

GAZETA LEKARSKA

I. O czynności wydzielniczej jądra komórki wątrobowej.

Podał

prof. Browicz [Kraków].

[Rzecz, przedłożona Akademii Umiejętności w Krakowie dnia 13 marca 1905 r.]

W roku 1897 w pracy [Akad. Umiej. w Krakowie] o patologicznym stanie jądra komórki wątrobowej, przemawiającym za tem, iż jądro spełnia czynność wydzielniczą, zwróciłem uwagę, iż w pewnych stanach chorobowych wątroby, jak np. w wątrobie biernie przekrwionej, prócz wakuol wypełnionych igiełkowatymi kryształami brunatno-czarnymi w cytoplazmie komórek wątrobowych, spotyka się także i w jądrze komórki wątrobowej podobne, ściśle ograniczone wakuole, zawierające ziarna barwika brunatno-czarnego lub igiełkowate kryształy brunatno-czarne. Uważałem te złogi barwikowe mylnie za złogi żółciowe i w pracy z r. 1898 [Akad. Um. w Krakowie] o zjawiskach krystalizacyi w komórce wątrobowej, sprostowałem ten błąd. Przekonałem się bowiem, iż kryształy te powstają pod wpływem formaliny, użytej do stwardniania wątroby, co pierwszy stwierdziłem, oznaczając formalinę niejako za odczynnik mikrochemiczny na hemoglobinę płynną [patrz także pracę moją w Archiwum VIRCHOW'a: *Ueber die Einwirkung des Formalins auf das in den Geweben vorfindbare Haemoglobin. 1900. T. 162*], że złogi te nie są złogami żółciowymi, lecz wytworem pochodzenia hemoglobinowego, powstającym pod wpływem formaliny, kryształami barwikowymi formalinowymi, jak je później [1899] KOBERT nazwał.

Z obrazów tych wysnułem podówczas wniosek, iż jądro bierze czynny udział w czynności wydzielniczej komórki wątrobowej.

W tymże roku [1897] podałem w pracy [Akad. Umiej. w Krakowie] o budowie komórki wątrobowej szczegół, iż niekiedy w wątrobach żółtaczkowych

widzieć można w cytoplazmie komórki wątrobowej złogi żółci śródkomórkowych, ostro ograniczone, podłużne, wnikające w obręb jądra, że wśród jądra dostrzega się złogi żółci punktowate [zielona, naturalna barwa świadczy o jakości zlogów]. Złogi żółciowe wśród jądra nader rzadko dostrzedz się dają, ale niewątpliwie spotyka się je w jądrze komórki wątrobowej. Oto drugi szczegół, na którym oparłem moje twierdzenie o czynnym udziale jądra w czynności wydzielniczej komórki wątrobowej.

W tym samym roku [1897] ogłosiłem w pracy [Akad. Umiej. w Krakowie]: „Jak i w jakiej postaci otrzymują komórki wątrobowe hemoglobinę“ spostrzeżenie, iż u psa normalnego w komórce wątrobowej normalnej głównie w czasie trawienia dostrzega się tak w cytoplazmie, jako też w jądrze komórki wątrobowej krwinki czerwone o wejrzeniu charakterystycznym.

Po wstrzyknięciu rozczywnu hemoglobiny, po transfuzji krwi obcej, innogatunkowego zwierzęcia do krwi psa [„Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną i mogące stąd powstać obrazy w tej komórce i o pochodzeniu substancji skrobiowatej“, Akad. Umiej. w Krakowie, 1899 i 1901], dostrzegłem w wakuolach cytoplazmy komórki wątrobowej także gromadki krwinek czerwonych, które przedstawiały częścią wejrzenie prawidłowe, częścią wejrzenie wylugowanych lub też zlewających się w kule szkliste, barwiące się eozy-ną, kwasem pikrynowym, fuksyną.

Prócz krwinek w cytoplazmie i w jądrze komórki wątrobowej normalnej u psa normalnego głównie w czasie trawienia dostrzegłem w jądrze komórki wątrobowej i tylko w jądrze kryształki hemoglobiny, pojawiające się już w świeżej, nie stwardnionej wątrobie.

Pojawianie się kryształów tylko w jądrze, jakkolwiek spotyka się krwinki czerwone, nawet gromadki tychże w cytoplazmie komórki wątrobowej, wskazuje, iż działanie mięszu cytoplazmy, w której krwinki czerwone ulegać mogą wylugowaniu lub w której tworzyć się z nich mogą kule szkliste, jest inne, aniżeli mięszu jądra.

Spostrzeżenie to poparło twierdzenie moje o czynnym udziale jądra komórki wątrobowej w funkcji wydzielniczej, t. j. iż jądro wytwarza barwik żółciowy, który przecież powstaje z hemoglobiny.

W roku 1898 dostrzegłem dalszy szczegół, popierający to zapatrywanie [„Obraz mikroskopowy komórki wątrobowej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej rozczywnu hemoglobiny“. Akad. Um. w Krakowie], iż tak w cytoplazmie, jako też w jądrze komórki wątrobowej po wstrzyknięciu rozczywnu hemoglobiny do krwi psa po stwardnieniu wątroby w formalinie pojawiają się złogi barwika brunatnego lub prawie czarnego. W jądrach komórek wątrobowych znajdowały się pojedyncze lub dwa i trzy złogi barwikowe.

W ostatnim czasie znalazłem nowy szczegół, który, zdaniem mojem, stwierdza słuszność mego twierdzenia co do czynnego udziału jądra komórki wątrobowej w czynności wydzielniczej komórki, a mianowicie, iż jądro wytwarza barwik żółciowy.

W pewnych przypadkach żółtaczki u noworodków—bo nie we wszystkich przypadkach spotyka się jednaki obraz mikroskopowy—występują w tkance wą-

troby kryształ bilirubiny tak tabliczkowate, jako też igielkowate, które spotyka się i w innych tkankach organizmu, dokąd bilirubina z kwią się dostaje. Szczegół dawno zresztą znany.

Kryształ bilirubiny leżą w wątrobie pomiędzy krwinkami czerwonymi w śródnacyniowych naczyniach włoskowatych krwionośnych, w krwinkach białych, w cytoplazmie komórek wątrobnych. Znalazłem je jednakże także w jądrach komórek wątrobnych¹⁾.

Położenie kryształów wśród jądra komórki wątrobniej nie podlega najmniejszej wątpliwości. W jądrze komórki wątrobniej, w której cytoplazmie nie było złogów żółci lub kryształów bilirubiny, znajdowałem zazwyczaj jeden kryształ bilirubiny o charakterystycznym wejrzeniu postaciowem i barwnem, rzadko dwa kryształ, niekiedy ukośnie jeden nad drugim leżące, wskutek czego obraz złogu krystalicznego był nierówny, kańciasty. W komórkach wątrobnych o dwóch jądrach kryształ bilirubiny tkwił albo tylko w jednym jądrze, gdyż drugie nie zawierało kryształ, albo też niekiedy tkwiły kryształ w obu jądrach.

Obecność bilirubiny, wytworu komórki wątrobniej, w jądrze komórki wątrobniej, stanowi, zdaniem mojem, niewątpliwy, niezbity dowód udziału jądra w czynności wydzielniczej komórki wątrobniej, stwierdza prawdziwość poprzednich moich wniosków, wysnutych z szeregu spostrzeżeń w obrazach mikroskopowych jądra komórki wątrobniej. Jądro komórki wątrobniej wytwarza barwik żółciowy, ku czemu służy hemoglobina, której dostawanie się w obręb jądra komórki wątrobniej stwierdziłem poprzednio tak w komórce wątrobniej ludzkiej w pewnych stanach chorobowych wątroby, jako też eksperymentalnie w komórce wątrobniej psa.

Prócz czynności rozrodczej spełnia więc jądro komórki wątrobniej także czynność wydzielniczą.

¹⁾ Najłatwiej je widzieć można w niebarwionych skrawkach ciętych z przymrożonych, w formalinie stwardniałych kawałeczków wątroby, badanych np. w octanie potasowym; w skrawkach barwionych, traktowanych wyskokiem i ksylolem nikną kryształ, gdyż bilirubina rozpuszcza się nieco w wyskoku, łatwo w ksylolu. Barwiąc jądra np. hematoksyliną, należy po ostrożnem odwodnieniu wyskokiem unikać ksylolu, a wyjaśniać tylko olejkim. Wtedy widzi się wśród mięszu jądra, zabarwionego hematoksyliną, węglasto-czerwony kryształ bilirubiny.

Przyczynek do charakterystyki tak zwanej fosfatury.

Podał

W. Moraczewski [Karlsbad].

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 13].

Przypadek VI. P. S. Mocz mętny wskutek kataru pęcherza na tle podagrycznym. Mocz zazwyczaj kwaśny. Zasadowość spowodowana nadmiarem amoniaku w moczu. W osadzie szczawian wapnia mimo zasadowości moczu.

N 1,050%; NH_4 0,0406%; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}$ 0,0196%

Cl 0,470% : 35,5 = 0,0123

P 0,0655% : $31\frac{1}{2}$ = 0,0042

S 0,0864% : 16 = 0,0048

Ca 0,0209% : 20 = 0,0010

Mg 0,0058% : 12 = 0,0005

K 0,1064% : 39 = 0,0027

Na 0,2344% : 23 = 0,0102

Cl + P + S = 0,0213

Ca + Mg + K + Na = 0,0143

Różnica = 0,0070

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 3:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:16.$$

Stosunek normalny.

