

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU DRA MED. TEODORA DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

Badania cytologiczne wysięków i przesieków opłucnej i otrzewnej, oraz płynu mózgowo-rdzeniowego.

Podał

Tadeusz Wilczyński.

asystent oddziału.

Pierwsze próby różniczkowania i rokowania w sprawach wysięków opłucnej i otrzewnej, opierające się na badaniu składników morfotycznych wypocin, datują się od pracy prof. KORCZYŃSKIEGO i WERNICKEGO z roku 1896 [Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucnej i otrzewnej. Przegląd Lekarski № 17 i № 18, rok 1896]. W pracy tej KORCZYŃSKI dochodzi do wniosku, że wypociny surowicze, które nie okazują dążności do ropienia, ani też nie są pochodzenia nowotworowego dają osad, składający się prawie wyłącznie z limfocytów. Naodwrot w wypocinach pochodzenia nowotworowego, lub mających dążność do przeobrażenia się w ropne (?), spotykamy ciała neutrofilowe wielojądrzaste lub z jądrem wielokształtnem. Do tych samych wyników doszedł i WINIARSKI.

Prace obu autorów nie rozstrzygnęły sprawy rozpoznawania etyologii wysięków, zachęciły wszakże LEWKOWICZA do dalszych badań; ogłosił on jednak swoje badania już po zjawieniu się doniesienia WIDAL'a, który jest właściwym twórcą cytodyagnosyki.

W roku 1900 zakomunikował WIDAL w *Société de Biologie* wyniki swych badań nad osadem z wysięków, które dokonał razem z RAVAUT'em w 56-u przypadkach. Wyniki te dają się sprowadzić do następujących wzorów: wysięki pochodzenia gruźliczego przedstawiają wzór jednojądrzasty, czyli limfocytozę, naodwrot zaś wysięki pochodzenia niegruźliczego przedstawiają wzór wielojądrzasty neutrofilowy.

Przesięki mechaniczne, powstałe na tle chorób serca i nerek, zawierają przeważnie jedynie komórki śródbłonkowe.

Pod wpływem ogłoszonych wyników badań WIDAL'a, pojawiło się wkrótce wiele prac o cytologii płynów, które prawie wszystkie potwierdziły spostrzeżenia WIDAL'a i zwróciły uwagę na niektóre szczegóły. Tak DOPTER zwrócił uwagę na stałą obecność śródbłonnków w przesiekach, a zupełny brak ich w wysiękach gruczliczych. DOPTER wyraża przypuszczenie, że limfocytoza manifestuje się w wysiękach o przebiegu przewlekłym, w ostrym zaś—występująca ciała wielojądrzaste.

WIDAL i RAVAUT objaśniają brak śródbłonnków w wysiękach gruczliczych szybkim w tych ostatnich tworzeniem się błony rzekomej, która nie dopuszcza do złuszczenia się śródbłonnków. Obecność większej ilości śródbłonnków wyklucza według WIDAL'a i RAVAUT sprawę gruczliczą, gdyż w wysiękach gruczliczych śródbłonki znikają po trzech, czterech dniach choroby.

WOLFF spostrzegał kilka przypadków wysięków opłucnej, które na podstawie klinicznej uważał za gruczlicze. Wysięki te jednak dawały osad neutrofilowy. Gdy po jakimś czasie znowu robił nakłucie, znajdował już w tych samych przypadkach limfocytozę, gdyż wielojądrowych było $\frac{1}{3}$. Po jakimś czasie okazały się już wyłącznie limfocyty. To samo zjawisko obserwowali, oprócz WOLFF'a, BARJON i CADE, GUILLAUD, LEWKOWICZ i wielu innych. Wspomnieni autorowie uważają, że dopiero po dziesięciu dniach trwania wysięku można decydować o jego formule cytologicznej.

Formuła cytologiczna WIDAL'a znalazła potwierdzenie i w badaniu wysięków otrzewnej, w zapaleniu pochewki jądra, w zapaleniu gruczliczem stawów.

WIDAL i RAVAUT szczepili świnkom i psom gruczlicę, wywoływali sztucznie zapalenie opłucnej i dostawali zawsze limfocytozę, w ten sposób więc potwierdzono limfocytozę w wysiękach gruczliczego pochodzenia i doświadczalnie.

W wysiękach pochodzenia dwoinkowego, paciorkowcowego, gronkowcowego stwierdzano zawsze polynukleozę. Obecność śródbłonnków jest w tych przypadkach bez znaczenia. I tu jednak w literaturze opisane są przypadki, co prawda bardzo rzadkie, gdzie znajdowano odstępstwa od prawidła.

Tak więc PATELLA obserwował 2 przypadki zapalenia osierdzia pochodzenia diplokokowego z limfocytozą, LEWKOWICZ stwierdził wzór wielojądrzasty w jednym przypadku zapalenia opłucnej pochodzenia gronkowcowego. DOPTER i TANTON w jednym przypadku zapalenia gonokokowego stawów, przebiegającym bez gorączki.

W wysiękach mechanicznych, to jest w przesiekach opłucnej i otrzewnej, powstałych na tle chorób nerkowych i serca, spotykano zawsze prawie same tylko śródbłonki, które tworzą tutaj nieraz całe zlepki komórek (*placards endotheliaux*). Endotelioza rzadko jest zupełnie czystą; najczęściej spotykamy ją z domieszką zarówno limfocytów, jak i wielojądrzastych.

Przy nowotworach złośliwych w wysiękach stwierdzano obecność zarówno limfocytów, jak i neutrofilów przy stałej obecności śródbłonnków. Już WINIARSKI pisze: „W przypadkach wysięków otrzewnej, polegających na tle

nowotworowem, stale znajdowałem dosyć znaczną ilość śródblonków, co się zaś tyczy leukocytów, to otrzymałem wyniki różne; niekiedy przeważała ilość limfocytów, innym razem leukocytów“.

Wielu autorów zwraca uwagę na obecność komórek nowotworowych w wysiękach na tle nowotworowem [RAVAUT, LABBÉ, DELILLE, AIGUINET, LARRIER, GRENET i VITRY]. Komórki nowotworowe opisywane są, jako komórki duże, przeważnie skupione w postaci kosmków, wakuolizowane, lub tłuszczowo zwyrodniałe. RIEDER nadto zwraca uwagę na pewne szczegóły w budowie komórek, między innymi na dzielące się w sposób pośredni lub bezpośredni ich jądro.

STANISŁAW MUTERMILCH zwraca uwagę na pierwiastki komórkowe przy różniczkowaniu wysięków tłuszczowych i mleczkowych (*chylosus* i *chyliiformis*). W płynach mleczkowych znajdował on wyłącznie lub prawie wyłącznie limfocyty. W wysiękach stłuszczonych, powstających prawie zawsze na tle nowotworowem, znajdować będziemy komórki śródblonkowe przy obecności zarówno neutrofilów, jak i limfocytów [Księga Jubileuszowa T. DUNINA].

Pierwsze badania cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, zapoczątkowane zostały również przez WIDAŁ'a w roku 1900. Obserwował on pierwotnie 3, a potem 12 przypadków zapalenia opon mózgowych gruźliczego pochodzenia i stwierdził w tych przypadkach limfocytozę. Naodwrot w dwóch przypadkach *meningitidis cerebro-spinalis epidemicae* osad składał się wyłącznie z wielojądrazstych. Te same wyniki otrzymali i GRIFFON, SOUSQUES i GUISENE, LAIGNEL-LAVASTINE, FAISANS, BABIŃSKI, BENDIX, BRONSTEIN i CZERNO-SCHWARZ, KARWACKI i wielu innych. I tu również spotykamy w literaturze opisane oddzielne przypadki, stanowiące odstępstwo od prawidła. Tak LEWKOWICZ na 30 przypadków *meningitidis tuberculosae* widział limfocytozę tylko w 24-ch. W 6-u przypadkach wzór był wielojądrazsty z domieszką limfocytów, wynoszącą w 4-ch przypadkach 11—16%, w jednym 21%, w jednym 48%. Następnie LEWKOWICZ dołącza jeszcze 23 nowe przypadki, w których również tylko w 16-u stwierdzono wzór limfocytowy, 6 razy zaś wzór neutrofilowy. W 10-u przypadkach z polinukleozą, w których wykonano badanie pośmiertne, w 6-u przypadkach LEWKOWICZ znalazł stare ogniska w oponach, najczęściej guzy serowate rozmaitej wielkości, usadowione w mózgowiu, ale dosięgające opon. LEWKOWICZ uważa, że obecność polinukleozy w zapaleniu gruźliczem może być zużytkowana do rozpoznania z pewnem prawdopodobieństwem guzów lub nacieków serowatych, zajmujących opony pierwotnie, lub następowo. BARJON i CADE również spostrzegali jeden przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych gruźliczego pochodzenia, w którym wielojądrazstych było tyleż, co i limfocytów, a MERY, GUINON et SIMON widzieli po jednym przypadku, gdzie nawet była przewaga wielojądrazstych. Wspomnieni ostatnio autorowie wskazują jednak, że przewaga wielojądrazstych spotykana była w tych przypadkach, w których nakłucie lędźwiowe było robione w pierwszych dniach choroby. Dalsze nakłucia wykazywały już wzór limfocytozy. W zakażeniach mieszanym [MARCON-MUTZNER, BERNARD, GUINON i SIMON] zwykle przeważa wzór wielojądrazsty.

WIDAL pierwotnie przypuszczał, że limfocytoza jest swoistą tylko dla gruźlicy, dalsze jednak badania płynu mózgowo-rdzeniowego przekonały, że tak nie jest.

