

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** „Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne, podał Edmund Biernacki. — **Streszczenia i wyciągi.** 42. Podstawy acetonurii i jej leczenie. 43. Enteroptoza i ciśnienie wewnątrzbrzuszne. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 3 marca r. b. — **Odcinek.** Przytulki dla biednych rodzących w Warszawie. Skreślił D-r J. Rogowicz. — **Notatki bibliograficzne.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Biernacki — „L'intoxication par acide“ et l'alcalinite du sang comme indications therapeutiques.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Biernacki — „Säureintoxication“ und Blutalkalescenz als therapeutische Indicationen.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Obozna str. 5.

„Zatrucie kwasem“ i zasadowość krwi jako wskazania terapeutyczne,

podał **Edmund Biernacki.**

W artykule niniejszym chcę zabrać głos w sprawie, która, może nietyle obecnie, ile parę lat temu, żywo zajmowała umysły patologów klinicznych na zachodzie Europy. U nas, o ile mi wiadomo, przyczynków oryginalnych w tej dziedzinie, z wyjątkiem pracy doświadczałnej J. ŚWIĄTECKIEGO¹⁾, nie ogłaszano. Sprawą tą jest nauka o zasadowości (alkalescencji) krwi w stanach chorobowych, nauka, będąca w związku bezpośrednim z niektórymi zagadnieniami terapii ogólnej, i jako taka, mniemam, warta poznania bliższego ze strony ogółu lekarzy.

Dane co do zasadowości krwi u ludzi chorych mają i miały dotychczas znaczenie przedewszystkiem jako cenny materiał w rozwoju nauki o samozatruciach. Z pośród rozmaitych samozatruc, — pojęcia patologicznego — jak uznać trzeba, wielokrotnie bardzo mglistego, — wydzielono jedną postać ściślejszą i bardziej określoną — mianowicie „samozatrucie kwasem“ — „Säureintoxication“. Według najnowszych zapatrywań zatrucie tego rodzaju w stanach chorobowych ma zachodzić wogóle nader często, — a więc w stanach gorączkowych, w przypadkach ciężkiej anemii postępującej, w białaczce, w moczowce cukrowej, w chłacznie rakowej. Oprócz tych cierpień przewlekłych, „zatrucie kwasem“ upatrują w pewnych postaciach ostrych, które nawet własnego imienia klinicznego nie posiadają, — postaciach głównie

¹⁾ Jan ŚWIĄTECKI. O alkaliczności krwi zgęszczonej pod wpływem wielkich dawek siarkanu sodu. Przegląd lekarski, 1890. Nr. 16 i 17.

z objawami ogólnymi wobec wybitnych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, i nareszcie w psychozach ostrych.

W szeregu tym odróżniano dalej stopień zatrucia kwasem i rodzaj kwasu zatrującego. Odróżnianie takie musiano wprowadzić, po pierwsze dla tego, by pogodzić dane co do zatrucia kwasowego z wynikami badań stanów chorobowych w innych kierunkach; po drugie, by ułatwić przejście pojęcia ogólnopatologicznego do kliniki, względnie do medycyny praktycznej. Rzeczywiście, jak można mówić o zatruciu kwasem w chorobach gorączkowych zakaźnych, kiedy w nich za istotę sprawy chorobowej nauka uważać musi zakażenie drobnoustrojowe. właściwie zatrucie wytworami działalności życiowej mikrobów? To też, przyjmując zatrucie kwasem w gorączce i przytem nie utożsamiając toksyn bakteryjnych z kwasami, uważano pierwsze za zjawisko znaczenia podrzędnego, za zatrucie kwasem lżejszego stopnia, nie dominujące, choć uczestniczące w rozwoju obrazu chorobowego. Natomiast niektórym innym stanom zatrucia kwasem przypisywano rolę wytyczną, cały stan patologiczny sprowadzano nawet w szczegółach do samozatrucia kwasowego. Przedewszystkiem za taką istotną „*Säureintoxication*“ KRAUS²⁾ uważa śpiączkę dyabetyczną. Ma być ona następstwem nagromadzenia się w ustroju, czy we krwi, kwasu oksymasłowego (β), zwracającego płaszczyznę polaryzacji na lewo. W innych stanach kwasem zatrującym jest przypuszczalnie kwas mleczny; np. u epileptyków po napadach, przy włośnicy (*trichinosis*), przy zmęczeniu wskutek uciążliwych marszów. Odrębną kategorię zatrucia kwasowego stanowi podagra, w której przyczyny choroby i jej objawów szukamy ciągle w nadmiernem wytwarzaniu się, czy nagromadzeniu, kwasu moczowego.

W jaki sposób dowiedziono istnienia zatrucia kwasowego? Do tego służyć może kilka metod; „*Säureintoxication*“ będzie wykazaną tem pewniej, im częściej w każdym pojedynczym przypadku zostaną zastosowane wszystkie sposoby badania jednocześnie i o ile wtedy wyniki okażą się zawsze zgodne. A więc najpierw, i jest to postępowanie najlepsze, należy bezpośrednio wydobyć i przedstawić z tkanek lub soków ustroju kwas postulowany; dalej, kwas ten wykazać w wydzielinach (w moczu). Obok tego należy przeprowadzić kontrolę następującego rodzaju. Wiadomo, że soki tkankowe, w pierwszej linii krew posiada odczyn zasadowy; jeśli zjawi się kwas, to odczyn zasadowy powinien się zmniejszać, ewentualnie przy dużych ilościach kwasu przechodzić w obojętny, czy nawet kwaśny. Nareszcie, co ma przedewszystkiem znaczenie dla samodzielności „zatrucia kwasowego“ w klinice, trzeba nieodzownie dać dowody, iż dany stan samozatrucia w całym obrazie chorobowym jest identycznym lub nader podobnym do obrazu eksperymentalnego, czy spostrzeganego u ludzi zatrucia kwasem postulowanym, kwasem, który został wprowadzony do ustroju przez przewód pokarmowy, podskórnie lub też wewnątrzżylnie.

Otóż stwierdzić wypada, że według powyższego planu rozpoznawano i dowodzono „zatrucia kwasem“ nader rzadko. Materiał, jaki dotychczas posiadamy, właściwie zwykle zbierano tylko zapomocą jednej jakiegokolwiek metody.

²⁾ Fr. KRAUS. Pathologie der Autointoxicationen. Ergebnisse der allgemeinen pathologischen Morphologie und Physiologie, herausgegeben von O. LUBARSCU und OSTERTAG. Wiesbaden, 1895. Str. 573—638. W tem miejscu cała literatura „zatrucia kwasem“.

A przytem przyjmowano „*Säureintoxication*“ nawet i wtedy, jeśli przy badaniu dwiema metodami tylko zapomocą jednej otrzymywano wyniki dodatnie. Tak, wobec przypuszczalnego zatrucia kwasem w chorobach wątroby lub przy niedostatecznym dowozie tlenu (ostatniego wymagali HOPPE-SEYLER, ARAKI, E. SCHÜTZ ³⁾) w moczu 30 odpowiednich chorych wcale nie mógł znaleźć kwasu mlecznego. Z drugiej strony zatrucie kwasem w trychinozie, po napadach epileptycznych—uznano dlatego, że właśnie wtedy w moczu znaleziono kwas mleczny.

W tem miejscu nadmienić muszę, że co do moczu, za dowód ustrojowej „*Säureintoxication*“ uważano nietylko obecność prawdziwych kwasów, ale równie dobrze i obecność większych ilości amoniaku. Szereg badaczy (SCHMIEDEBERG, SALKOWSKI i inni) stwierdził bowiem, że nawet po zadaniu znacznych ilości kwasu nieorganicznego, można go wcale nie znaleźć w moczu. Ustrój nie znosi krążenia kwasu wolnego: kwas, wchodzący do krwi, zostaje zobojętniony przez zasady. Jeśli zaś zasady nie wystarcza, to (głównie tyczy to się kwasów mineralnych) zostaje odszczepionym od mocznika amoniak i w moczu mamy duże ilości chlorku amonu. Stąd — *vice versa* — zwiększone wydzielanie amoniaku w moczu patologia uważa za wyraz nadmiernej ilości kwasu w ustroju. Temu to objawowi, wykrytemu przez HALLERVORDEN'a, zawdzięcza swe istnienie w stopniu niemałym gorączkowa „*Säureintoxication*“. Oprócz amoniaku, takim pośrednim dowodem jest także acetonuria, a to dlatego, iż pomiędzy acetonem, kwasem acetyloctowym i kwasem oksymasłowym β zachodzi nader blizki stosunek chemiczny. Kwas acetyloctowy nazewnątrż ustroju łatwo przechodzi w aceton; kwas ten można przyjmować jako aceton, w którym jeden wodór został zastąpiony przez karboksyl. Z drugiej strony, przez utlenienie kwasu oksymasłowego łatwo otrzymać kwas acetyloctowy, a dalej i aceton; odwrotnie, przez redukcję można z kwasu acetyloctowego wyprowadzić kwas oksymasłowy. To też wobec tych danych — mówi KRAUS — i wobec faktu, iż kwas oksymasłowy zjawia się w moczu właściwie tylko wspólnie z kwasem acetyloctowym i acetonem, można przyjąć za nader prawdopodobne, że te trzy związki zawdzięczają swe pochodzenie jednakowemu zaburzeniu odżywiania. A jako wynik dalszego rozbioru podaje ten sam autor, iż „acetonuria jako obraz kliniczny traci swe samoistne miejsce patologiczne i jest tylko wyrazem pewnej postaci zatrucia kwasowego w stopniu łagodniejszym“.

Aceton, kwas acetyloctowy, kwas oksymasłowy, czasami i kwas mleczny, duże ilości amoniaku znajdują się często w moczu dyabetycznym. Gdy aceton w tej chorobie prognostycznie nie jest znakiem bezwzględnie niepomyslnym, zjawienie się kwasu oksymasłowego stwierdzono przedewszystkiem przy grożącej śpiączce i podczas rozwiniętej śpiączki. Objawy tego zaburzenia, jak duszność szczególnego rodzaju, przyspieszone bicie serca do 120, nawet do 160, spadek ciepłoty ciała do 35°, objawy podrażnienia i nieprzytomność, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, są nader zbliżone do eksperymentalnego zatrucia kwasem. Oprócz tego HUGOUNENG'owi⁴⁾ udało się w roku 1887 we krwi dyabetyka bezpośrednio wykazać kwas oksymasłowy (0,427%). Tym sposobem, zdaniem KRAUS'a, posiadamy aż nadto dowodów,

³⁾ U KRAUS'a, l. c.

⁴⁾ U KRAUS'a, l. c.

„by pojmowanie śpiączki dyabetycznej, jako zatrucia kwasem, było daleko lepiej uzasadnione, niż wszelkie dawniejsze teorie co do tego stanu“.

Ale tak zbadane ze wszystkich stron, jak *coma diabeticum*, inne stany nie były. W ostatnich razach postępowano głównie lub wyłącznie drogą nie bezpośrednią, a pośrednią, mianowicie szukano zmniejszenia zasadowości krwi. Nawet niektórzy proponują i stosują określanie zasadowości krwi, jako metodę najmniej kłopotliwą, do rozpoznawania i dyagnostyki różniczkowej zatrucia kwasem w klinice. KRAUS np. w jednym przypadku ciężkiej śpiączki i ogólnego porażenia, mimo dużych ilości cukru i acetonu w moczu, znajduje prawidłową zasadowość krwi. To skłania go do wyłączenia śpiączki dyabetycznej, bo przy ostatniej znajdował zawsze, zgodnie z innemi danemi, wybitnie zmniejszoną zasadowość krwi. Na autopsyi, rzeczywiście, znajdują krwotok mózgowy.