Trzy pierwsze przypadki, które stanowią typową fosfaturę, wykazują pewne bardzo wybitne cechy. Naturalnie, najważniejsze znamiona widoczne są w początkach choroby, kiedy wpływ wód alkalicznych się nie uwidocznił. Wtedy to różnica pomiędzy jonami kwaśnymi a jonami metalowymi jest bardzo wielka. Stosunek fosforu do wapnia bardzo wysoki w przeciwieństwie jaskrawem z przypadkami, ogłoszonymi przez wyżej wymienionych autorów. Stosunek fosforu do azotu jest normalny, główną zatem przyczyną zasadowości moczu leżeć musi w niedostatecznym wydzieleniu kwaśnych składników, chloru,

Siarki i fosforu, albo w nadmiernem wydzieleniu soli sodowych. We wszystkich przypadkach uderza nas znaczniesza ilość sodu niż potasu, chociaż normalnie potasowe sole przeważają nad solami sodu. Zawartość amoniaku jest wszędzie znaczna, choć przyjmować to trzeba z pewnem zastrzeżeniem wobec łatwej rozkładalności moczu. Godnem jest uwagi, że mimo wyraźnej zasadowości moczu, jonów kwaśnych jest więcej niż zasadowych, nawet obliczając fosfor, jako dwuwartościowy kwas. Zasadowość moczu polega więc tutaj na nadmiernem wydzieleniu amoniaku. Fosfatury innego typu nie były badane co do zachowania się soli metali lekkich. Sądząc po jednym z naszych przypadków [przypadek IV], gdzie stosunek fosforu do wapnia [3 : 1] jest niski, gdzie wapnia jest dużo, mimo normalnej ilości fosforu—sądząc, powiadam, z tego przypadku, fosfatura tego typu ma obok wapnia nadmiernie dużo soli sodowych, a różnica jonów kwaśnych i jonów metalowych jest bardzo mała głównie z tego powodu. I tu jony kwaśne przeważają; i tu zasadowość prawdopodobnie przez amoniak powstaje.

Jeżeli tedy mała kwasność moczu w przypadkach PANKA, TOBLER'a i innych daje się policzyć potrochu na karb nadmiernej ilości wapnia, to w naszych przypadkach, gdzie wapnia jest wybitnie mało, zasadowość trzeba przypisać małej ilości kwasów.

Interesujące jest zestawienie z moczami zasadowymi moczów kwaśnych, t. j. moczów, w których wydzielają się szczawiany, moczany lub kwas moczowy.

Niezależnie ode mnie, robił SOETBEER ¹⁾ podobne analizy moczu w przypadkach podagry i porównywał stosunek jonów kwaśnych do metalowych u ludzi normalnych i u podagryków. Obliczyłem jego analizy według moich wzorów i pozwoliłem sobie zestawić znane mi przypadki analizy moczów kwaśnych i moczu normalnego z wynikami analiz SOETBEER'a.

Przypadek VII. P. M. Mocz normalny przy dyecie mlecznej.

N	1,792%	NH ₄	0,0462%	C ₅ H ₄ N ₄ O ₃	0,0189%
Cl	0,7271%	: 35,4	=	0,0205	
P	0,1261%	: ³¹ / ₂	=	0,0080	
S	0,1065%	: 16	=	0,0066	
Ca	0,0209%	: 20	=	0,0010	
Mg	0,0066%	: 12	=	0,0006	
K	0,3038%	: 39	=	0,0087	
Na	0,2938%	: 23	=	0,0106	

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0341 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0208 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0133 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 6 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 7.$$

¹⁾ SOETBEER. Zeitsch. f. physiol. Chem. T. 50, str. 55.

Przypadek VIII. Pani O. Oksalurya, mocz bardzo kwaśny. Cukrzyca, podagra.

N	1,463%	: NH ₄	0,0517%	; C ₅ H ₄ N ₄ O ₃ —
Cl	0,4827%	: 35,4	= 0,0137	
P	0,736%	: ³¹ / ₂	= 0,0046	
S	0,1061%	: 16	= 0,0066	
Ca	0,0182%	: 20	= 0,0009	
Mg	0,0071%	: 12	= 0,0006	
K	0,2284%	: 39	= 0,0058	
Na	0,3000%	: 23	= 0,0130	

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0245 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0203 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0042 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 3:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:14$$

Przypadek IX. P. B. Podagra, oksalurya, cukrzyca

N	1,498%	; NH ₄ O	0,0367;	C ₅ H ₄ N ₄ O ₃ ; 0,0287%
Cl	0,5069%	: 35,4	= 0,0144	
P	0,1034%	: ³¹ / ₂	= 0,0070	
S	0,1221%	: 16	= 0,0076	
Ca	0,0250%	: 20	= 0,0012	
Mg	0,0111%	: 12	= 0,0010	
K	0,1814%	: 39	= 0,0041	
Na	0,4400%	: 23	= 0,0191	

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,0290 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,0254 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0036 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 4:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:14.$$

Przypadek X. Pani Ż. Podagra. Mocz kwaśny, w osadzie kryształu kwasu moczowego.

N	0,7175%	: NH ₄ —	; C ₅ H ₄ N ₄ O ₃	0,014%
Cl	0,3168%	: 35,4	=	0,0090
P	0,0782%	: 31/2	=	0,0050
S	0,0518%	: 16	=	0,0032
Ca	0,0215%	: 20	=	0,0010
Mg	0,0066%	: 12	=	0,0006
K	0,1629%	: 39	=	0,0041
Na	0,1882%	: 23	=	0,0081

$$\text{Cl} + \text{P} + \text{S} = 0,0172$$

$$\text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} = 0,0139$$

$$\text{Różnica} = 0,0033$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 3:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:9.$$

Przypadek XI. Panna M. Oksalurya, w osadzie moczany.

N	0,9538%	: NH ₄	0,0339%	; C ₅ H ₄ N ₄ O ₃ —
Cl	0,4707%	: 35,4	=	0,0134
P	0,0929%	: 31/2	=	0,0060
S	0,0592%	: 16	=	0,0036
Ca	0,0091%	: 20	=	0,0004
Mg	0,0079%	: 12	=	0,0007
K	0,2906%	: 39	=	0,0074
Na	0,24808%	: 23	=	0,0107

$$\text{Cl} + \text{P} + \text{S} = 0,0230$$

$$\text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} = 0,0191$$

$$\text{Różnica} = 0,0039$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 10:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:10.$$

We wszystkich przypadkach różnica między jonami kwaśnymi a zasadowymi jest stosunkowo niewielka, a w każdym razie mniejsza, niż w moczu normalnym. Kwaśność polega zatem na czynnikach organicznych. Prawie wszędzie przeważają sole sodowe nad solami potasowymi; tylko w jednym przypadku wapnia jest mało. Wszędzie zresztą stosunkowo dużo.

Przypadki SOETBEER'a:

Dr N. Mocz normalny. Dyeta przeważnie mięsna.

N	21,58;	NH ⁴	0,963;	C ₃ H ₄ N ₄ O ₃	0,794
Cl	1,901	:	35,4	=	0,0572
P	1,608	:	³¹ / ₂	=	0,1036
S	1,222	:	16	=	0,0764
Ca	0,1207	:	20	=	0,0060
Mg	0,0876	:	12	=	0,0073
K	2,097	:	39	=	0,0539
Na	1,855	:	23	=	0,0515

Cl + P + S	=	0,2372	0,0237%
Ca + Mg + K + Na	=	0,1187	0,0118
			<hr/>
		Różnica	= 0,0119

$$\frac{P}{Ca} = 13 : 1; \quad \frac{P}{N} = 1 : 13.$$

Dr N. Mocz normalny. Dyeta mięsna.

N	23,48;	NH ₄	0,936;	C ₃ H ₄ N ₄ O ₃	0,339
Cl	1,873	:	35,4	=	0,0529
P	1,661	:	³¹ / ₂	=	0,1076
S	1,397	:	16	=	0,0873
Ca	0,1980	:	20	=	0,0099
Mg	0,1008	:	12	=	0,0084
K	2,2490	:	39	=	0,0576
Na	0,192	:	23	=	0,0518

Cl + P + S	=	0,2478	0,0247%
Ca + Mg + K + Na	=	0,1277	0,0127
			<hr/>
		Różnica	= 0,0120

$$\frac{P}{Ca} = 8 : 1; \quad \frac{P}{N} = 1 : 13.$$

W obu moczach normalnych przy diecie bardzo kwaśnej spotykamy mało wapnia, co wobec dużej ilości fosforu czyni stosunek nienormalnie wysoki. Różnica między jonami kwaśnymi a zasadami jest znacznie większa, niż w moczach *par excellence* kwaśnych i przypomina różnicę w moczu normalnym, przytoczonym przeze mnie.

[D. n.]

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13].

VI.

Ch. L., lat 19. Po urazie zatrzymanie moczu, ból w prawem kolanie, niemożność chodzenia. O b j e k t y w n i e: absolutna nieruchomość prawej stopy i palców. AR—z obu stron = 0. Rozszczepienie czucia na lewej stopie. Rozpoznanie: *Haematomyelia conus medullaris*.

Chory przybył na oddział 2-go listopada 1903 r. Na 6 dni przedtem wyskoczył był przez okno parterowego domku, nie upadł jednak, a stanął na nogach. Zrazu nie czuł nic i poszedł o własnych siłach dalej. Dopiero ku wieczorowi poczuł ból w okolicy prawego kolana, który następnego dnia się zmniejszył. W 2 dni potem ból ów wzmógł się zwłaszcza przy podnoszeniu nogi, a jednocześnie wystąpiło zatrzymanie się moczu (*retentio urinae*).

Kiedy przywieźli go do szpitala, skarżył się właśnie na ból w okolicy prawego kolana, na niemożność chodzenia i oddawania moczu własnowolnie. Mocz był już do tego czasu kilkakrotnie wypuszczany kateterem.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej; dawniej nigdy nie chorował. Przy badaniu, d. 12 listopada, okazało się, co następuje.

Chory, niezłe odżywiony, budowy normalnej. Nerwy czaszkowe nie wykazują żadnych zmian patologicznych [źrenice równe, reagują zupełnie prawidłowo na światło i przystosowanie, nerw twarzowy unerwia mięśnie twarzy prawidłowo, czucie na twarzy zachowane, język jest wysuwany w linii prostej]. Kończyny górne również nie wykazują żadnych zmian ani w sferze ruchowej, ani w czuciowej. Odruchy z *triceps* i *periosteum* są z obu stron żywe. Tułów. Kręgosłup nigdzie nie jest bolesny na ucisk. Czucie [wszystkie rodzaje] na tułowie zachowane. Odruchy brzuszne z obu stron bardzo żywe.

