

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Oznaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsig'a dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy oraz nauki o niemocie. Podał d-r Wł. Oltuszewski. — Przyczynek do leczenia otyłości zapomocą wewnętrznego i zewnętrznego stosowania solanki ciechocińskiej oraz kilka uwag o wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej w ogólności, podał F. Arnstein. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** Hugo Maas. Kopne zapalenie torebki tłuszczowej nerki. Streścił A. Leśniowski. — **Streszczenia i wyciągi.** 72. O powstawaniu i rozpuszczalności związków kwasu moczowego poza ustrojem i wewnątrz ustroju ludzkiego. 73. Patogeneza choroby Basedowa z punktu widzenia chemicznego. — Z 18-go Zjazdu balneologów w Berlinie. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Oltuszewski — Sur la signification des „centres d'association“ de Flechsig pour le développement de l'esprit et de la parole. 2) D-r F. Arnstein — Sur le traitement de l'obésité par l'usage des eaux salées de Ciechocinek.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Oltuszewski — Die Bedeutung der Associationscentra von Flechsig für die Forschungen über die Entwicklung des Geistes und der Sprache. 2) D-r F. Arnstein — Ein Beitrag zur Behandlung der Fettleibigkeit mit äusserlichem und innerlichem Gebrauche des Kochsalzwassers von Ciechocinek.

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

O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsig'a

dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy
oraz nauki o niemocie.

Podał D-r Wł. Oltuszewski.

Niezmiernie ciekawe badania anatomiczne FLECHSIG'a nad rozwojem dróg przewodnikowych, ośrodków zmysłowych i skojarzeniowych w mózgach zarodków oraz noworodków, dotycząc pełnej zawsze tajemnic sfery psychicznej człowieka, budzą zaciekanie zarówno między filozofami, psychologami, badaczami nad rozwojem inteligencji i mowy, jako też logopataologami i psychiatrami. Nie przesadzając znaczenia, jakie praca ta mieć będzie we wszystkich pomienionych kierunkach, ograniczymy się jedynie na wykazaniu jej ważności dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychofizjologii mowy oraz nauki o niemocie. Lubo nie posiada ona tego znaczenia dla psy-

chologii mowy i nauki o niemocie, co dla czynności psychicznej mózgu, gdyż nie wnosi tu prawie nic nowego, stwierdzając jednak dowodami anatomicznymi wiele uprzednich dedukcji, opartych tylko na spostrzeżeniach nad rozwojem mowy i inteligencji dziecka, lub klinicznych spostrzeżeniach niemoty, pozwala coraz więcej zbliżyć się do pożądanego ideału nakreślenia racjonalnej psychologii mowy oraz klasyfikacji niemot.

Zanim przejdziemy do właściwego przedmiotu, pozwolimy sobie zapoznać czytelników z treścią prac FLECHSIG'a ¹⁾ nie w całej ich rozciągłości, lecz w kierunku, który nas obecnie zajmuje.

Badając mózgi przed i po urodzeniu, autor ten doszedł do przekonania, że przewodniki różnego znaczenia czynnościowego otrzymują otoczkę mielinową w różnym czasie. Najprzód dojrzewają nerwy czuciowe ciała, zawierające przewodniki dotyku i czuć ogólnych, jak głód, pragnienie i t. d. oraz zmysłu mięśniowego. Prawie jednocześnie dojrzewają przewodniki węchu, dążące do kory, nieco później wzroku, najpóźniej zaś słuchu.

Na zasadzie różniczkowania ontologicznego sformułował FLECHSIG następujące wnioski odnośnie do ugrupowania rozmaitych ośrodków zmysłowych w korze: 1) zajmują one u człowieka tylko $\frac{1}{3}$ kory mózgowej; 2) nie stanowią ciągłości, lecz są od siebie odgraniczone przez części kory, do których nie dochodzą ani nerwy czucia, ani ruchu; 3) stanowią cztery różne okolice, z których największa jest okolica dotyku, czuć ogólnych, zmysłu mięśniowego (okolica czucia cielesnego), najmniejsza zaś okolica węchu (niedowiedziona okolica smaku dołącza się zapewne do okolicy węchu lub czucia cielesnego).

Umiejscowienie ośrodków zmysłowych jest następujące:

Przedłużenia korzeni tylnych, dochodząc do kory, umiejscawiają się około bruzdy ośrodkowej (*fissura centralis*), w zawojach środkowych, podstawie zrazu czołowego, a częściowo w *gyrus paracentralis* i *gyrus fornicatus*. Całą tą okolicę nazywamy sferą czucia cielesnego lub sferą dotykową (*Körperfühlsphäre*).

Drogi wrażeń węchowych umiejscawiają się na podstawie mózgu w *gyrus uncinatus*, poczęści zaś w zrazie czołowym (czołowa sfera węchowa aż do początku *gyrus fornicatus*) i *gyrus hippocampi*.

Przewodniki wzrokowe kończą się w okolicy bruzdy szponowatej (*fissura calcarina*), poczęści w *cuneus*, *lobulus lingualis* i tylnym biegunie zrazu potylicznego.

Drogi słuchowe umiejscawiają się głównie w pierwszym zawoju skroniowym i dwu jego korzeniach w głębi szczeliny SYLWIUSZA.

Z ośrodków zmysłowych lub też w ich pobliżu wychodzą też wszystkie nerwy ruchowe, a komórki, które dają im początek, odznaczają się wielkością i kształtem piramidalnym. Największa część nerwów ruchowych wychodzi z okolicy czucia cielesnego, a zaledwie $\frac{1}{3}$ z okolicy czuciowej. Włókna ruchowe tworzą tak zwane odnogi mózgu (drogi piramidalne, po których przenoszą się bodźce ruchów dowolnych) Wszystkie więc ośrodki zmysłowe

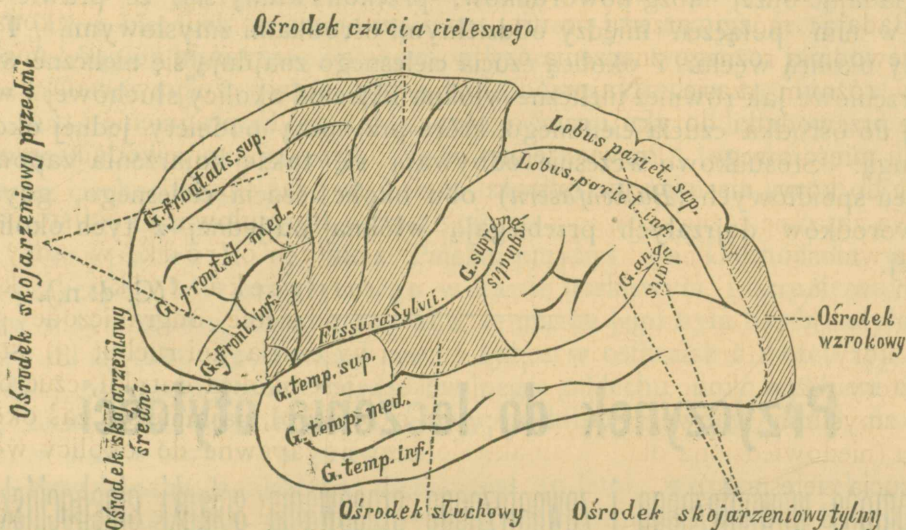
¹⁾ Vom IV Internationalen Kongresse für Psychologie in München 1896. Ueber die Associationscentren der menschlichen Gehirns.

Die Localisation der geistigen Vorgänge. Leipzig 1896.
Gehirn und Seele. Leipzig 1896.

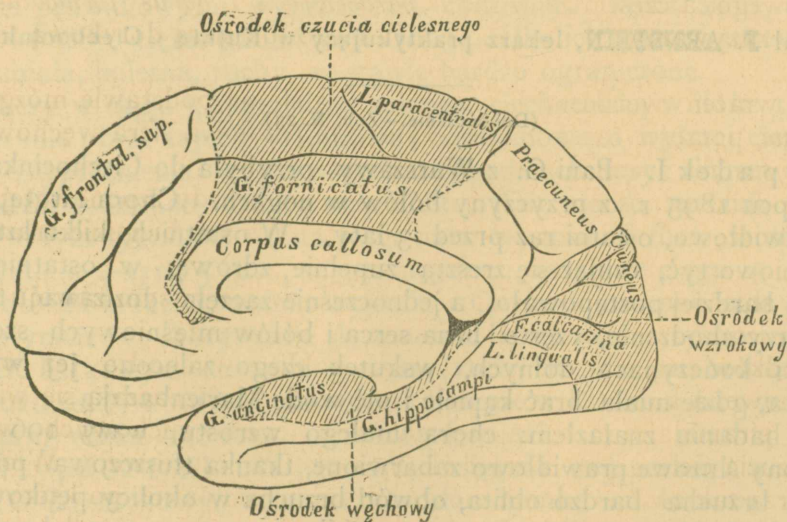
w mózgu są czuciowo-ruchowe, główną jednak w nich rolę odgrywają przewodniki uczucia, unerwiające na drodze odruchu psychicznego przewodniki ruchu (pola rzutowe MEYNERT'a).

Co się tyczy czynności ośrodków zmysłowych, to nie ulega wątpliwości, że uświadomienie wrażeń, to jest czynienie spostrzeżeń zmysłowych jest niemożliwe bez udziału tych okolic kory (obustronne np. uszkodzenie oko-

Zewnętrzna strona lewej półkuli mózgowej.



Wewnętrzna strona prawej półkuli mózgowej.



licy wzrokowej wywołuje ślepotę przy zupełnie zdrowych oczach i t. d.). Jeśli więc pod wyrazem spostrzeżenie zmysłowe rozumiemy wyłącznie obrazy uświadomione wrażeń odbieranych w danej chwili bez domieszki jakiegokol-

wiek wspomnienia, to nie ulega kwestyi, że właśnie ośrodki zmysłowe spełniają tę czynność i do takich spostrzeżeń zdolny już jest noworodek. Inaczej rzecz się ma, jeżeli pod spostrzeżeniem rozumiemy pewien zbiór wrażeń i wspomnień. Jest wielce nieprawdopodobne, aby ośrodki zmysłowe mogły wytwarzać spostrzeżenia w tem szerszem znaczeniu, ponieważ tu chodzi już o sprawy psychiczne skojarzone, składające się bądź ze spostrzeżeń zmysłowych różnego rodzaju, bądź z połączenia wrażeń i wspomnień, odnoszących się do tego samego ośrodka.

Badając bliżej mózg noworodków, przekonywamy się, że prawie brankie w nim połączeń między oddzielnymi ośrodkami zmysłowymi. Tylko między okolicą węchu i okolicą czucia cielesnego znajdują się nieliczne wiązki skojarzeniowe jak również nieliczne włókna idące od okolicy słuchowej i wzrokowej do ośrodka czucia cielesnego, które przenoszą podniety jednej okolicy na drugą. Stosunkowo wcześniej odbywają się także kojarzenia zapomocą włókien spoidłowych (*Balkenfasern*) obu okolic czucia cielesnego, gdyż już u noworodków dojrzałych* przebiegają włókna od jednej z tych okolic do drugiej.

(C. d. n.).

Przyczynek do leczenia otyłości

zapomocą wewnętrznego i zewnętrznego stosowania solanki ciechocińskiej

oraz kilka uwag

o wewnętrznem użyciu solanki ciechocińskiej w ogólności,

podał **F. ARNSTEIN**, lekarz praktykujący w Kutnie i Ciechocinku.

(Dokończenie.—Zob. N. 23).

Przypadek I. Pani G. z Warszawy przybyła do Ciechocinka na leczenie w lipcu 1895 r. z przyczyny bólów w nogach. Chora lat 34, rodziła 3 razy prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. W ostatnich kilku latach zaczęła stopniowo tyć, czując się zresztą zupełnie zdrową; w ostatnim roku tycie coraz bardziej postępowało, a jednocześnie zaczęła doznawać trudnego oddechu przy chodzeniu, często bicia serca i bólów mięśniowych szczególnie w krzyżu i kończynach dolnych, wskutek czego zalecono jej wyjazd do Ciechocinka, gdzie miała brać kąpiele i pić wodę Marienbadzką.