Przedewszystkiem LEWKOWICZ, a później i sam WIDAL doszli do przekonania, że płyn mózgowo - rdzeniowy normalny zawiera limfocyty, co prawda w minimalnej ilości. Następnie okazało się, że limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym jest charakterystyczną we wszystkich cierpieniach mózgowia i opon, mających etyologię w przymocie. Tak więc liczni autorowie [WIDAL, SICARD i RAVAUT, LAIGNEL-LAVASTINE, ACHARD, MILIAN, CARRIÈRE, SCHLESINGER] stwierdzali limfocytozę w *lues cerebri*, paraliżu postępującym, władzie rdzenia, zapaleniu rdzeniowo-oponowem, nigdy zaś w chorobach gorączkowych ostrych, w zapaleniu nerwów obwodowem, porażeniach połowicznych, alkoholizmie, nowotworach, histeryi, psychozach.

Limfocytoza według niektórych autorów [NAGEOTTE i JAMET, WIDAL] zjawia się w władzie rdzenia nawet w bardzo wczesnych okresach, tak że spotkać ją można już przy obecności tylko jednego symptomatu ARGYLL-ROBERTSON'a.

Limfocytoza we wszystkich tych stanach chorobowych nie jest zjawiskiem stałym; ogłoszonych jest wiele przypadków z wynikiem ujemnym. Odczyn limfocytowy oznacza kiłowe podrażnienie opon, które chwilowo lub na stałe może ustąpić.

W literaturze spotykamy oddzielne przypadki, w których spotykano limfocytozę w chorobach nie wspólnego z przymiotem nie mających, a mianowicie w chorobie FRIEDREICH'a, w przewlekłym *meningitis alcoholica*. Są to jednak przypadki bardzo rzadkie. Nadmienić jeszcze tu muszę, że bardzo często spotykano limfocytozę w półpaścu (*herpes zoster*).

Płyn mózgowo-rdzeniowy bywa czasami krwawy. Erytrocytozę spotykano w wylewach krwi do opon, w świeżych krwotokach mózgu, w urazach mózgowych.

Ponieważ płyn mózgowo-rdzeniowy, wskutek uszkodzenia naczyń podczas nakłucia, często bywa zabarwiony krwią, a szczególniej pierwsze jego porcje, TUFFIER radzi zbierać płyn do trzech próbek.

[D. n.]

II. Przypadek obłędu. Opętanie przez dyabła i gady (demonomania et reptiliomania) i określenie charakteru tego cierpienia.

Podał

B. Łuczycycki.

Przypadki opętania przez dyabłów i gady istnieją w historii medycyny już bardzo dawno; szczególnie w wieki średnie obfitują w opisy różnych czarowników i ludzi, mających stosunki z czartami, złymi duchami i t. d. W czasach teraźniejszych przypadki te dają się spostrzegać u wszystkich ludów; stosownie do tych lub innych wierzeń i przesądów, istniejących u każdego narodu, spotykamy różne postaci opętania, np. w Królestwie Polskiem lud prosty wierzy w możność wpełzania przez otwarte usta żmii, żab i t. d. lub rozwoju w żołądku gadów, które jakoby w postaci nasienia dostały się doń wraz z połkniętą wodą; w Niemczech wierzą w możność opętania przez psy, koty; w Japonii istnieje przesąd o możności rozwinięcia się w organizmie lisa i t. d. Na tle tych przesądów rozwijają się chorobliwe urojenia, które, potęgując się i mając ciągłą podnieętą w zaburzeniach czucia w żołądku, w okolicy dołka sercowego i przelyku, stwarzają tak zwany obłęd opętańczy.

Jeden z takich przypadków, spostrzeganych przeze mnie w r. z. w szpitalu Ujazdowskim, pragniemy ogłosić.

Chory W. P., z Wołynia, lat 32, kawaler. Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że rodzice byli chronicznymi alkoholikami, przyczem matka w przystępie obłędu opilczego zabiła ojca siekierą; z dwóch braci—jeden jest umysłowo chory od lat 15-u, drugi zaś zdrów. Sam chory popełniał nadużycia *in Venere et in Baccho*. Chory opowiada, że już w 18-ym roku życia zaczął odczuwać zaburzenia czucia w okolicy żołądka i serca, mianowicie, jakby mrowienie, ziębiecie, łaskotanie, które z czasem coraz bardziej się potęgowały. Jednocześnie wystąpiły zawroty głowy, które jednakże po pewnym czasie ustały. Chory skarży się od sierpnia r. z. na silne parestezye w okolicy żołądka, mostka i serca. W końcu sierpnia, siedząc pewnego razu w koszarach na łóżku nad ranem, poczuł, że coś mu wyszło z ust „jakby dym lub para“ i jednocześnie coś bardzo ciężkiego, gorącego i pachnącego siarką „w postaci dyabła“ osiadło głęboko w piersi. Jednocześnie chory poczuł się bardzo niedobrze, gdyż dyabeł ten zaczął się gwałtownie poruszać, rozsadzać mu pierś, a zarazem silnie go niepokoić. W ciągu kilku dni stan tak się pogorszył, że chory postanowił odebrać sobie życie; w tym celu wybiegł z koszar z karabinem w dłoni i, przegnąwszy się, przyłożył bagnet do lewego boku; w tejże chwili poczuł, że

dyabeł, „widocznie zląkłszy się“, zaczął wychodzić z piersi przez przelyk i gardziel; choremu zrobiło się lżej i wskutek tego bagnet odjął od boku i wrócił do koszar. Po godzinie znowu dyabeł zaczął go bardzo niepokoić, poruszać się i jednocześnie chory zauważył, że ze wszystkich stron w powietrzu latały koło niego małe dyabełki, wywołujące dyabła siedzącego w piersi. Wtedy chory chwycił karabin i, oparłszy go o ziemię kolbą, bagnetem pchnął się w piersi 3 razy; za każdym razem, gdy bagnet wchodził w ciało, czuł, że dyabeł wychodził mu przez przelyk, a nawet widział doskonale rogi dyabła, wystające mu z ust; chory oświadcza, że podczas przebijania się bagnetem absolutnie nie odczuwał żadnego bólu. Gdy dostrzeżono, że chory przebija się bagnetem, pochwycono go i umieszczono w szpitalu pułkowym. Tam właśnie chory począł straszliwie krzyczeć, ale według słów jego „krzyczał nie on, lecz raniony dyabeł“. W takim to stanie silnego podniecenia i przerażenia przywieziono go do szpitala Ujazdowskiego. Przez całą drogę, według słów chorego, dyabeł straszliwie krzyczał i rzucał się w piersiach i koło serca. Jednocześnie drugi dyabeł w postaci ropuchy przedostał się do mózgu [ale w jaki sposób—nie wie]; wskutek tego chory zaczął odczuwać straszliwy zawrót głowy i niepokój, gdyż doskonale zdawał sobie sprawę, że, żaba, rechoząc, zaczęła „mu wyjadać kawałki mózgu“.

Przy badaniu chorego w szpitalu znaleziono: ciepłota ciała 37,2°, tętno 120, regularne. Wyraz twarzy przerażony, oczy błyszczące. Asymetria twarzy: lewa połowa kości czołowej więcej wypukła niż prawa, prawa brew zarysowana wyżej, niż lewa. Rysy twarzy niejednakowe z obu stron. Małżowina uszna lewa silniej rozwinięta, niż prawa. Na piersi w okolicy serca trzy świeże strupy od ukłuc bagnetem. W układzie kostnym żadnych zmian. Gruczoły łokciowe, szyjowe i pachwinowe nie powiększone. Żrenice równe, silnie rozszerzone, oddziałują dobrze na światło i na akomodację. Pole widzenia nie zwężone. Ruchy gałek ocznych swobodne. Obraz oftalmoskopowy oka normalny. Mowa nieco nosowa, artykulacja niezmienniona. W nerwach czaszkowych zmian żadnych. Ruchy głowy, tułowia i kończyn, jak czynne, tak i bierne, swobodne. Odruchy brzuszne i jądrowe osłabione. Podeszwowych brak zupełny. Odruchy ścięgniste kolanowe i ze ścięgna Achillesa silnie wzmoczone. Osłabienie wszystkich rodzajów czucia [dotyku, bólu, ciepłoty, umiejscowienia] na twarzy, wargach, podniebieniu twardem, na języczku i łącznicach; prócz tego *analgesia* w okolicy mostka, serca i żołądka i *analgesia insularis* na kończynach dolnych. Czucie mięśniowe i stawowe zachowane. Mocz chory oddaje prawidłowo. Czynność odbyticy prawidłowa. W narządach wewnętrznych zmian żadnych.

W sferze psychicznej znaleziono: chory słabo orientuje się, nie jest zupełnie pewny, gdzie się znajduje, kto go otacza, jaki mamy miesiąc, rok i t. d. Widocznie bardzo zgnębiony i przerażony nadzwyczajnością zjawisk. Myślenie czasami powolne, utrudnione; wtedy na pytania niechętnie odpowiada i to po dłuższym namyśle; od czasu do czasu zaś, widocznie pod wpływem nawalu urojeń, chce się ich pozbyć za wszelką cenę i wtedy jednym tchem wypowiada swe skargi, biadając nad swem nieszczęściem i nieuniknioną zgubą, to znowu zdra-

dza chwiejność, niepewność, nieśmiałość i jakby coś ukrywa. Od czasu do czasu przysłuchuje się czemuś uważnie lub patrzy w jeden punkt z napięciem, to znowu zakrywa sobie nos [omamy wzroku, słuchu i węchu]. Żadnych urojeń prześladowczych chorego nie wypowiada. Skarży się, że mu dokuczają różne sensacje czuciowe w okolicy żołądka, przełyku i serca. W głowie czuje silny zawrót i obecność czegoś zimnego i poruszającego się. Od czasu do czasu czuje zapachy o charakterze nieprzyjemnym [siarka, dym gryzący i t. d.]. Wtedy daje się zauważyć u chorego silny niepokój; cały pokryty potem, zrywa się z łóżka, żegna się, chce uciekać, wypowiada, że go djabeł napewno udusi, a żaba mózg mu zniszczy. Cierpi na bezsenność.