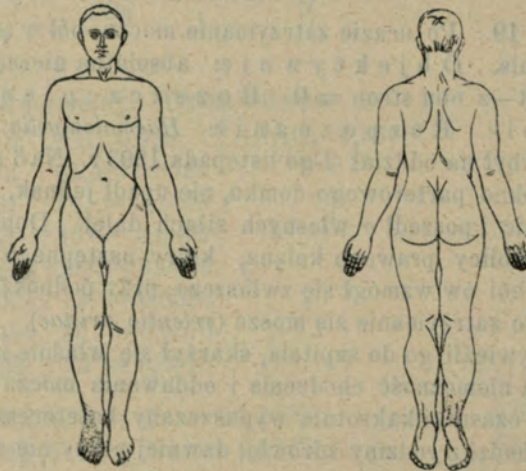
Kończyny dolne. Lewa kończyna dolna pod względem ruchów zarówno czynnych, jak i biernych nie wykazuje nic anormalnego. W pra-

w e j kończynie dolnej ruchy czynne w stawie biodrowym i kolanowym są zachowane, ale słabsze, aniżeli ze strony lewej; rozginanie w kolanie słabsze od zginania. Stopą, ani palcami żadnego ruchu wykonać chory nie jest w stanie; przy wykonywaniu ruchów biernych w tych stawach nie wyczuwa się żadnego oporu. Przy podnoszeniu prawej kończyny *en masse* w górę, chory trzyma ją nieco zgiętą w kolanie, przyczem podczas biernego rozginania w tym stawie uczuwa ból w okolicy kolana.

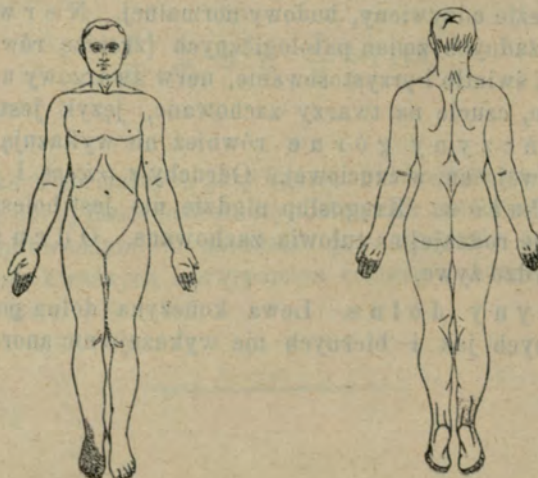
O d r u c h y. Kolanowy [PR] z lewej strony normalny [może nieco żywszy], z prawej wyraźnie osłabiony. Odruchów ze ścięgna ACHILLESA, ani z podeszwy niema zupełnie z obu stron. Odruch jądrowy—z obu stron bardzo żywy.

C z u c i e wykazuje na kończynach dolnych znaczne zaburzenia we wszystkich rodzajach, przeważnie na stopach, w dolnych odcinkach goleni, w okolicy *anus* i pośladka; przyczem po stronie prawej dotknięte są wszystkie rodzaje czucia [dotykowe, bólowe, ciepłikowe i mięśniowe], zaś po stronie lewej tylko czucie ciepłikowe i po części mięśniowe, zaś dotykowe, bólowe są normalne [rozszczepienie czucia].

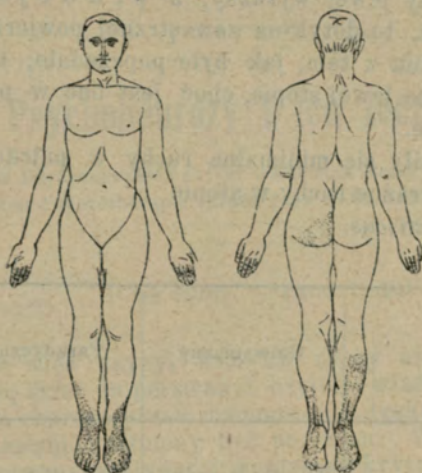
a) Czucie dotykowe



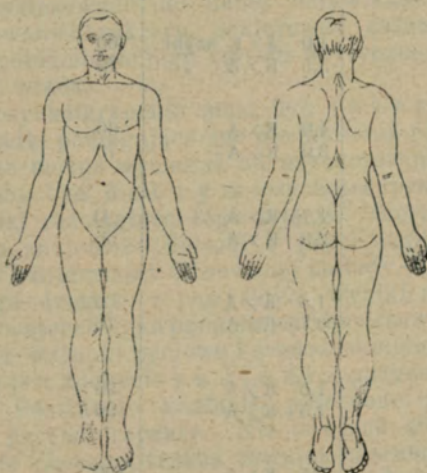
b) Czucie bólowe



c) Czucie ciepła



d) Czucie zimna



Retentio urinae. Erectio penis = 0.

25.XI. Dziś chory po raz pierwszy oddał mocz samodzielnie, skarżąc się na ostry ból podczas tego aktu. Ruchy stopy i palców nie poprawiają się.

7.XII. Ruchy czynne w prawym stawie skokowym i w palcach, jak i przedtem, niemożliwe. We wszystkich innych stawach tej kończyny ruchy zupełnie zachowane. Przy wykonywaniu ruchów biernych nie wyczuwa się wzmożonego napięcia mięśniowego. Co się tyczy siły mięśniowej, to naogół jest ona mniejsza w kończynie prawej, aniżeli w lewej, przyczem zauważyć należy, że rozginanie kolana silniejsze jest od zginania, a doprowadzanie uda silniejsze jest od odprowadzania.

PR — ze strony prawej znacznie słabszy, niż z lewej.

AR — dziś ze strony lewej wyraźny, z p r a w e j = 0.

Co się tyczy czucia, to dotyk na zewnętrznej powierzchni prawej stopy polepszył się w porównaniu z tem, jak było poprzednio; to samo powiedziec można o uczuciu ciepła na lewej stopie, choć jest ono w porównaniu ze stroną prawą więcej upośledzone.

9.XII. Dziś zjawiły się minimalne ruchy w palcach prawej kończyny dolnej oraz bardziej wyraźne ruchy w stopie.

11.XII. *Status electricus.*

	Galwaniczny	Faradyczny	U w a g i
N. peroneus dexter	2,0 K > A szyb.	81 OC ¹⁾	SK. Wszystk. mięśni
" sinister	1,75 " " "	81	
M. peroneus long. dexter	4,0 A > K szyb.	60	
" " sinister	3,5 K > A " "	79	
N. popliteus dexter	4,0 K > A	60	m. flex. digitor.
" sinister	3,0 K > A	70	
M. soleus dexter	1,75 K > A	0	nieco powolny
" sinister	2,0 K > A	56	
M. tibialis anticus dex.	1,5 K > A	0	nieco powolny
" " sinistr.	0,75 K > A	70	
N. facialis dexter	1,5 K > A	90	
" sinister	1,5 K > A	90	
M. supinator long. dextr.	0,5 K > A	100	
" " sinister	0,75 K > A	100	

20.I. Ruchy w stopie i palcach stopniowo się poprawiają. Stan ogólny dobry.

28.I. 1904. Wypisuje się z poprawą. [C. d. n.]

¹⁾ OC = odległość cewek.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— † — † —

Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieł „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Bernu i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i Ph. PAGNIER'a].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13].

Aby wywołać więc czyny, których chory nie jest pozornie w stanie wykonać, trzeba się uciec do perswazyi, czyli do właściwej psychoterapii, i dążyć do przekonania chorego przez rozumowanie, dyskusję i t. d., że żądany czyn jest możliwy i koniecznie spełniony być powinien. Wchodzą tu w grę czynniki, nie uwzględniane przez sugestię, t. j. kontrola i krytycyzm jednostki. Czynniki owe pociągają za sobą konieczną różnorodność sposobów przekonywania, które powinno być przystosowane do danej indywidualności. Sugestia nie jest w stanie ukształtować charakteru, pokierować całym życiem chorego; do tego potrzebne jest współdziałanie jego zmysłu krytycznego i woli, sugestia zaś wywołuje zanik władz.

Prawdziwy psychoterapeuta musi być lekarzem. Tylko lekarz może odróżnić przypadki podlegające lub nie leczeniu psychicznemu i wiedzieć, co można, a czego nie można wymagać od psychoterapii. Nie wystarcza jednak być lekarzem, ażeby być dobrym psychoterapeutą; trzeba być lekarzem-człowiekiem w całej rozciągłości tego pojęcia. Cierpliwość, dobroć, zamilowanie swego zawodu, znajomość filozofii i psychologii, współczucie dla cierpień ludzkich, wiara w skuteczność stosowanej metody, — takie są nieodzowne warunki dla chcącego działać z pomyślnym wynikiem. Psychoterapeuta musi być dobrym obserwatorem, powinien umieć zanalizować charakter, z którym ma do czynienia, znać warunki życiowe i środowisko chorego.

Jak ważnem jest zdobycie z a u f a n i a pacjenta, to nie potrzebuje chyba być dowodzone. Posiadanie zaufania potrzebne jest dla każdego lekarza, a cóż dopiero dla psychoterapeuty. Nie powinno się jednak poprzestawać na zdobyciu zaufania chorego; trzeba również choremu okazać, że się mu ufa; jest to sposób wzbudzenia w chorym zaufania do samego siebie. FEUCHTER-SLEBEN powiada: „Okazcie zaufanie temu, kto jest tylko nawpół dobrym, a stanie się nim naprawdę; dajcie do zrozumienia waszemu uczniowi, że ma zdolności, a rozwinie je w rzeczy samej“.

Dla pomyślnego biegu leczenia konieczne jest rozbudzenie u w a g i chorego, a nie jest to rzeczą bynajmniej łatwą. Niestalość jest zwykłą cechą umysłowości histeryków; neurastenicy również skarżą się na niemożność skupienia przez dłuższy czas uwagi, przez co praca umysłowa staje się dla nich prawie niemożliwą. Dwa są pierwiastki główne uwagi: 1) przewaga pewnego wyobrażenia i 2) zaniechanie innych wyobrażeń. Ten ostatni warunek urzeczywistniamy w części przynajmniej przez samo odosobnienie, zmniejszając liczbę podnieć zewnętrznych. Rola psychoterapeuty powinna więc polegać na wzmocnieniu pewnych wyobrażeń, przez utworzenie kojarzeń, któreby budziły w chorym odpowiednio do celu wrażenia i uczucia.