Przy badaniu znalazłem: chora małego wzrostu, waży 196 funtów, skóra i błony śluzowe prawidłowo zabarwione, tkanka tłuszczowa pod skórą, szczególnie brzucha bardzo obfita, obwód brzucha w okolicy pępkowej 196 cm. Płuca zdrowe, wymiary serca prawidłowe, tony czyste lecz głuche, tętno miękkie; w narządach jamy brzusznej nic nieprawidłowego; chora ma łaknienie, je dużo, wypróżnienia są opieszale; mocz (podług chorej) skąpy, o ciężarze gatunkowym 1022, kwaśny, nie zawiera ani białka ani cukru. Mięśnie przy ucisku bardzo bolesne.

Chorej zaleciłem codziennie rano naczczo 2 kubki 5-uncyowe solanki słabej ($1\frac{1}{2}\%$), kąpiele solankowe 29° co drugi dzień z następczym chłodnym natryskiem, odpowiednią lecz nie wiele zmienną dyetę i umiarkowany ruch. W pierwszych kilku dniach było zaparcie stolca, poczem wypróżnienia zjawiały się codziennie 2 do 3 razy bez bólów, niezbyt płynne; łaknienie w dalszym ciągu dobre. Po tygodniu waga ciała 191 funt. (strata 5 funtów), obwód brzucha 111 cm. Zalecono chorej 3 kubki 5-uncyowe solanki. W końcu 2-go tygodnia waga ciała 188 funtów; chora czuje się znacznie lepiej, oddech znacznie swobodniejszy, jak również ruchy; bóle w nogach przy ruchach tak czynnych jak i biernych znacznie mniejsze. Przy tem samem leczeniu (dodanie co 3 dni kąpeli borowinowej) chora w końcu 3-go tygodnia ważyła 186 funtów, w końcu 4-go tygodnia 183, a końcu 5-go tygodnia 179 funtów, obwód brzucha 94 cm; chora czuje się zupełnie dobrze, ma oddech swobodny, bóle w nogach bardzo nieznaczne. Chora więc w ciągu 5 tygodni przy leczeniu solanką ciechocińską, którą wybornie znosiła, straciła na wadze 17 funtów, a obwód brzucha zmniejszył się o 18 cm.

Przypadek II. J. M. z Pińska przybył do Ciechocinka w 1895 r. z przyczyny bólu artrytycznego w stawie barkowym i ograniczonych ruchów w tym stawie; chory opowiada, że matka jego była bardzo otyła i sam chory od 25 roku życia zaczął mocno tyć, a w ostatnich 2 latach tyje coraz bardziej, przyczem doznaje bardzo trudnego oddechu przy szybkim chodzeniu, bicia serca, nieraz zawrotu głowy; od kilku miesięcy zaczął doznawać bólu w stawie barkowym prawym.

Przy badaniu znaleziono: mężczyzna 49-letni, wzrostu wysokiego, mocno otyły; waga ciała wynosi 267 funtów; obwód brzucha w okolicy pępka 129 cm. Płuca zdrowe, serce powiększone w obu wymiarach, uderzenie wierzchołkowe serca nie wyczuwa się, tony serca ledwie słyszalne, tętno wyraźnie niemiare (przestanki po kilkunastu uderzeniach), narządy trawienia w stanie prawidłowym; wypróżnienia codzienne. Mocz silnie zabarwiony, bardzo kwaśny, ciężar gatunkowy 1023. Okolica stawu barkowego prawego zgrubiała, bolesna, ruchy w stawie bardzo ograniczone.

Chory w ciągu 5 tygodni pił solankę ciechocińską w ilości 12 do 18 uncyi dziennie i brał kąpiele solankowe i borowinowe o wyższej ciepłocie ($29-30^{\circ}$). Wypróżnienia w pierwszych 2 tygodniach dosyć skąpe; w ostatnich tygodniach codziennie 2 do 3 razy obfite, ilość moczu znacznie zwiększona. W pierwszym tygodniu utrata wagi ciała wynosiła 8 funt. w drugim i 3-im po 4 funt., w 4-tym 5 funt., w 5-tym 3 funt., razem w ciągu 5 tygodni 24 funty, obwód brzucha w dniu wyjazdu z Ciechocinka zmniejszony o 30 prawie centymetrów; chory czuje się znacznie lepiej, może szybko chodzić, ból w stawie barkowym znacznie mniejszy, ruchy w nim swobodniejsze. Chory w roku zeszłym (1896) powtórzył leczenie w Ciechocinku i w ciągu 4 tygodni przy wadze 258 funt. stracił 15 funtów.

Przypadek III. W lipcu r. z. zasięgała mej porady w Ciechocinku pani S. z Częstochowy, która przywiozła córeczkę na leczenie z przyczyny żółtów, sama zaś miała z przyczyny otyłości udać się do Marienbadu. Z przyczyny jednak nieprzewidzianych okoliczności pozostała w Ciechocinku.

Chora lat 30, będąc jeszcze panną miała skłonność (dziedziczną) do tycia, mając lat 19 przy niskim wzroście ważyła 152 funt. Wyszędłszy za mąż przed 9 laty, po roku urodziła córeczkę; od tego czasu nie rodziła. Po wyjściu

za mąż, po pierwszym dziecku zaczęła mocno tyć, czuła się jednak zupełnie zdrową; od kilku lat coraz bardziej tyje, a przytem doznaje różnych przypadłości: jak zmęczenia i kaszlu przy chodzeniu, często bicia serca, zawrotów i bólów głowy, ciągłego pragnienia i t. p. Przypadłości te zwykle po leczeniu w Marienbadzie łagodnieją na kilka miesięcy. Ostatniej zimy chora kilkakrotnie miała jakieś napady omdlewania, które jak opowiada, lekarze czynili zależnemi od odtuszczenia serca.

Przy badaniu chorej znalazłem: budowa ciała silna, błony śluzowe nieco blade, waga ciała 176 funt., obwód brzucha 111 cm.; w płucach nieliczne rżenia suche; wymiary serca wyraźnie powiększone; tony ledwie wysłuchać się dają, tętno małe o słabem napięciu, brzuch duży, wątroba wystaje w linii sutkowej wyraźnie z pod żeber, łaknienie umiarkowane, wypróżnienia za ledwie co kilka dni, mocz (podług chorej) w ilości skąpej, ciężar właściwy jego 1019; nie zawiera ani białka ani cukru. Przez 4 tygodnie chora piła solankę ciechocińską 1 1/2% rozcieńczoną wodą Vichy w ilości 15 uncyi dziennie i brała kąpiele solankowociepłe 29° z następczym chłodnym natryskiem. Przez cały czas trwania leczenia wypróżnienia dosyć skąpe, ilość moczu znacznie zwiększona, łaknienie dobre.

Już w pierwszym tygodniu chora straciła 7 funt. na wadze, poczem doznała znacznej ulgi; w ciągu następnych 3 tygodni chora straciła na wadze jeszcze 9 funt., razem w ciągu 4 tygodni 16 funt.; wyjechała w końcu 5-tego tygodnia z ogólną utratą wagi ciała 18 funt., czując się zupełnie dobrze i zapewniała mnie, że jej Ciechocinek nie gorzej posłużył niż Marienbad i że w roku przyszłym jeszcze raz powtórzy leczenie w Ciechocinku. W przypadku tym godne jest uwagi, że znaczna utrata wagi ciała nastąpiła przy skąpych wypróżnieniach płynnych.

Z 6 pozostałych chorych otyłych, leczonych przezemnie w Ciechocinku, u jednej chorej przerwano leczenie po 10 dniach z przyczyny bólów sercowych, na które chora cierpiała, u 5 pozostałych chorych ubytek wagi ciała wynosił przy 222 funt. 19 f, przy 214 funt. 15, przy 202 funt. 16, przy 181 funt. 13 i przy 157 funt. 11.

W naszych zatem przypadkach największa utrata wagi ciała wynosiła około 10%, najmniejsza 6%, średnio przeszło 8%. Podana utrata ciała nieco przewyższa utratę wagi ciała podaną przez BASCH'a w Marienbadzie (7,3%) o wiele jest większa, aniżeli podana przez OERTEL'a przy jego metodzie leczniczej, a wynosząca średnio 5,5%.

Przypadki nasze przekonują, że zapomocą solanki ciechocińskiej osiągnąć można bardzo wydatne odtuszczenie w daleko posuniętych przypadkach otyłości, nie ustępujące w niczem skutkom spostrzeganym przy leczeniu w Marienbadzie, a przewyższające pod tym względem działanie słabych solanek (Kissingen, Homburg). Pomyślne skutki lecznicze zawdzięczamy głównie solance do wewnątrz w umiarkowanych ilościach zadawanej i w pewnej części kąpielom solankowym, co bynajmniej nie może zadziwić, jeśli uwzględnimy wpływ solanki ciechocińskiej tak przy wewnętrznem, jak i zewnętrznem użyciu na przemianę materii i na krążenie krwi. Sądzymy, że jeśli nie we wszystkich, to w wielu przypadkach otyłości zapomocą leczenia w Ciechocinku osiągnąć można bardzo pomyślne wyniki i że nie mało przypadków otyłości bardzo się nadaje do leczenia w Ciechocinku. Jeżeli dotychczas nasi lekarze nie posyłają chorych nadmiernie otyłych do Ciechocinka, to przy-

czyną tego jest rozpowszechnione między nimi mniemanie, jakoby solanka ciechocińska była za silna do użycia wewnętrznego. Zapewne, że w porównaniu z solanką kissingeńską lub hamburską solanka ciechocińska jest o wiele silniejsza i przy nieumiarkowanym użyciu może ujemnie wpływać na narządy trawienia i odżywiania i dlatego nie nadaje się, jak tamte, do leczenia cierpień żołądkowo-kiszkowych; w zupełności jednak i bez szkody może być stosowana u chorych otyłych, u których po większej części narządy trawienia znajdują się w stanie zadawalającym. Tylko więc u chorych, u których obok otyłości mamy zboczenia w trawieniu, u chorych otyłych niedokrewnych leczenie solanką ciechocińską może być przeciwwskazane, u większości zaś chorych otyłych leczenie w Ciechocinku daje bardzo pomyślne wyniki, jak to pokazują nasze przypadki.

I w przypadkach żołądów u dzieci użycie wewnętrzne solanki ciechocińskiej stanowi bardzo poważny czynnik leczniczy; dzieci żołądowe po większej części wybornie znoszą solankę ciechocińską; zbyt więc często mają zalecane picie solanek zagranicznych (Iwonicz, Soden) z przyczyny jakoby zbyt silnego działania solanki ciechocińskiej. Przy umiarkowanym jej użyciu i stopniowem zwiększaniu ilości, a niekiedy odpowiedniem rozcieńczeniu u dzieci chorych na żołądki stale widzimy poprawę łaknienia, uregulowanie wypróżnień i poprawę odżywiania ogólnego; ile razy dzieci źle znosiły picie solanki, zawsze przekonaliśmy się, że piły ją w zbyt wielkich ilościach lub popełniały błędy dyetyczne, których naturalnie unikać należało.

Byłoby do życzenia, aby lekarze wszyscy, wysyłający dzieci chore na żołądki do Ciechocinka, zalecali picie solanki, o której skuteczności ani wątpić nie można; okoliczność to bardzo ważna ze względu na koszty, jakie pociąga za sobą picie solanek zagranicznych bardzo rozpowszechnione w Ciechocinku. Lekarze praktykujący w Ciechocinku często zwalczać muszą przesąd o zbyt silnem działaniu solanki ciechocińskiej i obawę jej wewnętrznego użycia.

W ogólności solanka ciechocińska słabsza (1 1/2%) powinna znaleźć daleko obszerniejsze zastosowanie aniżeli to, jakie znajduje dotychczas.

WYKŁADY KLINICZNE.

HUGO MAAS.