W danym przypadku należy przyjąć, że mamy do czynienia z obłądem pochodzenia histerycznego. Urojenia u chorego nie rozwinęły się od razu, a stopniowo; okres przygotowawczy, podczas którego chorego uwagę swą zwracał na niepokojące go parestezye, trwał lat kilkanaście. W sierpniu roku zeszłego nagle powstaje u chorego omam smaku i węchu w postaci gorącego dymu i zapachu siarki; od tej chwili chorego jest przekonany, że jeden djabeł wszedł mu przez usta i zamieszkał w płucach, a drugi nieco później w postaci żaby dostał się do mózgu. W celu wypędzenia diabła chorego chce go zabić i przebija się bagnietem.

Za naturą histeryczną w danym przypadku przemawiają: wywiady, fizykalne znamiona histeryi oraz przebieg i objawy zaburzeń umysłowych. Z wywiadów dowiedzieliśmy się: chorego dziedzicznie obciążony, pochodzi z rodziców alkoholików. Sam z lat młodzieńczych skarżył się na zdenerwowanie i zmienne nastroje usposobienia. Fizykalne znamiona natury histerycznej: subiektywne—różnorakie parestezye w okolicy przełyku, żołądka i serca i uczucie w gardzieli kuli histerycznej (*globus hystericus*); obiektywne — osłabienie wszystkich rodzajów czucia na twarzy, wargach, podniebieniu twardem, języczku i łącznicach; *analgesia* w okolicy mostka, serca i żołądka oraz *analgesia insularis* na kończynach dolnych; w końcu silne wzmoczenie odruchów ścięgniastych. Charakter histeryczny zaburzeń umysłowych w danym przypadku: łatwość poddawania się (*suggestibilitas*), zmienny nastrój usposobienia, przecenianie zjawisk i wrażeń wewnętrznych, urojenia, powstałe na tle zaburzeń czucia, omamy i złudzenia o charakterze nieprzyjemnym, dążność do zwrócenia na siebie uwagi i wzbudzenia litości u otaczających.

Wszystkie te objawy przemawiają za naturą histeryczną danego cierpienia.

REGNARD, FRIEDMANN, BECHTEREW, OSIPOW i KRAIŃSKI w opisanych przez siebie przypadkach opętania także widzą podkład histeryczny. Przypuszczam, że cierpienie to może się rozwinąć i na tle obłądu prześladowczego (*paranoia persecutoria*), przy którym chorego na zasadzie niewzruszonych dla niego i ujętych w ścisły system urojeń o rzuceniu przez kogoś na niego uroku, może mieć także obłąd opętania.

Rokowanie w danym przypadku może być dwojakie: albo nastąpi wyleczenie, albo cierpienie przyjmie przebieg przewlekły. To zależy od stopnia psychopatycznego ustroju chorego, a zarazem od siły i napięcia urojeń i podsyłania ich przez zбочenia czucia.

Po zastosowaniu środków uspakajających układ nerwowy i regulujących działalność serca [kąpiele ciepłe, brom] oraz po zastosowaniu psychoterapii i hipnozy stan chorego znacznie się poprawił.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

20. R. Kutner. O znaczeniu rozpoznawczem nakłucia łądźwiowego w psychiatrii.

Zaznaczając na początku swej pracy, że mierzenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, wydobytego przy nakłuciu łądźwiowym sposobem QUINCKE'GO, nie może grać wybitnej roli w rozpoznawaniu chorób umysłowych, autor jest zdania, że daleko ważniejszym dla celów dyagnostycznych okazuje się badanie chemiczne tegoż płynu na cukier, cholinę i białko.

Cukier w płynie mózgowo-rdzeniowym jest, zdaniem autora, wskazówką cierpienia mózgu u osobnika. Cholinę, — ten wytwór rozpadu lecytyny — znajdował autor w płynie mózgowo-rdzeniowym przy padaczce, bezwładzie postępującym, syfilisie mózgowo-rdzeniowym i stwardnieniu rozsianem; przy innych postaciach chorób umysłowych i nerwowych choliny nie było. Najważniejszym w różniczkowaniu jest, zdaniem autora, badanie ilościowe białka w płynie mózgowo-rdzeniowym zapomocą zmienionego bialkomierza ESBACH'a. Zawartość białka do 2-ch podziałek jest według NISSL'a normalna. KUTNER, jak również i NISSL, zwiększenie się ilości białka od 3-ch do 8-u podziałek prawie zawsze znajdowali przy bezwładzie postępującym, głupowatości (*imbecillitas*) i przedwczesnem stopieniu (*dementia praecox*).

Również wybitną rolę w tym względzie odgrywa badanie cytologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego. RAVAUTS uważa, że liczbę komórek do 4-ch w polu widzenia immersyi należy uważać za normalną. Powiększenie liczby komórek świadczy o stanie patologicznym. NISSL jest zdania, że liczbę komórek, licząc od 20-u i więcej, należy uważać jako zupełnie dodatni wynik badania; liczbę od 7-u do 20-u, jako niepewny wynik, a mniej niż siedem, jako wniosek ujemny.

KUTNER w końcu swej pracy, podając tablicę przypadków przez siebie spostrzeganych oraz wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego, zaznacza, że powyższe metody szczególnie powinny być stosowane w niejasnych i trudnych do rozpoznania postaciach bezwładzie postępującego. Na 26 przypadków bezwładzie postępującego, w których były zrobione 33 nakłucia, 28 razy wynik wypadł zupełnie dodatni, 4 — niepewny, a jeden tylko ujemny.

(*Monatsschrift f. Psych. u. Neurol.* 1905. N. 6).

B. Łuczycycki.

21. Eichler. Próba desmoidalna Sahli'ego.

Przed kilku miesiącami ogłosił SAHLI w „*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*“, 1905. N. 8 „nową metodę badania chemizmu żołądka w zwykłych warunkach, bez użycia zgłębnika żołądkowego“, czyli t. zw. próbę desmoidalną. Metodę swoją oparł SAHLI na badaniach SCHMIDT'a, który wykazał, że jedynie

żołądek trawi surową tkankę łączną. Polega ona na następującem: osobnik badany po próbnem śniadaniu połyka mały gumowy woreczek, napełniony jodoformem lub błękitem metylenowym i zawiązany cienką surową nitką katgutową. Jeżeli żołądek zawiera soki trawienne, to katgut zostaje strawiony, woreczek otwiera się, a zawartość jego, jod lub błękit metylenowy, daje się z łatwością wykryć w moczu. Przy upośledzonym trawieniu żołądka katgut pozostaje cały, zawartość woreczka wydostać się nie może i w moczu nie znajdujemy poszukiwanych ciał. Jako specjalną zaletę metody, SAHLI uważa fakt, że przy niej bada się żołądek w normalnych warunkach, gdyż próba desmoidalna idzie równolegle z trawieniem próbnego śniadania; przytem dodatni wynik badania otrzymujemy wtedy, gdy i śniadanie dobrze przetrawione zostało, ujemny zaś wynik otrzymujemy przy jednocześnie upośledzonym trawieniu.

EICHLER prowadził szereg badań ściśle wedle przepisu SAHLI'ego; jednak, aby mieć pewniejsze wyniki przy badaniu, napełniał woreczki jednocześnie pigułkami jodoformowymi i pigułkami z błękitu metylenowego. Poprzednio jeszcze sprawdził, że katgut rozpuszcza się w normalnym soku żołądkowym. Otóż, na zasadzie swych badań, przeprowadzonych na 30-u osobach, autor przychodzi do wniosku, że próby desmoidalnej SAHLI'ego nie można zaliczyć do pewnych metod dyagnostycznych, lecz dostarczyć ona może dużo cennych wskazówek. Przy stosowaniu tej próby należy przyjąć pod uwagę, że: 1) dodatni wynik próby w przeciągu pierwszych 15-u—20-u godzin po połknięciu woreczka wskazuje, że żołądek wydziela dostateczną lub prawie dostateczną ilość kwasu solnego i pepsyny; 2) próba nie daje żadnych wskazówek na ewentualną nadkwaśność; 3) spóźnione wystąpienie odczynu [po 1-ym — 2-ich dniach] pozwala wnioskować, że jeden lub drugi składnik soku żołądkowego nie pełni swej czynności fizyologicznej, a więc, że grozi wystąpienie cierpienia; 4) ujemna próba wskazuje na zaburzenie w czynności żołądka, na zasadzie którego nie można jednak skutecznie rozpoznania, gdyż tutaj możemy spotkać się ze zmniejszoną kwaśnością, lub brakiem kwaśności, ze wzmożoną pobudliwością żołądka (*hypermotilitas*) lub niedostatecznością w wysokim stopniu; 5) nadto metoda desmoidalna zaleca się we wszystkich przypadkach, w których chory nie zgadza się na wprowadzenie zgłębnika do żołądka i 6) gdy mamy do czynienia z jakimkolwiek bądź przeciwwskazaniem do sondowania.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1905. N. 48).

T. Wretowski.

22. A. Bickel. Badania doświadczalne nad wpływem afektów na wydzielanie soku żołądkowego.

PAWŁOW pierwszy stwierdził na psach zależność wydzielania soku żołądkowego od czynników psychicznych. W następstwie inni autorzy dowiedli, że i żołądek człowieka oddziaływa na czynniki psychiczne, że np. wystarcza pokazać lub dać powąchać głodnemu pokarm, aby wywołać wydzielanie soku żołądkowego.