Głosem, gestem, wyrazem twarzy powinien dopomagać sobie lekarz do utrzymania uwagi chorego na danej myśli. Ćwiczenia uwagi powinny być z początku krótkotrwałe; w miarę postępów należy je stopniowo przedłużać. Dobrze jest zadawać choremu ćwiczenia uwagi poza obrębem wizyty lekarskiej, przez zadanie mu czyto pracy ręcznej, czy też umysłowej. Można kazać np. powtórzyć sobie kilka razy pewne wyrażenia, użyte przez lekarza, lub streścić na piśmie uwagi i rady jego, mające na celu zdrowie pacyenta. W ten sposób ćwiczy się uwaga i zarazem kontroluje się wpływ lekarza.

Rozbudzenie uwagi jest, według DÉJERINE'a, nie tylko środkiem do usunięcia objawów histeryi lub neurastenii, lecz celem samo w sobie i kryterium wyleczenia tych psychoneuroz. Przebieg leczenia psychicznego w Salpêtrière w oddziale prof. DÉJERINE'a odbywa się mniej więcej w sposób następujący:

Gdy chory znajduje się już w łóżku odbywa się badanie jego, bardziej lecz dokładne. Jeżeli poza neurozą istnieje jaka choroba organiczna, z objawami dostrzeganymi przez chorego, nie należy choroby tej ukrywać. Jeżeli zaś objawów niema, lepiej jest o chorobie zamilczeć. Pierwsze to badanie ma cel dwojaki: wykaże, że nie omylono się w dyagnozie przy przyjęciu chorego, następnie uspokoi pacyenta, dając mu pewność, że lekarz zna dokładnie stan wszystkich jego narządów.

Prof. DÉJERINE nie wykląda przy łóżku chorego i nie używa przy chorym terminologii medycznej, ażeby uniknąć wszystkiego, co by mogło utrwalić uwagę na znamionach choroby jego. Postępując inaczej, możnaby z łatwością ze stanów patologicznych lekkich wytworzyć objawy stałe, chroniczne i niemożliwe prawie do usunięcia. Historia histeryków i neurasteników, leczonych w szpitalach, bogata jest w tego rodzaju fakty.

Pierwsza pogadanka powinna być poświęcona przedewszystkiem wynalezieniu przyczyny neurozy. Tutaj ujawnia się w całej pełni potrzeba pozyskania sobie zupełnego zaufania chorego. Często przyczyna jest łatwa do wyznania: przestraszczenie, utrata drogiej osoby, straty majątkowe i t. d. Niekiedy jednak przyczyny są natury bardziej drażliwej, więc należy choremu ułatwić wyznanie, oraz wyrobić w nim przekonanie, że wyznanie to jest niezbędne dla pomyślnego biegu leczenia. Jeżeli przy pierwszej pogadance lekarzowi nie udaje się dotrzeć do przyczyny cierpienia, nie należy zbytnio nalegać, dowodzi to, bowiem, że zaufanie nie jest jeszcze zupełne. Trzeba również pamiętać, że często choroba nie występuje bezpośrednio po przyczynie, która ją wywołała. CHARCOT już zwrócił uwagę na fakt, że między momentem strachu, urazu i t. p., a wybuchem neurozy upływa nieraz kilka dni. Nazywa on to „okresem namysłu“.

Częstokroć pomimo najlepszych chęci chory nie jest zdolny określić przyczyny swoich cierpień, nie zna jej poprostu. W tym przypadku możemy przyczynę pominać, nie ma to zbyt wielkiego znaczenia przy leczeniu. Kapitałnym punktem jest przekonanie, że pacjent świadomie nie tał przyczyny cierpienia.

W następnych pogadankach powinien lekarz zbadać, jaki szereg rozumowań powstał w umyśle chorego, na podstawie znanej choremu przyczyny choroby, jaką rolę gra ta przyczyna [zdaniem chorego] w genezie i istnieniu objawów cierpienia. Jeżeli stan ogólny pacyenta jest dobry, lekarz powinien położyć na to nacisk, zaznaczając, że gdyby cierpienia były tak poważne, jak to sobie chory wyobraża, organizm jego dawnoby się wyczerpał. Ponieważ argumenty chorych redukują się do małej stosunkowo liczby i są przeważnie jedne i te same, lekarz może często je obalić, zanim zostaną przez chorego wypowiedziane.

[D. n.]
Dr E. Dembicka [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

48. Hayem. Przyczynek do nauki o syfilisie żołądka.

Syfilis żołądka przedstawia wielkie znaczenie ze względu na doniosłe wyniki specyficznego leczenia. Prawie wykończony obraz tego cierpienia przedstawili FOURNIER i DIEULAFOY. Jako przyczynek do tej kwestyi autor podaje 4 pewne przypadki ze swojej długoletniej praktyki.

Pierwszy przypadek sięga jeszcze r. 1865. Dotyczy on chorego 33-letniego, który zwrócił się z cierpieniem jądra. Było to *sarcocele syphilitica* i znikło po specyficznego kuracji. W rok później wystąpiły nagle ofite wymioty krwawe, przyjęte przez lekarza za wrzód zwyczajny. Wezwany na naradę, H., wiedząc o zeszlórocznym cierpieniu chorego, poradził zastosować leczenie antysyfilistyczne. Wymiotu od razu ustąpiły. Chory od tego czasu zupełnie zdrow; ma obecnie lat 70.

Drugi przypadek [1900 r.] dotyczy chorego 33-letniego, który się zgłosił z powodu zaburzeń żołądkowych, połączonych z bolesnymi atakami, które lekarz domowy przyjął za kolki wątrobiane. Dokonane badanie zawartości żołądkowej, nie szczególnego nie uwydatniło i przypominało stan przewlekłego zapalenia ze znacznym opóźnieniem opróżnienia żołądka. Po kilku dniach ścisłej diety, gdy ściany brzuszne stały się więcej podatne, można było wyczuć rodzaj guza, wielkości orzecha, mało ruchomego, przypominającego guz rakowy odźwiernikowy. Ze względu na młody wiek chorego, na niezły ogólny wygląd, i na rezultat badania zawartości żołądkowej, H. zaczął szukać innej przyczyny zwężenia odźwiernika i zwrócił szczególną uwagę na wywiady pod względem syfilisu. Chory zaniepokojony wyjechał. H. dowiedział się później, że miejscowy lekarz, wiedząc o przebyłym syfilisie, zastosował specyficzną kurację. Guz i zaburzenia żołądkowe znikły zupełnie.

Trzeci przypadek [1901 r.] dotyczy chorego 43-letniego, cierpiącego od kilku miesięcy na ciężkie wymioty po każdym jedzeniu. Krwi nie było. Chory bardzo chudy, blady, prawie kachektyczny. Żadnych objawów syfilistycznych. Żołądek próżny; pod wątrobą daje się wyczuć właściwie nie guz, lecz rodzaj stwardnienia rozlanego. Rozpoznano stenozę bez określonej przyczyny i przystąpiono niezwłocznie do operacji. Dokonano gastroenterostomii. Chory zmarł. Badanie drobnowidzowe pozwoliło wykluczyć raka żołądkowego i wykazało nacieczenie, znajdujące się przeważnie w warstwach zewnętrznych żołądka i zawierające guziki — ziarniniaki syfilistyczne.

Czwarty chory, w wieku lat 60, zwrócił się w maju 1903 r. Choroba zaczęła się przed rokiem. Powstały lekkie zaburzenia żołądkowe w postaci odbijania, które na jakiś czas ustało i dopiero w marcu 1903 r. zjawiły się następujące objawy: brak apetytu, szczególny wstręt do mięsa i chleba. Od czasu do czasu obfite wymioty, bez krwi, przeważnie resztkami pokarmów. Chory dobrze zbudowany, lecz bardzo wychudzony. Na wadze stracił 23 kilogr. [z 90 na 67 kilogr.]. Guza żadnego się nie wyczuwa. Badanie zawartości żołądkowej wykazało brak kwasu solnego, mlecznego, kwasów tłuszczowych. Rozpoznano zwężenie żołądka, wywołane zmianami rakowymi. Zdecydowano zabieg operacyjny, który został wykonany 13.VI. Chirurg wyciął część odźwiernikową żołądka (*pylorectomia*) możliwie z sąsiednimi guzikami. Badanie drobnowidzowe wykazało, że sprawa to nie rakowata, lecz syfilistyczna. Chory potwierdził, że mając 20 lat, miał szankra i że było stosowane leczenie specyficzne. Okres pooperacyjny był pomyślny. Choremu

zalecono kurację antysyfilityczną. H., widział chorego 1.XII. 1903 r. Na wadze przybyło choremu 20 kilogr., wygląda dobrze, je wszystko i z dobrym apetytem. Zaleconą kurację wykonał dwukrotnie.

Opisane powyżej spostrzeżenia, powiada autor, jeszcze raz wykazują możliwość zajęcia żołądka w trzeciorzędym okresie przymiotu. Zmiany te mogą przypominać ciężkie cierpienia żołądka, jak oto: 1) wrzód okrągły [I przypadek], 2) zwężenie żołądka bez guza [III przypadek], 3) guz odźwiernikowy, przypominający raka [II przypadek], 4) cierpienie klinicznie przypominające stanowę rakową, [IV przypadek]. Rozpoznanie wrzodu syfilistycznego możliwe jest wtedy tylko, gdy w anamnezie są pewne wskazówki na to cierpienie lub przy badaniu okażą się jakie zmiany w innych miejscach. W każdym razie przy rozpoznaniu wrzodu autor radzi zastosować specyficzne leczenie nawet wtedy, gdy tylko podejrzewany jest syfilis.

