozostałej liczby chorych po jednym wrzodzie. We wszystkich przypadkach zajęte były gruczoły pachwinowe w sposób właściwy a obok tych w niektórych zadawnionych przypadkach znajdowały się jeszcze powiększenia gruczołów karkowych lub barkowych lub obu tych okolic równocześnie. U kobiet siedzibą wrzodu z wyjątkiem dwóch przy-

padków siedziby wrzodu pierwotnego na części pochwowej macicy, były części płciowe zewnętrzne, w jednym przypadku sutek. Historia choroby tego ostatniego przypadku jest następująca: Wywiady: Chora porodziła dziecko zdrowe w miesiącu Kwietniu 1885 r. Na początku Czerwca tegoż roku odstawiła od piersi dziecko swoje, a wzięła do karmienia dziecko obce, które według jej opowiadania miało wargi i dziąsła owrzodzone nadto na tułowiu, rączkach i nóżkach krosty żółtawe rozlewające się. W sześć tygodni po przyjęciu obowiązku mamki wystąpiły u niej na brodawkach sutkowych rozległe wrzody, bardzo bolesne, wydzielające cieczer skąpą, wskutek czego karmienia dalszego zaniechała, dziecko zaś karmione miało w miesiąc później umrzeć. Przybyła do szpitala 8-go Września 1885 r. Stan obecny. Na obu brodawkach sutkowych i ich obwódce znajduje się po kilka owrzodzeń z wybitną cechą wrzodów twardych. Gruczoły karkowe lewe miernie obrzmiałe, barkowe lewe namacalne, pachowe prawe jak i lewe znacznie powiększone, pachwinowe namacalne. W jamie ust i na skórze nie było zmian. Dnia 30/IX 1885 wystąpiły na wargach wstydlivych większych kłykciny sączące się, bez zmian na skórze i w jamie ust. Chora wyszła wyleczona dnia 7-go Października 1885 r.

Co do liczby wrzodów u kobiet, to w przeważnej liczbie przypadków był jeden wrzód, po 2 wrzody było u 3 kobiet, 3 wrzody u jednej kobiety, najwyższą liczbę wrzodów: 7 zauważono u jednej kobiety. Leczenie wrzodu stwardniałego tak u mężczyzn jak i u kobiet było zawsze tylko miejscowe. Leczenie trwało przecięciowo u mężczyzn dni 39, u kobiet 53. Różnica ta wybitna między czasem leczenia kobiet a mężczyzn pochodzi stąd, że przeważną część kobiet chorych stanowiły prostytutki, które chętnie mimo ustąpienia wrzodu stwardniałego z przyczyn łatwo dających się zrozumieć trzymano w obserwacji.

b) Kiła wczesna następową. Leczone mężczyzn 147, kobiet 222, razem 369. Wyszło wyleczonych mężczyzn 129, kobiet 202, razem 331; niewyleczonych mężczyzn 1, kobieta 1, razem 2. Pierwszy wydalony z powodu niesforne go zachowania się, druga z powodu zapalenia okostnej szczęki dolnej przeniesiona na Odz. II. Zmarło mężczyzn 1, kobieta 1, razem 2. Oboje skutkiem zapalenia płuc dławcowego. Pozostało na rok przyszły mężczyzn 16, kobiet 18, razem 34.

c) Kiła późna. Leczone mężczyzn 4, kobiet 18, razem 22. Wyleczono mężczyznę 1, kobiet 13, razem 14. Niewyleczonych opuściło oddział mężczyzn 2, obaj ze znacznym polepszeniem na własne żądanie. Umarł mężczyzna 1 (z powodu gruźlicy płuc), kobieta 1 (z powodu zapalenia płuc zrazikowego ropnego), razem 2. Pozostało na rok 1886 kobiet 3. Kiła późna występowała prawie zawsze w postaci wrzodów kilakowych, w jednym tylko bowiem przypadku objawiła się bólami w zakresie nerwów czaszkowych, kończyn górnych i dolnych a raz jeden w postaci zapalenia okostnej kości czołowej i kończyn górnych. Umiejscowienie wrzodów było następujące: krtań i tchawica 1 raz, odbytnica 1 raz, podniebienie miękkie 1 raz, nos 2 razy, w pozostałych wypadkach skóra kończyn górnych, dolnych i tułowia. Czas wystąpienia zmian trzeciorzędnej kiły od czasu wrzodu pierwotnego wynosił od 7—20 lat.