Obniżenie zasadowości krwi w chorobach znajdowano nader często: stąd to i w tak wielu stanach patologicznych upatrują „*Säureintoxication*“. Nauka o gorączkowym zatruciu kwasem (*febrile Säureintoxication*) opierała się, jako na pierwszej podstawie, na obniżeniu zasadowości krwi tętniczej podczas gorączki, wywołanej sztucznie (GEPPERT, MINKOWSKI). MINKOWSKI szukał nawet kwasów we krwi podczas gorączki u psów, ale tylko niekiedy mógł wykryć małe ilości kwasu mlecznego. Z drugiej strony znajdował on także ten sam kwas we krwi psów zdrowych. Istnienie „*Säureintoxication*“ w ciężkich anemiach, raku (KLEMPERER) także oparte jest na obniżeniu zasadowości krwi.

Otóż, ponieważ zachowanie się zasadowości krwi tak ważną, można powiedzieć, pierwszorzędną rolę odgrywa w sprawie zatrucia kwasem, należy nam zastanowić się bliżej nad metodami i wartością różnych sposobów określania zasadowości krwi, a stąd i nad wartością materiału zebranego w tym kierunku. Wnioski, do jakich przytem dojdziemy, przyczynią się do ustalenia poglądu, jaki, zdaniem naszym, posiadać należy co do nowoczesnej „*Säureintoxication*“.

Najchętniej używane jest określanie zasadowości krwi metodą tytrymetryczną. Sposób ten pochodzi od ZUNTZ'a i polega na miareczkowaniu określonej ilości krwi mianowanym (dziesięcionormalnym) roztworem kwasu (kwas solny, szczawowy, fosforowy). Koniec reakcyi oznaczamy papierkiem lakmusowym, uprzednio napojonym nasyconym roztworem soli obojętnej (np. siarczany sodu). Robi to się dlatego, by barwnik krwi dzięki zniszczeniu krążków nie wsiąkał do papierka i nie zacierał tym sposobem zmiany koloru lakmusa. Zmianę zaś tę łatwo zauważyć po nałożeniu kropli krwi i starciu jej z papierka napojonego roztworami soli. Sam sposób postępowania różnorodnie był modyfikowany; w ostatnich czasach za przykładem JAKSCH'a określano zasadowość krwi bańkowej ludzkiej, podług modyfikacyi LANDOIS — JAKSCH'a, opisanej szczegółowo w różnych podręcznikach.

Na ostatniej tej drodze pracowało już wielu autorów (PEIPER, RUMPF, DROUIN), którzy też nader często znajdowali obniżenie zasadowości krwi w gorączkach, mocznicy, blednicy, raku i t. d. Wyniki jednak, szczególnie co do blednicy, niezawsze były jednakowe: w tej chorobie jedni znajdowali obniżenie zasadowości bardzo często, drudzy — bardzo rzadko.

Druga metoda określania zasadowości krwi pochodzi głównie od WALTER'a i H. MEYER'a i polega na oznaczaniu ilości kwasu węglanego we krwi tętniczej lub żyłnej. Metoda ta opiera się na podstawie, że kwas węglany, według urobionych przekonań, tylko w małej ilości znajduje się we krwi w stanie

wolnym, względnie w połączeniu luźnem z ciałami organicznymi (globuliną). Przeważna jego ilość znajduje się w związku z sodem w postaci węglanu lub dwuwęglanu sodu, które warunkują oddziaływanie zasadowe krwi na lakmus. Im więcej będzie węglanu sodu we krwi, tem wyższą jej zasadowość, tem *eo ipso* więcej CO_2 we krwi. A więc i wahania ilości CO_2 , odwrotnie, wskazywać mają wahania zasady mineralnej krwi, *ergo* — wahania zasadowości.

Metody H. MEYER'a używano przeważnie w doświadczeniach na zwierzętach. U ludzi głównie KRAUS wykonywał liczne określenia ilości CO_2 w krwi żyłnej odwłóknionej, i dane tego autora mniej więcej zgadzają się z danymi jego poprzedników, miareczkujących krew zapomocą kwasów. Wspomnieć tu należy, że autor ten jednocześnie określał zapomocą miareczkowania zasadowość surowicy krwi i z tych danych wnioskował także o zasadowości całkowitej krwi, — to ostatnie ze względu, iż węglan sodu chyba wyłącznie znajduje się w surowicy, a nie w elemencie czerwonym.

Materyały, zebrane przez JAKSCH'a, KRAUS'a, RUMPF'a, PEIPER'a i t. d., głównie posłużyły do zainaugurowania streszczonej przez nas nauki o zatruciu kwasem. Ale od pewnego czasu, zresztą bardzo niedawnego, zaczynają stawiać poważne zarzuty metodzie badania, stosowanej przez tych autorów, a przez to i wartości naukowej materyałów przez nich zebranych. Jednocześnie zaczęto bliżej rozbiierać pojęcie „zasadowości krwi“, składniki tej zasadowości, i wobec wyników, w tym kierunku otrzymanych, zarzuty powyższe nabierają tem większej wagi.

A mianowicie A. LOEWY zwrócił uwagę na to, że przy miareczkowaniu krwi według postępowania LANDOIS-JAKSCH'a, nie można myśleć o otrzymaniu cyfr stałych i pewnych. Przy metodzie tej chronimy umyślnie krążki czerwone od zniszczenia przez zmieszanie krwi z nasyconym roztworem soli obojętnej. Stąd kwas, dolewany do krwi, nader trudno łączy się z zasadą krążków, i tym sposobem oznaczamy właściwie zasadowość tylko surowicy. Im wolniej będziemy w tych razach miareczkować, tem wyższe cyfry otrzymamy, bo kwas zdąży się połączyć z zasadą elementu czerwonego. Daleko pewniejszem, nawet jedynie uzasadnionem, jest natomiast według A. LOEWY'ego oznaczanie zasadowości w krwi ze zniszczonymi krążkami (*lackfarbenes Blut*) przez dodanie paru kropel gliceryny do próby badanej i z wyswobodzoną zasadą mineralną krążków czerwonych. Badając w ten sposób krew licznych chorych, krew odwłóknioną i nieodwłóknioną, LOEWY otrzymał cyfry stałe i, co najważniejsza, wyższe, niż jego poprzednicy. Zmniejszenie zasadowości, tak często poprzednio spotykane, autor ten spotykał nader rzadko; odwrotnie, stwierdzał on często podniesienie alkaliczności krwi w stanach chorobowych, co znowu poprzednio widywane było wyjątkowo. A więc dla zapalenia nerek, blednic, gorączki i t. d. LOEWY podaje, wbrew ogólnemu mniemaniu, zupełnie prawidłową lub nawet wzmożoną zasadowość krwi.

Co do gorączki, to nietylko A. LOEWY, ale już po nim LIMBECK i STEINDLER zapomocą innej metody (głównie przez miareczkowanie surowicy i oznaczanie jej ilości) nie mogli także, wbrew badaniom eksperymentalnym GEPPERT'a i MINKOWSKIEGO, wykryć zmniejszenia zasadowości, jako własności stałej tego stanu.

Takie wyniki ograniczyć muszą szerokość naszego pojmowania o zatruciu kwasem. Niewątpliwie zdolne są one obrócić w niwecz masę poprzednich badań i związanych z nimi dedukcyi. Należy więc zapytać, czy spostrzeżenia LOEWY'ego są rzeczywiście tak dowodne, byśmy mieli prawo niezważania na poprzednie rozbiory?

Na ostatnie zapytanie muszę odpowiedzieć twierdząco. Przedewszystkiem zgadzam się z LOEWY'm w tej podstawowej kwestyi, że sposób badania zasadowości krwi wpływa olbrzymio na ostateczne wyniki. W szczegółach uzupełnić należy fakt ten spostrzeżeniem, że zupełnie inaczej wypada ostateczny wniosek, jeśli będziemy zestawiać cyfry, otrzymane tylko przez badanie krwi nieodwłóknionej, i cyfry, otrzymywane w tych samych przypadkach na krwi odwłóknionej. Na ten ostatni fakt dotychczas zupełnie nie zwracano uwagi. Następnie pierwszorzędne znaczenie ma badanie krwi od różnych przypadków wśród zupełnie jednakowych warunków co do czasu, względnie co do wieku krwi.

Posiadam cały szereg określeń ilości kwasu węglanego w krwi żyłnej, sztucznie arteryalizowanej przez kłócenie z powietrzem lub, co rzadziej, przez nasycanie czystym tlenem ⁵⁾. W każdym przypadku równolegle badano krew nieodwłóknioną, to jest krew płynną, przez dodanie małych ilości fluorku sodu (0,2%), i krew odwłóknioną. Oba gatunki krwi od chwili wypuszczenia z żyły do chwili badania, to jest wprowadzenia do pompy gazowej, pozostawały w lodzie. Krew nieodwłókniona była badana w godzinę, a krew odwłókniona w 7—8 godzin po wypuszczeniu z żyły.

Otoż, przy zestawianiu danych, otrzymanych na krwi nieodwłóknionej, doszedłem do tego samego wyniku, co A. LOEWY, mianowicie, że zasadowość krwi w stanach chorobowych obniża się nader rzadko, a przeciwnie, stosunkowo często zwiększa się. Natomiast przy zestawianiu danych z krwi odwłóknionej — w tych samych przypadkach uderzało nader często obniżenie zasadowości krwi. Tylko dwa przypadki rozwiniętej mocznicy dały wynik jednobrzmiący w obu gatunkach krwi, — wybitne obniżenie zasadowości. Ale np. w jednym przypadku gruźliczego zapalenia opłucnej badanie krwi odwłóknionej wykazało mi obniżoną zasadowość, krew nieodwłókniona — wzmożoną. Prawdłowo w krwi żyłnej arteryalizowanej nieodwłóknionej znalazłem około 35% CO₂, w krwi odwłóknionej około 30%. Wspomniane przypadki mocznicy w krwi pierwszego gatunku wykazały ledwie 22—23%, w krwi drugiego — tylko 11-15% CO₂.

Który z tych wyników należy uważać za prawdziwy? Niewątpliwie ten, który otrzymano na krwi nieodwłóknionej. Robimy określenia zasadowości krwi dlatego, by poznać stosunki, zachodzące w ustroju żywym. Tem bardziej nasze wyniki będą uwidoczniały zasadowość krwi żywej, krążącej, im krew wypuszczona będzie mniej zmienioną. Otóż zarówno odwłóknianie, jak i dłuższe przebywanie krwi po za ustrojem zmieniają ją znacznie. Już ZUNTZ zauważył, że zasadowość krwi zaczyna spadać natychmiast po wypuszczeniu jej z ustroju. I ja sam stwierdzić mogłem, że nawet w krwi nieodwłóknionej (fluorkowanej) zasadowość (t. j. ilości kwasu węglanego) wypada tem mniejsza, im później ją będziemy badać. A więc wyniki, otrzy-

⁵⁾ Patrz: E. BIERNACKI. Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych. Pamiętnik Towarz. Lek. Warsz., 1895, Zesz. III i IV. W zeszycie I roku 1896 umieszczoną zostanie literatura, w której czytelnik znajdzie wszystkich powyżej przytoczonych autorów.

mane na możebnie świeżej krwi nieodwłóknionej, mają najwięcej prawa do nazwy realnych.

Tym sposobem za prawdę, za fakt, zachodzący w żywej krwi krążącej, należy uważać, iż zasadowość krwi w stanach chorobowych wcale nie zmniejsza się tak często, jak to wielu autorów przyjmowało i jak jeszcze powszechnie patologia przyjmuje; że, przeciwnie, daleko częściej zdarza się w chorobach wzmożenie zasadowości krwi, o czym poprzednio mało wiadzano.