Ropne zapalenie torebki tłuszczowej nerki.

Streścił A. LEŚNIEWSKI.

Nerki, przylegając do kręgosłupa, leżą wśród luźnej tkanki łącznej pozaotrzewnowej, która otacza wszystkie narządy jamy brzusznej, nazewnątrz otrzewnej położone, ku dołowi zaś przechodzi bezpośrednio w luźną tkankę miednicy małej. Tłuszczową otoczkę nerki uważano za bardziej zbitą, wyraźnych granic nie posiadającą część owej tkanki pozaotrzewnowej. Nowsze atoli badania wykazały, że jest ona zewsząd szczelnie otoczona powięzią (*fascia renalis*) otwartą tylko u dołu. Połączona zapomocą licznych pasem z powięziami sąsiednich mięśni oraz z otoczką właściwą nerki, służy ona do unieruchomienia tego ostatniego narządu. Przy spr-

wach zapalnych ma ona również znaczenie, gdyż ochrania częstokroć tkankę poza-
otrzewnową od zapalenia odbywającego się w torebce nerkowej i odwrotnie.

Mocno rozwinięte żyły torebki tłuszczowej łączą się z żyłą nerkową już to
bezpośrednio, jak to ma miejsce przy wnęce, już to za pośrednictwem żyły nad-
nerkowej (*v. suprarenalis*) oraz splotu żylnego moczowodowego (*plexus uretericus*);
tu i owdzie zaś znajdujemy bezpośrednie połączenia z naczyniami miększu nerk-
owego, mianowicie istoty korowej owego narządu; wreszcie i w połączeniu dość
ściśłem z *plexus spermaticus* żyły owe pozostają. Naczynia chłonne torebki tłuszczo-
wej znajdują się prawdopodobnie w równie bliskiej łączności z naczyniami chłon-
nemi nerki, jak również błony śluzowej cewki moczowej, pęcherza moczowego
tudzież moczowodów.

U noworodków nerka jest pozbawiona zupełnie torebki tłuszczowej; poczyną
ona rozwijać się przy końcu pierwszego roku; u osób dorosłych jest ona rozwinię-
ta odpowiednio do ogólnej ilości tłuszczu w ustroju, lecz i u najbardziej wychu-
dzonych stale można ją spostrzegać. Ilość tkanki tłuszczowej od przodu, a więc
pomiedzy otrzewną a przednią powierzchnią nerkową jest bardzo nieznaczna, na-
tomiał od tyłu warstwa jej dosięga 2—4 cm. grubości; stąd wzdłuż poprzecznic
zstępującej, zaś od wnęki wzdłuż moczowodu opuszcza się ona do dołu biodrowe-
go i do małej miednicy. W większej ilości jest nagromadzona tkanka tłuszczowa
przy biegunach nerki; ropnie, powstające z tkanki tej przy biegunie górnym, na-
leżą do podprzeponowych; przez istniejące tu szpary w przeponie szerzą się one
nader łatwo do klatki piersiowej. Ropnie, tworzące się przy biegunie dolnym,
bardzo łatwo szerzą się do dołu biodrowego i do miednicy.

Nomenklatura spraw zapalnych w okolicy nerki przebiegających nie jest je-
szcze ustalona; autor dla zapalenia właściwej otoczki nerki zaleca nazwę *peri-
nephritis*, zapalenie torebki tłuszczowej mianuje *paranephritis*, zaś zapalenie powło-
ki surowiczej *peritonitis circumscripta*.

Praca niniejsza opiera się na 22-ch własnych spostrzeżeniach autora. Naj-
młodsza chora miała lat 12; największa liczba spostrzeżeń przypada na okres od
lat 30—50; płeć męzka daleko częściej od niewieściej cierpieniem omawianem do-
tknięta była. Obiedwie strony cierpiały prawie jednakowo często, zaś obustronne
ropnie spostrzegano nader rzadko.

Przy współczesnem cierpieniu nerki (*nephrolithiasis*, *pyonephrosis*, *tuberculosis*)
znajdujemy narząd ten przeważnie powiększony, mniej lub bardziej zniszczeniu
uległy. Sprawa w torebce tłuszczowej w pewnej liczbie przypadków przebiega
dość charakterystycznie: ropienie odbywa się współcześnie z tu i owdzie rozsianą
sprawą induracyjną i dla tego znajdujemy tu twardą tkankę modelowatą, w naj-
rozmaitszych kierunkach jamami i kanałami o ropnej i ziarninowej zawartości po-
dziurawioną, który to obraz anatomo-patologiczny znakomicie sprawę promieni-
czą przypomina; atoli badanie drobnowidzowo-bakteryologiczne oraz pomyslny
przebieg pooperacyjny rozpoznanie na właściwą drogę sprowadza. Sprawa za-
palna i zniszczenie szerzy się bez wyraźnych granic już to na sąsiednią powięź, już
to na mięśnie, skórę. Wytwarzanie się tkanki modelowatej wpływa na przebieg
sprawy; powstały ropień zostaje otorbiony; dużo czasu potrzeba, by wytworzona
z bliznowatej tkanki torebka została przerwana; wówczas ropa przez wąski otwór
przedostaje się nazewnątrż, powstaje nowy ropień, a dokoła tego ostatniego nowa
torba. Trwa to niejednokrotnie lata całe; ropa wskutek wessania części płynnych
twardnieje i oto po kilku lub kilkunastu latach wśród zbitej tkanki bliznowatej
znajdujemy ognisko wypełnione stłuszczoną ziarniną.

W innych natomiast przypadkach przebiega sprawa nader energicznie. Szybko powstaje jama ropna, przestrzeń pozanerkową wypełniająca i szerząca się pod przeponą ku górze, ku dołowi zaś do miednicy. Od tkanki torebki tłuszczowej zaledwie strzępki pozostają; ropa obfituje w krople tłuszczu oraz kryształy tłuszczowe; zabarwienie jej nic szczególnego nie przedstawia, tylko gdy zropieniu uległ krwistek przynerkowy, przedstawia ona barwę drożdży. Często odznacza się ropa bardzo przykłą wonią, w pewnej liczbie przypadków od wylania się moczu i przedziurawienia nerki zależną, w innych wskutek bliskiego sąsiedztwa pozaotrzewnowej części poprzecznicy, zaś w innych jeszcze od bezpośredniej łączności ropnia ze światłem tejże. Nader rzadko zapalenie torebki tłuszczowej przybiera charakter zgorzelinowy.

Pod względem umiejscowienia możnaby wyróżniać ropnie przynerkowe, przed nerką, poza nią, przy górnym i przy dolnym biegunie jej położone, lecz zazwyczaj sprawa szerzy się o tyle, że trudnem staje się ściśle przestrzeganie tego podziału.

Najczęściej spostrzegane bywają ropnie pozanerkowe; ropnie przybiegunowe bardzo szybko posuwają się poza nerkę; ropnie położone przed nerką są nader rzadkie; zależy to od nieznacznej ilości istniejącej tu tkanki tłuszczowej; sprawa zapalna szerzy się przytem na otrzewną nerkę pokrywającą. Ropienie posuwa się wzdłuż poprzecznicy i moczowodu; w bardzo wczesnym okresie choroby powstać może ropień w małej miednicy i w talerzu kości biodrowej; ten ostatni bardzo nasładuje „*psoasabscess*“.

Ropienie pozanerkowe powinno się szerzyć się wprost ku tyłowi, lecz napotyka tu najpierw powięź pozanerkową (*fascia retrorenal*is), a następnie powięź mięśnie lędźwiowe, i dlatego, zanim ropień zdoła przebić się nazewnątrż, zajmuje całą torebkę tłuszczową, następnie tkanką łączną pozaotrzewnową, tak iż dosięga ku górze przepony, ku dołowi miednicy; gdy sprawa jest bardziej induracyjna, kręte kanały przebiegają całą pomienioną okolicę. Powstałe ropnie podprzeponowe leżą, jak widać z powyższego, pozaotrzewnowo i muszą być tak pod względem przyczynowym, jak i klinicznym, ściśle od ropni podprzeponowych wewnątrzotrzewnowych odróżniane. Ponieważ otrzewna stoi na drodze szerzenia się ropnia pozaotrzewnowego, musi on przez szpary w przeponie skierować się ku klatce piersiowej i wciąga w cierpienie już to tkankę poza opłucną położoną, już to narządy znajdujące się w jamie tej błony surowiczej. Powikłania tego rodzaju przy ropniach przynerkowych są częste; KUESTER z pośród 230 przypadków spostrzegł to 34 razy, autor w 18% swoich przypadków, FISCHER aż w 44,6%.

Nazewnątrż przebijają się ropnie przynerkowe przy zewnętrznym brzegu *m. erectoris trunci*, tuż pod 12 żebrem, przez *trigonum lumbale superius*, lub ponad grzebieniem kości biodrowej przez *trigonum lumbale inferius* s. *Petiti*.

Wyzdrowienie przez wessanie nagromadzonej ropy wydaje się autorowi rzeczą wątpliwą; ognisko ropne może otorbić się, może długie lata pozostawać w ukryciu, a przy odpowiednich okolicznościach powoduje nowy wybuch.

Etyologia ropni przynerkowych jest ciemna prawie w połowie spostrzeganych przypadków. Najłatwiej udaje się wyświecić przyczynę cierpienia, gdy jest ono wtórne, a pierwotnie cierpi jakiś narząd sąsiedni, np. nerka. Według KUESTER'a z pośród 100 przypadków o etiologii wyświeconej, w 61 pierwotnie cierpiała nerka, z pośród 22 przypadków autora miało to miejsce 12 razy. Najczęściej spostrzega się *pyelonephritis* i *nephrolithiasis*. Ropienie tkanki łącznej miednicy, dające punkt wyjścia dla ropni przynerkowych, zajmuje 2-gie miejsce. Następnie

należy wymienić zakażenie, przenoszone drogą naczyń chłonnych z cewki oraz pęcherza moczowego, a u kobiet sprawy przymaciczne połogowe, szerzące się już to drogą naczyń chłonnych już to bezpośrednio; w ten sam sposób szerzą się na torebkę tłuszczową zapalenia z klatki piersiowej. Spośród narządów jamy brzusznej przede wszystkim należy mieć na uwadze zewnątrzotrzewnowo położone, a więc próchniejące dolne żebra i kręgi lędźwiowe, *psoriasis*, poprzecznice i dwunastnicę, trzustkę, gruczoły chłonne i t. d., szczególnie zaś często wyrostek robaczkowy.

Etyologia pierwotnych, idiopatycznych ropni torebki tłuszczowej wobec głębokiego położenia, wobec braku bezpośredniej łączności tejże z powierzchnią skóry wydaje się bardzo podejrzana. W pewnej liczbie przypadków chodzi tu o sprawy przerzutowe, wikłające ogólną ropnicę, ostre choroby zakaźne (tyfus, błonicę i t. p.), podczas trwania tychże lub bezpośrednio po nich. Nawet drobne uszkodzenia i cierpienia skóry lub błon śluzowych, jako to czyraki, zastrzały, nieżyt błony śluzowej gardzieli i t. d. mogą służyć jako ognisko, skąd drobnoustroje ropotwórcze przenoszone zostają do torebki tłuszczowej. Należy mieć na uwadze i choroby przewodu pokarmowego.

Dlaczego w tego rodzaju przypadkach zakażona zostaje omawiana obecnie tkanka? Autor rozumuje w sposób następujący. Nasze spostrzeżenia wykazały, że drobnoustroje ustrój zakażające, wyprowadzane zostają z niego przez nerki. Przesączać się ze krwi w istocie korowej nerki, nader łatwo mogą one dostawać się do naczyń torebki tłuszczowej, które, jak to z powyższego widać, z naczyniami istoty owej w ścisłej łączności pozostają, i wywołują tu sprawę ropną.