d) Kiła dziedziczna. Leczone dzieci płci męskiej 1, żeńskiej 1, ra-

zem 2. Wyleczono mężczyznę 1, kobietę 1, razem 2. Historie choroby dwu tych przypadków następujące: I. W dniu 13 Maja 1885 r. przyjęto na Oddz. kiłowy chorą M. F. lat 28 liczącą wyrobnicę z jedenasto-tygodniowym dzieckiem płci męskiej. Wywiady: Chora nie przypomina sobie, by kiedykolwiek była zarażoną, mąż jej miał być także zupełnie zdrowym. Przed rokiem wyszła za mąż, wkrótce po ślubie zastąpiła, dziecko urodziło się donoszone i zdrowe i dopiero w 5 tygodni po przyjściu na świat zachorowało. Stan obecny matki: Gruczoły karkowe obustronnie powiększone, barkowe normalne, w jamie ustnej i na skórze brak zmian chorobowych. Gruczoły pachwinowe lewe bardzo miernie powiększone. Na wardze wstydlivej większej lewej po stronie wewnętrznej odgraniczone, okrągłe, płytkie blizny odbarwione, podobna blizna w rowku wargowudowym lewym. Nadto wzdłuż warg wstydlivych większych znajdowały się także w części odbarwione blizny. Uwzględniając zmiany na wargach wstydlivych wraz z obrzmieniem gruczołów przypuścić należy z wszelkiem prawdopodobieństwem, że chora mimo zaprzeczania przebyła kiłę. Stan obecny dziecka w mowie będącej chorej: Na kończynach górnych i dolnych i czole kilka guzków płaskich złuszczających się barwy brudno-czerwonej w środku lekko zagłębionych. Na pośladkach i częściach płciowych guzki kiłowe rozpadłe pod postacią ekskoryacji naciekłych. Dnia 21 Maja 1885 r. wystąpiło cuchnienie z nosa z odpływem krwawo ropiastym, diagnoza wówczas brzmiała: *Syphilis haereditaria sub forma papularum desquamantium ad extremitates superiores et inferiores. Papulae lueticae exulcerantes ad nates et scrotum. Ozaena*. Po zastosowanych 13 wcieraniach szaruchy tak zmiany na skórze, jak i cuchnienie z nosa ustąpiły. II. Dnia 16 Lipca 1885 r. przyjęto na Oddz. wener. chorą R. B. lat 35 liczącą z dzieckiem trzechmiesięcznym płci męskiej. Wywiady: Chora leczoną była wstrzykiwaniami podskórnymi chlorku rtęci (15) przed rokiem w szpitalu z powodu kiły świeżo nabytej. U matki znaleziono tylko mierne powiększenie gruczołów karkowych lewych, barkowych prawych, pachwinowych prawych, zresztą nie było śladów przebytej choroby. Stan obecny dziecka: Odżywienie dobre. Na twarzy w okolicy brwiowej i na czole rozsiane guzki syfilityczne. Skóra nosa, górna warga i część skóry nosowi przyległa zajęte przez zlewające się guzki syfilityczne. Po stronie zewnętrznej kończyn górnych a po wewnętrznej dolnych i na pośladkach guzki kiłowe płaskie barwy brudnoczerwonej na powierzchni złuszczające się. Po 12 wcieraniach szaruchy zmiany powyższe u dziecka ustąpiły.