W przypadkach zwężenia bez określonej pewnej przyczyny H. radzi szczególnie mieć się na baczności i nawet, gdy nie uda się wynaleźć żadnych objawów syfilisu, zastosowywać kurację antysyfilityczną, jeżeli tylko zabieg operacyjny nie jest naglący.

Daleko trudniejszą jest sprawa postępowania w przypadkach, klinicznie podobnych do raka. Możliwe jest, że chory, który rzeczywiście przechodził syfilis, może być dotknięty chorobą rakową i przeciwnie może być cierpienie syfilityczne żołądka, gdy żadnych objawów i wskazówek na to cierpienie nie uda się otrzymać. Nie wiele tutaj pomaga i badanie zawartości żołądkowej, gdyż wyniki badania tego są bardzo podobne w obydwóch cierpieniach. Różnica dotyczy tylko kwasu mlecznego, którego nieobecność daje się konstatować w cierpieniach syfilitycznych, ale nie jest on znów obowiązkowy w cierpieniach raka. Niekiedy [np. w przyp. II] wyniki badania zawartości żołądkowej przypominają stan przewlekłego kataru i przemawiają za cierpieniem, ale dotyczy to tylko tych przypadków, gdzie zmiany syfilityczne znajdują się w zewnętrznych warstwach żołądka. Przy traktowaniu tego rodzaju przypadków, klinicznie przebiegających pod postacią raka, należy być bardzo ostrożnym, gdyż naznaczone czasami leczenie specyficzne mogłoby być nie tylko że niepotrzebne, ale szkodliwe lub wprost niebezpieczne. Należy w wątpliwych przypadkach dobrze się zastanowić, rozważyć wszystkie czynniki *pro i contra*, nim zastosujemy leczenie antysyfilityczne. Kończąc ten odczyt, H. stawia jeszcze jedno praktyczne pytanie: czy możliwe jest odróżnienie przez chirurga na stole operacyjnym raka żołądka od cierpienia syfilitycznego, gdyby to ostatnie było przeoczone. Autor sądzi, że możliwe, przynajmniej w większości przypadków i radzi w takich razach wykonywać zamiast ciężkiej operacji pylorotomii łatwiejszą do wykonania gastroenterostomię lub ograniczyć się badawczą laparotomią. Tak było w przypadku piątym, który był nierozpoznany i poddany operacji. Chirurg zauważył, iż ma do czynienia nie z rakiem i wykonał zamiast projektowanej pylorotomii gastroenterostomię. Chory, jak się okazało, przed 3-ma laty miał wrzód twardy, lepieże i przechodził kurację specyficzną.

(*La Presse médicale*. 1905. N. 14).

B. Zaleski.

49. Havas. Enteritis syphilitica.

Syfilis jelit należy do zjawisk rzadkich. Bywa on wrodzony i nabyty. Wrodzony spotyka się stosunkowo częściej, nabyty bardzo rzadko.

Na kliniczne objawy składa się biegunka i częste silne napady bólów. Biegunka nie poddaje się zwykłemu leczeniu i nawet po specyficznym nie zawsze ustępuje. Objawy te mogą występować weczesnym okresie syfilisu jednocześnie z drugimi u osobników słabowitych, skłonnych do niezbytów (*katarrha-*

liche Form), albo w późniejszym okresie w postaci wrzodów kiszek bez lub w połączeniu z podobnymi sprawami w drugich narządach (*geschwürige Form*).

Zmiany anatomiczne błony śluzowej jelit są różne. Przy wrodzonym syfilisie w warstwie podśluzowej jelita częściej przeważnie w górnych i dolnych częściach znajdują się ziarniniaki syfilityczne pojedynczo lub kępkami, większe lub mniejsze, mogące ulegać rozpadowi. Przy nabytym syfilisie znajdują się owrzodzenia twarde z białawymi wzniesionymi brzegami, z dnem, przykrytem sadłowatym nalotem. Owrzodzenia dochodzą do warstwy podśluzowej, czasami do mięśniowej i w bardzo rzadkich przypadkach mogą wywołać przedziurawienie jelita. Samotne gruczoly i kępki Peyer'a mogą być zajęte lub nie.

Autor podaje przypadek *enteritid. syphiliticae*, dotyczący 25-letniej kobiety, która była dwukrotnie przyjmowana na oddział i spędziła razem w szpitalu 307 dni. W przeciągu tego czasu przyjęła 191 wcierań, znaczną ilość merkuriolu i jodku potasu. Przy przyjęciu za drugim razem był konstатовany rozpadający się guz syfilityczny narządów płciowych. Po trzech dniach pobytu chora zaczęła się uskarżać na nieokreślone bóle brzucha. Po dwóch tygodniach bóle się zwiększyły, wystąpiło wzdęcie brzucha i biegunka, znikł apetyt, żołądek nic nie mógł trawić. Stan ogólny szybko się pogarszał. Energetyczna syfityczna kuracja, jak również opium, morfina, tannalbina i in. pozostały bez skutku. Chora zmarła. Podczas całej choroby podwyższenia ciepłoty nie było.

Rozbiór zwłok wykazał następujące zmiany. W dolnej części cienkiego jelita zwężone, twarde na dotyk, pokryte zgrubiałą otrzewną częścią jelita są poprzedzielane rozszerzonymi, bladymi, przezroczystymi jego częściami. Po rozcięciu jelita w zwężonych częściach znajdują się owrzodzenia ściśle ograniczone, okrągłe, wielkości 6 — 8 cm., z brzegami strzępiastymi. Dno owrzodzeń gładkie, blade, nie serowate, wyglądające jak rozpulchniona tkanka łączna. Umieszczenie wrzodów odpowiada kępkom Peyer'a. Gruczoly kręzkowe nie są powiększone, nie zawierają ani guzków, ani ognisk zserowiałych. Pozostałe narządy zupełnie normalne.

Badanie histologiczne wykazało następujące zmiany charakterystyczne: 1) obfite okrągłokomórkowe nacieczenie we wszystkich warstwach jelita; 2) specyalne zmiany naczyń. Tętnice i żyły tkanki podśluzowej i wielu miejsc tkanki podsurowiczej uległy rozrostowi w silnym stopniu i przedstawiają z jednej strony *endoarteritis* i *endophlebitis*, z drugiej zaś *periarteritis* i *periphlebitis*.

W drugim przypadku, który rozpoznano *post mortem*, zmiany anatomiczne i histologiczne były zupełnie podobne.

(*Arch. für Dermert. und Syph.*).

B. Zaleski.

50. Schoenborn. Przekłucie lędźwiowe (*punctio lumbalis*) i jego wartość rozpoznawcza i lecznicza.

Odkrycie QUINCKE'go, które w pierwszym dziesięcioleciu swego istnienia ulegało słabym ruchom rozwojowym, doczekało się wreszcie w ciągu ostatnich 4 — 5 lat więcej szczegółowego opracowania, którego wyniki widzimy w pracy SCHOENBORN'a.

Technika wykonywania tego rękoczynu obecnie przedstawia się w sposób następujący: chory siedzi silnie pochylony ku przodowi, za nim nieco niżej operator. Najwygodniejsze dla wklucia igły są 3-ia i 4-a przestrzeń międzykręgową; SCHOENBORN wkluwa igłę w miejscu skrzyżowania się linii, łączącej grzebień obu kości podłędźwiowych z kręgosłupem, lub też bezpośrednio niżej tego punktu. Następnie, u dorosłych lepiej kłuć nieco z boku [$\frac{1}{2}$ cm. na prawo] od linii środkowej, gdy tymczasem u niemowląt śmiało można

kluc na tej właśnie linii, ze względu na słaby jeszcze rozwój wyrostka cier-nistego. Głębokość, na jaką wprowadzamy igłę, zależy od stanu odżywienia osobnika; w tym celu należy pamiętać, że u wynędzniałych wórek podopono-wy leży na głębokości 5 cm., u tłustych zaś i dobrze umięśnionych do 10 cm. pod powierzchnią skóry. Po odkażeniu i znieczuleniu miejscowem, najlepiej zapo-mocą rozpylania (*spray*) chloru etylu, operujący ujmując wyjąłowaną igłę, jak pióro do pisania i wkłwa ją pomiędzy dwoma sąsiednimi wyrostkami cier-nistymi w oznaczonem uprzednio miejscu. Po łatwym stosunkowo przebicciu mięśni igła napotyka znaczniejszy opór ze strony *lig. intercruralia*, prze-szedłszy jednak przez nie, łatwo już przebija oponę twardą i pajęczynową — wówczas operujący wyraźnie czuje, że igła znajduje się w wolnej przestrze-ni. Pierwsze, krwawo zabarwione krople odrzucą się, poczem otrzymujemy 4 — 6 cm. sz. wyciekającego kroplami płynu — ilość ta w zupełności wystarcza do przeprowadzenia badania chemicznego, mikroskopowego i bakteryologicznego cieczy mózgowo-rdzeniowej. Zaraz potem igłę należy szybko wyciągnąć i, za-lepiwszy miejsce wkłucia plastrem lub jodoformem - kolloidum, ułożyć chorego poziomo na 1 — 2 godziny. Niekiedy atoli, w 6 — 8 godzin po rękoczynnie następuje szereg objawów, przypominających obraz kliniczny podrażnienia opon, t. zw. „*meningismus*“; stan taki trwa do 8-u dni, poczem wszystko wraca do normy. Niezawsze jednak tak bywa: znane są wypadki, gdzie już we 12 godzin, a najpóźniej na 3-i dzień po przekłuciu następowało zejście śmiertelne; ponieważ wszystkie opisane przypadki ostatniej kategorii dotyczyły guzów tylnego do-łu czaszkowego, które dzięki nagłej zmianie ciśnienia po przekłuciu prawdo-podobnie w jakiś sposób szkodliwie oddziaływały na odżywianie ważnych ośrod-ków życiowych, przeto należy przy guzach mózgu wogóle nikać tego rękoczy-nu. Ze względów terapeutycznych przekłucie łądzwiowe bywa dokonywane w celu tylko wypuszczenia większej lub mniejszej ilości cieczy mózgowo - rdze-niowej, albo też jednoczesnego zastrzykiwania pewnych substancji do kana-łu kręgowego. Wskazanie do pierwszego zabiegu stanowią wogóle te cier-pienia, w których występują objawy ucisku na mózg. A więc — wodogłowie (*hydrocephalus*) u dzieci, gdzie często z dobrym skutkiem wypuszczano od razu do 60 cm. sz. cieczy, surowicze zapalenie opon mózgowych (*meningitis serosa*) ostre i podostre i także zapalenie zakaźne nie - gruźlicze; przy ostatniem bowiem wyniki bywają niezawsze dobre; przy ciężkiej blednicy, migrenie, wtórnym przymocie — znikają bóle głowy; mocznica i kompleks objawów MENIÈRE'a niekiedy zupełnie znikają po przekłuciu. Przeciwnie, należy go unikać przy guzach, ropniach i krwotokach mózgowych. Wstrzykiwania pew-nych płynów do kanału kręgowego nie dały pożądanego wyniku: np. sól ku-chenna i sublimat w ropnych zapaleniach opon, surowica przeciwżółcowa w tężcu. BIER'owskie wstrzykiwania kokainy, po których wiele się spo-dziewano, obecnie też rzadko są stosowane i to przez nielicznych chirurgów. Większą nieco wartość posiada przekłucie łądzwiowe dla celów rozpoznaw-czych, szczególnie wóczas, gdy chodzi o skład chemiczny cieczy. Na tej drodze zdobyto już wiele danych, jakkolwiek składniki nieorganiczne, np. chlorowce, nie zdają się ulegać wybitnym zmianom w stanach chorobowych. Inaczej rzecz się przedstawia np. z białkiem, którego ilość przy ostrych rop-nych sprawach opon może nieraz dochodzić do 7 — 8‰, zamiast normalnego 0,2 — 0,5‰; wzrasta się również przy bezwładach. Aglutyniny przy tyfu-sie nie ujawniono w cieczy, jad tężcowy i wścieklizny — tylko w wyjątkowych razach. Ilość cholin [pokrewnej z neuryną] zwiększa się przy zapaleniu opon i paraliżu postępowym, przy władzie rdzenia, stwardnieniu wieloogniskowem, guzach, epilepsyi i niektórych innych. Przy tyfusie, mocznicy, gruźliczem za-paleniu opon ciecz posiada własności trujące. Często w niej wykrywano la-seczki gruźlicze, gronkowce, paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc i t. d.; do-