Czy mamy więc prawo uznawać istnienie „*Säureintoxication*“? W dosłownem znaczeniu, zapewne, że nie, — w tych mianowicie przypadkach, w których nauka o „zatruciu kwasem“ osnuta jest wyłącznie tylko na rzekomo obniżonej zasadowości krwi (w niektórych przypadkach blednicy, w stanach kachektycznych). A już, conajmniej, nie możemy proponować określenia zasadowości krwi do rozpoznawania „*Säureintoxication*“ w klinice, bo metoda stosowana dotychczas (metoda LANDOIS-JAKSCH'a) daje, jak widzimy, błędne wyniki.

Trudniejsza jest odpowiedź względem tych przypadków, w których dla „zatrucia kwasem“ oprócz zmniejszonej zasadowości krwi miano jeszcze i inne dane, wprowadzić tylko pośrednie. Tyczy to się, szczególnie, chorób gorączkowych, w których zmniejszenia zasadowości krwi, jako objawu stałego, zdaje się, napewno niema, a w których napewno wydziela się dużo amoniaku w moczu, jak przy jakimś zatruciu kwasem mineralnym. To też LIMBECK i STEINDLER nie mogą się wobec ostatniego faktu zdecydować ostatecznie na zupełne odrzucenie „*Säureintoxication*“ w chorobach gorączkowych, choć już temu zaburzeniu nie nadają ważnej roli.

Pozostają jednak jeszcze przypadki, w których istnienie „zatrucia kwasem“ dowodzi się nie na podstawie danych pośrednich, ale bezpośrednich, to jest na znalezieniu określonego kwasu we krwi i w moczu, jak to miało miejsce w śpiączce dyabetycznej. Możliaby w takich razach upierać się przy „zatruciu kwasem“ jeszcze i na tej podstawie, iż obraz kliniczny przypomina zatrucie tego rodzaju.

Nie posiadamy dotychczas dowodów bezpośrednich, by mieć prawo zupełnego odrzucenia pojęcia „*Säureintoxication*“. Zresztą, osobiście wydaje mi się zatrzymanie kwasu we krwi w niektórych przypadkach rzeczą pierwszorzędnego znaczenia, — o czym jeszcze wspomnę. Ale, żeby np. nawet śpiączka dyabetyczna była niezbicie dowiedziona i wyłączona „*Säureintoxication*“, przekonać się na podstawie istniejącego materiału — o czym także jeszcze wspomnę — w żaden sposób nie mogę.

Choć tym sposobem, zatrucie kwasem stanowczo jest rzadszem i wogóle mniej uzasadnionem, niż niektórzy autorowie przyjmują, to jednak, nie wydaje mi się dotychczasowa praca w tym kierunku wogóle dla nauki stracona. Uchylę zasłonę jeszcze z jednego faktu: określania zasadowości krwi same przez się nie mogą decydować o tem, czy jest zatrucie kwasem, czy nie, i wogóle nie należy się tą metodą badania posługiwać przy rozwiązywaniu ostatniej kwestyi tak obszernie, jak to dotychczas robiono.

Zwolennik „zatrucia kwasem“ mógłby w ostatnich moich wywodach widzieć *contradictio in adjecto*. Tak jednak nie jest, jak wykaże następujące rozumowanie.

Nie należy mieszać dwóch pojęć: zasada krwi i zasadowość krwi. Zasadowość krwi w pierwszej linii zależy od zasady, a mianowicie od węglanu, względnie dwuwęglanu sodu. Węglan, dwuwęglan sodu niewątpliwie znajduje się we krwi, jak ostatnio dowiódł GÜRBER. Ale cała zasadowość krwi nie zależy tylko od tego związku. Zachodzi tu zupełna analogia z zawartością żołądkową. Kwaśny odczyn miazgi, wydobytej na szczycie trawienia, zależy prawidłowo od kwasu solnego, ale kwasota ogólna treści powodowana zostaje przez szereg różnych połączeń: kwaśne fosforany, kwas solny utajony, kwas solny wolny, ewentualnie kwas mleczny, kwasy tłuszczowe. Jak już wiadomo, znaczenie fizyologiczne pojedynczych tych składników w sprawie trawienia wcale nie jest jednakowe.

Otóż, podobnie rzecz się ma z całkowitą zasadowością krwi. Jak wykazał szereg najnowszych poszukiwań ZUNTZ'a, LEHMAN'a, A. LOEWY'ego, na zasadowość krwi oprócz zasady mineralnej (węglan i dwuwęglan sodu) składają się jeszcze w niemałej ilości ciała organiczne o odczynie zasadowym. Oprócz tego istnieją najprawdopodobniej alkalialbuminaty we krwi, ciała białkowe, w dość ścisłym związku z zasadą mineralną będące. Tym sposobem zasadowość krwi = zasada mineralna + alkalialbuminat + ciała zasadowe organiczne. Co do ostatnich, doszedłem do przekonania, że niemałą ich część, może i wszystko, stanowią fibrynogeny.

Co możemy wobec tego myśleć o znaczeniu określań zasadowości krwi? Wyniki takich określań same przez się mają — że użyjemy znowu porównania z zawartością żołądkową — podobną wartość, jak określania ogólnej kwasoty bez jakichkolwiek innych danych. Przy jednej i tej samej kwasocie w jednym przypadku może być dużo kwasu solnego, w drugim bardzo mało, a dużo innych kwasów. Żeby mózdz użytkować z takich określań, trzeba wiedzieć conajmniej zachowanie się wolnego kwasu solnego: wtedy możemy mniej więcej określić stosunki ilościowe kwasów, względnie kwasu solnego, o który przy badaniu żołądka przedewszystkiem nam chodzi. Zapewne — w rzadkich wypadkach bardzo silny spadek kwasoty, minimalnie kwaśny odczyn zawartości żołądkowej już sam przez się jest niemal dowodem braku, czy znacznego zmniejszenia HCl.

Bardzo podobnie sprawa stoi z ogólną zasadowością krwi i dziwić się wypada, że tak długo pozostało to niezauważonem. Wprawdzie pojęcie o tem, z czego się składa zasadowość krwi, dopiero w ostatnich dniach bliżej objaśniono. Poprzednio, to jest jeszcze parę lat temu, podczas najchętniejszego badania alkaliczności krwi w stanach chorobowych, dwa pojęcia — zasada i zasadowość krwi — nie były ściśle odgraniczone. Właściwie niby zawsze chodziło o określenie ilości zasady we krwi; do tego dążyła przynajmniej metoda określania alkalescencji zapomocą CO_2 , bo przecież CO_2 ma być związany prawie wyłącznie z sodem. Jeśli CO_2 znajdujemy mniej, to znaczy, że i zasady mineralnej we krwi jest mniej; a mniej jej znajduje się dlatego, że część poszła na zobojętnienie krążącego kwasu. Notabene — innego sposobu zubożenia w zasadę przytem jakoś sobie nie przedstawiano.

Tymczasem, kiedy teraz wiemy, że zasadowość krwi składa się z sumy różnych czynników o odczynie alkalicznym, to z oznaczenia ogólnej zasadowości bynajmniej nie mamy prawa wnioskować o wahaniami zasady mineralnej — tak samo, jak nie możemy, po znalezieniu kwasoty prawidłowej, twierdzić, iż kwas solny znajduje się w ilości prawidłowej. I rzeczywiście, nie mo-

żna bynajmniej odrzucać możliwości, że przy spadku zasady mineralnej we krwi zasadowość ogólna okaże się prawidłową z powodu wzmożenia ilości zasady organicznej, lub odwrotnie. Może być i spadek ogólnej zasadowości przy prawidłowej zawartości zasady mineralnej dzięki zmniejszeniu zasady organicznej, a więc powód do przypuszczania „zatrucia kwasem“ w znaczeniu dawniejszem, kiedy ma się do czynienia z zaburzeniem zupełnie innej kategorii. (D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

42. ROSENFELD (Wrocław). **Podstawy acetonury i jej leczenie.** U chorych na cukromocz, żywionych przeważnie mięsem, występuje często acetonurya i diaceturya (t. j. wydzielanie z moczem kwasu acetoctowego). Spostrzeżenia, czynione nad ludźmi zdrowymi, wykazały, że żywienie mięsem wywołuje u nich także pojawienie się acetonu w moczu, i to już na drugi lub trzeci dzień, gdy spożycie węglowodanów zaraz ten objaw usuwa. Aceton może być w ustroju wytworem białka, tłuszczu lub węglowodanów; gdy jednak te ostatnie usuwają acetonurę, a u ludzi żywionych białkiem, duża ilość acetonu w moczu nie może zależeć od przemiany węglowodanów, trzeba więc przypuścić, że tylko białka lub tłuszcz mogą wytworzyć aceton w ustroju.

Spostrzeżenia nad ludźmi zdrowymi, przy rozmaitem ich żywieniu wykazały, że głodzenie bezwzględne powiększa ilość acetonu w moczu, że aceton występuje w moczu w ilościach znacznych u osób spożywających niewielkie nawet ilości białka, i że przy powiększeniu ilości przyjmowanego białka, ilość acetonu w moczu nie tylko nie powiększa się, lecz nawet maleje, że tłuszcze działają rozmaicie: o ile oszczędzają one rozpad białka, o tyle zmniejszają acetonurę, i przeciwnie, o ile rozpad białka zostanie przyspieszony, o tyle więcej pojawia się w moczu acetonu. Z doświadczeń tych przychodzi autor do wniosku, że acetonurya jest czynnością umiarkowanego rozpadu białka. Tak się rzecz ma u ludzi zdrowych.

Przechodzimy teraz do chorych na cukromocz. U nich acetonurya występuje zarówno przy żywieniu wyłącznie mięsem, jak przy pokarmie mieszanym. Acetonurya przy żywieniu mięsem różni się od acetonury u zdrowych ludzi tem, że powstaje po jego spożyciu bardzo szybko i że często towarzyszy jej wydzielanie z moczem kwasu acetoctowego t. j. diaceturya. Pojawienie się acetonu przy pokarmie mieszanym, jest objawem patologicznym, właściwym cukromoczu, a zależnym od tego, że węglowodany, chociaż spożyte, nie zostają utlenione i wydzielają się z moczem. Tak zwane „*coma diabeticum*“ pojawia się często po spożyciu mięsa, a że zawsze towarzyszy mu duża ilość acetonu w moczu, on jest zatem czynnikiem, prawdopodobnie wywołującym ten stan. Doświadczenia wykazały, że wprowadzenie do ustroju kwasu acetoctowego wywołuje obfitą acetonurę, co pozwala sądzić, że obecność tego kwasu we krwi (*diacethaemia*) jest warunkiem przygotowującym acetonurę; jeśli zaś kwas acetoctowy pokazuje się w moczu, jest to dowodem, że ustrój nie jest już w stanie utlenić tego związku do wysokości acetonu; poprzednikiem jego jest prawdopodobnie kwas β -oksymasłowy.

Dla usunięcia acetonury musimy więc postawić chorego na cukromocz w warunkach sprzyjających najmnieszemu wydzielaniu się acetonu, a więc 1) bądź

przez żywienie go węglowodanami, bądź 2) przez żywienie nadmierną ilością białka, bądź 3) przez głodzenie względne. Dwa pierwsze środki są bardzo trudne do wykonania, pozostaje więc trzeci: żywienie chorego niewielką ilością białka przy znacznym dowozie węglowodanów (lewuloza, cukier trzcinowy, gliceryna). Tym sposobem uniknąć można napadów śpiączki u chorych na cukromocz.

(*Centralblatt für innere Medicin. N. 51. 1895*).

Wł. Sawicki.