C. Choroby skórne. Leczone mężczyzn 142, kobiet 116, razem 258. Wyleczono mężczyzn 123, kobiet 113, razem 236. Nieuleczonych wyszło mężczyzn 16, kobieta 1, razem 17. Pozostało na rok 1886 mężczyzn 3, kobiet 2, razem 5. W kategorii nieuleczonych mieszczą się przypadki strupa woszczynowatego (*favus*), wyprysku (*eczema*), liszaja żrącego (*lupus*), świerzbiączki (*prurigo*), łuszczycy (*psoriasis*), które dla braku miejsca, niewyleczone wydalone ze szpitala. Jedną kobietę z liszajem żrącym z powodu duru przeniesiono na Oddz. I. Co do częstości wybitniejsze miejsca zajmują: świerzb (*scabies*), wyprysk, liszaj żrący, łuszc pospolity, świerzbiączka i strupień woszczynowaty.

D. Observatio. W obserwacji pozostawało w ciągu roku mężczyzn 9, kobiet 14, razem 23.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

71. Kilka nowych spostrzeżeń nad działaniem acetanilidu (antifebriny). *Some Recent Observations on Acetanilide (Antifebrin)*. Od czasu gdy CAHN i HEPP swemi pracami zwrócili uwagę na rzeczywistą leczniczą wartość antifebriny, coraz to nowsze w pismach poczęły tej treści zjawiać się artykuły tak, że dziś już o tym świeżo wprowadzonym do terapii środku posiadamy dosyć bogatą literaturę. Streszczając ważniejsze w tym kierunku prace, oto co można o tym leku powiedzieć: Wszyscy badacze zgadzają się jednomyślnie na to, że w antifebrinie posiadamy, jeżeli nie najlepszego, to w każdym razie bardzo cennego przeciwgorączkowego działacza. Już po małych dawkach następuje niezawodne obniżenie temperatury bez towarzystwa żadnych niepokojących chorego objawów, co naturalnie jest rzeczą wielkiej wagi dla chorego i lekarza. Bez rzeczywistego wpływu środek ten pozostawał jak dotąd tylko w jednym przypadku, opisanym przez HUBER'A z Zürichu u chorego na zapalenie płuc. Nawet ilość 4,00 grm. przyjęta w ciągu 24 godzin nie sprawiła żadnego efektu; toż samo miało miejsce i z antipyriną. Cztery inne przypadki, w których największa ilość antifebriny wynosiła 0,5 dziennie nie mogą mieć znaczenia. Lecz chociażbyśmy nawet posiadali pięć przypadków z ujemnymi wynikami z całego szeregu przeszło dwustu przypadków, to i tak byłoby to uderzającym faktem.