Względnie częste są ropnie przynerkowe po podskórnych, nieraz błahych urazach okolicy lędźwiowej; tłumaczy się to w sposób następujący: podczas urazu rozrywają się liczne połączenia naczyń torebki z naczyniami miększu nerki, drobnoustroje z nich wkraczają do tkanki otaczającej i znajdują tu bardzo wygodne warunki dla swojego rozwoju. Prócz rozrywania się naczyń krwionośnych należy mieć na uwadze i częste aczkolwiek nieznaczne nadpęknięcia istoty nerkowej; mocz przedostaje się do krwisteku przynerkowego i jeżeli nie jest prawidłowy, łącznie przyczynia się do zropienia owego wynaczynienia. Jeżeli ono zropieniu nie ulega, może wessać się lub też otorbić i po kilku a nawet kilkunastu latach dać początek ropniowi przynerkowemu.

W wydzielinie ropni torebki tłuszczowej dotychczas znaleziono: pneumokoka, gronkowca i paciorkowca ropotwórczego, *bacterium coli*, lasecznika gruźliczego i grzybki promienicze.

Objawy sprawy ropnej przynerkowej są następujące. Z miejscowych najbardziej stały jest ból. Przy ropieniu pozanerkowym umiejscawia się on w okolicy lędźwiowej, przy ropieniu podprzeponowym spostrzega się bolesne oddechanie oraz kłócie w odpowiednim boku; gdy mamy ropień przy biegunie dolnym, ból umiejscawia się w krzyżu, w talerzu kości biodrowej; wreszcie jeżeli ropieje tkanka przednerkowa, bardzo wczesnie spostrzega się podrażnienie otrzewny. Ból w lędźwiach dzięki swojemu głębokiemu położeniu oraz trwałości daje się łatwo odróżnić od kolki nerkowej i nerwobólu lędźwiowego; każde dotknięcie, nawet ruchy oddechowe zwiększają go dotkliwie.

Nagromadzenie ropy szczególnie w przypadkach przebiegających przewlekle daje się stwierdzić dość późno. Inne objawy należy uważać za uciskowe. Przede wszystkim spostrzega się zaparcie stolca, a to najbardziej przy ropniach lewostronnych, zależne od uciśnięcia poprzecznic, następnie bębnicą; wskutek niedrożności jelita i podrażnienia otrzewny zjawiają się wymioty. Na-

gromadzona ropa może uciskać duże pnie żyłne; wówczas spostrzega się obrzęk kończyn dolnych, Przy ropniu podprzeponowym spostrzegano uporczywą czkawkę; odpowiednia strony klatki piersiowej mały bierze udział w ruchach oddechowych, zjawia się podrażnienie opłucnej, tak iż badając nie dość dokładnie, łatwo można przeoczyć cierpienie pierwotne. Gdy ropień pod nerką położony szerzy się wzdłuż *m. psoas*, bardzo wczesnie zjawia się zgięcie i nieruchomość uda; w sąsiedztwie położony lędźwiowy splot nerwowy zostaje podrażniony, w kończynach dolnych i w częściach rodnym zjawiają się nerwobóle. Porażenie kończyn dolnych, zależne prawdopodobnie od uciśnięcia pnia żylnego, spostrzegano rzadko.

Przy umiejscowieniu ropnia za nerką, guz wymacać można na zewnątrz *m. erectoris trunci*; po przerwaniu powięzi skóra obrzmiewa, czerwieni się, staje się połyskującą, a następnie zjawia się chęłbotanie. Przy ropniu nad lub pod nerką położonym guza w okolicy lędźwiowej może nie być wcale; natomiast w przypadku pierwszym uderza wzrok wydatność odpowiedniej strony klatki piersiowej zaś w drugim — guz w dole biodrowym lub pachwinie. Niema guza lędźwiowego i przy ropniu przednerkowym.

Dla łatwiejszego oryentowania się przy rozpoznawaniu, zalecał ROBERTS rozróżnianie 5 rozmaitych postaci ropni przynerkowych; autor zaś robi podział następujący: 1) ropień podprzeponowy; będąc prawostronnym, uciska on dwunastnicę i żyłę wstępującą i wywołuje uporczywe wymioty, żółtaczkę, obustronne obrzmienie kończyn dolnych, przesięki do otrzewny; i dla prawostronnych i lewostronnych ropni wspólne są wczesne objawy ze strony narządów klatki piersiowej, a więc ból przy oddychaniu, kłócie w boku, pobudzenie do kaszlu i t. d.; 2) dla ropni, przy dolnym biegunie nerki położonych jest właściwe zaparcie stolca, (uciśnięcie poprzecznicy zstępującej), podrażnienie *m. psoas* (zgięcie w stawie biodrowym), dolnych gałęzi lędźwiowych, guz w dole biodrowym lub nad więzłem POUPART'a; 3) przy ropniu pozanerkowym wczesnie zjawiają się objawy miejscowe: guzowatość, bolesność przy dotyku; 4) wreszcie przy ropniu przed nerką położonym nie znajdujemy owych objawów, natomiast nader wyraźne jest podrażnienie otrzewny.

Podany szemat na wartość tylko dla początkowego okresu choroby; gdy sprawa szerzy się coraz bardziej, objawy stają się również bardziej złożone.

Zaburzenia ze strony narządów moczopłciowych dają, zdaniem autora, wskazówki nie co do umiejscowienia, lecz co do natury ropienia przynerkowego. Uciśnięcie przez ropień moczowodu oraz innych, jakoby dla sprawy przynerkowej właściwych objawów, obrzęku moszny, *varicocele*, jednostronnego obrzmienia kończyny i t. d. autor nie spostrzegał.

Ogólne objawy przypominają inne ciężkie choroby zakaźne. Chorzy mocno gorączkują, chętnie leżą w łóżku, wyglądają apatycznie; tętno mają przyspieszone, słabo napięte; czynność trawienia zupełnie upośledzona; rzadziej zjawiają się ciężkie przypadłości nerwowe: *coma*, *delirium* i t. d. Przebieg bezgorączkowy spostrzega się bardzo rzadko. Natomiast bezgorączkowe przerwy podczas trwania choroby zdarzają się często szczególnie przy sprawie ropno-induracyjnej. Z ustąpieniem gorączki mogą ustąpić i inne ciężkie objawy ogólne, a nawet i miejscowe; względnie dobry stan może trwać miesiące, nawet lata; wskutek wysysania się związków toksycznych występuje ogólne wyniszczenie, wrzekomo bez żadnej przyczyny; wówczas zradza się podejrzenie, czy nie jest chory dotknięty jakimś cierpieniem złośliwym.

Częstokroć początek choroby zaznacza się dreszczem wstrząsającym. Krzywa ciepłoty ciała nie przedstawia żadnej prawidłowości. Mocz przy zdrowych narządach moczopłciowych ma cechy moczu gorączkowego.

Z przebiegu choroby, z natężenia objawów niemożliwe jest cośkolwiek wnioskować, czy cierpienie jest pierwotne, czy też wtórne. Co najwyżej możemy odróżniać sprawy przerzutowe, przy których drobnoustroje chorobotwórcze osiedlają się wśród zupełnie zdrowej dotychczas tkanki torebki tłuszczowej; przebieg jest wówczas nader ostry, objawy ogólne groźne. Inne są przypadki poprzedzone cierpieniem przewlekłym nerki; ropa z niej przedostaje się do tkanki, którą w znacznym stopniu zamieniła na bliznowatą, ropień więc szerzy się bardzo powoli, wytwory toksyczne, znacznie zresztą już osłabione, wysysają się w małej ilości, stąd objawy ogólne nie dosięgają znaczniejszego natężenia.

Ścisłe rozpoznanie choroby w samym początku jej jest prawie niemożliwe już to ze względu na głębokie położenie ogniska chorobowego, już to ze względu na to, że cierpi tu tkanka a nie narząd, nie mamy więc zaburzeń czynnościowych, już to wreszcie wskutek wcześniej występującego cierpienia narządów sąsiednich, przez co pierwotne cierpienie na drugi plan odsunięte być może. Pierwotne cierpienie nerki może przez dłuższy czas utrudniać rozpoznanie właściwej choroby. Staranne zbadanie okolicy lędźwiowej ułatwia rozpoznanie. Już przy oględzinach rzuca się w oczy większa wydatność po stronie chorobą dotkniętej na zewnątrz od *m. erector trunci*. Ponieważ obmacywanie jest nader bolesne, możemy uciec się do uśpienia. Gdy wynacamy guz, wówczas rozdymanie poprzecznicy pozwoli określić pozaotrzewnowe jego położenie. Guzy nerki od ropni przynerkowych odróżniamy na tej zasadzie, że pierwsze szerzą się ku przodowi, zaś ostatnie odwrotnie ku tyłowi, odpychając nerkę ku przodowi, gdzie można ją wymacać. Guzy nerki są bardziej ograniczone, miewają wyraźne granice, są ruchome, ropnie przynerkowe zachowują się wprost przeciwnie. Obrzmienie skóry napewno wskazuje ropienie przynerkowe. Wreszcie nakłóciem wykrywamy ropę w tłuszcz obfitującą. Opukiwanie wykazuje tępość, szerzącą się od podżebrza do miednicy w kierunku pionowym, zaś w poziomym od kręgosłupa do linii sutkowej i dalej. Dolna granica płuc bywa usunięta ku gorze.

Co się tyczy leczenia, to zanim stwierdzimy obecność ropy, jest ono objawowe: stosujemy środki uśmierzające, czyszczące, gorące okłady i t. d. Skoro jesteśmy pewni ropy, przystępujemy do operacji. ISRAEL posługuje się cięciem, od kąta między *m. sacrolumbalis* a 12 żebrzem skośnie ku dołowi i przodowi przebiegającym; daje ono znakomity dostęp do torebki nerkowej oraz umożliwia obejrzenie samej nerki. Przy obecności guza w pachwinie dodajemy tu cięcie drugie. Przebieg pooperacyjny w przypadkach jednej dużej jamy ropnej bywa daleko pomyślniejszy, niż wówczas, gdy mamy do czynienia ze sprawą ropno-induracyjną, łatwo jest bowiem w podobnym przypadku przeoczyć jakieś ognisko i operacja wtórna może stać się konieczną. Jeżeli znajdujemy podczas operacji cierpienie nerki, postępujemy z nią odpowiednio do danego przypadku.

Na zakończenie podaje autor szczegółowy opis spostrzeganych przez siebie 22 przypadków, które bardzo ładnie ilustrują podany wyżej ogólny obraz chorobowy, nie zawierają jednak w sobie nic nad to, cośmy już w ogólnej części przeczytali i dlatego przypadków tych streszczać nie będziemy.

(*Sammlung klinischer Vorträge Nr. 170. 1896*).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

72. C. MORDHORST. **O powstawaniu i rozpuszczalności związków kwasu moczowego poza ustrojem i wewnątrz ustroju ludzkiego.** Dla zrozumienia powstawania w drogach moczowych kamieni, złożonych z kwasu moczowego, napadów dny, jak również złożeń artrytycznych w ustroju, należy przedewszystkiem poznać warunki, sprzyjające strącaniu kwasu moczowego i jego soli poza ustrojem. Gdy jedni (EBSTEIN) przyjmują, że kwaśny moczan sodu osadza się tylko z roztworów kwaśnych, inni (E. PFEIFFER) utrzymują, że dzieje się to w roztworach zasadowych jedynie w obecności bezwodnika węglanego lub węglanów alkali. Dla wyjaśnienia tej sprawy, mającej wybitne znaczenie w sprawie leczenia skazy moczowej, wykonał autor szereg doświadczeń nad strącaniem kwasu moczowego i jego soli pod drobnowidzem.