tdą jednak autor nigdy nie wykrył w cieczy obecności *meningococcus intracelularis*. Wysoko stoi obecnie, zdaniem SCHOENBORN'a, cytodyagnostyka cieczy mózgowo - rdzeniowej; pomijając wykrywanie znacznej liczby erytrocytów przy krwotokach opon, autor podkreśla obecność bardzo licznych limfocytów przy przewlekłych, głównie gruźliczych, zapaleniach; przy wszelkich ostrych zapaleniach — w obfitej liczbie leukocyty wielojądrowe i wielkie jednojądrowe. Co najważniejsza jednak — przy wszystkich syfilitycznych i metasyfilitycznych cierpieniach ośrodkowego układu nerwowego w cieczy mózgowo - rdzeniowej widać mniej lub więcej jaskrawe zwiększenie się liczby limfocytów; na tej podstawie można rozpoznać np. wiałd i paraliż w tym okresie, gdy brak jeszcze wszelkich innych objawów klinicznych, co, naturalnie, posiada wielkie znaczenie dla terapii. Nie od rzeczy będzie wspomnieć, iż owa limfocytoza często znika po zastosowaniu leczenia rtęciowego; według SICARD'a za granicę normy należy uważać *maximum* 3 — 4 komórki w polu widzenia przy powiększeniu 400. Sam fakt powstawania leukocytozy można objaśnić jedynie w ten sposób, że przewlekłe zmiany zapalne opon mogą prowadzić do wytwarzania wysięków, obfitujących w komórki.

(*Samml. klin. Vortr. N. 384.*)

W. Dobrowolski.

51. Engelken. Nowy przyczynek do sprawy usypiania przy wzmożonym ciśnieniu.

Ponieważ pierwszy aparat ENGELKEN'a, przeznaczony do usypiania parą chloroformową przy zwiększonym ciśnieniu, ujawnił w praktycznym zastosowaniu pewne braki, przeto autor zmodyfikował go. Obecnie aparat przedstawia się w następujący sposób: w sześciobocznej kamerze trzy przednie ściany są szklane, aby operator i chloroformujący widzieli się wzajemnie i aby uniknąć oświetlenia elektrycznego wewnątrz kamery, koniecznego w razie gdy żadna ze ścian nie jest przezroczystą; dla porozumienia się z chloroformującym urządzono też mikrofon. Aparat składa się z górnej części, do której można przerwać dostęp powietrza i z podstawy. Chloroformujący wchodzi przez drzwiczki od tyłu i zamyka je za sobą; na nich znajduje się siedzenie i przegroda pomiędzy obu częściami komory. Otwór w przegrodzie, gdzie mieści się okolica miednicy chloroformującego, jest zaopatrzony w obręcz gumową (*Gummimanschette*), która ściśle przylega do jego ciała, ponieważ można ją dowolnie nadymać powietrzem. Przez otwór w przedniej ścianie aparatu wprowadza się do górnej części tegoż głowę operowanego do szyi; aby zaś i tędy powietrze nie wchodziło z zewnątrz do kamery, na szyję lub na podbródek i kark nakłada się również obręczka gumowa, której objętość można dowolnie powiększać. Para chloroformowo - tlenowa przechodzi do maski, jak i w pierwszym aparacie, z balonu znajdującego się z zewnątrz kamery. Odświeżanie powietrza dokonywa się za pomocą wentylu przewietrzającego, umieszczonego przed twarzą chloroformującego; obok pierwszego wentyla znajduje się drugi do regulowania ciśnienia wewnątrz kamery. Przy takim urządzeniu usypiający nie podlega działaniu chloroformu, ponieważ maskę przykładają się bezpośrednio do twarzy usypianego, a w odległości 30 cm. od maski nie czuć zupełnie zapachu chloroformu. Autor twierdzi, iż „miał wrażenie“, że przy zastosowaniu zwiększonego ciśnienia podtrzymanie uspienia wymaga zawsze mniejszej ilości chloroformu, aniżeli w warunkach zwykłych. Przebieg uspienia jest zupełnie gładki; okres po uspieniu nie ujawnia żadnej różnicy w stosunku do usypiania przy ciśnieniu normalnem. Na potwierdzenie zalet swego przyrządu przy operacjach, dokonywanych na płucach, autor przytacza dwie częściowe historie chorób: w jednej jest podany opis uspienia przy wycinaniu przerzutu nadnerczaka (*hypernephroma*) w płucach. Ponieważ w tym przypadku operację wykonywano 3-krotnie, więc autor miał moż-

ność stwierdzenia przy dokonywaniu 2-go z kolei zabiegu całkowitego przyrośnięcia operowanego płuca, które poprzednio było przyrośnięte tylko od tyłu i z góry. Druga operacja dotyczyła rezeceji żebra wskutek ropniaka (*empyema*) metapneumonicznego. Opierając się na otrzymanych przez siebie wynikach, autor uważa, że jego aparat w zupełności nadaje się do wytwarzania zwiększonego ciśnienia w chirurgii płuc i że zmiejszone ciśnienie w tych razach bynajmniej nie posiada większej wartości, niż wzmożone; zresztą, przyszłość rozstrzygnie tę sprawę.

(*Deutsch. med. Woch. 1905. N. 12*).

W. Dobrowolski.

ODCINEK.

Nasz udział w międzynarodowych Zjazdach lekarskich.

Nawet organizacje międzynarodowe posiadają nieraz pewne braki. Zarzut taki uczynić można międzynarodowym Zjazdom lekarskim. Zjazdy te, zarówno ogólne, jak i specjalne zdobyły powszechne uznanie i cieszą się poparciem lekarzy. Obok niezaprzeczonej korzyści, jakie one przynoszą wogóle nauce medycyny i stanowi lekarskiemu, organizacja ich posiada także pewne braki, nieodłączne zresztą od wszelakich przedsięwzięć ludzkich.

Na tem miejscu obecnie pragnę zastanowić się nad pewnym szczegółem w organizacji Zjazdów. Jest nim pewien brak rażący, sprzeczny z samą nazwą, a także z założeniem i zadaniem tych narodowych zebrań naukowych.

Na Zjazdach międzynarodowych każdy naród, udział w osobach swych przedstawicieli biorący, winien mieć swój Komitet narodowy. Zasada ta jest tak naturalna, że nie wymaga usprawiedliwienia. Każdy naród, który przysłać zamierza swych przedstawicieli na Zjazd, który pragnie wziąć w nim udział, przedstawiając owoce swojej pracy, ma prawo żądać i wymagać widocznego przedstawicielstwa na Zjeździe pod postacią Komitetu narodowego. Chociażby tylko względy praktyczne przemawiają za taką formą organizacji. Ułatwia ona przedwstępne prace zjazdowe i dopomaga prawidłowemu biegowi zebrań i zajęć podczas Zjazdu.

Oprócz tego, wobec dążenia w czasach obecnych do unarodowienia nauki, centralny Komitet organizacyjny Zjazdów międzynarodowych, wprost obowiązany jest dołożyć starań, dopilnować, aby każdy naród, należący do wielkiej rodziny ludów kulturalnych, Komitet taki posiadał.

Zasada ta, jeżeli gdzie, to chociażby w dziedzinie nauki niezłomnie, święcie powinna być przestrzegana. *Honour to whom honour is due*, mawia Anglik, który wobec obcokrajowca nie zwykł się kierować, nawet w rzeczach naukowych, przerafinowaną delikatnością.

Niestety, niewiadomo dlaczego, dzieje się inaczej. Dotyczy to właśnie nas — Polaków.

Na Zjazdach międzynarodowych zarówno ogólnych, jak specjalnych, a ostatnio na Zjeździe ginekologiczno-akuszeryjnym, zapowiedzianym na wrzesień r. b. w Petersburgu, figuruje tylko, jeżeli można się tak wyrazić, częściowy Komitet narodowy polski, nazwany „Komitetem polskim w Galicji“.