Klasyczne doświadczenia PAWŁOWA, znane powszechnie, polegały na przecięciu u psa przelyku w górnej części i wykonaniu u tegoż psa przetoki żołądkowej, poczem pokarm, podany psu przez usta, wypadał natychmiast na zewnątrz przez otwór w przelyku i można było jednocześnie obserwować wydzielanie soku żołądkowego przez przetokę żołądkową. Otóż gdy głodnemu psu, w powyższy sposób zoperowanemu, pokażemy zdaleka kawałek mięsa, pies zaczyna się niepokoić i po upływie 5-u—6-u minut następuje wydzielanie z przetoki czystego soku żołądkowego. Ten sam wynik osiągniemy, jeśli psu takiemu damy kawałek mięsa w usta—jakkolwiek mięso po chwili napowrót z przelyku wypadnie; i wówczas w żołądku spostrzegamy obfite wydzielanie

soku żołądkowego po upływie 5-u—6-u minut, i wydzielanie to trwa jeszcze przez jakiś czas po zaprzestaniu karmienia „pozornego“.

Wszystkie te doświadczenia PAWŁOWA powtórzyli ROEDER i SOMMERFELD na dziecku z przeciętym przelykiem i z przetoką żołądkową i przekonali się, że wyniki są w zupełności takie same. Mogli jeszcze prócz tego stwierdzić pewną zależność natężenia w wydzielaniu soku żołądkowego od ogólnego stanu psychicznego dziecka; mianowicie gdy karmiono dziecko „pozornie“ pokarmem, który chętnie przyjmowało, następowało obfite wydzielanie soku żołądkowego; gdy zaś zmuszano dziecko do jedzenia bez apetytu, wydzielanie było znacznie słabsze. Fakt ten posiada duże znaczenie praktyczne i uzasadnia zarazem stosowanie leków, pobudzających apetyt. Leki te, podane bezpośrednio przed jedzeniem, stanowią bodziec do wydzielania soku żołądkowego. To samo działanie wywiera, jak ostatnio dowiódł SASAKI, także bulion, zawierający ciała wyciągowe z mięsa.

Tak więc czynniki psychiczne mogą wywierać na wydzielanie soku żołądkowego wpływ pobudzający. W pewnych wszakże wypadkach wpływ ten może być przeciwny, t. j. hamujący. Doświadczenie codzienne np. uczy, że zabierając się do jedzenia z doskonałym apetytem, tracimy nieraz apetyt, rozniewawszy się o coś, i nie jesteśmy nieraz w stanie „kęsa przelknąć“. Rzecz prosta, że dotyczy się to wogóle tylko osobników wrażliwych, z pobudliwym układem nerwowym.

Dokładnych doświadczeń naukowych w tym kierunku dotąd nie czyniono. Otóż autor wspólnie z SASAKIM opisują szereg swych doświadczeń na psie, które dowodzą istotnego hamującego wpływu silnych afektów na czynność wydzielniczą żołądka. Pies ów nader łatwo wychodził z równowagi, szczeakał przy zjawianiu się obcej osoby, a szczególnie nieprzyjaźnie reagował na obecność w tymże pokoju kota: podniecenie psa dochodziło wówczas do wysokiego stopnia. Autorzy jednego dnia karmili psa „pozornie“ mięsem w ciągu 5-u minut i co 5 minut zbierali wydzielony sok żołądkowy, dopóki wydzielanie wogóle trwało. Nazajutrz drażnili psa naprzód obecnością kota, poczem dopiero rozpoczęli karmienie „pozorne“, tak jak dnia poprzedniego. Otóż, gdy pierwszego dnia stwierdzono obfite wydzielanie soku żołądkowego o wysokiej kwasności, nazajutrz wydobyto w ciągu 20-u minut zaledwie około 9 cm. sz. soku żołądkowego, zmieszanego ze śluzem! Dowodzi to niewątpliwie, że silne uczucie gniewu i rozdrażnienia wywarło na czynność wydzielniczą żołądka psiego wpływ wysoce hamujący, przyczem błona śluzowa żołądka nie zdolna była reagować na bodziec, który w warunkach zwykłych powodował obfite wydzielanie soku żołądkowego.

Autorzy ci dowiedli dalej zapomocą ścisłych doświadczeń na tymże psie, że przykre uczucie [np. gniew] może powstrzymać wydzielanie soku żołądkowego, już rozpoczęte. Gdy bowiem w czasie wydzielania się soku żołądkowego wprowadzano do pokoju kota, natychmiast ustawało prawie zupełnie dalsze wydzielanie. Na tablicach graficznych, do pracy dołączonych, widzimy, że gdy w ciągu pierwszych 5-u minut doświadczenia otrzymano 28,5 cm. sz. czystego soku żołądkowego, po wprowadzeniu kota do pokoju otrzymano w ciągu następnych 5-u minut zaledwie 3 cm. sz.

Autorzy zaznaczają jeszcze, że afekty wywierają wpływ hamujący wyłącznie na ilość wydzielanego soku żołądkowego, gdy jakościowo ten ostatni zmianom nie ulega.

(*Deutsche med. Woch.* 1905. N. 50).

W. Robin.

23. K. Faber. Gastritis chronica cum achylia gastrica w gruźlicy płuc.

BRIEGER w r. 1889 wykonał szereg doświadczeń nad zachowywaniem się czynności wydzielniczej żołądka w gruźlicy płuc i przyszedł do wniosku, że

w początkowych okresach gruźlicy wydzielanie jest normalne lub wzmożone, w okresach zaś późniejszych—upośledzone; w 10% ciężkich przypadków gruźlicy płuc stwierdził, że wydzielanie soku żołądkowego zupełnie zniesione było, t. j. brakło zupełnie HCl i fermentów. Za przyczynę zaburzeń żołądkowych u chorych gruźliczych uważano wprawdzie od dawna nieżyt przewlekły żołądka, ale dopiero MARFAN pierwszy dostarczył niewątpliwego dowodu przy pomocy badań mikroskopowych na trupach, że istotnie mamy do czynienia, przynajmniej w okresach późnych choroby, z rozlanym nieżytem, t. zw. „*gastrite terminale*”. Jednakże HILDEBRANDT wyraził potem pogląd inny, mianowicie stawiał obecność HCl w zależności jedynie od gorączki, towarzyszącej gruźlicy; u chorych bowiem niegorączkujących stale wykrywał obecność wolnego HCl, u silnie gorączkujących natomiast stwierdzał brak wolnego HCl. Tak więc sprawa ostatecznie pozostała nierozstrzygniętą.

Autor z tego powodu podaje swoje interesujące spostrzeżenia, w których chorzy za życia byli badani klinicznie pod względem czynności żołądka, po śmierci zaś—anatomicznie. Natychmiast po śmierci utrwalano żołądek za pomocą 10-owego roztworu formolu. Pierwsze dwa przypadki autora dotyczą chorych z ciężką postacią gruźlicy płuc, z wysoką gorączką, w okresach bardzo posuniętych. Za życia chorych wykrywano u nich stale brak wolnego HCl po śniadaniu próbnym, ogólna kwaśność wynosiła 0,10 — 2,0, zacyznu mlecznego w drugim przypadku nie było, ilość pepsyny znacznie zmniejszona. Badanie mikroskopowe pośmiertne wykazało w obudwu przypadkach wybitnie rozwinięty nieżyt śluzowy. W I-ym przyp. stwierdzono znaczne stopnia zanik gruczołów żołądkowych, przyczem zachowane jeszcze gruczolony nie funkcjonowały już; prócz tego wykryto w błonie śluzowej żołądka gruczolony typu LIEBERKÜHN'a, czyli niewątpliwie stwierdzono obraz anatomiczny, cechujący końcowy okres nieżyty żołądka z zanikiem gruczołów i z rozwojem gruczołów kiszkiowych w błonie śluzowej żołądka.

W drugim przypadku autor stwierdził również nieżyt żołądka rozlany z wybitnem drobnokomórkowem nacieczeniem, lecz gruczolony były jeszcze zachowane. *Achylia gastrica* zależała tu tedy nie od zaniku gruczołów żołądka, lecz od daleko posuniętego nieżyty żołądka. Że jednakże nie tylko w okresie końcowym gruźlicy płuc można stwierdzić anatomicznie nieżyt żołądka, dowodem następane 3 przypadki autora. Czynność żołądka była badana w tych przypadkach w okresie bezgorączkowym; wielokrotne badania jednakże nie wykryły ani razu obecności wolnego HCl, og. kwaśność = 0 — 10 — 15, ilość pepsyny wynosiła 10 — 15% [według HAMMERSCHLAG'a]. Badanie pośmiertne w jednym z tych przypadków wykazało istnienie rozlanego nieżyty żołądka, zbliżonego typem swym do *gastritis follicularis*, lecz z wybitnem nacieczeniem rozlanem, zaniku gruczołów tu nie było, lecz gruczolony przestały pracę swą wykonywać. W pozostałych 2-ch przypadkach autor mógł poddać badaniu mikroskopowemu tylko cząstki błony śluzowej, wydobyte z żołądka, ale i tym sposobem był w stanie wykazać istnienie nieżyty w żołądku [silne nacieczenie błony śluzowej, obecność kulek hyalinowych].

Co się tyczy patogenyzy nieżyty żołądka w gruźlicy płuc, to nie ulega wątpliwości, że nieżyt żołądka jest następstwem samej sprawy gruźliczej, jakkolwiek w poszczególnych przypadkach znajdujemy także inne czynniki, mogące same przez się wywołać lub przyczynić się do rozwoju nieżyty żołądka, np. nadużycie napojów wysokowych, brak zębów i t. p. Wpływ bezpośredniego działania polykanej płwociny na błonę śluzową żołądka autor wyklucza i utrzymuje, że odgrywa tu rolę jedynie zakażenie gruźlicze, wywołując nieżyt śluzowy następczy tak samo, jak to widzimy w bezkrwistości złośliwej lub w biegunkach podzwrotnikowych. Autor zwraca jeszcze uwagę na ciekawą okoliczność: otężnienie wydzielania soku żołądkowego w powyższych przypadkach nie

zawsze było następstwem zaniku gruczołów, lecz występowało także wówczas, kiedy gruczoły były dobrze zachowane, ale nie działały. To dowodzi, że *achylia gastrica* może być następstwem samej sprawy nieżytej żołądka.