W każdym płynie zasadowym zasada łączy się z dodanym kwasem moczowym, tworząc sól. Jeśli następuje przesycenie roztworu tą solą, to osadza się ona z początku w postaci bardzo drobnych kuleczek, które przez zlewanie się z sobą powiększają się. Kulki te noszą miano *moczanów kulistych* („Kugelurate“). Są one przy powstawaniu nieskończenie małe, tak że ich pod drobnowidzem nawet przy największem powiększeniu dojrzeć nie można. Przy ulatnianiu się kropli roztworu na szkiełku przedmiotowym moczany strącają się początkowo w postaci zaledwie widzialnych punkcików, które przy dalszem ulatnianiu płynu powiększają się. Moczany kuliste mogą posiadać rozmaitą wielkość i przewyższać wielkość białych ciałek krwi jakie 50 i więcej razy. Co się tyczy ich składu ilościowego, to bywa on rozmaity: im większą ilość zasad zawiera dany roztwór, tem więcej alkali i mniej kwasu moczowego zawierają kulki moczanowe. Sól krystaliczna złożona z dwóch atomów sodu i cząsteczki kwasu moczowego, t. zw. *moczan sodu* obojętny w rzeczywistości nie istnieje. Natomiast wszystkie związki kwasu moczowego z sodem, zawierające więcej sodu niż kwasu moczowego, tworzą moczany kuliste. Te ostatnie mają tę własność, że po krótszym lub dłuższym czasie zamieniają się na igły, złożone z kwaśnego moczanu sodu („Nadelurate“). Moczany iglaste przedstawiają związek o wiele trwalszy, aniżeli moczany kuliste. Czas trwania krystalizacji t. j. tworzenia się igieł kwaśnego moczanu sodu z moczanów kulistych zależy jest od ilości sodu zawartego w tych ostatnich, jako też od własności roztworu pierwiastkowego. Im więcej sodu zawierają moczany kuliste, tem wolniej tworzą się igły, zawartość zaś sodu w kulkach jest tem większa im dany roztwór zawiera więcej sodu lub mniej kwasu moczowego. Od ilości kwasu moczowego w kulkach zależy barwa tych ostatnich: im mniej zawierają kwasu moczowego, tem są bledsze; jeśli go zawierają dużo, to są żółte i ciemne, jedyną zaś przyczyną osadzania się ich jest przesycenie roztworu. Przesycenie to następuje: a) przy zwiększeniu ilości kwasu moczowego, b) przy ulatnianiu się wody, c) przy ochładzaniu roztworu, jeśli ten ostatni został przesycony moczanami kulistymi przy wyższej ciepłocie; d) przy zmniejszeniu zasadowości roztworu wskutek dodania kwasów lub soli kwaśnych. Wszystkie te czynniki mogą działać i w ustroju ludzkim. Rozpuszczalność moczanów kulistych jest równoległa z zawartością w nich sodu i poprzedzają one zawsze wytwarzanie igieł kwaśnego moczanu sodu. 0,7% roztwory węglanu, obojętnego fosforanu i kwaśnego węglanu sodu rozpuszczają ogromne ilości kwasu moczowego. Przy dodawaniu fosforanu, boranu i octanu sodu do $\frac{1}{2}$ normalnego roztworu ługu sodowego nasyczonego kwasem

moczym otrzymuje się osad moczanów kulistych. Zjawisko to przeczy zdaniu PFEIFFER'a, jakoby tą zdolnością był obdarzony tylko węglan sodu. Dodatek soli kuchennej, siarczanu lub salicylanu sodu do roztworów ługu sodowego nasyconych kwasem moczowym nie wywołuje żadnego osadu. W roztworach węglanu litu, piperazyny, lizydyny, do których dodano kwasu moczowego, po dodaniu soli kuchennej, siarczanu i salicylanu sodu tworzy się osad moczanów kulistych.

Niedawno jeszcze powszechnie przyjmowano, że kwas moczowy znajduje się we krwi w związku z sodem, jako moczan sodu obojętny. Pierwszy zaprzeczył temu ROBERTS, wychodząc z zasady, że sól taka nie może powstać w płynach, w których niema wodoru sodu, a jest dużo bezwodnika węglanego. Z doświadczeń autora wynika, że obojętny moczan sodu nie istnieje ani wewnątrz ustroju, ani poza nim, że natomiast istnieje związek kwasu moczowego z sodem (lub z inną zasadą), w którym sól przeważa; związek ten strąca się, jak już wiemy, w postaci kulek. Te ostatnie, jak to wykazuje doświadczenie, posiadają najrozmaitszy skład ilościowy, lecz zawierają zawsze więcej sodu, niż kwaśny moczan sodu, który, jak wiadomo, zawiera na jedną cząsteczkę kwasu moczowego jeden atom sodu i krystalizuje w postaci igieł i gwiazd z igieł. Gdy te ostatnie występują w ustroju ludzkim wyłącznie jako twory chorobowe (złogi artretyczne), pierwsze stanowią mogą składnik prawidłowy ciała ludzkiego. Czy moczniki kuliste są zupełnie rozpuszczone w sokach ciała, czy też krążą w postaci niezmiernie drobnych kuleczek, niewidzialnych nawet przy najsilniejszym powiększeniu, trudno powiedzieć. Doświadczenia autora przemawiają bardziej za tem drugiem przypuszczeniem. Dopiero przy zwiększającym się stężeniu roztworu stają się one dostępne dla oka. Jaką ilość sodu zawierają moczniki kuliste w sokach ciała, zależy to od zawartości soli alkalicznych i kwasu moczowego w samych sokach. Zasadowość krwi zależy głównie od węglanu sodu, w mniejszym stopniu od zasadowego fosforanu sodu. Obecność kwaśnego węglanu sodu we krwi jest z wielu przyczyn bardzo wątpliwa. Podczas trawienia zasadowe oddziaływanie krwi zwiększa się do tego stopnia, że kwasność moczu znacznie się zmniejsza i niekiedy może on nawet przyjąć odczyn zasadowy. Jeśli kwas moczowy, jak to bywa prawidłowo, znajduje się we krwi w małej ilości, to łączy się on ze znaczną ilością sodu, tak że do wytworzenia soli kwaśnej dojść nie może. Inaczej ma się rzecz w sprawach chorobowych, w tak zwanej skazie moczanowej.

Do tej ostatniej zalicza autor wszystkie cierpienia krótkotrwałe gośćcowe, które obejmuje nazwą: 1) gościec, 2) gościec przewlekły stawów, mięśni, ścięgien, pochewek ścięgowych, powięzi, błon ścięgniastych, pochewek nerwowych i t. d., 3) dna przewlekła tych samych narządów, 4) dna ostra, 5) tworzenie się złogów w drogach moczowych. Autor wskazuje niezwykłe trudności, jakie się tak często następują przy rozpoznawaniu różniczkowem gościa i dny. Najwytrawniejsi klinicyści częstokroć nie są w stanie odróżnić dny od gościa. Nic też dziwnego, że w umysłach wielu lekarzy zrodziła się myśl o bliskim pokrewieństwie, a nawet tożsamości tych dwu chorób (DYCE DUCKWORTH, PODOUX, HUTCHINSON, CHARCOT, HAIG, ZACHARJIN...). Autor spostrzegł 2000 przypadków gościa i dny. W największej części przypadków udało mu się, przy bardzo starannem badaniu dotkniętych narządów zapomocą naoliwionych palców i przy wywieraniu silnego ucisku znaleźć w miejscach bolesnych jakieś złogi, rozlane obrzmienia i t. d., lecz w wielu innych przypadkach nic wykryć nie zdołał. Gdy sprawa chorobowa znajduje się w okresie początkowym, lub gdy szerzy się więcej po powierzchni, aniżeli w głąb, wówczas złogi nie są wyczuwalne. Autor stopniowo do-

szedł do przekonania, że każde cierpienie gośćcowe jest pochodzenia dnawego i że różnica zależy tylko od okresu, w którym się choroba w danej chwili znajduje.

Co się tyczy zawartości kwasu moczowego we krwi, to GARROD znajdował we krwi ludzi zdrowych zawsze małe ilości, a JAKSCH i niedawno KLEMPERER wcale go nie znaleźli (być może, wskutek małych ilości krwi, wziętych do badania). GARROD pierwszy wykazał, że krew chorych na dnę zawiera zawsze nieprawidłowo dużą ilość kwasu moczowego. Tak dzieje się mianowicie przed napadem i podczas napadu; po napadzie krew zawiera mniej kwasu moczowego. W przypadkach przewlekłych dny także zawsze znajdowano (GARROD, DUCKWORTH i inni) dużą zawartość kwasu moczowego. To samo spostrzegano we krwi chorych na białaczkę, zapalenie płuc, opłucnej, osierdza, u chorych z zapaleniem wątroby przerostowym, obrzękiem śledziony, rakiem żołądka i t. d. Z doświadczeń KLEMPERER'a wynika, że krew nawet chorych na dnę jest w stanie rozpuścić kwasu moczowego 10 do 20 razy więcej od ilości rzeczywiście zawartej, wytworzenie się więc osadu z kwasu moczowego we krwi jest niemożliwe. Jeżeli nawet zasadowość krwi takich chorych ulega zmniejszeniu, to nigdy w tym stopniu, ażeby mogło dojść do strącenia moczanów w naczyniach krwionośnych. Ponieważ kwas moczowy jest rozpuszczony we krwi, lub krąży w niej w postaci niesłychanie drobnych kuleczek, to znajduje się w jednakowej ilości we wszystkich sokach ciała. Zdolność rozpuszczania kwasu moczowego w tych ostatnich jest z różnych przyczyn mniejsza, niż zdolność krwi, skutkiem czego ilość kwasu moczowego w tych płynach odgrywa wybitną rolę przy strącaniu moczanów z roztworu.

Co do stopnia zasadowości krwi i jego wpływu na tworzenie się osadu moczanów zdania autorów są zgodne. Według CANTANI'ego kwasy są największym wrogiem chorych na dnę, stanowiąc dla nich jad swoisty. Podług KLEMPERER'a zasadowość krwi tych chorych jest o 20% niższa od normy. Złogi moczanowe tworzą się tylko w tkankach ubogich w krew: w pochewkach mięśniowych, w *perimysium externum*, w powięziach i błonach ścięgniastych, które odżywiają się tylko za pomocą naczyń chłonnych, następnie w torebkach i więzach stawowych, ścięgnach i ich pochwach, chrząstkach stawowych, chrzęstnej, okostnej, pochewkach nerwowych, tkance łącznej skóry i t. d. Tkanka łączna i tkanka chrzęstna stanowią wyłączne siedlisko złogów moczanowych. Dzieje się to dla tego, że wymiana materii w tych tkankach jest bardzo opieszła, dowóz tlenu wskutek ubóstwa w krew jest bardzo ograniczony; skutkiem tego zawierają te tkanki dużo kwasu mlecznego, który zmniejsza zasadowość soków łącznotkankowych. A są jeszcze i inne przyczyny, wywołujące zmniejszenie stopnia alkaliczności soków łącznotkankowych. HOPPE-SEYLER dowiódł, że kwaśne oddziaływanie tkanek martwych zależy od obecności kwaśnego fosforanu sodu. Fakt ten upoważnia do wniosku, że w tkankach bliskich obumierania sól ta musi się znajdować w ilości zwiększonej. Tkanka łączna i chrzęstna znajdują się na granicy między takimi tkankami a bogatymi w krew, ich odczyn alkaliczny zatem musi być słabszy, niż odczyn krwi. Rzeczywistość w zupełności potwierdza słuszność tych wywodów. Spostrzeżenia MALY'ego i CHABRIÉ'go nad osmozą i dyfuzją, jak również RUBEKBERG'a nad filtracją wykazały, że kwasy i sole kwaśne szybciej przesiakają i prędzej filtrują się przez błonę zwierzęcą, aniżeli zasady i sole zasadowe. Doświadczenia autora zupełnie potwierdzają te dane. Stąd łatwo zrozumieć, że zasadowość protoplazmy komórek łącznotkankowych i chrząstkowych, jak również płynu międzykomórkowego, jest o wiele niższa od zasadowości limfy i że ta ostatnia jest mniejsza od zasadowości krwi. Tak samo maź stawowa i pochewek ścięgniowych (*synovia*)

jest mniej zasadowa, aniżeli krew. Ponieważ stopień zasadowości soków tkanki łącznej jest mniejszy niż krwi, a zawartość w niej kwasu moczowego, jak to widać z powyższego, jest taka sama, mamy więc warunki, sprzyjające powstawaniu złogów moczanowych w tych właśnie tkankach. Póki zasadowość krwi i zawartość w niej kwasu moczowego, lub wytwarzanie tego kwasu w odnośnych tkankach, znajdują się w granicach prawidłowych, nie dochodzi do przesylenia soków tkanki łącznej moczanami kulistymi i do wytworzenia złogów moczanowych. Jeśli jeden lub obydwa czynniki wzmiankowane ulegają zmianie, wówczas powstaje możliwość wytworzenia osadu moczanów, ponieważ soki łącznotkankowe w tym samym stopniu, co krew, ulegają zmniejszeniu zasadowości.