43. C. SCHWERDT. **Enteroptoza i ciśnienie wewnątrzbrzuszne.** Pod enteroptozą w znaczeniu ogólniejszem pojmujemy opadnięcie narządów jamy brzusznej, w ściślejszem—opadnięcie kiszek czyli „chorobę GLÉNARD’a”. Autor, wychodząc z zasady, że opadnięcie już choćby jednego narządu pociąga za sobą w przyszłości i inne, że zarówno leczenie częściowego, jak i całkowitego opadnięcia trzew brzusznych jest jednakowe, proponuje pod nazwę tę podprowadzać już takie przypadki, w których najmniej dwa narządy brzuszne uległy opadnięciu. Na 95 przypadków enteroptozy, znalazł ją tylko 6 razy u mężczyzn, resztę u kobiet, z których tylko jedna miała całkowite opadnięcie narządów z wyjątkiem śledziony. Zresztą znalazł autor: 1) opadnięcie z atonią żołądka 63 razy, 2) opadnięcie nerki prawej 86, lewej 4 razy, obu jednocześnie 5 razy, 3) wątroby—raz jeden, 4) opadnięcie kiszek i obwisły brzuch — 18 razy, 5) opadnięcie i zgięcie macicy 11 razy, i 6) w 27 przypadkach zapalenie przy- i okołomaciczne z krwotokami. Z objawów klinicznych, u chorych na enteroptozę uderza przede wszystkim tak zwany obwisły brzuch, czyli zwieszająca się podczas stania nad spojeniem łonowym zwiotczała przednia ściana brzuszna. W położeniu leżącym brzuch jest czasami wzdęty od gazów, częściej jednak w środku zapadły, spłaszczony; dzięki zanikowi tkanki tłuszczowej i mięśniowej, zarysy kiszek i ich ruchy robaczkowe wyraźnie przez ścianę brzuszną się uwydatniają. Ciśnienie wewnątrzbrzuszne u chorych takich jest zawsze znacznie zmniejszone. Żołądek przedstawia zwykle objawy atonii. Krzywizna wielka często uwydatnia się poniżej pępka; jeżeli jednak i krzywizna mała znajduje się między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem, wtedy oprócz atonii mamy i opuszczenie żołądka. To ostatnie bez objawu pierwszego nie bywa nigdy. Różnica między żołądkiem atonicznym a rozszerzonym uwydatnia się tu dosyć wyraźnie: gdy w ostatnim przypadku żołądek bywa niezmiernie dużym przy braku zawartości w nim pokarmów, w pierwszym—będąc próżnym, zachowuje jednak pewną swą sprężystość i rozszerza się ponad normę tylko przy napełnieniu go. Kiszki, głównie cienkie, leżą w worku przedniej ściany brzusznej, gdyż krezka jest mocno rozluźniona. Często poprzecznicą bywa nisko i głęboko opuszczona, nieraz aż do spojenia łonowego. EWALD w celu uwydatnienia poprzecznicy radzi napełnić kiszkę wodą przez odbytnicę. Odbytnica bywa też nieraz opuszczona, co się uwydatnia najczęściej przy defekacji. Najwybitniejszą jednak rolę w całym tym zbiorze objawów zajmuje opuszczenie nerki czyli t. zw. nerka wędrująca. Chociaż niektórzy klinicyści starali się upatrywać tutaj 3 stopnie opuszczenia, jednak klasyfikacja ta okazuje się w rzeczywistości raczej szematyczną, gdyż nieraz u jednego i tego samego chorego w różnych okresach badania znajdujemy różne stopnie opuszczenia, zależnie od chwilowego mniejszego lub większego przemieszczenia narządu. Bywają przypadki, w których nerka prawa wyczuwa się łatwo w ścianie przedniej na wysokości pępka, lub jest umocowana nieruchomo tuż pod brzegiem wątroby, lecz obok tego nie daje żadnych innych przedmiotowych lub podmiotowych objawów enteroptozy; takie przypadki należy, według autora, wyłączyć z kategorii nerek wędrujących; są one ważne dla lekarza praktyka z tego względu, że nieraz symulują powiększony pęche-

rzyk żółciowy. Nerka wędrująca jest zwykle bardzo ruchoma i opuszcza się dosyć nisko, nieraz do kości łonowych lub do wejścia do miednicy; w ostatnim przypadku może być ona wzięta za powiększony jajnik. Nerki takie dają się łatwo przesunąć na zwykle swoje miejsce, czynność ta mało jednak przynosi chorym korzyści, gdyż przy sprzyjających okolicznościach następuje nowa wędrówka. Z ważniejszych następstw tego cierpienia autor notuje: tworzenie się wodonercza przez zajęcie moczowodu, oraz zaburzenia cyrkulacyjne w nerce przez skrócenie naczyń. W pierwszym przypadku nerka, jak wskazują doświadczenia na zwierzętach, może się powiększyć 3—4 razy, w obu zaś następuje bezmocz z następczą polyurią, bóle kurczowe, wymioty, zaparcie stolca i t. p. W gwałtownych przypadkach zauważono nawet objawy mocznicy i niedrożności kiszek. Jako objaw charakterystyczny dla wodonercza w zależności od nerki wędrującej, autor podaje przepuszczający charakter cierpienia; dla zaburzeń cyrkulacyjnych — zależność ich od miesiączkowania. Co się tyczy wątroby i śledziony, to narządy te nie przedstawiają wielkiego zajęcia, już choćby dlatego, że opuszczenie ich rzadko się zdarza. Autor widział tylko raz jedną wątrobę wędrującą; śledziona zaś takiej ani razu. Przemieszczenie macicy z jej przydatkami znajdował autor najczęściej w postaci tyłozgięcia i przodopochylenia.

Z objawów podmiotowych przy enteroptozie wyróżnić należy dolegliwości o charakterze dyspeptycznym: ściskanie i uczucie pełności w okolicy żołądka, mdły smak, odbijania, nudności i wymioty, uporczywe zaparcie stolca naprzemian z biegunką, wzdęcie kiszek i kolki. Przy opadnięciu kiszek i nerki—bywają bóle krzyża, parestezye w kończynach dolnych, parcie na mocz, polyuria. W późniejszych okresach cierpienia przyłączają się jeszcze bóle w przełyku, utrudnione łykanie, duszność, bicie serca, zawroty głowy, niechęć do pracy, przygnębienie psychiczne, przykre sny, wreszcie melancholia.

Sam mechanizm enteroptozy daje się łatwo wytłomaczyć, jeżeli zważymy, że w stanie prawidłowym wszystkie narządy w jamie brzusznej znajdują się pod pewnem określonym ciśnieniem, podtrzymywanem w pewnem napięciu dzięki elastyczności ścian brzusznych. Stosunek wzajemny tych narządów w warunkach fizjologicznych zmienia się tylko w pewnych granicach w zależności od danego położenia ciała, stopnia przepełnienia kiszek i ich ruchów robaczkowych, jakoteż skurczeń ściany brzusznej i przepony. W stanach chorobowych, jak naprzykład w enteroptozie, gdzie za punkt wyjścia przedewszystkiem należy uważać zwiotczenie przedniej ściany brzusznej, ciśnienie to znacznie się zmniejsza; w wytworzony z przedniej ściany worek spuszcza się kolejno narządy brzuszne według praw ciężkości: więc naprzód kiszki, kałem przepełnione i luźno umocowane, żołądek przeładowany pokarmami, wątroba przy obrzęku ostrym, nerki po urazach i t. p. Żołądek i kiszki, dzięki zmniejszonemu ciśnieniu wewnątrzbrzuszemu rozdymają się gazami, następuje stan paretyczny i atonia całego przewodu pokarmowego z właściwymi im następstwami: zaparciem stolca, fermentacją i gniciem pokarmów, samozatruciem i t. p. Nie należy też zapominać, że zmniejszone ciśnienie wewnątrzbrzuszne wpływa też i na ciśnienie w klatce piersiowej: przepona obniża się, a z nią obniżają się granice płuc i dają typowy obraz kliniczny rozemdy płuc. Całe to cierpienie, według autora, rozwija się na gruncie konstytucjonalnym, a istota jego polega na zwiotczeniu całego układu nerwowego i mięśniowego. Za momenty usposabiające należy przyjąć: 1) dziedziczność, 2) nieprawidłowy tryb życia już od dzieciństwa (przeciążenie umysłowe, niedostateczny rozwój i hartowanie ciała, nadużycie herbaty, kawy; u zamożnych — obfite nagroma-

dzenie tłuszczu w tkance podskórnej z uciskiem i zanikiem mięśni, u biednych ten sam wynik w następstwie ciężkiej pracy i niedostatecznego odżywiania); 3) wszelkie przewlekłe cierpienia, głównie gruźlica, blednica, histerya, nerwowa postać grypy, skażenie moczowe; 4) gorset; 5) niedostateczna dyetetyka ciąży i położu.

Przebieg omawianej choroby jest długotrwały; zdarza się nieraz, że w biednej klasie daje się powyższe cierpienie stwierdzić dopiero z powodu jakiegoś powikłania ostrego, zależnego od enteroptozy. Rokowanie zależne jest od wieku chorego i długotrwałości cierpienia; wogóle jednak, choć życiu bezpośrednio nie zagraża, jest to cierpienie poważne i długotrwałe. Ustępuje wtedy, jeżeli chory, świadomy swej choroby, chce i może uniknąć warunków, sprzyjających jej powstawaniu. Rozpoznanie omawianego cierpienia dla lekarza-praktyka wcale nie jest łatwe, szczególnie, jeżeli brak szczegółów wywiadowczych. W tych razach należy wyłączyć inne choroby, mając na uwadze głównie nerwice żołądka i kiszek. W dalszym ciągu omawia jeszcze autor stosunek enteroptozy do blednicy, gruźlicy i histeryi, zaznaczając, że na 95 przypadków mógł on ciężką blednicę konstatować 25 razy. Doświadczenie uczy, że u takich chorych osiąga się lepszy wynik z leczenia enteroptozy, aniżeli z leczenia blednicy żelazem; pierwsze bowiem cierpienie jest tu zasadnicze. Gruźlica również często się zdarza: 15 na 95 przypadków, a histerya nieco rzadziej (12 przypadków). Ta ostatnia daje się łatwo wyróżnić, szczególnie u chorych wyniszczonych, z daleko posuniętem cierpieniem.

Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem powinno ono być zapobiegawcze. A więc już w dzieciństwie należy zwracać uwagę na odpowiednie wychowanie, hartowanie ciała, nieprzeciążanie pracą, dostateczny wypoczynek, zakaz noszenia gorsetu. Częsta ciąża i długotrwałe *puerperia* sprzyjają chorobie, trzeba się więc i z tem liczyć.

Samó leczenie powinno być krzepiące i odpowiednie do stanu odżywiania chorego: inne leczenie zastosujemy u otyłych, inne — u osób szczupłych. Gdzie przeważa atonia żołądka, należy dawać pokarmy często i w małej ilości, zabronić płynów, w szczególności kawy, herbaty, wysokoju. Zimą dobrze jest spędzać na południu, w lecie dla lżej chorych stosowne będą kąpiele morskie lub rzeczne. Spadek ciśnienia wewnątrzbrzusznego należy wreszcie zwalczać mięsieniem, elektrycznością, gimnastyką, a dla utrzymania ścian brzusznych w pewnem napięciu i sprężystości, nakłada się odpowiednio przedłużony gorset lub bandaż. Inne dolegliwości leczy się objawowo.

(d. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 marca r. b.