(Festnummer Ewald. Berl. klin. Woch. 1905. 44a).

W. Robin.

24. M. Pickardt. Przyczynę do kliniki sokotoku żołądkowego (przypadki sokotoku rodzinnego).

Autor podaje 3 przypadki sokotoku żołądka, ciekawe z tego względu, że dotyczą 3-ch członków jednej i tej samej rodziny: matki i 2-ch synów. Wszyscy trzej chorzy zwrócili się do autora prawie jednocześnie z bardzo podobnymi dolegliwościami; mieszkali i jadali prawie zawsze razem, dzielili wspólne troski i radości, nie należeli jednak wcale do natur pobudliwych i nie zaliczali się zgoła do osobników t. zw. „nerwowych“.

Występowanie sokotoku w jednej rodzinie u kilku naraz osób dotąd nie było w literaturze notowane, spostrzeżenie autora zasługuje przeto na uwagę.

1) Pani K., 43 lat, wdowa, żyjąca w warunkach wzgl. pomyślnych, cierpiała na bóle w okolicy żołądka jeszcze za czasów panieńskich; od tej pory nigdy dolegliwości żołądka nie doznawała; od 5-u—6-u lat występuje uczucie ssania w dołku na czczo, zgaga, czasem wymioty obfitemi masami kwaśnymi, bóle napravo od pępka. Badanie żołądka na czczo wykazuje obecność 135 cm.³ czystego soku żołądka bez resztek pokarmowych, wolnego HCl 70, og. kwasność = 85. Pepsyna obecna. Po śniadaniu próbnem wolnego HCl 33, ogólna kwasność = 66. Granice żołądka rozдутego: krzywizna mała—na 3 palce nad pępkiem, krzywizna duża—na 1½—2 palce pod pępkiem. Po metodycznych przepłukiwaniach żołądka zrana i wieczorem objawy podmiotowe ustąpiły, na czczo wszakże autor wydobywał prawie stale z żołądka co najmniej 40 cm. sz. płynu.

2) Syn pani K., 16 lat, nigdy nie chorował; od ½—¾ roku odbijania kwaśne, zgaga, wymioty z towarzyszącymi im bólami głowy co 4 tygodnie. Na czczo wydobyto z żołądka 150 cm. sz. zawartości soku żołądka, HCl = 72, og. kw. = 92.

3) Syn pani K., 18 lat, uskarża się na ściskanie w okolicy żołądka, czasem bóle brzucha, wzdęcie, bicie serca i brak tchu; 3 razy miał wymioty kwaśne. Na czczo wydobyto z żołądka 45 cm. sz. czystego soku żołądka z wolnym HC = 30, ogólna kw. = 45.

Wszystkie 3 przypadki były spostrzegane przez autora w ciągu 4-ch lat; badanie czynności żołądka wykonywane było niejednokrotnie, przyczem stale stwierdzany był sokotok żołądkowy. Pomimo skrupulatnych badań autor nie mógł u żadnego z opisanych osobników wykryć cierpienia organicznego żołądka, zalicza tedy swoje przypadki do sokotoku na tle nerwowem.

(Festnummer Ewald. Berl. klin. Woch. 1905. 44a).

W. Robin.

25. W. Anschütz. O zaburzeniach kiszkowych po operacjach na żołądku.

Śród powikłań, na które wystawione bywa życie chorego po operacjach, dokonywanych na żołądku, wcale niepoślednie miejsce zajmuje biegunka. Różne stany chorobowe mogą powodować wystąpienie tego objawu, a więc: sprawy septyczne w jamie brzusznej, ograniczone zapalenie otrzewnej; raz autor miał możność obserwowania obfitych krwotocznych wypróżnień przy zgorzeli okrężnicy po rezekcji żołądka. Nieznaczne zaburzenia czynności kiszki mogą się zjawiać po odżywczych wlewaniach stolcowych wskutek zapalenia śluzówki odbytnicy; należy tu podkreślić fakt, że omawiane zaburzenia mogą powstawać bez żadnych uchwytnych nadużyć dyetetycznych; być może, iż w takich, jak i w wielu innych przypadkach skłonność do biegunki istniała już przed opera-

cyą. Dlatego też autor czyni uwagę, iż przed każdą operacją żołądkową chirurg winien być dokładnie obznajmiony ze stanem trawienia u chorego: przy skłonności do biegunki operacja gastroenterostomii staje się znacznie niebezpieczniejszą, niż w warunkach normalnych, wobec czego należy wybrać rodzaj operacji, najbardziej odpowiedni dla danego przypadku i zwracać nadzwyczaj baczną uwagę na stan pooperacyjny. Poza wyliczonymi powyżej, autor różni 3 grupy przypadków, w których obserwował pooperacyjne zaburzenia kiszkowe, a mianowicie:

I grupa: po typowej gastroenterostomii z normalnie wysoką pętlą przy a) raku żołądka, b) łagodnych cierpieniach żołądka.

II grupa: po wadliwej gastroenterostomii, gdzie pochwyconą została zbyt głęboka pętla jelita cienkiego.

III grupa: gdzie była wznowiona nawet normalna droga przy operacji [plastyka odźwiernika, rezekcja żołądka według pierwszej metody BILLROTH'a].

Co się tyczy pierwszej grupy, to najczęściej widziano tu biegunkę przy raku odźwiernika, występującą zazwyczaj względnie późno, bo dopiero 6-go — 10-go dnia; długość jej i natężenie były rozmaite. Przyczynę tego powikłania upatrują CARLE i FANTINO w zastojach, który istnieje w żołądku po gastroenterostomii, autor zaś wysuwa równoległe i osobiste usposobienie. Jeżeli przy łagodnych cierpieniach żołądka gastroenterostomia została wykonana z pierwszą lub inną normalnie wysoką pętlą *jejuni*, to zaburzenia ze strony kiszki zdarzają się bardzo rzadko, prawie nigdy. Przez wysokość normalną autor rozumie pętlę o 40 — 50 cm. poniżej *plica duodeno-jejunalis*. Z liczby 60-u przeszło gastroenterostomii, wykonanych z powodu łagodnych zwężeń i okrągłego wrzodu żołądka, autor miał do czynienia tylko raz z biegunką, która trwała zaledwie do 12-go — 16-go dnia po operacji. Jakże mianowicie przyczyny mogą w tych razach wywoływać biegunkę, autorowi zupełnie niewiadomo. Spostrzegano również to powikłanie i po rezekcji żołądka, wykonanej drugą metodą BILLROTH'a.

Jeżeli biegunka jest powikłaniem rzadkiem po typowej gastroenterostomii [z powodu zwężeń łagodnych], to jednak stanowi zjawisko zwykłe, jeżeli do anastomozy nieopatrznie została użyta zbyt głęboka pętla. W ogromnej liczbie tych przypadków występują natychmiast ciężkie zaburzenia kiszkowe, które nadzwyczaj szybko prowadzą do wyniszczenia i śmierci, jakkolwiek niekiedy bywają wyjątki: 1 przypadek ANSCHÜTZ'a, 1 OBALIŃSKIEGO, 1 WASILJEW'a. Biegunka w tych przypadkach, zdaniem niektórych autorów, zależy od przechodzenia bezpośrednio z żołądka do dolnego odcinka kiszki cienkiej soku żołądkowego, zawierającego kwas solny. Przytoczone objaśnienie nie da się atoli żadną miarą zastosować do 3-ej grupy przypadków, gdzie warunki fizjologiczno-anatomiczne możliwie najlepiej zostały wznowione zapomocą plastyki odźwiernika i rezekcji żołądka według pierwszej metody BILLROTH'a i metody KOCHER'a, polegającej na połączeniu kikuta żołądka z dwunastnicą. Za jedyną, mającą najwięcej widoków prawdopodobieństwa, przyczynę biegunki w tej kategorii przypadków autor uważa uprzednią skłonność do biegunki wskutek podupadłego stanu ogólnego, jak to się dzieje również przy gruźlicy, raku i t. d. Przy puszczeniu CARLE'a i FANTINO'a, jakoby w tym względzie pewną, dosyć nawet ważną rolę odgrywało uspienie operacyjne, autor odrzuca z zupełną bezwzględnością, ponieważ ta sama sprawa zdarza się i przy znieczulaniu miejscowym. Wreszcie słów parę o leczeniu. Jako zasadę ogólną przyjąć należy, aby w samym początku zaburzeń kiszkowych postępować z całą energią. W cięższych przypadkach dobre wyniki otrzymywał autor przy stosowaniu kombinacji bismutu, tannigeny i opium, w ciężkich, oprócz wymienionych środków, podskórnie—soli kuchennej, odżywiania cukrem i tłuszczem. W bardzo uporczywych

przypadkach, jeżeli nasuwa się podejrzenie, iż operacja wykonana została nieudatnie [zbyt głęboka pętla], zjawia się wskazanie do powtórnej laparotomii.

(*Mittel. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. XV. Z. 3—4*).