Obydwa czynniki konieczne do strącenia moczanów, t. j. zwiększoną zawartość kwasu moczowego i zmniejszoną zasadowość krwi, spotykamy zawsze u chorych na dnę. Potrzeba jeszcze tylko przyczyny przypadkowej, któraby zwiększyła wpływ obu czynników. Taką przyczynę stanowi najczęściej ochłodzenie skóry, pokrywającej tkankę skłoną do dny. Wskutek skurczenia naczyń włosowatych skóry i kanek leżących pod skórą następuje zubożenie tych ostatnich w wodę i zwolnienie wymiany soków między naczyniami krwionośnymi a chłonnymi. Następstwem tego jest ograniczenie dowozu tlenu i nagromadzenie kwasów i soli kwaśnych. Powstają zatem dwa warunki, sprzyjające tworzeniu się złogów moczanowych. Inną przyczynę przypadkową stanowi spokój fizyczny. Im czynność serca jest mniejsza, tem wolniejsze jest krążenie krwi, tem niższe ciśnienie boczne, tem wolniej odbywa się filtracja, dyfuzja i osmoza, tem wolniejszy więc prąd soków w tkankach usposobionych do złogów, a okoliczność ta bardzo sprzyja strącaniu moczanów kulistych. Z innych przyczyn wywołujących wspomnieć należy jeszcze o dobrym obiedzie i obfitemu używaniu wina i piwa. Wszyscy autorzy zgodnie utrzymują, że skutkiem tego zwiększa się ilość kwasu moczowego a zmniejsza alkaliczność krwi.

Gościec, jak już o tem wyżej była mowa, uważa autor, za okres wstępny dny. Ostry gościec stawowy wywołowany jest przez ochłodzenie skóry u osób skłonnych do dny, których krew zawiera, jak to dowiedli GARROD i KLEMPERER, za dużo kwasu moczowego. Wyżej była mowa o tem, że ochłodzenie takie sprzyja strącaniu moczanów kulistych. Te ostatnie, zdaniem autora, zatykają początki naczyń chłonnych lub przynajmniej utrudniają prąd limfy; następuje zastój soków i skutkiem tego ból gośćcowy. Jeśli ochładzanie trwało krótko i obieg krwi staje się żywszy, wtedy moczan kulisty ulega rozpuszczeniu i gościec znika. Jeśli zaś ochładzanie trwało dłużej i kulki znajdowały się w zajętych tkankach przez czas długi, wówczas sprawa gośćcowa trwa dłużej, gdyż stare moczan kuliste o wiele trudniej się rozpuszczają, aniżeli świeżo powstałe. Jeśli moczan strącają się w dużej ilości, wtedy nie tak łatwo ulegają rozpuszczeniu, gdyż kanaliki chłonne są wypełnione nimi a wymiana soków bardzo utrudniona. Może to stanowić początek zastojów przewlekłych, który, gdy dotyczy jakiegoś stawu, zwiemy gośćcem stawowym przewlekłym. Ponieważ przy tem cierpieniu nie znajdowano moczanów iglastych, uważano je więc nie za dnę, zdaniem autora, niesłusznie. Jeśli ochładzanie skóry powtarza się częściej, lub jeśli zasadowość krwi u danego osobnika znacznie się obniża, to powstałe już moczan kuliste nie tylko nie rozpuszczają się, lecz przeciwnie gromadzą się w coraz większej ilości. Skutkiem zatkania naczyń chłonnych występują objawy zastojów, obrzęki, bóle i t. d. Są to objawy dny przewlekłej. Czy przytem powstaje zgorzel tkanki, która, zdaniem EBSTEIN'a, stanowi *conditio sine qua non* powstawania t. zw. *tophi*, trudno powiedzieć,

nie ulega tylko wątpliwości, że złoże takie powstają i bez spraw zgorzelińowych. Te ostatnie, zdaniem autora, stanowią zawsze sprawę wtórną, za pierwotną zaś uważać należy strącanie się moczanów kulistych w komórkach i włóknach tkanki łącznej. Po pewnym czasie moczan te przekształcają się w moczan iglaste, które niszczą komórki łącznotkankowe. Ostry napad dny powstaje skutkiem przemiany odczynu soków łącznotkankowych ze słabo zasadowego na kwaśny. Z nastąpieniem tego odczynu krystalizują, jak to pouczają doświadczenia pod drobnowidzem, duże i długie kryształy, stanowiące przejście między kwaśnym moczanem sodu a kwasem moczowym. Kryształy te zatykają naczynia chłonne i wywołują zastój limfy ze wszystkimi tego zastoju następstwami. Z przemianą odczynu soków na zasadowy kryształy owe przechodzą w moczan kuliste, które przy odpowiednich warunkach (podniesienie zasadowości soków) mogą uleść rozpuszczeniu, przy nieprzyjajnych zaś przekształcają się na igły kwaśnego moczanu sodu. Te ostatnie mogą stać się później powodem do wybuchu nowych napadów dny.

Przy rozbiorze powstawania osadu i złogów kwasu moczowego w przewodach moczowych należy mieć w pamięci następujące dane. Moczan, przechodząc ze krwi do kanalików moczowych, uległby natychmiast w kwaśnym moczu rozkładowi z wytworzeniem kwasu moczowego, gdyby w moczu nie istniały związki, które wstrzymują podobny rozkład. Jeśli moczu zawiera tyle zasadowego fosforanu sodu, że oddziaływa zasadowo, wówczas nie strącają się ani moczan, ani kryształy kwasu moczowego. To samo ma miejsce, jeśli moczu ma odczyn obojętny. Rozkład moczanów w roztworach obojętnych dochodzi najszybciej do skutku w wodzie przekroplonej; już wkrótce wydzielają się kryształy kwasu moczowego, a roztwór staje się słabo zasadowy. Przy powiększeniu zasadowości roztworu rozkład moczanów ustaje, a przez dodatek wody na nowo się rozpoczyna. W słabym roztworze soli kuchennej lub innej soli obojętnej rozkład moczanów odbywa się o wiele wolniej, najprędzej zaś następuje rozkład moczanów w roztworze kwaśnym. W roztworze zasadowego fosforanu sodu moczan strącają się tylko wówczas, gdy roztwór jest nimi przesycony. Rozkład moczanów kulistych na kwas moczowy i sól nie następuje, gdyż dalej, jak do rozkładu na kwaśny moczan sodu (moczan iglaste) i sól nie dochodzi.

Wyżej była mowa o tem, że w moczu znajdują się związki, które utrudniają i wstrzymują rozkład moczanów. Pierwsze miejsce między nimi zajmuje mocznik. To nam objaśnia, dlaczego rozpuszczone w moczu moczan nie ulegają rozpadowi na kwas moczowy i sól pod działaniem kwaśnego fosforanu sodu już w kanalikach moczowych. Że rozkład taki następuje dość często i pomimo obecności mocznika, zależy to od współdziałania rozmaitych czynników, sprzyjających takiemu rozkładowi. Do nich należą: 1) kwaśność moczu, 2) współczynnik $\frac{\text{mocznik}}{\text{kwas moczowy}}$, 3) zawartość soli obojętnych, mianowicie soli kuchennej, 4) zawartość barwnika i 5) stężenie lub ciężar właściwy. Im wyższa jest kwaśność i im niższe 2, 3 i 4 czynnik, tem łatwiej następuje rozkład moczanów. Co się tyczy stężenia moczu, to częściej tworzy się osad kwasu moczowego przy ciężarze właściwym 1020, aniżeli przy nieprawidłowo wysokim. W moczu, którego ciężar właściwy przenosi 1030, kwas moczowy osadza się o wiele rzadziej. To samo powiedzieć można o ciężarze niższym od 1020, jednak i ciężar 1010 nie ochrania od tworzenia się osadu kwasu moczowego. Jeśli kwaśność moczu jest bardzo wysoka, współczynnik bardzo niski, zawartość soli kuchennej i barwnika mała, to może dojść do wytworzenia tak wielkiej ilości i tak dużych kryształów kwasu moczowego, że nie zostają one

zaraz wydalone z moczem z kanalików moczowych. Pewne związki organiczne służą przytem za materiał spajający owe kryształy kwasu moczowego. Ciekawe jest rozmieszczenie moczanów w nerkach przy dnie. CHARCOT i CORNIL wykazali, że bezkształtny osad powstaje w samych kanalikach, a wachlarzowato ułożone kryształy iglaste znajdują się pomiędzy kanalikami prostymi. Spostrzeżenie to zostało potwierdzone przez wielu innych autorów, tak że prawdziwość jego nie ulega żadnej wątpliwości. Złogi te, drażniąc tkanki nerkowe, wywołują przewlekłe zapalenie nerek, zarówno śródmiażdżowe, jak i miażdżowe (przewlekłe rozlane zapalenie nerek), które z czasem kończy się zanikiem.

Uważać należy za fakt, że zwiększenie ilości kwasu moczowego u chorych na dnę zależy nie od zmniejszonego wydzielania kwasu moczowego przez nerki, (gdyż są one w stanie wydzielać bardzo duże ilości kwasu moczowego: KLEMPERER, WEINTRAUD i in.), lecz od wzmożonego wytwarzania lub od niedostatecznego utlenienia tego kwasu. Zwiększona zawartość kwasu moczowego we krwi zależy po większej części od niskiego stopnia jej zasadowości. O zależności tej nie można wątpić po poszukiwaniach WALTER'a, CHVOSTEK'a, HARNACK'a i in. Z badań ich wynika, że żywa protoplazma zdolność swoją pochłaniania tlenu zawdzięcza tylko obecności węglanów zasad. Im więcej zawiera ich tkanka, tem większa jest zdolność pochłaniania i zużywania tlenu, tem szybciej odbywa się sprawa palenia, tem mniejsze jest wytwarzanie kwasu moczowego. Zgadza się z tem zdanie wielu autorów (HORBACZEWSKI, JAKSCH, SALKOWSKI...), że dowóz dużych ilości sodu znakomicie zmniejsza wydzielania kwasu moczowego. Niski stopień zasadowości krwi chorych na dnę sprzyja powstaniu z jednej strony nienormalnie wysokiej zawartości kwasu moczowego w sokach ustroju, z drugiej łatwemu strącaniu moczanów kulistych.

Główne zadanie lekarza wobec chorego na dnę musi polegać na zwiększeniu zasadowości krwi. Najszybciej zaś i najenergiczniej działają w tym kierunku zasady i kąpiele gorące, przy należytem uwzględnieniu odpowiedniej diety, pracy mięśniowej, ciepłego klimatu i ciepłej odzieży, zimnych obcierań, mięsienia i elektryczności. Węglan litu, piperazyna i lizydyna nie wywierają żadnego działania leczniczego, gdyż przy zwykłych dawkach leczniczych znajdują się w sokach ustroju w takim rozcieńczeniu, że ich działanie rozpuszczające względem kwasu moczowego równa się zeru. Do podwyższenia zasadowości krwi najlepiej nadaje się kwaśny węglan sodu w dużych ilościach. Mniej odpowiedni jest węglan wapnia, gdyż zasadowe działanie jego jest słabe, a użycie połączone z niektórymi niebezpieczeństwami, jak wytwarzanie się kamieni w pęcherzu moczowym wskutek występowania w moczu osadu z fosforanu i węglanu wapnia, brak łaknienia, zaparcie stolca, udar mózgowy, zwapnienie zastawek aorty i t. d. STADELMANN ma tę zasługę, iż wykazał, że stosowanie kwaśnego węglanu sodu nawet w codziennych dawkach od 20—30 gr. nie szkodzi, jeśli podawany jest on w wodzie mineralnej, zawierającej sól kuchenną i bezwodnik węglany. Ponieważ podług STADELMANN'a, HARNACK'a i in. duże dawki kwaśnego węglanu sodu odciągają ustrojowi duże ilości soli kuchennej, to woda mineralna musi zawierać dużo tej ostatniej. W rzędzie wód mineralnych, które czynią zadość powyższym wymaganiom, pierwsze miejsce należy się wodzie Wiesbadeńskiej. Z doświadczeń autora wynika, że woda ta w wysokim stopniu posiada własność wytwarzania moczu jednocześnie zasadowego i jasnego, który rzadko daje osad fosforanu lub węglanu wapnia. Jedna, dwie, czasem nawet 3 butelki wody Wiesbadeńskiej dziennie, stosownie do osobniczych cech danego przypadku, wystarcza do wywoła-

nia trwałego podwyższenia zasadowości soków ustroju. W ostrych napadach dny zalecić można nawet 4 butelki dziennie, co nawet przerywa napad.