Z początku dawki nie powinny przewyższać 0,25, ażeby się przekonać czy chory dobrze znosi ten środek. Mniejsze dawki, powtarzane nawet co godzina, pozostają bez wpływu. Najodpowiedniejszą dawkę w ostrych gorączkach stanowi 0,5 grm. Obniżenie gorączki wynosi kilka stopni i trwa od 4—12 godzin. Obniżanie rozpoczyna się w godzinę lub dwie po przyjęciu dawki i dochodzi największego swego efektu po trzech do pięciu godzinach. Ilość podawana w ciągu doby według CAHN'A i HEPP'A wynosi 2,00; lecz powyższą ilość można znacznie powiększyć bez żadnej szkody dla ustroju. HUBER podaje 4,00; RIESE—więcej od 4—6,00. W jednym przypadku podano w ciągu doby 4,35 i jedynym tylko objawem była lekka sinica (*cyanosis*). Z doświadczeń, czynionych nad zwierzętami, CAHN i HEPP przyszli do wniosku, że jednorazowe dawki, jak 30,0 grm., lub 15,00, podawane codziennie przez dłuższy przeciąg czasu, bezwarunkowo wywołują objawy otrucia. GRÜNEBERG jednemu dziecku w szkarlatynie przepisywał około 1,25 dziennie. Co się tyczy ubocznych działań, to najczęściej przy antifebrinie występuje zwiększony przebiew skórny, choć z drugiej znów strony objaw ten nie zawsze jest stałym. Ważniejszym objawem są dreszcze, występujące podczas podnoszenia się ciepłoty, lecz takowe rzadko zdarzają się. Jeden tylko HUBER przytacza, że u 13-tu chorych na tyfus, obserwowanych w ciągu 95 dni, widział więcej niż 20 razy dreszcze. Częstość pulsu zmniejsza się, a napięcie powiększa. Co się tyczy tego ostatniego punktu, to tylko jeden FRÄNKEL stoi w przeciwieństwie ze wszystkimi innemi badaczami. Upadek sił widziano 12 razy w całym szeregu przypadków, jeden zupełny upadek sił po dużej dawce u suchotnika, a jedenaście razy niezupełny upadek sił u anemicznych tyfusowych chorych po średniej dawce 0,50. Ilość moczu przy antifebrinie zwiększa się. LÉPINE jest w błędzie, utrzymując, iż ilość moczu zmniejsza się. Tylko u 12-stu chorych środek ten wywoływał wymioty; dwom z nich następnie podawano ten środek *per rectum* z powodzeniem. Łaknienie przy antifebrinie nie uległo zmianie. Czy antifebrina może spowodować wyrzuty na skórze jest rzeczą wielkiej wątpliwości, w każdym razie, jeżeli się to zdarza, to chyba nader rzadko. CAHN i HEPP wspominają tylko o wysypce *miliaria*. Występująca niekiedy głuchota i rozszerzenie źrenic (HEINZELMAN), a także *cyanosis*, stanowią nie nieznaczące objawy, na co się wszyscy badacze zgadzają. Według RIESE, EISENHART'A, CAHN'A i HEPP'A antifebrina wywiera także swoiste działanie na przebieg gośćca stawowego. FRÄNKEL zaś utrzymuje, iż z wyjątkiem tylko jednego przypadku,

nie widział już więcej żadnego pomyslnego wpływu od antifebriny w gościeu. LÉPINE (*Lyon Médical*) zachwala ten środek, jako „*nervinum*“. Bóle nerwowe u tabetyków „jakby pod wpływem czarów“ ustępowały w pół godziny lub w godzinę po dawce 0.50. Tenże sam autor widział porządany skutek przy nerwalgjach. Niektórzy autorowie zaznaczyli, że środek ten przecina napad zimnicy.

(*London Medical Record*, May 16, 1887). J. Drzewiecki.

72. F. OSWALD. Uwagi kliniczne nad wstrząśnieniem siatkówki (*Comotio retinæ*). W r. 1873 opisał prof. R. BERLIN dokładnie zmiany, które na siatkówce wskutek uderzenia obcego ciała powstają. Wziernikiem ocznym można wykazać w miejscu uderzenia, tak jak i w naprzeciwnym punkcie (*Coups et Contrecoups*) zmętnienia siatkówki, które w kilka dni potem znikają żadnego po sobie śladu nie pozostawiając. Odpowiednio do tych zmętnień siatkówki znajdziemy u chorych braki w obwodowym polu widzenia obok obniżenia ośrodkowej siły wzroku, jak to na następujących przykładach widzimy.

I. K. 15-letni chłopiec uderzył się w oko prawe w dniu 5-ym Października 1886 o słup latarni gazowej. W 12 godzin później znaleziono u niego prócz odpowiednich stłuczeniu zmian na powiekach i łącznicy, zmętnienie siatkówki tak w miejscu odpowiadającym stłuczeniu jak i w naprzeciwnym. (Zmiany te klinicznie zwiemy *Albedo traumatica retinæ*). Siła wzroku wynosiła z prawej strony $\frac{1}{5}$, z lewej $\frac{1}{2}$. Drugiego dnia zmętnienie siatkówki ustąpiło.