W. Dobrowolski.

26. Hochenegg. O wskazaniu do wycięcia wyrostka robakowatego przy bólu krętniczokątniczym (Ileocökalschmerz).

Celem wymienionej pracy było rozstrzygnięcie pytania, czy i dlaczego należy usuwać wyrostek robakowaty w przypadkach t. zw. *pseudoappendicitis*, gdzie wyrostek ów pod względem anatomicznym nie ujawnia najmniejszych nawet oznak swoistych dla dobrze znanego zapalenia tego narządu. A jednak HOCHENEGG, zarówno jak już i wielu innych, widział zwykle pomyślnie wyniki po wycięciu wyrostka w tej kategorii przypadków. Celem wyjaśnienia tej naukowej zagadki autor przede wszystkim zastanawia się nad mechanizmem powstawania objawów chorobowych w tych razach. Otóż, zdaniem jego, źródła cierpienia należy tu szukać nie w domniemyanych zmianach anatomicznych wyciętego wyrostka, lecz w jego położeniu, w jego stosunku do narządów sąsiednich, w budowie otworu, łączącego jego światło ze światłem ślepej kiszki, a przede wszystkim w mechanice jego czynności. Bo rzeczywiście, wzięwszy pod uwagę, że w tego rodzaju przypadkach zazwyczaj niema wyraźnego napadu *appendicitidis*, że badanie obiektywne danej okolicy nie dostarcza żadnego absolutnie pewnego objawu, właściwego temu ostatniemu cierpieniu, pozostaje nam, zdaniem autora, jedynie wśród wyluszczonych dopiero co warunków anatomo-topograficznych szukać przyczyny złego. Do wypowiedzenia takiego twierdzenia autor czuje się upoważnionym na zasadzie tego rodzaju przypadków, opisanych nie tylko przez innych autorów, lecz i na podstawie własnych 14-u spostrzeżeń. A mianowicie, przyczyny, sprowadzające ten zbiór objawów, dadzą się sprowadzić do kilku typów: 1) Dostyć długi wyrostek jest ułożony na *coecum* i mocno do tegoż przyrosły, tworząc jakby nierozdzielną część składową ściany kiszki ślepej, bądźto na tylnej, bądź na przedniej, bądź wreszcie na bocznej jej powierzchni; dolegliwości w tej kategorii przypadków wzmagają się wraz ze znacznym wypełnieniem *coeci* kałem, lub też rozciągnięciem przez gazy, ulga zaś następuje po usunięciu zarówno kału, jak i gazów. Jasną jest rzeczą, że przyczyną nieznośnych bólów jest tutaj nadzwyczajne rozciąganie lub nawet nadrywanie wyrostka, ściśle spojenego z *coecum*. 2) Do drugiego typu autor zalicza przypadki, w których wyrostek przyrósł do bocznej ściany miednicy; w tym wypadku mamy do czynienia ze zjawiskiem, wprost przeciwnem temu, jakie bywa przy typie pierwszym: przy wypełnieniu *coeci* kiszka ślepa opuszcza się niżej i wyrostek nie jest napiętym, *resp.* brak wszelkich bólów, i odwrotnie: po opróżnieniu zawartości z *coecum* kiszka ślepa się kurczy i w pewnej mierze unosi się ku górze, pociągając jednocześnie przyrosły wyrostek, ewentualnie wywołując mniej lub więcej silne bóle. 3) Przy trzecim typie przyczynę złego stanowi szerokie *ostium coecale*, t. zw. ujście lejkwate, dzięki czemu przy zastoiu mas kałowych w *coecum* i skurczach *colonis ascendentis* owe masy ulegają wepchnięciu do wyrostka, co może sprowadzić za sobą nawet naderwanie tego narządu [o ile siła działania przekroczy granice jego wytrzymałości], a dalej—przeziurawienie i zapalenie otrzewnej. 4) Typ czwarty stanowi długi wyrostek z krótką kreską i wązkim ujściem, zamkniętem za pomocą wyraźnej fałdy — dzięki takim warunkom łatwo powstają bóle w tej okolicy przy nadmiernem rozciągnięciu ślepej kiszki. Wreszcie autor wspomina o skręceniu wyrostka w kształcie U, o przemieszczeniu bardzo długiego wyrostka aż pod wątrobę lub żołądek. Wszystkie przytoczone dotychczas dane anatomiczne dostatecznie, zdaniem autora, uzasadniają przyczyny powstawania

bólu kiszeki ślepej (*Ileocökalschmerz*) i kolek wyrostka robakowatego (*Wurmfortsatzkoliken*). Poza tem, takie położenia nienormalne wyrostka mogą stanowić grunt, podatny do wywołania zapalenia tego narządu ze wszystkimi tegoż następstwami. Wychodząc z tego założenia, autor twierdzi, iż omawiana kategoria przypadków chorobowych stanowi wskazanie do wycięcia wyrostka, ponieważ na tej drodze uwalnia się chorego od ciężkich napadów bolesnych, a po drugie—zapobiega się ewentualnemu wybuchowi zapalenia. Leczenie wewnętrzne w tych razach nie prowadzi zazwyczaj do wyników pomyślnych, jakkolwiek w okresie pooperacyjnym spokój, uregulowanie diety i trawienia odgrywają rolę pierwszorzędną. W końcu autor proponuje dla opisywanych tutaj przypadków nazwę *appendix dolorosa vel appendalgia*, lub też *skolikalgia*.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 51).

W. Dobrowolski.

27. C. Boehm. Przyczynę do karnistyki uwięzionych przepuklin przeponowych.

Czteroletni mocnej budowy i dobrze odżywiony chłopiec uniósł się, według słów matki, w kłótni z braciszkiem swym, poczem zapadł jak gdyby w stan omdlenia, a przyszedłszy do siebie, narzekać zaczął na bóle w brzuchu. Wobec szybko pogarszającego się stanu, matka zaniósła dziecko do szpitala już po upływie godzin kilku, gdzie Boehm stwierdził, obok sinicy wybitnej, rzężącego oddechu i tętna niewyczuwalnego prawie, szereg zmian miejscowych, a mianowicie: lewa połowa klatki piersiowej, wypuklająca się w dolnym odcinku swym nie przyjmuje udziału w oddychaniu; międzyżebra po stronie tej wygładzone zupełnie, od wierzchołka płuca lewego do 3-go żebra od przodu otrzymuje się czysty wypukowy odgłos z podźwikiem bębniastym, dalej ku dołowi—bębnica wyraźna, która zlewa się z odgłosem bębnowym brzucha. Serce w kierunku na lewo osiąga lewego brzegu mostka, na prawo — dochodzi do prawej linii przymostkowej. Od szczytu płuca lewego do 4-go żebra wysłuchuje się oddech oskrzelowy, stąd ku dołowi nie słycać szmerów oddechowych zupełnie. Tętno serca słabe, najwyraźniejsze ponad mostkiem; powłoki brzuszne napięte, na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego wyczuwa się brzeg wątroby. Wobec nędznego stanu pacyenta i objawów zapaści porzeczano na zastrzykiwaniu pod skórę kamfory i dawkach wina *per os*. Objawy odmy piersiowej [wyraźny dźwięk metaliczny od opukiwania przez plesymetr] tymczasem wzmacniały się bez przerwy i pacyent mały zmarł po półgodzinnym zaledwie pobycie w szpitalu.

Na oględzinach pośmiertnych stwierdzono przedewszystkiem znaczne przemieszczenie wątroby ku dołowi i wzdęcie kiszek cienkich. Żołądka, okrężnicy poprzecznej i sieci nie było widać zupełnie. Przepona z prawej strony — na wysokości żebra VI-go; z lewej napięta mocno, z przytłumionym odgłosem bębnowym, wypukła się półkolisto w kierunku do brzucha, sklepieniem swem dochodząc do XI-go żebra. Podczas przecinania IV-ej lewej chrząstki żebrowej otrzymano głośne wydobywanie się gazów, poczem bezzwłocznie lewa połowa przepony zapadła się nieco. Po wyrezekowaniu, z kolei rzeczy, mostka, ujrano wreszcie, następujący obraz niezwykły: nad lewą połową przepony przebiega, przez sieć pokryty, pęk mocno wzdętych trzew wraz z kiszka grubą. Płuco lewe, zwinięte w kablak, duże jak pięść człowieka dorosłego, odciśnięte ku górze i tyłowi do kręgosłupa, dolnym brzegiem swym dotyka chrząstki IV-go żebra; w pośrodku serce, przesunięte na prawo. Imponująca wymiarami grasica pokrywa zupełnie naczynia wielkie. Po wycięciu tejsze i serca odsunięto sieć, otulającą wepchnięte do opłucnej lewej trzewa brzuszne. Żołądek, rozdęty niezwykle, dnem i krzywizną większą patrzył ku górze, krzywizną mniejszą—na dół. Odźwiernik i wpust, tuż obok siebie, tkwiły w dziurze

przepony; nadto — dwie pętle jelita grubego i śledziona. Na przylegającej do klatki piersiowej przedniej powierzchni żołądka znaleziono długą na $1\frac{1}{2}$ ctm. ranę z wypadnięciem śluzówki. *Oesophagus*, wnet po przejściu przez dziurę przełykową (*for. oesophageum*), skręca na lewo, tworząc kąt ostry, w kierunku ku nieprawidłowemu otworowi w przeponie. Ponieważ próby odprowadzenia narządów uwięzionych nie udawały się, żołądek rozcięto, poczem wykryto na obu, tkwiących we wrotach przepuklinowych pętlach jelita grubego błado-szarawe pasma zaciskające (zgięcie śledzionowe i wątrobowe?); okrężnica poprzeczna, iniekowana mocno, w całej długości swej siedziała w śródpiersiu. W lewej wreszcie połowie przepony znaleziono dziurę jajowatą o gładkich brzegach ścięgnistych, długą na 6,5 ctm., szeroką — 2,5 ctm. Dziura ta ciągnęła się aż do ośrodka ścięgnistego (*centrum tendineum*) i okolona przebiegającymi pierścieniowato pęczkami mięśniowymi, pozostawiała w miejscu tem szeroką na centymetr lamówkę z przyczepem do żeber. W danym przypadku miano więc do czynienia z rzekomą przepukliną przeponową — *hernia diaphragmatica spuria* (bez worka przepuklinowego).