Jest to wielka niesprawiedliwość, jest to niegodne lekceważenie pracy naszej naukowej, pracy piśmienniczej, naszej myśli.

Krzywdą ta, wyrządzana świadomie i stale, jest tem większa, że publiczna. Jest to pogwałcenie prawa, nabytego, między innymi, przez żywy nasz udział w ogólnym ruchu naukowym lekarskim, pogwałcenie tem smutniejsze, że dokonywane i, ze smutkiem to wyznać trzeba, tolerowane wobec i przez przedstawicieli nauki nawet najliberalniejszych ludów.

Zdaje mi się jednak, iż duża część winy pod tym względem spada i na nas samych.

Przestrzegaj przynależnych ci praw, dopominaj się o nie—oto zasada, która, nawet w tak idealnej dziedzinie jak nauka, miewa zastosowanie praktyczne. Nie wchodząc przeto w powody, dla których centralny Komitet organizacyjny międzynarodowych Zjazdów lekarskich pozbawiał nas dotychczas urzędowego przedstawicielstwa w formie narodowego Komitetu polskiego, od razu przystępuję do tego, co my, zdaniem mojem, uczynić powinniśmy, aby na przyszłość na międzynarodowych Zjazdach lekarskich nie uważano nas i nie traktowano, jako grupę ludzi bezimiennych, bezziemnych, którzy wprawdzie przedstawiać mogą produkcję swej pracy naukowej w danym dziale medycyny, ale czynić to muszą anonimowo, bo nie mają prawa uważać siebie, nawet na naukowej uczcie, za jednostkę narodową, lecz muszą swoją X-wiekową kulturą wyodrębnioną „ja“ etnograficzne umieszczać w państwowych granicach przez czas i okoliczność sztucznie stworzonych.

Wobec tak anormalnego położenia naszych lekarzy z różnych dzielnic na międzynarodowych Zjazdach lekarskich, stawiam następujące wnioski:

Nasamprzód, w imieniu wszystkich Towarzystw Lekarskich polskich zarówno w miastach stołecznych [w Warszawie, Wilnie, Krakowie, Lwowie, Poznaniu] istniejących, jak i Towarzystw prowincjonalnych [w Królestwie Polskiem z miast gubernialnych tylko Suwałki i Łomża nie posiadają Towarzystwa Lekarskiego] zwrócić się do centralnego Komitetu organizacyjnego tych Zjazdów z żądaniem utworzenia na zasadach, w organizacji Zjazdów tych przyjętych, narodowego Komitetu polskiego, któryby powołany bywał do działania w pracach przedzjazdowych, a następnie, reprezentował wszystkich lekarzy polskich na Zjazdach na prawach tych samych, jakie posiadają Komitety narodowe: francuski, angielski, włoski, niemiecki i t. d.

Wykonaniem tego zajęby się mogło Warszawskie, lub stosownie do okoliczności, Krakowskie lub Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Powtóre, wobec przypadającego w r. b., we wrześniu, międzynarodowego Zjazdu akuszeryjno-ginekologicznego, Warszawska Sekcja akuszeryjno-ginekologiczna przy Towarzystwie Lekarskiem, w porozumieniu z ginekologami polskimi z innych dzielnic, już teraz, nim zapadnie uchwała centralnego Komitetu organizacyjnego odnośnie narodowego Komitetu polskiego, powinna swem staraniem i kosztem ułożyć i wydrukować, po polsku i francusku, spis prac polskich za ostatnie 10 - lecie z dziedziny akuszeryi i ginekologii, a spis ten poprzedzić właściwym wstępem okolicznościowym.

Wydawnictwo takie, nawet wrazie wstrzymania się lekarzy naszych od udziału w zapowiedzianym Zjeździe, będzie nader wymownym, bo dowodowym protestem przeciwko ignorowaniu wogóle produkcji naukowej naszej, a specjalnie w tej dziedzinie medycyny. Jednocześnie wydawnictwo to będzie dla międzynarodowego zebrania dowodem, że stoimy, co do czasu i zakresu, na współczesnym poziomie wiedzy specjalnej i równolegle postępujemy pod tym względem z innymi ludami oświeconymi.

W sposób odpowiedni skreślony wstęp, nada wydawnictwu temu cechy *exposé* naukowo-narodowego i wyjaśni przyczyny nieobecności naszej na Zjeździe.

Sposób doręczenia tego *exposé* uczestnikom Zjazdu wypadnie zastosować do okoliczności.

Po trzecie, wydaje mi się pożądanym, aby przyszedł Komitet polski zgłaszać na międzynarodowe Zjazdy jakąś kwestję programową z danej dziedziny medycyny, lub przynajmniej przedstawiał korreferat do podanego przez inne Komitety tematu. W korreferacie takim należałoby uwzględnić specjalnie prace autorów polskich, oraz ich stosunek do reszty prac cudzoziemskich.

Zdaniem mojem, wypadłoby wziąć taki, lub inny udział już w Zjeździe najbliższym akuszeryjno-ginekologicznym. Temat, np. zaproponowany przez włoskie Towarzystwo akuszeryjno-ginekologiczne o „Chorioepiteliomacie“, bardzo nadawałby się do opracowania takiego. Nabłoniaki kosmówki były bowiem przedmiotem skrzętnych badań wielu lekarzy polskich, a wyniki przez nich otrzymane wraz z fundamentalnymi pracami prof. MARSA i NOWAKA „o budowie łożyska“, są cennym przyczynkiem do tej kwestyi.

Trzeci zatem wniosek mój w tej sprawie streszczam w ten sposób:

Komitet polski na Zjazdach międzynarodowych winien stawiać własne tematy programowe, lub dołączać, do postawionych przez inne Komitety, korreferaty z odnośnych prac autorów polskich.

Oдноśnie do nastręczającej się obecnie sposobności wnoszę, aby na Zjeździe, we wrześniu r. b., przedstawić referat z prac autorów polskich o „Chorioepiteliomacie“. Wrazie zaś nieobecności na Zjeździe lekarzy naszych, postarać się o włączenie referatu tego do ogólnego, który opracowują: PESTALOZZA [Florencya], BETRIX [Genewa], KEIFFER [Bruksela].

Milczeniem, biernym zachowaniem się, nieobecnością na Zjazdach nie osiągnąć nie zdołamy. Tylko protest, rozważnie i celowo obmyślany, protest, we właściwy sposób wyrażony, przeciwko zamachowi na prawa nasze, wykaże w całej pełni niesprawiedliwość w tamowaniu nam udziału odpowiedniego w Zjazdach, w ocenie pracy naszej.

Udział zaś nasz w Zjazdach, organizowany na wyżej wyluszczonej zasadach, zapewnić może przynależne stanowisko naszej nauce i wogóle naszej umysłowości wśród rodziny ludów istotnie oświeconych i naprawdę postępowych.

Józef Jaworski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 28-go lutego r. b.

ORŁOWSKI STANISŁAW wygłosił dalszy ciąg swego odczytu o anatomii patologicznej rdzenia, opisując przypadki: *poliomyelitis anterior*, *syringomyelia*, *abscessus*. Wykład poparty był demonstracją licznych preparatów mikroskopowych z epidiaskopu.

Posiedzenie kliniczne dnia 7-go marca r. b.

KARCZEWSKI opisał spotrzegany przez siebie przypadek niedrożności kiszki, wywołanej uwięzieniem w ich świetle dużego kamienia żółciowego. Kamień wysunął się z odbytnicy przy wypróżnieniu po kilkakrotnych bardzo głębokich wlewaniach do kiszki grubej. Po wyjściu kamienia pierwotne groźne objawy niedrożności kiszki [wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, zupełny brak stolca, temperatura poniżej normy przy przyspieszonym tętnie] niezwłocznie ustąpiły.

ORŁOWSKI STANISŁAW wygłosił zakończenie swego odczytu o anatomii patologicznej rdzenia, ilustrując go dużą liczbą preparatów mikroskopowych z przypadków: *sclerosis disseminata*, syfilisu mózgu, cierpienia kręgosłupa [próchnica] z następczemi zmianami w rdzeniu i zapalenie opon rdzeniowych.

Posiedzenie kliniczne dnia 21-go marca r. b.

GROSLIK S. przedstawił nerkę rakowatą, którą usunął zapamocą cięcia zewnątrzotrzewnowego u osobnika 58-letniego. Chory poraz pierwszy przed trzema laty oddał mocz krwawy, który jednakże po kilku dniach znikł; w ciągu następnych trzech lat zjawiał się przelotnie, zawsze bez żadnych dolegliwości. Przed dwoma miesiącami krwotok się powtórzył, siłą swą jednakże przechodził poprzędnie; cystoskopia wykazała, że krew tryska z lewego moczowodu; nerki przez powłoki brzuszne wyczuć nie można było. W przypuszczeniu, że cierpienie zależy od kamienia nerkowego, za czem przemawiał i rentgenogram, wykazując cień w górnym biegunie nerki, S. przystąpił do operacji. Tu dopiero przekonał się, że ma do czynienia z nowotworem nerki, którą też całkowicie usunął. Nerka nie jest powiększona, górną jej połowę wypełnia nowotwór miękki; wśród substancji rakowatej widać kilka skrzepów zwapniałych, które widocznie dały cień na rentgenogramie. Przypadek ten zasługuje na uwagę z następujących względów: 1) można mieć względnie tak duży nowotwór bez dolegliwości subiektywnych; 2) nerka pozostała normalnej wielkości; 3) zwapniałe skrzepy mogą dawać na rentgenogramie obraz, podobny do kamienia nerkowego.

GROSLIK S. przedstawił kamień, usunięty przezeń z cewki moczowej u osobnika 32-letniego, który w ciągu kilku lat miewał napady kolki nerkowej prawej. Od pewnego czasu chory począł doznawać bólów pod koniec oddawania moczu, a przed kilkoma dniami raptem urynowanie uległo zupełnej przerwie przy jednoczesnem zjawieniu się dotkliwego bólu w cewce moczowej. Pod narkozą chloroformową G. przez nacięcie zewnętrzne wyjął z jamy łódkowatej cewki kamyk wagi 0,56 grm., składający się wyłącznie z kwasu moczowego.