II. 28-letniego R. uderzył kawałek żelaza w oko lewe. W trzy godziny potem przy badaniu znaleziono w miejscu uderzenia i w naprzeciwnym punkcie zmętnienie siatkówki, które prawie do tarczy nerwu wzrokowego sięgało. Siła wzroku z prawej strony = $\frac{1}{2}$, z lewej $\frac{1}{5}$. W dwa dni później zmętnienia nie dostrzeżono.

III. W. Sch. 40 lat mający, uderzonym został przed 12 godzinami w oko lewe. Prawe oko wskutek zaćmy przyrodzonej niewidome. Przy badaniu znaleziono od dołu i wewnątrz zmętnienie siatkówki. Siła wzroku przy —1.00 dyoptryi = $\frac{1}{3}$. Co się tyczy obwodowego pola widzenia, to znaleziono je we wszystkich przypadkach zwężonem odpowiednio do miejsca i szerokości zmętnienia siatkówki.

W objaśnieniu tych wyżej opisanych zmętnień siatkówki różni się autor od BERLINA, bo gdy ten ostatni uważa je na zasadzie swych doświadczeń na zwierzętach wykonanych, za następstwo wybroczyn krwi między siatkówką i naczyniówką, to autor sądzi, że wskutku uderzenia silnego ściany naczyń siatkówki tracą swą spistość i przepuszczają ciecz.

(*Centralblatt für Augenheilkunde* 1887. II. str. 33). M. Kępiński.

73. Dr. WENTSCHER. Przypadek niedrożności kiszki, wyleczony zapomocą przekłęcia jelita (*Ein Fall von Ileus, geheilt durch Punction des Darmes*). W przypadku, opisanym przez autora, u chorego wystąpiły bez najmniejszych do tego powodów objawy niedrożności kiszki. Badanie ówczesne wykazało nadzwyczajne wzdęcie i naprężenie brzucha, obecność cuchnących kałem wymiotów i bolesność całego brzucha przy ucisku. Wobec tego, że wszelkie środki lecznicze pozostawały bez skutku i na zasadzie takiegoż przypadku wyleczonego za pomocą przekłęcia i opisanego przez SZUMAN'A, przystąpił autor do przekłęcia trójgranicem części kiszki, najwięcej zarysowanej i położonej nad miejscem zwężenia, zachowując przytem ścisłą antyseptykę. Po dokonanej operacji brzuch natychmiast opadł, przypadłości wszystkie ustąpiły, pojawiły się stolce i chory wkrótce wrócił do zdrowia. Autor, stosując w danym przypadku również przepłókanie żołądka, zalecane przez KUSSMAUL'A, przychodzi do przekonania, że takowe wówczas tylko może prowadzić do celu, gdy niedrożność zależy od przepełnienia górnej części kiszki, która w razie otwarcia odźwiernika może być opróżnioną za pomocą pompki żołądkowej, w przypadku zaś wyżej wspomnianym odźwiernik był zamkniętym, żołądek zupełnie pustym, otrzymane przeto dobre wyniki można było tylko przypisać przekłociu.

(*Berl. Klin. Woch. Nr. 34—1887*). A. F.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 4 Października 1887 r. o god. 6 1/2 wieczorem.

I. PRZEWÓSKI. Pachydermia trachealis et bronchialis (z demonstracją okazów).

II. OŁTUSZEWSKI. Sprawozdanie z prac D-ra WRÓBLEWSKIEGO.

III. MATLAKOWSKI. Sprawozdanie z prac D-ra GĄBSZEWICZA.

IV. Wybory na Członków czynnych Towarzystwa.

Zagraniczne. Doszła nas wiadomość, iż Dr. ZIELENIŃSKI z powodu rodzinnego swego nieszczęścia, dobrowolnie ustąpił t. r. z posady lekarza Zakładu zdrojowego w Krynicy, któremu przez lat 30 prace swoje poświęcał.