TREŚĆ: 1) SAWICKI Bronisław — przedstawienie chorego po operacji osteoplastycznej. 2) BRODOWSKI i SOKOŁOWSKI — przedstawienie mózgu z wylewem krwawym do mózdzku. 3) BRODOWSKI — przedstawienie preparatu z wypadnięciem części żołądka przez otwór w ścianie brzusznej. 4) CIĄGLIŃSKI — O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego.

1) Kol. SAWICKI Br. przedstawił 19-letniego chłopca, u którego wykonał przed paroma miesiącami operację osteoplastyczną dla pokrycia braku skóry i kości na czole. Brak ów powstał wskutek urazu, spowodowanego pęknięciem rury fuzyi, z której chory strzelał. Powstały brak kości i skóry mówca starał się po-

kryć, operując dwukrotnie chorego. Na pierwszym posiedzeniu usunął kilka wolnych odłamków kostnych w górnej ścianie oczodołu i w zatoce czołowej. Na drugim zaś kol. S. pokrył brak w kości czołowej i skórze zapomocą płata, który wyciął z sąsiedniej tkanki podług metody MUELLER-KOENIG'a. Płat ten oprócz skóry i okostnej zawierał także zewnętrzną blaszkę kości. Przystosowany na miejscu przeznaczenia, płat ten przyrosł dokładnie. Miejsce obnażone, powstałe po wykrojeniu płata, pokrył mówca kawałkiem skóry, wykrojonej na piersiach podług metody WOLFE'go. Część owego płata przyrosła, druga zaś zmartwiała, tak, że trzeba było przeszczepić płat podług metody THIERSCH'a.

2) Prof. BRODOWSKI i kol. SOKOŁOWSKI okazali mózg, pochodzący od 16-to letniego chłopca, który w początkach lutego zapisany został do oddziału kol. S. Chory ten od $\frac{1}{2}$ roku miewał bóle w prawem uchu. Będąc ostatni raz na ślizgawce, upadł kilka razy; po powrocie do domu czuł się ociężałym i sennym; pierwsze 3 dni przespał, 4-go i 5-go poszedł do zajęcia. 6-go dnia przebudził się z zawrotem i silnym bólem głowy i z podniesioną ciepłotą. Wystąpił skurcz trwały mięśni karku i trudność połykania. 4-go dnia po przybyciu do szpitala chory zmarł. Na kilka godzin przed śmiercią było znaczne krwawienie z prawego ucha.

Sekcja mózgu wykazała: ograniczone próchnienie kości skalistej, zrost w tem miejscu opony twardej, zapalenie krwotoczne opony twardej, znaczny wylew krwi w przestrzeni podpajęcznej z przedostaniem się krwi do 4-ej komory. Oprócz tego w półkuli mózdzku znaleziono ognisko krwawe, wielkości jaja. Prof. BRODOWSKI początkowo sądził, że ognisko to powstało wskutek pęknięcia naczynia w nowotworze. Nowotworu jednak nie znaleziono. Prof. B. sądzi, że wskutek upadku u chorego nastąpiło ograniczone rozmiękczenie istoty mózdkowej, a następnie wylew krwi.

3) Prof. BRODOWSKI przedstawił część ściany brzusznej z otworem, przez który wypadła nazewnątrz część żołądka. Preparat ten pochodził od młodego osobnika, któremu przed 2 lata wskutek skonstatowanego znacznego zwężenia przełyku ś. p. kol. JAWDYŃSKI dokonał gastrostomii. Przez długi okres czasu chory odżywił się, wprowadzając pokarmy przez otwór sztuczny, i cieszył się względnie dobrem zdrowiem. Na kilka dni przed wstąpieniem do szpitala, po jakimś wysiłku chory uczuł ból i zauważył, że przez otwór w ścianie brzusznej wyszła nazewnątrz część żołądka. Przywieziony do szpitala, wkrótce zmarł. Badanie zwłok wykazało, że wypadnięta część żołądka znacznie obrzmiała, uległa zgorzeli, że zmartwiałe miejsce oddzielone jest od tkanki zdrowej linią graniczną, i, co najważniejsza, że w całym przełyku niema ani śladu zwężenia. Przypadek ten, zdaniem mówcy, świadczy, że mogą być długotrwałe skurcze mięśni przełykowych na tle nerwowem, które i doświadczonych chirurgów w błąd wprowadzić mogą.

4) Kol. CIĄGLIŃSKI wypowiedział odczyt „O zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego“. Mówca na wstępie zaznacza, że wobec ukazania się w N. 10 Gaz. Lek. pierwszej połowy jego pracy, traktującej o zwyrodnieniach wtórnych układu nerwowego w ogólności, przedmiotu tego zupełnie poruszać nie będzie, lecz po przestanie tylko na zakomunikowaniu wyników badań własnych.

Przypomniawszy w krótkich słowach stosunki anatomiczne włókien nerwowych, przebiegających w istocie białej rdzenia, C. zaznaczył, iż dotychczas zbadane i znane są w substancji szarej tylko tak zwane drogi krótkie, przebiegające albo równoległe do przekroju poprzecznego rdzenia—jako tak zwane kolaterale czuciowe lub jako włókna korzeni przednich, albo przebiegające w kierunku

ukośnym, jako włókna z pęczków piramidalnych do istoty szarej przenikające, lub z tej ostatniej do pęczków bocznych (FLECHSIG'a, GOWERS'a, LOEWENTHAL'a) lub przednich idące.

Zwyrodnieniom wtórnym w istocie szarej dotychczas mało poświęcano uwagi.

Mówca w doświadczeniach swych wykazał zwyrodnienie wstępujące włókien nerwowych, w spoidle szarem poza kanałem centralnym przebiegających, u dwóch psów—w 4 i w 5 dni po poprzecznem uszkodzeniu rdzenia (w pierwszym przypadku przewiązanie nitką jedwabną, w drugim zmiażdżenie).

U jednego psa po sztucznym ucisku rdzenia (pies żył 23 dni) znalazł C. w miejscu, odpowiadającym powyżej opisanym zwyrodnieniom, w istocie szarej jamę—poniżej miejsca ucisku.

Na preparatach z rdzenia normalnego psa wykazał C. również w omawianem miejscu istoty szarej pewną sumę drobnych włókien nerwowych, przebiegających pośród silnie rozwiniętej neuroglii.

Na podstawie tych danych dochodzi C. do wniosku, że w istocie szarej rdzenia, mianowicie w spoidle szarem poza kanałem centralnym przebiegają włókna nerwowe przez całą długość rdzenia i stanowią wyosobnioną anatomicznie długą drogę.

Dla określenia roli fizyologicznej nowego pęczka, autor powołuje się na prace doświadczałne, z przecięciem pęczków tylnych lub z przecięciem istoty szarej przeprowadzone, głównie zaś na doświadczenia STILLING'a (1842), BROWN-SÉQUARD'a (1846) i SCHIFF'a (1856), które wykazały, że po przecięciu pęczków tylnych rdzenia, wrażenia (bólowe) zostają przeprowadzone do mózgu; przeciwnie zaś, po przecięciu istoty szarej, a pozostawieniu nieuszkodzonych pęczków tylnych—pozostają przeprowadzone do mózgu tylko wrażenia dotykowe, a wrażliwość na ból ginie zupełnie; powołuje się C. i na ten wielki eksperyment, jakiego na rdzeniu ludzkim dokonywa syringomyelia, i na zasadzie tych danych stawia hipotezę, że pęczek, przez niego wykazany, stanowi drogę fizyologiczną dla bodźców bólowych i ciepłotnych.

C. pracy swej nie uważa za skończoną, dalsze jego badania mieć będą na celu wykazanie przebiegu włókien pęczka bólowego w opuszcze i w mózgu, jak również stwierdzenie istnienia tego pęczka i u innych zwierząt i u ludzi.

Odczyt swój mówca uzupełnił demonstracją preparatów drobnowidzowych, obrazami klisz fotograficznych z preparatów, rzucanymi przez skioptykon na ekran, jak również demonstracją dwóch rysunków szematycznych: topografii pęczków rdzenia (szemat FLATTAU'a) i topografii nowego pęczka.

ODCINEK.

Przytułki dla biednych rodzących**W WARSZAWIE.**Skreślił **D-r J. Rogowicz.**

Od lat 13-tu istnieją w Warszawie przytułki dla biednych rodzących, otwarte w d. 13 listopada 1882 r., a dziesiąty rok dobiega od ogłoszenia pracy mojej p. n. *Nowe zakłady publiczne (przytułki) dla biednych rodzących w Warszawie*¹⁾. W pracy tej przedstawiłem dzieje powstania tych przytułków; podałem ich opis, ustawę i instrukcję, przez odpowiednie władze wydane; zdałem sprawę z dwuletniej (za r. 1883 i 1884) ich działalności społeczno-lekarskiej; wreszcie wskazałem, jakieby mogły i powinny spełniać zadania. Obecnie, po latach 10 ciu, w ciągu których niejedna doniosła zmiana zaszła w rozwoju instytucji przytułków położniczych, zamierzamy nietylko ocenić wartość i znaczenie tych zmian, lecz zarazem wskazać, jak wadliwości usunąć i zaradzić potrzebie wzmożenia działalności tej pożytecznej instytucji w naszym mieście.

I. Rozmieszczenie przytułków w mieście: jakim ono jest, a jakim być winno.

Powszechnie wiadomo, że głównym i jedynym celem założenia przytułków w Warszawie, było zapewnienie bezpłatnej opieki i umiejętnej pomocy biednym rodzącym, które są narażone na wszelkie zgubne dla nich następstwa, wynikające z braku odpowiedniego pomieszczenia, opieki i pomocy, jakich każda rodząca potrzebuje. Wiemy nadto, że w 1882 r. otwarto 5 takich przytułków, a mianowicie: jeden na Pradze i 4 w samej Warszawie. Już przed 10-ciu laty (l. c.) zwracaliśmy uwagę na nieodpowiednie rozmieszczenie tych ostatnich w mieście, a głównie na to, że biedna ludność całego Powiśla (lewego) nie ma ani jednego przytułku; gdy tymczasem okolica południowo-zachodnia posiada ich aż cztery. Ze względu zaś na to, że na Powiślu zamieszkuje bodaj czy nie połowa całej ludności biednej chrześcijańskiej, upominaliśmy się dla niej choć o jeden taki przytułek. Nareszcie, po 5-iu latach oczekiwania, Powiśle doczekało się przytułku dla biednych rodzących; jest nim nowy przytułek Nr. 6, otwarty w połowie listopada 1887 r. przy ulicy Dobrej Nr. 6. Przytułek ten zajmuje całe pierwsze piętro, 6 pokoiów i 2 kuchnie zawierające, dwupiętrowego, prawie na brzegu Wisły stojącego domu, od której oddziela go spory ogród owocowy; z tylnych okien roztacza się rozległy widok na Wisłę i Saską Kępe. Dom to niewielki, bez oficyn, ulica słabo zaludniona, spokojna, powietrze czyste; jednym słowem—zupełnie odpowiedni na przytułek. Jedyny niedostatek stanowi to, że nie jest skanalizowany, lecz jest to brak czasowy, albowiem niezadługo i Powiśle będzie korzystało z kanalizacji. O potrzebie przytułku w tej okolicy wymownie świadczy przeszło 200 przeciętnie corocznie w nim rodzących kobiet.

W ciągu 13-tu lat istnienia przytułków, tylko trzy z nich: Nr. 4 na Pradze, Nr. 3 na ul. Nowo-Wielkiej i Nr. 6 na ul. Dobrej pozostały tam, gdzie pierwotnie je zało-

¹⁾ „Medycyna“ N-ra 36 — 40 z r. 1885 i N-ra 50 i 51 z r. 1886 — oraz osobne odbicie—Warszawa, 1886, str. 36, druk M. Ziembkiewicza.