GROSLIK S. przedstawił kamień, usunięty z cewki moczowej u 56-letniego osobnika; i tu kolka nerkowa prawostronna trwała przez kilka lat. Przed dostaniem się do cewki kamyk przez dwa tygodnie znajdował się w pęcherzu mo-

czowym, skąd przedostał się i uwiązał w kącie prąciomosznowym. G. usunął kamyk zapomocą ostrej łyżeczki w uspieniu chloroformowem. Kamyk o powierzchni gładkiej ważył 1,05 grm. i składał się również z kwasu moczowego.

K. RZĘTKOWSKI wygłosił odczyt „O czynności serca“. Praca ta będzie drukowana w „Gazecie“.

Ign. Landstein.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Badania doświadczalne nad wydzielaniem się soku żołądkowego u trawożernych. BICKEL badał wydzielanie się soku żołądkowego u kóz, którym jednego dnia podawał raz jeden bardzo mało jadła, drugiego dnia—zupełnie nie podawał pokarmu, a trzeciego dnia pozwalał całą godzinę jeść i pić. Wzorując się na doświadczeniach PAWŁOWA, tworzył przedtem „mały żołądek“.

Już w czasie jedzenia ilość wyprodukowanego soku żołądkowego przewyższa ilość soku, wyprodukowanego w czasie, poprzedzającym jedzenie. Sok, który dotychczas był odczynu zasadowego, staje się kwaśnym, bez wolnego jednak kwasu solnego. W ciągu następnych godzin stale i prędko zwiększa się ilość i ogólna kwasność soku. Czasem prędzej, czasem później zjawia się, przy wciąż wzrastającej ogólnej kwasności, wolny kwas solny. Po kilku godzinach znika wolny kwas solny, sok jest jeszcze przez jakiś czas kwaśny, kwasność atoli jego coraz bardziej się zmniejsza. Po jakimś czasie sok jest już odczynu obojętnego, a w końcu i zasadowego. Soku z odczynem zasadowym wydziela się przez pewien czas bardzo dużo, później ilość jego stopniowo się zmniejsza, i w końcu wydziela go się tyle, ile się go wydzielało w czasie, poprzedzającym jedzenie.

Opisany sposób wydzielania się soku żołądkowego u kóz odbywa się w ciągu 18-u, a nawet i więcej godzin.

(Berliner klin. Wochenschrift. 1905. N. 6).

— Łatwy do wykonania odczyn z moczem chorych na cukrzycę podaje prof. STRZYŻEWSKI. Jeżeli do zawierającego cukier moczu dodamy formaliny w stosunku 5%, to po upływie 24-ch do 48-u godzin [przy temperaturze pokojowej] w wielu razach zjawia się zielone fluoryzujące zabarwienie; zabarwienie to występuje tem wyraźniej, im więcej moczu zawiera nienormalnych produktów przemiany materii. Na zasadzie licznych spostrzeżeń, autor przychodzi do przekonania, iż w lekkich przypadkach cukrzycy moczu zwykle nie daje wspomnianego zabarwienia; występuje ono natomiast w przypadkach ciężkich.

Prof. RABOW zachęca do wykonywania przy cukrzycy tego łatwego odczynu, gdyż może on mieć znaczenie dla rokowania.

(Therapeut. Monatsh. 1905. Z. 2).

W. Breszel.

— Stosowanie pyramidonu w przebiegu duru brzuszno gorąco zaleca C. HÖDLMOSEK. Pod wpływem tego środka ciepota ciała znacznie się obniżała, niekiedy o 3 — 4 stopnie; nawet przy tak dużym spadku ciepłoty nie następowały nigdy objawy zapaści (*collapsus*). Bóle głowy ustępowały. W sensorium chorych zauważyć się dały zmiany dodatnie; wskutek mało zajętego sensorium chorzy rzadziej ulegali odleżynom (*decubitus*); rzadziej również spotykały się i inne powikłania.

Autor sądzi, iż podawanie pyramidonu może całkowicie zastąpić leczenie wodą, czy to w postaci kąpeli, czy w postaci obwijań. Co się tyczy dawki, autor podawał dorosłym po 0,2—0,3 pyramidonu co 3 godziny.

(Wien. klin. Wochenschr. 1905. N. 5).

W. Breszel.

Władomości bieżące.

— W sprawie międzynarodowego Zjazdu ginekologicznego, we wrześniu, w Petersburgu, grono warszawskich ginekologów po porozumieniu się z ginekologami w Galicyi i w Poznańskim, postanowiło uzupełnić Komitet narodowy polski, z siedzibą we Lwowie, którego prezesem jest prof. MARS, przez powołanie z Warszawy, jako przedstawicieli tegoż Komitetu, czterech członków. Wybór padł na kolegów: T. BORYSSOWICZA, J. JAWORSKIEGO, F. NEUGEBAUERA i C. STANKIEWICZA. Z Galicyi do Komitetu tego weszło 6-u, a z Poznańskiego 4-ch lekarzy ginekologów.

Nadto, toż samo grono, zrzeszone, jako sekcyja ginekologiczno-akuszeryjna, wspólnie z delegatem kolegów z Galicyi, kolegą prof. A. ROSNEREM, który w sprawach Zjazdu bawił niedawno w Warszawie, przyjęło przez głosowanie wnioski, wydrukowane w odcinku numeru niniejszego.

— W Nr. 13 „Głosu“ znajdujemy artykuł, zatytułowany „W szpitalu“, a wymierzony przeciwko obecnemu stanowi szpitalnictwa naszego. Pomijamy tu zjadliwy, a często wprost ordynarny ton artykułu: widocznie ton taki stanowi właściwość autora, dyskusya więc nad tem byłaby trudna. Inna rzecz co do treści zarzutów. Trzeba przyznać autorowi, iż wiele z nich jest słusznych, jak: ciasnota pomieszczenia, zły podział chorych [złe zużytkowanie separarek wskutek braku obsługi], brak ogromnej liczby środków terapeutycznych, skąpe i lichy jedzenie, nieumiejętna i niedostateczna obsługa — wszystko to rzetelna prawda, i o zmianę tych warunków walczymy już w prasie lekarskiej i nielekarskiej, w szpitalu i na wszelakich posiedzeniach lata całe z bardzo małym, jak dotąd, wynikiem. Gdyby się był zechciał autor przed napisaniem swego artykułu choć pobieżnie ze sprawą zapoznać, artykuł byłby może mniej cięty, lecz zato bardziej sprawiedliwy. Zamiast jednakże sięgnąć nieco głębiej i poszukać istotnych przyczyn takiego stanu naszych szpitali, wolał on nawymyślać brutalnie lekarzom i siostram miłosierdzia. Jest to, co prawda, łatwiej i bezpieczniej, lecz trudno rzec, by było sprawiedliwiej. Przypomina to nam taktykę innego pisma z rządu skrajnych, które przed paroma laty, chcąc nawymyślać kolejom, a w tem i lekarzom kolejowym, wybrało kolej prywatną [nawiasem mówiąc, najlepszą] i tu poczęło ze skóry odzierać nie ludzi najbardziej odpowiedzialnych, lecz zato najbardziej bezbronnych. Z pomiędzy zarzutów, czynionych przez autora artykułu lekarzom, często zupełnie bezsensownych [określanie granic żołądka zapomocą lania

do brzucha wody konewkami i t. p.], jedynie może na uwagę zasługuje brutalne zachowanie się jednego z lekarzy miejscowych wobec chorego, który go zawezwał w nocy. Fakt taki rzeczywiście się zdarzył, lecz łatwo przecież mógł to autor artykułu sprawdzić, że zajście to wywołało wśród lekarzy ogólne oburzenie i że winnemu płazem nie uszło. W końcu musimy zaznaczyć, że uczyniony siostrom miłosierdzia zarzut nieuczciwego gospodarowania [właściwie mówiąc, co do nich jedyny w artykule zarzut rzeczowy]—jest z gruntu fałszywy.

— Dowiadujemy się, iż lekarzem naczelnym szpitala Jana Bożego w Warszawie zostaje kol. TACZANOWSKI, na miejsce SABASZNIKOWA, który przechodzi na taką posadę do szpitala w Tworkach, a dr HARDIN z Tworek przechodzi do Wilejki [zakład dla umysłowo-chorych pod Wilnem].

--- Ordynatorem oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Wolskim [wakującego po przeniesieniu się kol. E. BIERNACKIEGO do Lwowa], drogą konkursu został kol. K. RZĘTKOWSKI.

— Według sprawozdania lekarza okręgu Katowickiego, dra SCHROEDER'a, pewnych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, epidemicznie w tymże okręgu panującego, do 16-go marca r. b. było 183, z tych 111 [60%] śmiertelnych. Bywają często nawroty choroby, śmiercią się kończące. Wyleczonych do powyższej daty przypadków zameldowano 8—9, a z tych 2 wątpliwe. Cierpienie często pociąga za sobą głuchotę, ślepotę lub wodogłowie (*hydrocephalus*). Nawiedza ono przeważnie biedne warstwy ludności i młode osobniki, do lat 13-u. Zarazek powodujący (*meningococcus Weichselbaumi*) wykryć się daje w śluzie nosa; katar nosa usposabia do cierpienia opon. Odosobnienie chorych, zabronienie dzieciom z domu chorego uczęszczania przez 2 tygodnie do szkoły, wpływa na zmniejszenie epidemii.

— W Berlinie [Rummelsburg] ma być zbudowany szpital specjalny dla chorych wenerycznych.

— Prof. NOORDEN został zaproszony do New-Yorku i Chicago do wygłoszenia tam odczytów o chorobach, wywołanych zбочeniem w przemianie materii [cukrzyca, podagra i t. d.].

— W gmachu polikliniki w Heidelbergu zostanie urządzony Instytut leczenia chorób środkami fizykalnymi.

— W Getyndze w 75 r. życia zmarł znany fizyolog prof. MEISSNER.