Przypadek powyższy, typowy co do umiejscowienia sprawy, wyróżnia się od innych własnościami pewnymi, a przede wszystkim mnogością uwięzionych narządów. Zrostów wzajemnych lub z brzegami wrót przepuklinowych nie było; dalej — samo tylko *colon transversum* zdradzało wyraźne cechy zaciśnięcia (zastój). Nadzwyczajne rozcięcie żołądka przez gazy i niedrożność narządu tego tłómaczy się ciasnotą wrót przepuklinowych oraz swoistem zmieszczeniem wpustu i odźwiernika. Cierpienie w mowie będące, wrodzone niewątpliwie, rozpoznane na stole sekcyjnym, należy do kategorii najrzadszych z uwagi na wiek chorego; przeważnie bowiem stwierdza się przypadki takie u ssawców i u osób dorosłych, pracujących ciężko.

Jak poucza nas szereg cały spostrzeżeń oduosnych, przepuklina przeponowa istnieje nieraz u osobnika danego przez całe życie, niewychodząc z okresu skrytości. Obok uwięźnięcia *sensu strictiori*, choremu takiemu zagraża zaciśnięcie lub skręcenie jelit wskutek działania zrostów, co doprowadzić może do katastrofy nagłej wśród objawów skrętu (*ileus*) i wstrząsu. Niekiedy pacjent umiera w ciągu minut kilku, nagłem bowiem wepchnięciem trzew do klatki piersiowej i wzmagającym się uciskiem narządów warunkują się w tym razie powikłania takie, jak wstrząs lub porażenie płuc i serea. Zejście niepomyślne również zależy może od zatrucia gazami kiszek (wskutek uwięźnięcia), dziurawiącego zapalenia otrzewnej lub ropnej odmy powietrznej.

Postawienie trudnej w każdym bądź razie dyagnozy opiera się w pierwszym rzędzie na wywiadach (napady dawniejsze, uraz klatki piersiowej i t. p.); lecz tam, gdzie chodzi o zaciśnięcie jednej tylko i krótkiej pętli kiszkowej, niema danych do odróżnienia sprawy tej od innych postaci uwięźnięcia wewnętrzznego. Gdy uwięźnięciu ulega więcej trzew, wtedy widzimy zapadanie się górnej połowy brzucha przy jednoczesnem wzdęciu dolnego odcinka klatki piersiowej, a dalej — objawy ucisku narządów tego ostatniego obok objawów skrętu. Uwięźnięcie żołądka rozpoznaje się na mocy zwracania pokarmów niebawem po ich przełknięciu oraz oporu, z którym spotyka się zgłębnik na wysokości wpustu. Rozpoznanie różniczkowe przeprowadzić należy co do takich spraw chorobowych, jak *pneumothorax*, *asthma dyspepticum* i *eventratio diaphragmatica*, t. j. nieprawidłowo wysokie ustawienie się przepony, zależne od patologicznego podłoża. Badanie zapomocą promieni ROENTGEN'a ułatwia tu, jak widać z wywodów, pewną w warunkach orientację. Rokowanie w każdym przypadku przepukliny wolnej musi być poważne; w razie uwiąźnięć pogarsza się, oczywiście, więcej jeszcze.

Przypadki nieoperowane kończą się źle bez wyjątku; operacja daje widoki niewielkie. Na 11 spostrzeżeń operowanych otrzymano, zgodnie ze

statystyką MARTIN'a, wyzdrowienie w 3-ch tylko. Wyniki byłyby lepsze, gdyby trafność rozpoznania i wynikające zeń operowanie bezzwłoczne szły z sobą w parze. Rękoczynem najskuteczniejszym może być tylko torakotomia, na korzyść której przemawia technika względnie łatwa i większe oszczędzenie sił chorego, niż to zapewnić może laparotomia po złem rozpoznaniu. W danym przypadku wskazanem było ostatecznie przekłucie rozдутego nadmiernie żołądka, tem więcej, że do stracenia nie było nic zupełnie. Po punkcyi w razie polepszenia się stanu ogólnego, można byłoby dopiero przystąpić do wykonania operacyi doszczętej.

(*Deutsche med. Wochenschr.* 1905, Nr. 49).

K. Niedzielski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. Meunier. Żucie, jako leczenie nadkwaśności żołądkowej.

Autor, podróżując po Ameryce, zauważył, że bardzo wiele osób bez przerwy niemal żuje rodzaj gumy, przypisując temu polepszenie objawów, które im poprzednio dokuczały i świadczyły o złem trawieniu żołądka. Zwyczaj ten żucia [cheving-gum, pepsin-gum, betel, tytoń i t. d.] bardzo rozpowszechniony na Wschodzie i Zachodzie, pobudził autora do odpowiednich badań. Posługiwał się gumą aromatyczną zupełnie nierozpuszczalną, lecz przyjemną do żucia. Użycie jej wywoływało obfite wydzielanie się śliny, 5 — 6 razy większe, niż normalnie. Nie dziw więc, że i ilość strawionych węglowodanów wtedy zwiększa się, jak to pokazały badania autora i jak to widać z następującej tabliczki:

Przypadki	Ciała cukrowe		Ciała krochmalowe rozpuszczone	
	bez żucia	z żuciem	bez żucia	z żuciem
1	3,10 gr.	5,50 gr.	5 gr.	8,20 gr.
2	5,50	8,30	6,80	11,40
3	7	13,60	14	29,10
4	8	16,60	19	28,40
5	8,50	10,20	12,50	15,20
6	12,50	12,50	15,20	17
7	12,50	21,10	21,40	37,30
8	16	41,60	29	52,75
9	25	39,10	29,20	41
10	32,20	48,70	38,70	59

A więc żucie ma swą podstawę naukową i wywiera rzeczywiście wpływ na trawienie żołądkowe, powiększając wydzielanie się śliny, i w ten sposób może następnie zmodyfikować nadmiar wydzieliny żołądka, o czem przekonał się autor u chorych, dotkniętych nadkwaśnością żołądka.

(*Presse médicale.* 1905. N. 102).

Z. Kotarski.

9, Acidol [*Betainchlorhydrat* — betain znajduje się w melasie buraków, w *Lycium barbarum*, *Gossypium herbaceum*, *Vicia sativa*, *Mytilus edulis* i t. d.] kwas solny w stanie stałym, przedstawia się w postaci kryształków bezbarwnych, rozpuszcza się łatwo w wodzie, trudniej w alkoholu. Zawiera on 23,78% kwasu solnego, a więc prawie tyle [25%], co oficynalny kwas solny. 5 kropeł *Acidi hydrochlorici* = 0,5 *Acidoli*. Taką dawkę acidolu zawierają pastylki, znajdujące się w handlu. Mieszanka acidolu z pepsyną ma się odznaczać trwałością. Acidol nie ulatnia się i dlatego nie niszczy metali i może być w kieszeni noszony bez obawy wywołania zniszczeń.

G.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 3-go października 1905 r.

KOZERSKI wygłosił odczyt po tytule „Szkic współczesnej techniki rentgenoterapii z demonstracją odpowiednich aparatów“.

Prace KIENBECK'a były podwaliną nauki o racjonalnem naświetlaniu promieniami ROENTGEN'a. Wykazał on, że stopień odczynu skóry zależy od jakości i ilości wchłoniętych promieni. Jakość promieni zawiśla od stopnia rozrzedzenia gazu w rurce; im rozrzedzenie większe, tem promienie więcej przenikliwe, a rurka wtedy zwie się „twardą“; im rozrzedzenie mniejsze, tem promienie mniej przenikliwe, a rurka wtedy zwie się „miękką“. Stan ten rurki określono początkowo zapomocą obrazu, jaki dawała ręka na floryzującym ekranie. Dokładniej rzecz tę określa radiochromometr BENOIST'a. Włączony we wtórny prąd iskromierz i miliamperomierz kontrolują podczas biegu naświetlania stan rurki. O ile rurka twardnieje, wprowadzamy do jej wnętrza gaz zapomocą różnych systemów regulatorów. Iskroregulator przepuszcza przez rozżarzoną platynę wodór do wnętrza rurki. W regulatorze rurek MÜLLER'a nagrzana przez prąd dodatkowy anoda uwalnia cokolwiek zawartego w niej gazu. Tym sposobem można podczas naświetlania utrzymywać rurki w pożądanym stanie. Częste rentgenowanie pociąga za sobą jednak zmniejszanie trwałości rurki. Od czasu wprowadzenia chromoradiometru HOLZKNECHT'a i radiometru SABOURAUD'a i NOIRET'a można także mierzyć i ilość wchłoniętych promieni. Opracowano tabele, które wykazują poszczegóło, jaką dawkę zastosować należy w każdym przypadku chorobowym. Niepotrzebne są już nieskończone co do liczby posiedzenia z dozami małemi, lecz nieściśłemi i niepewnemi. Obecnie daje się jedną dawkę wiadomą i wyczekuje się odpowiedniego, również nam z góry wiadomego odczynu.

Z porównania tablicy dawek dla skóry normalnej w rozmaitych okolicach ciała z takąż tablicą dla różnych jej stanów patologicznych wynika, że np. łuszczyca, *mycosis fungoides* i inne wymagają dawek, nie wywołujących jeszcze żadnego widocznego odczynu w skórze normalnej; wobec tego, naświetlając np. łuszczycę, nie troszczymy się o los przyległej skóry zdrowej. Rzecz inna, gdy, jak np. w przypadku raka, zachodzi potrzeba zastosowania dawki podwójnej, nie obojętnej dla skóry zdrowej. Wtedy osłaniały ją materiałem, za-

trzymującym większość promieni X. Według HOLZKNECHT'a blacha ołowiana grubości ćwierci milimetra zatrzymuje 95% promieni ROENTGEN'a; jej więc używano w celu pokrycia skóry zdrowej. Nie zabezpieczało to jednakże lekarza. Używane obecnie t. zw. lokalizatory osłaniają nie chorego lub lekarza, lecz samą rurkę, wypuszczając przez otwory różnej średnicy dowolnie wielkie snopy promieni.