żono; trzy inne zaś zmieniły swoją siedzibę, a mianowicie: Nr. 1 i Nr. 5 po dwakroć, a Nr. 2 z ul. Prostej przeniesiono w 1891 r. na ul. Żelazną (róg Łuckiej), gdzie dotąd się znajduje.

Snadź zdanie nasze, w 1885 r. wypowiedziane (l. c.), o przytułku Nr. 1, wówczas na Lesznie (blisko ul. Żelaznej) się znajdującym,— że zajmuje mieszkanie całkiem nieodpowiednie i dlatego należałoby go przenieść do innego domu,—trafiło do przekonania tych, od których zmiana siedziby przytułków zależy; albowiem w 1888 r. przeniesiono przytułek Nr. 1 na ul. Karmelicką, lecz nie na długo, gdyż w trzy lata później przeniesiono go na ul. Nowolipki 25, gdzie i obecnie się znajduje. Niestety, nie uwzględniono i tym razem warunku zasadniczego, a mianowicie, że przytułek dla rodzących znajdować się powinien w okolicy miasta przeważnie przez ludność biedną zamieszkiwanej. Taką właśnie okolicą jest ul. Leszno (blisko ul. Żelaznej), gdzie pierwotnie przytułek Nr. 1 był otwarty, i dopóki tam istniał, posiadał największą ze wszystkich przytułków liczbę kobiet, w nim corocznie rodzących; nie należało przeto z tej części miasta go usuwać, lecz jedynie przenieść do innego domu. Jako dowód, że tam był wielce potrzebny, przytaczamy to, że od czasu przeniesienia przytułku Nr. 2 na ul. Żelazną, liczba w nim corocznie rodzących nieledwie się podwoiła: ze 160 wzrosła do 260²⁾. Niebrak wprawdzie i w okolicy Nowolipek ludności biednej, lecz przeważnie żydowskiej, dla której przecież nie przytułek Nr. 1, lecz Nr. 5 został wyłącznie przeznaczony i odpowiednio do wymagań rytualnych urządzony.

Tymczasem ów przytułek Nr. 5 (dla żydówek) w przeciwnym wędrował kierunku. Po 8-miomiesięcznym pobycie na Muranowie, przeniósł się na ul. Śliską 34, t. j. w okolicę przytułku Nr. 2, wówczas na ul. Prostej się znajdującego. W kilka lat później, jeszcze więcej do Nr. 2-go się zbliżył, sadowiac się na ul. Pańskiej 26, którą po 5-iu latach porzucił i osiadł w 1891 r. na placu św. Aleksandra 13 (róg ul. Żórawiej), gdzie dotąd się znajduje. W tej wędrowce pozbywał się swoich odrębności rytualnych tak dalece, że na placu św. Aleksandra została z nich już tylko kucharka żydówka; lecz i ta wkrótce dla braku zajęcia została uwolnioną. Mamy zatem przytułek dla żydówek, bez rodzących w nim żydówek. Nie należy jednak brać tego dosłownie, albowiem niema ani jednego zakładu dla położnic w Warszawie, w którymby kilka corocznie żydówek nie rodziło.

Dla uwydatnienia obecnego i proponowanego rozlokowania przytułków dla rodzących w naszym mieście, podajemy plan Warszawy i przedmieścia Praga w ogólnych zarysach. (Patrz str. 356).

Najbardziej zaludniona powierzchnia Warszawy przedstawia owal, którego średnicę dłuższą, mniej więcej równoległą do Wisły (biegnącej z południa na północ), stanowi odległość placu św. Aleksandra od Muranowa; krótszą zaś przedstawiałaby linia prosta, łącząca ul. Dobrą na Powiślu z ul. Żelazną i przecinająca Ogród Saski. Podzieliwszy ten owal na 3 podłużne pasy, a mianowicie: wschodni od Powiśla do Nowego Świata i Krakowskiego Przedmieścia, zachodni od ul. Żelaznej do Wielkiej, Granicznej i t. d., i środkowy, między dwoma poprzednimi zawarty, otrzymamy trzy główne strefy miasta, a mianowicie: Powiśle (lewe), strefę zachodnią i śródmieście; wszystkie trzy, zbiegając się na północ, tworzą jeszcze jedną strefę żydowską. Pod względem ilości i stanu zamożności mieszkańców, wymienione strefy tak się przedstawiają. Na Powiślu i w strefie

²⁾ Dane statystyczne czerpiemy ze sprawozdań (otczot) rocznych Rady miejskiej dobroczynności publicznej; te zaś, których tam nie ma, pozyskałłmy drogą prywatną.

zachodniej zamieszkuje prawie cała ludność biedna chrześcijańska; w strefie żydowskiej wyłącznie ludność żydowska, przeważnie biedna; w śródmieściu zaś, wogóle słabo zaludnionem, gdyż znaczną część jego zajmują place publiczne i ogrody: Krasińskich, Saski i t. p., mieszkają ludzie zamożni wszelkich wyznań. Jeżeli po takim podziale miasta rzucimy okiem na czarne kółka, na planie jego się znajdujące, a oznaczające zakłady dla biednych rodzących, to zobaczymy niezwykle zjawisko, a mianowicie: że w śródmieściu najwięcej ich się znajduje, bo aż cztery, jako to: Instytut położniczy na ul. Marszałkowskiej, przytułek Nr. 5 na placu sw. Aleksandra, przytułek Nr. 3 na ul. Nowo-Wielkiej i przytułek Towarzystwa opieki nad biednymi matkami na ul. Hożej; tymczasem Powiśle i strefa zachodnia mają po jednym zaledwie przytułku: na ul. Dobrej i Żelaznej; strefa zaś żydowska żadnego przytułku nie posiada. Jest tam wprawdzie na jej krańcu oddział położniczy w szpitalu starozakonnych przy ul. Pokornej, lecz dni tego szpitala są już policzone. Nie możemy również do tej strefy zaliczyć przytułku Nr. 1 na ul. Nowolipki, gdyż znajduje się on w punkcie zetknięcia się strefy zachodniej z żydowską.

Z tego zatem okazuje się, że tylko trzy przytułki, a mianowicie Nr. 2 na ul. Żelaznej, Nr. 4 na Pradze i Nr. 6 na ul. Dobrej, znajdują się we właściwych okolicach miasta; trzy zaś inne wypadaloby przenieść tam, gdzie odpowiadałyby największej potrzebie i swemu przeznaczeniu. I tak:

Przytułek Nr. 3, jako pierwotnie przeznaczony dla Powiśla, miał być otwarty na ul. Solec; a nie znalazł się tam wtedy, jakoby dlatego tylko, że nie można było wówczas w okolicy wskazanej znaleźć odpowiedniego dlań mieszkania. Sądzymy jednakże, że o ile względ ten mógł istnieć w pierwszych 3-ch np. latach, to zaiste trudno uwierzyć, aby w następnym lat dziesiątku taż sama zachodziła przeszkoda; nikt poprostu o przeniesieniu tego przytułku na Powiśle nie myślał, zwłaszcza od czasu otwarcia tam przytułku Nr. 6 przy ul. Dobrej pod koniec 1887 r. Obecnie należałoby przytułek Nr. 3 posunąć w kierunku północno-zachodnim, celem ułatwienia korzystania z niego licznej rzeszy biednych rodzin robotników fabrycznych i kolejowych, w zachodniej strefie miasta mieszkających; gdyż znajdujący się tam przytułek Nr. 2 dla całej tej strefy tak samo, jak przytułek Nr. 6 dla Powiśla, nie wystarcza. W szczególności, przytułek Nr. 3 należałoby umieścić na ulicy Siennej przy zbiegu jej z ul. Twardą. Za taką zmianą miejsca przemawia i to, że przytułek ten znajduje się na krańcu południowym strefy zachodniej i przylega do południowego krańca śródmieścia, najmniej biednej ludności posiadającego. Gdy wreszcie dodamy, że śródmieście posiada Instytut położniczy przy ul. Marszałkowskiej, a w bardzo blizkiem sąsiedztwie przytułku Nr. 3 znajduje się przytułek dla ciężarnych i rodzących, utrzymywany przez Towarzystwo opieki nad biednymi matkami oraz ich dziećmi przy ul. Hożej, w domu wyłącznie na ten cel przez Towarzystwo zbudowanym; to nawoływanie nasze do przeniesienia przytułku Nr. 3 w okolicę dopiero co wskazaną, każdy nieuprzedzony lekarz, czy zwierzchnik przytułkowy, uznaćby winien za zupełnie uzasadnione.

Że przytułek Nr. 2, na ul. Żelaznej (róg Łuckiej) się znajdujący, nie wystarcza dla całej strefy zachodniej, wykazuje największa obecnie liczba w nim rodzących i największa liczba odmowy przyjęcia „dla braku miejsca“. Okoliczność ta przemawia za przeniesieniem przytułku Nr. 1 w tęż samą okolicę, w której przed 13-tu laty został otwarty, a mianowicie na ul. Żelazną (między Lesznem a Nowolipiem). Przytułek ten obecnie w niewłaściwej okolicy się znajduje, albowiem na krańcu północnym strefy zachodniej i na krańcu zachodnim strefy żydowskiej. Biedna ludność pierwszej zbyt daleko w stronie północno-wschodniej szukać go jest zmuszona, a żydówki korzystać z niego nie mogą i z tego powodu, że nie ma ten przytułek odrębności rytualnych.

Jeszcze gorzej przedstawia się pod względem umiejscowienia przytułek Nr. 5, wyłącznie dla żydówek pierwotnie przeznaczony, a od lat 6-iu na placu św. Aleksandra się znajdujący. Jak to na podanym rysunku widzimy, plac św. Aleksandra stanowi kraniec południowy śródmieścia, najmniej ludności biednej posiadającego i oddawna przez Instytut położniczy obsługiwanego, a po części i przez przytułek na ul. Hożej od lat kilku się znajdujący. Gdy nadto dodamy, że dwa te zakłady są największymi zakładami położniczymi w Warszawie, albowiem posiadają wogóle 33 łóżek etatowych i około 1000 położnic rocznie; to zaiste pojąć trudno, a raczej podziwiać należy oryginalność pomysłu przeniesienia przytułku Nr. 5 na plac św. Aleksandra. Oryginalność polega na tem, że przytułek dla rodzących żydówek umieszczono w najwydatniejszej dzielnicy chrześcijańskiej, nieledwie naprzeciwko kościoła, w odległości najmniej 4 wiorst od strefy żydowskiej. Wprawdzie przytułek ten stracił tu zupełnie cechy odrębności wyznaniowej, niemniej atoli potrzeba jego na krańcu południowym śródmieścia nie da się niczem uzasadnić; chyba tem tylko, że urządzono przy nim „przytułek dla mamek” t. j. płatny kantor stręczenia mamek, nie kaucyonowany, lecz za to uposażony takimi przywilejami, jakich żaden z kaucyonowanych kantorów nie posiada. Fakt ten stanowi epokę w dziejach przytułków dla biednych rodzących w Warszawie, i jako taki zasługuje na opis szczegółowy i dokładną ocenę; przedstawimy to w następnym rozdziale. Tu zaś, mając głównie na uwadze najwłaściwsze rozmieszczenie przytułków w mieście, ułatwiające korzystanie z nich biednej jego ludności, dla której wyłącznie są przeznaczone, szczególny kładziemy nacisk na nagłą potrzebę przeniesienia przytułku Nr. 5 na Powiśle, a mianowicie na ul. Solec,—oczywiście bez ponownego nadawania mu odrębności rytuału żydowskiego i bez kantoru stręczenia mamek, jaki obecnie posiada.