— Międzynarodowy kongres lekarski w Washingtonie obrał jako miejsce przyszłego takiegoż kongresu mającego się odbyć w r. 1890-m Berlin, a na przewodniczącego zaproszono prof. VIRBHOWA.

— Na ogólnem posiedzeniu Zjazdu niemieckich lekarzy i przyrodników w Wiesbaden postanowiono w roku przyszłym odbyć takż Zjazd w Kolonii.

— Dr. Ludwik LANGER prymaryusz powszechnego szpitala w Wiedniu, syn profesora uległ zatruciu morfiną a zdrowiu jego zagraża poważne niebezpieczeństwo.

— W Berlinie wyszło rozporządzenie policyjne przypominające lekarzom obowiązek donoszenia policyi o wszystkich przypadkach chorób zaraźliwych.

— Amerykański lekarz QUAST opisuje wypadek otrucia antypyryną. Zapisał on dziecku jednorazową dawkę 0,25 (1 grana) a ojciec jego zadawał mu tę dawkę co 2 godziny przez cały dzień dla osiągnięcia szybszego działania. Dziecko dostało wieczorem sinicy a w nocy umarło.

— Janus TYSON zaleca użycie serwatki przeciwko kamieniom nerkowym. Po 4—6 tygodniach leczenia kolki zwykle ustają. Kuracja ta najlepiej skutkowała przeciwko kamieniom z kwasu moczowego, mniej skuteczną była w obec kamieni z fosforanów.

— Dr. A. MICELI przytacza w *Rivista Clinica e Terapeutica* przypadek wodnej puchliny brzucha wskutek przeziębienia. W przypadku tym paracentesis była robioną 44 razy; z początku co pięć dni, a następnie co tydzień, wreszcie co miesiąc. Koniec końcem plyn przestał się nagromadzać w jamie otrzewnej i chora, młoda kobieta, zupełnie wyzdrowiała— wyszła zamaż i miała dzieci.

— Dla zastąpienia wody gorzkiej czyszczącej HUNYADI-JANOS zapisać można lek następujący: *Rp. Magnesiae sulphur. Natri sulph. ana unc. 1/2, Kali sulphur. gr. 2, Natri bicarbonici gr. 8, Natri chlorati gr. 20 Aquae unc. 8 MDS.* Wypić kieliszek przed śniadaniem.

— Dla zastąpienia tranu TROUSSEAU proponuje następującą formę: *Rp. Salis culinar. Kali bromati ana 2,00. Kali jodati 0,05. Butyri 125,00 MS.* Do smarowania chleba.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 39. Z. KRAMSZTYK. O związku łuszczyki z jaglicą. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonia*) (dok.). L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani (dok.). T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego (dok.).

W Kronice lekarskiej. W N-rze 9. B. SAWICKI. O przepuklinie przedotrzewnowej (dokończenie).

W Zdrowiu. W N-rze 24. WITKOWSKI. Przyczynek do kwestyi wpływu alfabetów na wzrok. WŁ. CHODECKI. Dla czego się szerzą choroby nerwowe i umysłowe. TCHÓRZNICKIEGO. O rzeźni i rzeźniach. Wystawa higieniczna w Warszawie (c. d.).

W Przewodniku gimnastycznym. W N-rze 9. Skutki przeciążenia umysłowego młodzieży.—O gimnastyce ze stanowiska estetyki (c. d.).—Przechadzki i wycieczki (dok.).—Wzorowe lekcje ćwiczeń wolnych lub ciężkimi (dok. n.).—Sprawy towarzystw gimnastycznych polskich.

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

Дозволено Цензурою. Вapшaвa, 17 Сeнтябpя 1887 г.—Członkami Michała Ziemkiewicza
Krak.-Przedm. Nr. 17. Cena numeru pojedynczego kop. 15 (złp. 1).