Gorące kąpiele, poczynając od 28° R. i szybko dochodząc do 32° R., przez 10--15 min. wywołują obfite poty. Silnie kwaśny mocz staje się przytem słabo kwaśnym lub nawet zasadowym. To samo z potem. Że zmniejszenie ich kwasności jest następstwem zmniejszenia kwasności soków tkankowych, dowodzić nie trzeba. Kąpiele gorące wywierają wpływ dobroczynny jeszcze dlatego, że podnoszą ciepłotę krwi, przez co sprawy filtracyi, dyfuzyi i osmozy odbywają się z większą energią, a zdolność soków tkankowych do rozpuszczania kwasu moczowego i jego soli zwiększa się.

Praca mięśniowa, przyspieszając krążenie limfy, wzmacnia sprawy osmotyczne i filtracyjne, co zmniejsza różnicę w odczynie krwi i soków tkankowych. Szybsze krążenie limfy przeszkadza przytem krystalizacyi moczanów, gdy stan spokojny sprzyja jej. Ciepła odzież, ciepłe mieszkanie chroni od ochłodzenia te części ciała, które najwięcej są wystawione na działanie zimna i jednocześnie najwięcej są usposobione do dny. Zimne wycieranie i mięsienie regulują krążenie krwi w naczyniach skórnych, sprowadzają lepsze odżywianie skóry, zahartowują ustrój. Możliwie silny ujemny stały prąd, zastosowany na dotknięte miejsce, wywołuje silny odczyn zasadowy soków pod ujemną elektrodą, przez co ułatwia się rozpuszczenie moczanów.

(*Zeitschrift für klin. Med. B. XXXII, H. I. und. II. 1897*). Stanisław Pechkranc.

73. R. HUTCHINSON. **Patogeneza choroby Basedowa z punktu widzenia chemicznego.** Z klinicznych i doświadczalnych poszukiwań autora wynika, że substancja klejowata gruczołu tarczowego stanowi jedyny składnik czynny tego narządu. Tyreoidyna BAUMANN'a, jako sztuczna pochodna tego kolloidu, posiada tylko część działania fizyologicznego jego. Autor zaprzecza, by gruczoł tarczowy zawierał związek z rodzaju alkaloidów (FRAENKEL).

Jeśli uznać chorobę BASEDOW'a za pierwotne cierpienie gruczołu tarczowego, należałoby wykazać ilościowe lub jakościowe zmiany wydzielnicze tego narządu. Otóż zmian ilościowych niema. Dla wykazania zaś zmian jakościowych należy zbadać działanie fizyologiczne rozmaitych części tego gruczołu chorych na *morbus Basedowii*. W tym celu posługiwał się autor wyciągiem z gruczołu tarczowego wziętego w typowym przypadku tej choroby: wyciąg ten podawał dwóm kobietom, jednej z cierpieniem skóry, drugiej cierpiącej na otyłość, przyczem nie otrzymał żadnych objawów, pomimo podawania dawek równoważnych 14,0 gruczołu świeżego.

Przeciwnie substancja klejowata z tego samego gruczołu w dawkach od 3,5—4,5 *pro die* wywołała u obu chorych zmniejszenie wagi ciała i lekkie podniesienie ciepłoty. Nie było śladu bicia serca, *exophthalmiae*, ani żadnych zmian w gruczole tarczowym.

U psa po wycięciu gruczołu tarczowego, po podawaniu mu substancji klejowatej w ilości odpowiadającej 1½ gruczołu baraniego *pro die* zauważył autor lekkie podniesienie ciepłoty i nieco częstsze tętno.

Wyniki tych badań nie zgadzają się z hipotezą o powstawaniu choroby BASEDOW'a wskutek zmian wydzielniczych w gruczole tarczowym. Autor osobiście uważa chorobę tę za zależną od zmian swoistych w przemianie materii, które są prawdopodobnie zależne od zmian czynnościowych ośrodkowego układu nerwowego. Zależność pomiędzy temi ostatniemi i powiększaniem się gruczołu tarczowego jest

dotąd nieokreślona, faktem jest jednak, że przerost jego nie jest przyczyną pierwotną objawów choroby BASEDOW'a.

Dodatknie wyniki chirurgicznego sposobu leczenia nie są bynajmniej sprzeczne z tym punktem widzenia.

(*La Semaine Médicale* Nr. 38, 1896).

Wacław Sterling.

Z 18-go Zjazdu balneologów w Berlinie.

(Referat ze sprawozdań BROCK'a w *Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 14, 16, 17. 1897).

(Dokończenie.—Zob. Nr. 22).

WEISS (Pistyan). Artrytyzm z niepodabniający (*Arthritis deformans*). Na zasadzie doświadczenia własnego i literatury odnośnej mówca przychodzi do wniosku, że odróżnienie artrytyzmu zniepodabniającego od długotrwałego goścca stawowego jest w praktyce niemożliwe, nie posiadamy bowiem ani pod względem etyologii, ani pod względem rozpoznania różniczkowego pewnych cech, któreby te dwie postacie chorobowe wyróżniały. I tak: co do niezupełnego zeszywnienia stawów, które, zdaniem wielu chirurgów, ma cechować artrytyzm zniepodabniający, to także niezupełne zeszywnienie ma, według innych autorów, stanowić cechę goścca długotrwałego, zeszywnienie zaś zupełne wydarza się tylko po ostrym gośccu stawowym. Dalej pochodzenie i istota neuropatyczna artrytyzmu zniepodabniającego nie są dowiedzione; symetryczne i obustronne zajęcie stawów, jak również zmiany w chrząstkach i kościach stawowych również nie są wyłączną cechą artrytyzmu zniepodabniającego. Toż samo i pod względem rokowania nie możemy znaleźć różnic zasadniczych. Kąpiele szlamowe, siarczane mogą sprowadzić znaczne polepszenie przy artrytyzmie zniepodabniającym.

A. BAGINSKY (Berlin). Higiena kąpeli ogólnych w większych zbiornikach (basenach) wody. Odpowiednie poszukiwania wykazały że w zbiornikach wody kąpielowej znajdowano zarodniki pasorzytów chorobotwórczych, zanim jeszcze taż woda została użyta do kąpeli i to nawet w tych razach, w których woda została zaczerpnięta z głębi studni i jako zupełnie wolna od zarodników doprowadzona do zbiorników; stąd należy wyprowadzić wniosek, że zbiorniki nie mogą być w zwykłych warunkach dostatecznie oczyszczone. Dalej okazało się, że im więcej było kąpiących się i im dłużej trwały kąpiele w zbiornikach ogólnych, tembardziej wzmagalo się zanieczyszczenie pasorzytami chorobotwórczymi: *bacterium coli*, *proteus vulgaris*, kokami i drożdżami. Stopień zanieczyszczenia stawał się mniejszy w miarę odnawiania wody w zbiorniku przez coraz nowy przypływ wody świeżej. Lekarze i zarządy kąpeli w zbiornikach ogólnych powinni na powyższe warunki baczną zwracać uwagę.

IMMELMANN (Berlin). Teraźniejszy stan leczenia narządu oddechowego zapomocą powietrza zgęszczonego i rozrzedzonego. Zadaniem leczenia powietrznego (*pneumatothérapie*) jest działać na narządy oddechowe zapomocą sztucznego zmieniania gęstości powietrza. Zmiana gęstości polega bądź na zgęszczeniu, bądź na rozrzedzeniu powietrza i odbywa się albo w zamkniętych przyrządach i wtedy wywiera wpływ na powierzchnię całego ciała, bądź w przenośnych i wtedy wpływa więcej miejscowo na narząd oddechania. Obecnie więcej bywają używane przyrządy przenośne, gdyż mają tę wyższość

nad stałymi, że podczas posiedzenia można dowolnie zmieniać powietrze zgęszczone na rozrzedzone i przeciwnie. Wdechanie powietrza zgęszczonego działa przede wszystkim mechanicznie, co ujawnia się rozszerzeniem klatki piersiowej i płuc i wzmożeniem siły wdechowej i wydechowej. Wysłuchując klatkę piersiową podczas posiedzenia, można się przekonać, że odcinki płuc, które przedtem nie brały udziału przy wdechaniu, rozszerzają się pod wpływem powietrza zgęszczonego. Przez powiększenie powierzchni oddechowej doprowadzamy większą ilość tlenu, za czem idzie polepszenie stanu ogólnego. Oprócz tego powietrze ściśnione zapomocą swego ciśnienia korzystnie wpływa na przekrwienie i nieżyt błony śluzowej. Wydechanie do powietrza rozrzedzonego powiększa ilość powietrza wydechanego, zmniejsza objętość płuc, powraca im poprzednią elastyczność, a więc powiększa pojemność życiową i siłę wydechową płuc. O podnoszeniu się przepony brzusznej przy wydechaniu do powietrza rozrzedzonego do wysokości 3—6 cm. można się przekonać, gdy choremu z rozedną płuc prześwietlamy klatkę piersiową zapomocą promieni ROENTGEN'a.

Z wywodów powyższych wypływają same przez się następujące wskazania do użycia powietrznej metody leczenia. Wdechanie powietrzem zgęszczonem będzie zatem wskazane: przy słabem, powierzchownem oddechaniu, gdy płuca niedostatecznie się rozwijają, a błona śluzowa dotknięta nieżytem — zatem przy słabo rozwiniętej klatce piersiowej—jako środek zapobiegający nieżytom wierzchołkowym, przy pozostałościach po zapaleniu opłucnej, przy zwężeniu krtani i tchawicy, przy nieżycie oskrzeli przewlekłym i często towarzyszącej mu dychawicy (*asthma*). Wydechanie w powietrze rozrzedzone jest środkiem swoistym przeciwko rozedmie płuc, którą w okresie początkowym można wyleczyć, a w późniejszych—polepszyć. W chorobach powikłanych, w których mamy do czynienia nie z jednym a z kilkoma powyższymi stanami chorobowymi, można się posługiwać zgęszczonem i rozrzedzonem powietrzem na przemian. Przeciwwskazane jest leczenie powietrzne przy skłonności do krwotoków płucnych, do udaru mózgowego, przy osłabieniu mięśnia sercowego i w sprawach zapalnych ostrych.

MENDELSON (Berlin). Leczenie kamieni nerkowych i pęcherzowych zapomocą wód mineralnych. Własność rozpuszczania kwasu moczowego i kamieni moczowych przypisywana niektórym środkom nie powinna być pojmowana w znaczeniu prostem. Rozpuszczalność w próbówce i rozpuszczalność w ustroju są to dwie zupełnie różne sprawy. Nie można jednak zaprzeczyć własności rozpuszczania kwasu moczowego przez pewne środki, lecz własność ta polega na moczopędnem ich działaniu. I wody mineralne tymże samym działają sposobem t. j. przepłukują obficie ustrój, powiększając wydzielanie moczu.