Aczkolwiek nie znamy pobudek, jakimi się dotąd kierowano w rozmieszczaniu przytułków w różnych okolicach miasta, to jednakże z tego, co przedstawiliśmy, okazuje się, że wielokrotnie nie zwracano całkiem uwagi na to, że przytułki są przeznaczone dla biednych rodzących i że „kobiety ciężarne przyjmuje się do przytułku jedynie wtedy, gdy przedstawiają oznaki rozpoczynającego się porodu”, jak tego wymaga § 8 instrukcyi (l. c. str. 14). Wobec tego, myślą przewodnią w rozlokowaniu przytułków winno być jedynie to, ażeby one znajdowały się w tych dzielnicach miasta, gdzie biedna ludność jest najliczniejsza. Boć przecież każdy człowiek rozumny, nawet nielekarz, wie o tem, że dla kobiety rodzącej (w bólach porodowych) nie może być rzeczą obojętną odbycie krótszej lub dłuższej, nieraz kilkunastokrotnej do przytułku drogi.

Zwolennicy dowolnego przerzucania przytułków z miejsca na miejsce, gotowi na poparcie tej dowolności przytoczyć fakt, z dotychczasowej praktyki poczerpnięty, że trzy przytułki przezemnie wskazywane, jako w nieodpowiednich dzielnicach miasta się znajdujące, mają przeciętnie corocznie taką samą liczbę w nich rodzących kobiet, jak i trzy inne. Fakt ten bynajmniej nie osłabia wymagania, ażeby wszystkie przytułki znajdowały się w tych dzielnicach miasta, w których jest najwięcej kobiet, bezpłatnej pomocy położniczej potrzebujących; lecz jedynie stwierdza odwieczną prawdę, że wiele ten przenieść może, kto musi. Ależ nie zapominajmy, że i ten przymuszony wysiłek ma swoje granice, poza któremi zdrowie i życie rodzącej i na ulicy urodzonego przez nią dziecka, na wielkie niebezpieczeństwo są wystawione. Jestem bowiem przekonany, że większość porodów na ulicy wydarza się z tego powodu, że rodząca nie zdążyła w danym czasie przebieść długiej i zbyt dla niej uciążliwej drogi do przytułku.

(C. d. n.).

NOTATKI BIBLIOGRAFICZNE.

I. Pamiętnik Zakładu fizyologicznego w Uniwersytecie Jagiellońskim 1885—1895. Kraków. 1895. II + 174 + (114) z dwiema tablicami i drzeworytami w tekście.

W przedmowie, podpisanej przez szanownego kierownika Zakładu, prof. CYBULSKIEGO, czytamy, że „Pamiętnik” wydany został ku uczczeniu inauguracji nowego gmachu dla zakładów medycyny teoretycznej, a zarazem jako sprawozdanie z dotychczasowej dziesięcioletniej działalności profesorskiej naszego uczonego. Rozpoczyna „Pamiętnik” historyczna monografia Zakładu i katedry fizjologii w Uniwersytecie Jagiellońskim, skreślona przez Adama SCHMIDTA. Po opisanii stanu pracowni i treści wykładów za poprzedników obecnego przewodnika, przedstawia autor szybki rozwój pracowni w ciągu ostatniego dziesięciolecia, co zawdzięczać możemy jedynie nieustrudzonej pracowitości i talentowi prof. CYBULSKIEGO. A miał on do zwalczania na każdym kroku materalny niedostatek i nędzne pomieszczenie, w którym pracować i wyklądać był zmuszony. Wszystko to jednak zwalczono, a wynikiem walki jest kilkadziesiąt prac naukowych, które sprawiły, że Zakład fizyologiczny trzeba teraz zaliczać do pracowni pierwszorzędnych, nietylko odczuwających wszystkie prądy w nauce, lecz stwarzających nowe. Łatwo to spostrzedz w krótkiej charakterystyce ważniejszych prac naukowych, które wyszły z Zakładu, podanej przez J. ZANIETOWSKIEGO, lub czytając idące z kolei autoreferaty ze wszystkich prac dokonanych w ostatnim dziesięcioleciu.

Większą część tomu zajmuje pięć prac oryginalnych: prof. BECKA: „Badania szybkości ruchu krwi w żyłę bramnej (*v. portae*)”, PIĄTKOWSKIEGO: „Przyczynę do badań nad wpływem rozpuszczalnych soli barowych na ustrój zwierzęcy”, ZANIETOWSKIEGO: „O sumowaniu podniet w mózgu i rdzeniu” i SZYMONOWICZA: „O nadnerczu ze stanowiska morfologicznego i fizyologicznego”. Same tytuły dowodzą, że są to prace, dotyczące przedmiotów mało lub wcale nie zbadanych.

Z całą usilnością polecamy każdemu przeczytanie artykułu prof. CYBULSKIEGO: „Czy państwo i społeczeństwo mają obowiązek popierać naukę?”, gdzie czytelnik znajdzie nader trafnie przedstawiony obecny stosunek społeczeństwa, a zwłaszcza państwa do nauki. Jeszcze bardziej zasługuje na uwzględnienie i poparcie projekt szanownego profesora—utworzenia osobnego instytutu narodowego jedynie dla celów naukowych, któryby mógł działać niezależnie, lub w związku z akademią; rozumie się, że ta ostatnia musiałaby wtedy zmienić swój charakter. „Jeśli tyle robimy dla teraźniejszości, a nawet dla przeszłości, to dla czegożby choć czegokolwiek nie zrobić dla przyszłości?”. Tej myśli tylko przyklasnąć należy.

A. Ż.

II. Pod obiecującą egidą MIKULICZA i NAUNYN'a ukazał się z początkiem r. b. nakładem G. FISCHER'a pierwszy zeszyt wydawnictwa peryodycznego bezterminowego pod tytułem: Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie.

Współpracownictwo wydawnictwu temu zapewniło około 25 kierowników klinik, zarówno chirurgicznych, jak wewnętrznych, w Niemczech i Austrii; że są to nazwiska ludzi wybitnych w nauce, łatwo się przekonać z listy na tytule umieszczonej.

Wobec tego, że pismo ma być rzecznikiem pewnych tendencji,—chcemy nieco obszerniej przedstawić projekty wydawców, czerpiąc poczęści materiały z rozesełanej przez nich odezwy.

Celem pisma jest ułatwienie porozumienia pomiędzy chirurgią a medycyną wewnętrzną na polu wspólnego działania, a więc przy łóżku chorego. Dotychczas działo się tak, że terapeutę postrzegał i leczył dany przypadek krócej lub dłużej, stosownie do swych poglądów; oddając zaś chorego chirurgowi, od wszystkiego ręce unywał i usuwał się na dalszy plan. Od tej chwili rozważenie wskazania operacyjnego obciążało wyłącznie chirurga, położenie zaś terapeuty stawało się trudnem, bo i on częstokroć widział się powołanym do rozważenia, czy operacja jest potrzebna, i gdyby nawet był gotów najzupełniej się poddać wszelkim wymaganiom, a nawet uroszczeniom chirurgii, to brak mu sądu o tem, jak daleko właściwie wymagania te sięgają, gdyż nie jest on w możności zapanować w sposób wystarczający nad literaturą chirurgii.

Radykaliści między chirurgami sądzili, że sprawę najprościej rozwiąże zasada, aby ten leczył niedrożność jelit, zapalenie kiszek ślepej, kamice żółciową i t. d., kto operować potrafi. Tak krańcowemu zapatrywaniu sprzeciwiać się zasadniczo byłoby zbyt. Warunki praktyki samej zapewniają terapeutę na tem polu właściwą rolę.

Z natury rzeczy wypadało, że chirurg, polegając na poczuciu własnej siły, kroczył naprzód, nie bacząc w tej mierze na poglądy t. zw. medycyny wewnętrznej. Jak to zwykle bywa przy każdej reakcji, przy każdym nowym prądzie, i chirurgia pod pewnymi względami przekroczyła tu może nazbyt rąco granice, postawione przez rozagę i oględność. Dziś, skoro już chirurgia wyszła z okresu reakcji i oddana jest całkowicie organicznej pracy w kierunku ściśle wytkniętym, czas nastał, aby dwie najpoważniejsze przedstawicielki jednej medycyny podjęły wspólną a zgodną pracę w działach, podpadających wspólnej kempetencji.

Zdaniem wydawców, nieodzowne jest—gruntowne porozumienie w dziedzinie chirurgii układu nerwowego i brzusznej. Z tej ostatniej najpilniejszymi są: zapalenie kiszek ślepej, niedrożność jelit i kamica żółciowa, dalej idą nowotwory i sprawy wrzodziejące żołądka i jelit, choroby otrzewny i nerek.

Co do leczenia chirurgicznego chorób opłucny, obustronne prace sprowadziły już wystarczające porozumienie i stanowisko nauki w tym względzie ma wszelkie pozory zamkniętej dyskusji; wiele natomiast pozostaje jeszcze do zrobienia w chirurgii płuc i osierdzia. Naturalnie, chodzi tu wszędzie o wypracowanie i ustalenie wskazań operacyjnych.

Czasopismo, o którym mowa, zasługuje na poparcie ze względu na nową myśl, a tą jest myśl łącznej pracy dla jednej medycyny; coraz większe rozdrabnianie pracy ludzkiej prowadzi do coraz większego specjalizowania się; jest to rzecz dobra, a nawet konieczna, w medycynie atoli skądinąd także szkodliwa; dlatego też sądzimy, że zasługuje na gorący poklask wszelkie przeciwdziałanie separatyzmowi i izolacji, jakie się już oddawna w specjalnościach lekarskich ujawniają.

Co do formy i treści prac, to wydawcy mają zamiar przeprowadzić plany swoje w ten sposób, aby chirurg pisał poniekąd dla terapeuty, ten ostatni zaś dla chirurga. Prace nie mają być przeciążane chemią, histologią, fizycznymi metodami badania, szczegółami techniki operacyjnej i t. d.

W zeszytach pierwszym zawarte są następujące prace.

- 1) QUINCKE, H., O cięciu płucnem.

2) BRUNS, P., O obecnym stanie leczenia doszczętnego przerostu gruczołu krokowego, z uwzględnieniem zwłaszcza metody trzebieńia.

3) NAUNYN, B., O niedrożności jelit.

4) TRAUTENROTH, A., O ciężkich krwotokach nerkowych, jako o wczesnym objawie poczynającej się gruźlicy nerek.

Streszczenia z prac tych mamy zamiar podać wkrótce w piśmie naszym.

A. P.

II. A. F. SZYMANOWSKI. O skiaskopii. Kijów 1895, str. 151 (po ross.). Skiaskopia zdobywa sobie coraz większe uznanie, jako sposób, dający ściśle wyniki przy określaniu refrakcyi oka. Literatura tego przedmiotu jest już dosyć obszerna, ale dotychczas mało w niej uwzględniano porównawcze zestawienie wyników różnych sposobów badania. Autor w swej obszernej pracy brak ten wypełnia, a wyniki zbadania 687 oczu upoważniają do uogólniania wniosków. Autor jest gorącym zwolennikiem skiaskopii, uważając ją wraz z wielu innymi za najdokładniejszy sposób określania refrakcyi. Szczegółowych wywodów autora nie powtarzamy, odsyłając do oryginału, odznaczającego się poważnem traktowaniem przedmiotu, jasnem przedstawieniem teoretycznej jego strony i obszernem zestawieniem literatury.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Niezawsze lekarz udziela wskazówek chorym, kiedy winni przyjmować przepisane leki. Tymczasem od stanu żołądka, w jakim lekarstwo zostało przyjęte, zależy z jednej strony skuteczność danego środka, z drugiej zaś szkodliwy wpływ na żołądek i wogóle sprawę trawienia. Jod i sole jego przyjmować należy przy pustym żołądku; wówczas szybciej następuje wchłanianie ich i przedostanie się do krwiobiegu. Przyjęte zaś w czasie trawienia przetwory jodu podlegają rozkładowi dzięki wpływowi kwasu żołądkowego, skutkiem czego działanie ich znacznie się osłabia. Kwasy należy wogóle przyjmować w czasie aktu trawienia; jeżeli jednak chodzi o zwalczanie nadmiernego wytwarzania się kwasu żołądkowego, wówczas należy zalecać przyjmowanie kwasów przed jedzeniem. Drażniące i niebezpieczne środki (sole arsenu, miedzi, cynku, żelaza) należy przyjmować po jedzeniu, z wyjątkiem tych przypadków, w których zależnie od pewnych miejscowych warunków wskazaniem jest przyjmowanie małych dawek przed jedzeniem. Azotan srebra trzeba używać w końcu aktu

trawienia, w przeciwnym bowiem razie sól ta się rozkłada i działanie się osłabia. Sole metali ciężkich, szczególniejsz sublimat, a także tannina zwalniają przebieg trawienia; dlatego też należy je przyjmować w chwilach spoczynku żołądka. Wyciąg słodowy, tran, fosforany przyjmują się jednocześnie lub bezpośrednio po jedzeniu, aby mogły być wchłaniane z innymi pokarmami. (Practitioner 1895. Grudzień).