STIFLER (Steben). Poszukiwania nad działaniem kąpiei sztucznych. Kąpiele mineralne działają na krwiobieg zapomocą czynników mechanicznych, statycznych, dynamicznych, odruchowych. Gdyby kąpiele mineralne sztuczne posiadały tenże sam skład, też samą siłę i dokładność techniczną w wykonaniu, co naturalne, to mogłyby mieć i tenże sam wpływ na ustrój. Lecz osiągnięcie tej tożsamości w praktyce nie jest łatwe, a nawet w pewnych razach staje się wprost niedościgłem. To ostatnie odnosi się do kąpiei sztucznych z bezwodnikiem węglanym, które choćby były najdokładniej przyrządzone, zawsze będą grzeszyć zbyt gwałtownem i nierównem wywiązywaniem się gazu, co sprawia zbyt silne podrażnienie, po którem następuje pogiębienie nerwowe. MATTONI'ego sól borowinowa nie zastąpi ani w przybliżeniu kąpiei borowinowych. Tylko sztucznie

przyrządzone kąpiele słone mogą wyrównać naturalnym, jeżeli stopień ich stężenia będzie odpowiedni.

SCHUBERT (Wiesbaden). Wpływ upustu krwi na choroby skóry i drobnowidzowe badanie krwi przy tychże. Mówca leczył 13 zastarzałych przypadków chorób skóry (najwięcej było pryszczycy, następnie czyraków i łuszczycy) zapomocą upustu krwi. Wyzdrowiało zupełnie 9. Pomyślny wpływ najprędzej i najwybitniej okazuje się przy czyrakach. DYES podaje przypadek, w którym 30-letnia kobieta cierpiała od lat 17 na ogólną pryszczycę moknącą, niedającą się niczem usunąć. Po pierwszym upuście krwi pryszczycza stała się suchą, a w 4 tygodnie, po 3-im upuście chora zupełnie wyzdrowiała.

Przy badaniu krwi upuszczonej znajdowano tak znaczne powiększenie białych ciałek, że wynosiły one 80%, co objaśnia się już dawno znanem prawem, na mocy którego białe ciała najliczniej krążą na wewnętrznej powierzchni ściany naczyniowej i wskutek tego obficiejsz dostają się do upuszczonej krwi niż czerwone. Ta obfitość białych ciałek na powierzchni słupa krążącej krwistanowi dogodnie dla rozwoju pasorzytów podłoże, co powstawaniu chorób skórnych może sprzyjać. Mówca zauważył, że następstwem licznych upustów krwi bywa lepsze odnawianie się skóry, która wskutek tego przyjmuje uderzająco piękne zabarwienie.

(Berl. Klin. Wochenschr. N. 14. 16. 17. 1897).

J. Majkowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TERNI wyhodował z guziczków wątroby dwóch pospolitych gatunków jaszczurek promienicę; ponieważ hodo-wła ta była bardzo podobna do *actinomyces bovis*, stąd wniosek, że jaszczurki mogą być pośrednikami w roznoszeniu zarazy. (Centr. f. Bakt. XIX. 24).

= Jak wiadomo, w Afryce południo-wej sprawia mucha, zwana tse-tse (*glossina morsitans*), spustoszenia między zwierzętami domowymi. Sądzone, że ukłócia jej są jadowite, jak np. niedź-wiadka lub żmii, BRUCE jednak wykazał, że muchy te są jedynie przenośnikami choroby zakaźnej wywoływanej przez pewien gatunek wiciowców (*Flagel-lata*) rozmnażających się gwałtownie we krwi. Psy giną już po dwóch tygo-dniach, konie trzymają się dłużej, po kilka lat mogą chorować woły; przypadki wyzdrowienia samodzielnego są rzad-kie. Zdaje się, że arsenik będzie środ-kiem swoistym przeciw tej chorobie. (Centr. f. Bakt. XIX. 24).

= FERMI dochodzi na zasadzie krytycznej oceny zjawisk do wniosku, że fer-menty proteolityczne są bezsilne wobec żywej zarodki, nie działają na nią, a prze-ciwnie są nader szybko przez nią niszczo-ne. Jedynie tym sposobem jesteśmy so-bie w stanie objaśnić, czemu narządy

trawienia nie ulegają strawieniu. Rzeczy-wiście, bezstronnie rzecz biorąc, zjawi-ska tego nie tłumaczyły nam dotąd ani teoria ochronnego działania śluzu lub nabłonka błony śluzowej i t. d. Tło-maczenie FERMI'ego ma tę zaletę, że sto-suje się do obu królestw ustrojowych. (Centr. f. Physiol. VIII. N. 21).

= REMLINGER i SCHNEIDER wyhodo-wali z sześciu prób ziemi (na 10 bada-nych), z ośmiu prób wody (na 36 bada-nych) i z kału chorych na białaczkę, za-palenie nerek i zimnicę laseczniki, które nie wytrzymywały działania surowicy przeciwtyfusowej i dawały odczyn aglu-tynacyjny. Większość ich była choro-botwórcza dla świnek morskich, a suro-wicą przeciwtyfusową można było zwie-rzęta te uodpornić przeciw pasorzytom. (Sem. méd. 1896 str. 284).

= GRANDMAISON opisał przypadek zają-cia stawu podczas róży, ciekawy głó-wnie z tego względu, że zajęcie wystą-piło nagle na 2 doby przed pojawieniem się róży na twarzy, a po jej zniknięciu również bez ropienia znikło. Dotknięty był staw stopowy lewy. (La méd. mod. 1896 str. 193).

= CHAUFFARD i RAMON opisali dwa chyba pierwsze przypadki śmiertelnej posocznicy u ludzi wywołanej przez

m. tetragenus; pochodzenie przypadków nie jest wyjaśnione; towarzyszyły im ropne zapalenia rozmaitych stawów i jam surowicznych. (Arch. de Méd. exper. Nr. 3. 1896).

— W celu przechowywania wyjątkowych zgłębników radzi LEVEN umieszczać je w szklanym podłużnym futorale wypełnionym płynną parafiną i hermetycznie zamykanym. Parafina działa aseptycznie i przeciwnie i nie wpływa zupełnie na materiał zgłębników, w dodatku zaś ułatwia wprowadzanie posmarowanych nią narzędzi. (Semaine méd. N. 11. 1897).

— CASSE zebrał 37 przypadków porażen, spowodowanych przez dłuższe chloroformowanie; w 24 przypadkach porażone były kończyny górne, dwa razy twarz, raz kończyny dolne; w dziesięciu przypadkach umiejscowienie bezwładu autor objaśnia jednym z następujących powodów: 1) chloroform upośledza ustrój nerwowy, wobec czego najmniejszy uraz może spowodować ciężkie zaburzenie; 2) wskutek zatrucia układu nerwowego u osobników chorych toksynami, wytwarzanymi przez drobnoustroje, które spowodowały chorobę, chloroform działa bardziej trująco na nerwy, sprzyjając w ten sposób pojawieniu się porażen. (Acad. de. méd. de Belgique. S. 27. II. 1897).

— BOHNE na podstawie doświadczeń najzwierzętach oraz badania moczu chorych na raka a także na nerki i serce, co do zawartości w nim chlorku sodu, doszedł do wniosku, że zatrzymywanie w ustroju chlorków gra bardzo dużą rolę w patologii objawów mocznicowych

oraz zapaści. Oznaczanie ilościowe chlorków w moczu chorych i porównywanie ilości tej z ilością chlorków spożywanych może dać ważne wskazówki przy rokowaniu oraz leczeniu chorych na nerki. (Fortsch. d. Med. 15. II. 1897).

— BEATTY spostrzegał dwa przypadki duru brzuszego z zejściem śmiertelnem szóstego dnia choroby, w których badanie pośmiertne wykazało brak wszelkich zmian chorobowych w jelitach. Śledzioma i gruczoły krezkowe były silnie obrzmiałe i znaleziono w nich laseczniki tyfusowe. (Ireland Royal Acad.).

— NOTTHAFT opisuje przypadek rzeżączki z niezwykle długim okresem wylegania. Dotyczy on lekarza, który nigdy żadnej choroby wenerycznej nie przechodził i wprowadził sobie do cewki moczowej wydzielinę ropną cewki chorego na ostrą rzeżączkę. Dopiero trzynastego dnia wystąpiło palenie w cewce przy oddawaniu moczu, a dzień następnego pokazała się odrazu wydzielina ropna, zawierająca gonokoki. Następnie, nie bacząc na odpowiednie leczenie, wystąpił nieżyt pęcherza i gruczołu krokowego. Dodać należy, że w okresie wylegania rzeżączki chory żadnych stosunków płciowych nie miał. (Monatsh. f. Dermatol. I. 97.).

— JOSIAS odmawia surowicy MARMOREK'a leczniczej wartości; stosował ją w 145 przypadkach płonicy. (Sem. méd. 1896 N. 26).

— CHARRIN spostrzegał wybitne zmiany krzywicze u królika pochodzącego z pary poddawanej doświadczeniom z toksyną (jakiej bakterii, niewiadomo). (Sem. méd. 1896 str. 163). M. B.

Wiomości bieżące.

— W Petersburgu ma powstać Towarzystwo mające na celu zabezpieczenia od chorób zakaźnych.

— W Lizbonie otrzymano wiadomość, że dżuma pojawiła się w Makao w posiadłościach portugalskich.

— Według wiadomości „The Chemist and Druggist“ profesora Koch'a spotkało nowe niepowodzenie. Przedstawiony przez niego sposób leczenia dżumy

bydła rogatego okazuje się zupełnie bezskuteczny. W Orange Free State szczepiono ochronnie według metody Koch'a 800 sztuk bydła, zachowując wszelkie ostrożności; tymczasem z tej ilości 150 sztuk padło zaraz, 200 zaś chorowało na dżumę ostrą. W wielu miejscowościach szczepienia w tym kierunku zostały już zaniechane.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki

Доводжено Цензурою. Варшава, 29 Мая 1897 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska № 27 róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flasz. 1.50 k.
z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango z żelazem zawiera 2% żelaza flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasno-drzewu (*Erythroxylona coca*) na Maladze, w stosunku 1:20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwasyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 k.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem deserowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Winoprzeczyszczające z korą Cascarae Sagra-dae na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze. flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*ol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% *ferro-mangani peptonati*, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 402,0 do 450,0. 26—1

PASTYLKI VICHY-ETAT

Przygotowane ze soli naturalnej
wytworzonej z wód Vichy
Sprzedają się w pudełkach metalowych
opatrzonych pieczęcią.

Mace wytworzone ze soli
naturalnych z wód **VICHY**
Do przygotowania gazowej mineralnej
sztucznej wody Vichy.

D-r KAZIMIERZ KRUSZYŃSKI

ordynuje jak lat poprzednich
od 20 Maja w **Szczawnicy**.

D-r F. CHŁAPOWSKI

ordynuje w tym roku jak w latach ubie-
głych
w **Kissingen** (w Bawaryi).

D-r Leon Petersenn

b. Elew-Asystent kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego
ordynuje od 20 Maja do końca Września
w **Piszczańach**
Cieplicach siarczanych w Węgrzech.

BUSKO.

D-r Dymnicki

długoletni lekarz zdrojowy, ordy-
nuje w domu własnym.

Docent chorób wewnętrznych Uniwer. Jagielloń-
skiego

D-r Ludomił Korczyński.

ordynuje od 10 Czerwca jak w latach poprzednich
w **Szczawnicy** willa Attila.

BUSKO

D-r Grabowski

od 10 lat ordynuje przy zakła-
dzie kąpielowym.

D-r Weissenberg

(Nervi),
(władający językiem polskim)
ordynuje jak corocznie w **Kołobrzegu**.

WARSZAWSKA

Szkoła Dentystyczna

przyjmuje zapisy, poczynając od 15 (27) Maja. Programy
wysyła na żądanie gratis.

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowo chorych

otwarty będzie w Sierpniu b. r. w Lublinie.
Zgłaszać się Lublin. D-r Olechnowicz ordyna-
tor oddziału chorób umysłowych przy szpitalu
Ś-go Wincentego.