= W celu zmniejszenia fermentacji gazowej u chorych na niedowład błony mięśniowej żołądka (*atonía ventr.*) J. Boas stosuje salicylan sodu zamiast używanych dotychczasowo środków przeciwniejących. Dawka wynosi 1,0—2,0 przed udaniem się na spoczynek. Wyniki otrzymał Boas bardzo dobre. (Semaine médicale. N. 10, 1896).

M. B.

= Nocard spostrzegł, że surowica, otrzymana i przechowywana ze wszystkimi ostrożnościami, gnije jednak niekiedy, zwłaszcza, gdy zwierzęciu wypuszczono krew po jedzeniu. Naprowadziło go to na myśl dokonania odpowiednich badań. Wynikiem ich jest

spospozrezenie, że surowica jest prawie zawsze jałowa, natomiast sok mleczny zwykle zawiera bakterie, choć i on może być jałowy. Bakterie występują w nim w tem większej liczbie, im obfitszy był pokarm; najwięcej występuje ich w 3—4 godzin po jedzeniu. Stąd wniosek, że do krwi stale dostają się bakterie razem z sokiem mlecznym. (La sem. méd. 1895, N. 8).

Ż.
= W jednym pozornie straconym przypadku śpiączki mocznicowej (*coma uræmicum*) MACALISTER zastosował wzięcia tlenu ze świetnym skutkiem: tętno poprawiło się, sinica zniknęła, a po krótkim czasie wróciła przytomność. U tejże osoby później M. usuwał tą samą metodą kilka innych napadów mocznic. Równie zbawienny skutek odniosło wdechanie tlenu w otruciu morfiną. (Corresp. Blatt f. Schw. Aerzte 15 I. 96).

W. M.
= Prof. NEUMANN miał w Wiedniu odczyt o leczeniu przymiotu surowicą. Do doświadczeń N. brał surowicę zwierzęcą, a także syfilityfiów w okresie trzeciorzędowym. Na podstawie własnych doświadczeń, a także danych zaczerpniętych z literatury, N. przychodzi do wniosku, że ani w jednym przypadku nie można było dostrzedz wyższości leczenia surowicą nad zwykłym swoistem leczeniem przymiotu. W niektórych zaś przypadkach, skutkiem bezowocności leczenia surowicą, N. porzucał tę metodę, aby uciec się do rtęci. Zresztą żadnego przykrego działania ubocznego surowica nie wywierała. W każdym jednak razie prof. N. sądzi, że ani kliniczne, ani doświadczone spostrzeżenia nie pozwalają obecnie przesądzać wartości lecniczniej surowicy i że tylko dalsza praca w tym kierunku może sprawę wyświecić. (Wien. medicin. Pres. 26 I. 96).

W. M.
= W leczeniu biegunek stosujemy zwykle (oprócz diety) środki antyseptyczne, ściągające i uspakajające, a zwykle zaniedbujemy stosowania zabiegów wodoleczniczych, które, jak utrzymuje BUXBAUM, są w tych razach bardzo cenne. W przypadkach niestrawności, po spożyciu szkodliwych pokarmów lub napojów, w których zależeć nam powinno na szybkim usunięciu szkodliwych ciał z przewodu kiszkiowego, właściwą będzie nasiadówka chłodna (10°—18°), trwająca 1—5 minut, wywołuje ona bowiem silne ruchy robaczkowe kiszki. Jeżeli znów mamy do czynienia z wzmożoną perystal-

tyką kiszki, którą chcemy uspokoić, usuniemy podrażnienie kiszki zapomocą stosowania nasiadówki letniej, której ciepłota będzie o kilka stopni niższą od ciepłoty ciała, a czas trwania nasiadówki wynosić będzie od ½ g. do godziny. Po kąpieli takiej należy położyć na brzuch okład wyżyty w gorącej wodzie, obłożony z obydwóch stron suchą flanelą, wilgotna bowiem opaska często zawodzi i źle bywa znoszona. Wreszcie w biegunkach nieżytych zastosować należy silne nacieranie ścian brzucha gąbką twardą, zmoczoną w zimnej wodzie i wyżytą; w ten sposób silnie podrażniemy skórę chorego, a unikamy oziębienia; wreszcie można później stosować chłodne natryski i nasiadówki, których ciepłota wynosić powinna 10°—14°, a czas trwania waha się między 8 a 30 minutami, stosownie do warunków indywidualnych chorego.

(La semaine méd. 1895 N. 49). Gr.
= BUCHWALD w mózgu człowieka, zmarłego wskutek zatrucia tlenkiem węgla, znalazł ognisko rozmiękczenia w prawym tylnym zwoju głównym, wielkości mniej więcej 10-kopiejki srebrnej. Przy sekcji ognisko to nie było widoczne, a wystąpiło wyraźnie dopiero po stwardnieniu mózgu. B. sądzi, że wiele ujemnych wyników sekcji pochodzących może właśnie stąd, że miejsca zmienione w mózgu stają się widoczne dopiero pod działaniem płynów stwardniających. (Deutsch. med. Woch. N. 11 1896).

B. R. G.
= Jeżeli połączymy przelyk z dwunastnicą i wyłączymy w ten sposób zupełnie żołądek zwierzęcia z obiegu pokarmów i napojów, ale pozostawimy go w jamie brzusznej, zwierzę przyjmuje chętnie pokarmy i napoje, czuje się dobrze, bywa nawet wesołe. FREMONT z Vichy przekonał się, że żołądek, w ten sposób odosobniony, wydziela w dalszym ciągu sok żołądkowy, silnie trawiący, bardzo kwaśny. Żołądek taki zaczyna wydzielać płyn o odczynie obojętnym, gęstawy, bez własności trawiennych dopiero wówczas, gdy obydwa nerwy błędne na wysokości wpustu zostaną całkowicie przecięte. (Revue générale de médecine. Janvier 1896).

Gr.
= A. LEWIN stosował przy rzeżączce cewki moczowej zachwalaną przez JADASSOHN'a argoninę i otrzymał wyniki bardzo dobre. Argonina, będąca związkiem srebra i kazeiny,

przedstawia biały proszek, rozpuszczalny przy powolnem nagrzewaniu w 10-ciu częściach wody, zawiera zaś w 15 gr. ilość srebra, odpowiadająca 1 gr. saletrzanu srebra. Do przepłukiwań cewki używany jest roztwór wodny 1,5%; przepłukiwania strzykawką stosowane są pięć razy dziennie, dopóki w wydzielinie cewki zupełnie znikną gonokoki; wtedy stosuje autor przepłukiwania *zinco sulfocarbon.*, gdyż argonina nie goi podrażnionej zapaleniem błony śluzowej, aczkolwiek nie drażni jej zupełnie. Leczenie podobne stosował autor w 12 przypadkach, z których w dziewięciu gonokoki znikły bezpowrotnie w przecią-

gu 2—6 dni, w jednym pojawiły się po zaprzestaniu leczenia, w ostatnim wreszcie nastąpiło po trzech tygodniach od chwili zaprzestania leczenia zapalenie gruczołu krokowego, być może wskutek ponownego zakażenia. (Berliner klinische Wochenschrift N. 7. 96). *M. B.*

— KIMLA ukobiety, zmarłej z zakażenia połogowego, znalazł w jamie macicy oraz w jej ścianie nagromadzenie płynu z pęcherzykami gazu. Znalezione *bac. coli communis*, *lactis aërogenes* oraz *proteus* ZENKER'a, nierozrzedzający żelatyny. Mieszanina tych drobnoustrojów wytwarzała na agarze i żelatynie spore ilości gazu. (Čas. lék. česk. N. 34. 95).

Wiadomości bieżące.

— Redakcja Nowin Lekarskich dla uczczenia swego długoletniego przewodniczącego, prof. Bol. WICHERKIEWICZA, opuszczającego, jak wiadomo, Poznań, dla objęcia katedry okulistyki we Wszechnicy Jagiellońskiej, poświęciła część oryginalną zeszytu marcowego wyłącznie okulistyce. Znajdujemy tam następujące prace: 1) K. RUMSZEWICZA. Przyczynek do patologii odwinięcia mięsaka powieki dolnej. 2) Z. KRAMSZTYKA. Metody optometrii obiektywnej. 3) Fr. SROCZYŃSKIEGO. Zez zbieżny w porażeniach mięśniowych oka. 4) W. KAMOCKIEGO. W sprawie plastycznych operacji na brzegach powiek. 5) J. TALKI. Melanotyczne zabarwienie białkówki, przy melanozie opony miękkiej i mózgu po tejże samej stronie. 6) B. R. GEPNERA (syna). Dwa przypadki jaskry u osób młodych. W odcinku pomieszczono szkic historyczny Ig. STRZEMIŃSKIEGO p. t. Oftalmologia na Litwie w pierwszym 25-leciu XIX wieku.

— Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpoczęło druk dzie-

ła prof. d-ra GLUZIŃSKIEGO p. t. Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki. Dzieło to, ozdobione licznymi rycinami, przeznaczone jest na bezpłatne premium dla członków i prenumeratorów wydawnictwa za rok 1896.

— Począwszy od kwietnia r. b. zacznie wychodzić nowe czasopismo pod redakcją d-ra L. CASPER'a i d-ra H. LOHNSTEIN'a pod tytułem: Vierteljahresberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates.

— Prof. BEHRING sumę 25,000 fr., otrzymaną od Paryskiej Akademii Nauk, podarował rządowi niemieckiemu jako kapitał pomocniczy przy dalszych badaniach nad surowicą.

— W dniu 3 kwietnia minęło sto lat od założenia paryskiego Towarzystwa Lekarskiego.

— W roku zeszłym w Londynie zmarło 39 osób z głodu.

Sprostowanie. W N. 13 „Medycyny“ na str. 292, w 3-im wierszu od dołu, zamiast *steku* wydrukowano *szczepu*; w N. 14 stron. 321 wiersz 9 od góry, zamiast *mniej* powinno być *więcej*; stron. 321 wiersz 26 od góry, zamiast *wysypywania się*, powinno być *wysypiania się*; stron. 322, wiersz 19 od dołu zamiast *wysypywania się*, powinno być *wysypiania się*; stron. 322, wiersz 11 od dołu, zamiast *rys. N. 15 e*, powinno być *rys. N. 15 l*.

WYDAWCA Dr. L. Gurzowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 29 Марта 1896 г. Друк К. Ковалевского, Warszawa Mazowiecka 8.