Małe przestrzenie dają się naświetlać łatwo; trudność wzrasta w miarę zwiększenia się naświetlanego obszaru. Jeżeli znaczniejszą powierzchnię naświetlimy rurką z niewielkiej odległości, otrzymać możemy zgorzel w środku, silne zapalenie naokoło niej, dalej ku obwodowi epilację; na samym obwodzie reakcyi niema. Ilość promieni jest odwrotnie proporcjonalna do kwadratu z odległości i proporcjonalna do wielkości kąta, pod którym promień pada. Mając zmierzoną ilość promieni, wchłoniętych w jednym punkcie, można wyliczyć ilość promieni, które pochłonął każdy inny punkt dowolny. Prawo to daje możność wyliczenia, jak należy ustawić rurkę, ażeby można było naświetlać jednostajnie większe przestrzenie skóry.

W końcu KOZERSKI podał wskazania do rentgenoterapii i zakomunikował osiągnięte przez siebie w tej dziedzinie wyniki. Odczyt illustrowany był licznymi obrazami nikonowymi z epidiaskopu. [Autoreferat].

Posiedzenie kliniczne dnia 17-go października 1905 r.

MORACZEWSKI L. (ze Lwowa) wypowiedział odczyt pod tytułem: „Kilka uwag, dotyczących dyetyki choroby cukrowej“.

Zaznaczywszy na wstępie, że dawniejszy podział cukrzycy na ciężkie i lekkie formy dotąd się utrzymuje, podał prelegent w krótkości przebieg i objawy każdej z tych postaci. Istota choroby polega według niektórych badaczy na niedostatecznym spalaniu, według innych na braku syntezy cukru. Ostatnia teoria ma za sobą znaną tolerancję cukrzycy dla cukru lewozrotnego i dobre wyniki przy leczeniu jednym gatunkiem węglowodanów. Dyeta polega na głodzeniu chorego i dążyć powinna nie tylko do usunięcia cukru, lecz więcej do powiększenia nań tolerancji organizmu. Ogólna dyeta ma na celu usunięcie węglowodanów z pokarmów i polega na empiryzmie; głębszą treścią takiej diety jest pozbawienie ustroju łatwo spalanych środków pożywienia.

W ostatnich czasach zaczęto zwykle potrawy mączne zastępować kartoflami lub mąką owsianą albo jęczmienną ze względu na większą obfitość soli mineralnych. Zastępowanie mąki zwykłej i pieczywa przez mąkę glutynową, aleuronatową, troponową t. p. pozbawione jest głębszej wartości. Najlepszym środkiem jest chleb grubo mielony, bo ziarna otoczone plewą i glutyną, trudno są dostępne dla soków trawiennych i małym ulegają w organizmie zmianom. Wystąpienie w moczu acetonu nie powinno wstrzymywać energicznej kuracyi; usuwać go najlepiej zapomocą soli zasadowych.

Prelegent wyraża przekonanie, że skaza moczanna jest cierpieniem pokrewnem z cukrzycą i często ją zwiastuje, stąd słuszne jest stosowanie u podagryków diety, zalecanej przy cukrzycy.

LANDAU ANASTAZY prostuje twierdzenie prelegenta, jakoby leczenie cukrzycy jednostajnym gatunkiem węglowodanów — mąką owsianą lub jęczmienną — miało obniżać cukromocz. Dyeta powyższa działa pomyślnie jedynie na acetonurję. Sam projektodawca tej diety — NOORDEN — nazywa ją przeciw-acetonową, nie zaś odcukrzającą.

Co do etyologii cukrzycy L. zwrócił uwagę na pominiętą przez prelegenta postać t. zw. *lipogener Diabetes*, której istnienie przypuszcza NOORDEN w niektórych przypadkach otyłości. Nie zgadza się on z prelegentem w sprawie zapobiegania cukrzycy w przypadkach indykanuryi i oksaluryi. Nie można tego rodzaju chorem uszczuplać dowozu węglowodanów: po pierwsze dla-

tego, że niema żadnej pewności, że chorzy tacy rzeczywiście w przyszłości na cukrzycę zapadną, powtóre zaś, że mięsa dużo spożywać nie mogą, bo grozi im dna.

Rzętkowski zaznacza, że ilość cukru w moczu sama przez się nie stanowi zgola o ciężkości choroby. Acetonurya jest objawem bardzo poważnym. Rz. zgadza się z prelegentem, że rozmaite chleby dla diabetyków nie mają faktycznej wartości. Co do chorych usposobionych do cukrzycy i leczenia ich zapobiegawczego, Rz. mniema, że nie posiadamy dotychczas żadnego sprawdzianu, na zasadzie którego możnaby było dane osobniki kwalifikować do kategorii zagrożonych cukrzycą. Leczenie zatem zapobiegawcze nie ma podstaw.

DUNIN nie może zgodzić się ze zdaniem prelegenta, jakoby chorzy, wydzielający z moczem duże ilości kwasu moczowego lub oksalatów, stawali się w następstwie diabetykami. Wogóle z objawów tych nigdy cukrzycę przeczuwać nin można, chyba u osobników otyłych.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.

— W sprawie odezwy, dotyczącej wyborów do Izby Państwowej [Dumy], a podpisanej, między innymi, przez Związek lekarzy polskich, otrzymujemy liczne protesty przeciw nazywaniu zdrajcami tych, którzy w wyborach wezmą udział, oraz zapytania, czy Związek lekarzy polskich można uważać za wyraziiciela opinii większości naszych lekarzy. Redakcja czuje się w obowiązku odpowiedzieć, że Związek nie stanowi większości lekarzy polskich, lecz tylko małą ich część. Co się zaś tyczy piętnowania mianem zdrajców ludzi odmiennych zapatrywań politycznych, to, uznając konieczność ścierania się sprzecznych poglądów, musimy jednakże z całą stanowczością potępić metodę zwalczania przeciwnika drogą bezczeszczenia go, jako metodę szkodliwą i nieodpowiadającą poziomowi kulturalnemu i moralnemu ludzi oświeconych.

— W ubiegłym tygodniu wyczytaliśmy w czasopismach codziennych zawiadomienie tutejszej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej o wakującej posadzie zarządzającego stacją elektroterapeutyczną przy ambulatoryum szpitala Dzieciątka Jezus. Posada ta przynieść ma szczęśliwemu wybrańcowi losu zaszczyt nazywania się ordynatorem nadetatowym, t. j. pracowania bez grosza pensyi lecz za to *à discretion*. Jeszcze więc jedno wymaganie jałmużny od lekarza! Przy sposobności musimy zaznaczyć—czegośmy w danej chwili nie mogli zrobić—iż pomysł utworzenia stacji elektroterapeutycznej dla chorych przychodnich nie należał do najszcześniejszych. Wydano dużo pieniędzy, a korzyść mała i w nieodpowiednim kierunku zwrócona. Rozumiemy, iż gdyby szpitale nasze w gospodarce wewnętrznej tak były zaopatrzone, iżby w danej chwili nic w nich nie pozostawało do zrobienia, a kasa ich była pełną, to utworzenie takiej stacji dla chorych przychodnich nie byłoby bez korzyści i pożytku dla cierpiących i świadczyłoby dobrze o uczuciu humanitarnem

zarządu szpitala. Lecz w stanie obecnym szpitala Dzieciątka Jezus są oddziały na których niema zupełnie urządzeń do stosowania elektryczności w celu leczniczym, na innych, gdzie coś w tym rodzaju sklecono, lecz są one zepsute [gdyż o stałym mechaniku nie pomyślano], a na wszystkich — niedostateczne, tak, że chorzy leżący stale w szpitalu, często z daleka przyjezdni, a więc uiszczający opłatę z własnej lub gmin kieszeni, kwalifikujący się do leczenia elektrycznością, pozbawieni są odpowiedniej pomocy i muszą się ze szpitala wypisać, jeśli nie chcą być na „chronicznej obserwacji lub ekspektacji“. Czyżby więc zamiast stwarzać jeszcze jednego ordynatora, pracującego „na darmo“ i „na wynos“, nie lepiej było, korzystając ze sposobności, urządzenia elektryczne ze stacyi przeznaczyć do wewnętrznego użytku szpitala, do jednego z oddziałów urządzeń tych nie posiadających, do któregoby ciężiej chorzy i wymagający istotnie stosowania różnych rodzajów elektryczności mogli być zapisywani przez lekarzy, prowadzących ambulatorya w szpitalu Dzieciątka Jezus?

— Donosiliśmy już w ostatnim numerze „Gazety“ z r. z., iż we Lwowie pod redakcją prof. BECKA i prof. SIEBADZKIEGO zaczął wychodzić „Lwowski Tygodnik Lekarski“. Obecnie mamy pod ręką 3 numery tego czasopisma. W odezwie od redakcyi czytamy, iż „teraźniejsza prasa polska lekarska czyni w ogóle zadość w obecnych naszych stosunkach wymaganiom społeczności lekarskiej i spełnia wzorowo swoje zadanie, mimo, że warunki jej istnienia i rozwoju są trudne, jak trudną jest w obecnej chwili praca naukowa polska — wskutek naszego położenia narodowego, politycznego i ekonomicznego“. Stwarzając nowe tygodniowe czasopismo lekarskie, nie tylko założyciele jego mieli przeświadczenie, że „spełniają prawdziwy obywatelski obowiązek“, lecz i ogół był tegoż przekonania, gdyż, jak czytamy w tejszej odezwie, „prawie ogólny głos szerokich kół lekarskich domagał się już od dłuższego czasu stworzenia tego nowego ogniska i łącznika naukowego, a dalsze zwlekanie z rzeczywistniem tego powszechnego pragnienia byłoby wprost karygodnem zaniedbaniem obowiązków stanu lekarskiego względem siebie i społeczeństwa“. Rzadko, które pismo urodziło się pod tak szczęśliwą wróżbą, a żadnego chyba narodziny nie były tak pożądane, to też sądzimy, iż tak oczekivanemu benjaminkowi tenże ogół lekarski nie tylko umrzeć nie pozwoli, lecz nie szczędząc mu swej pomocy [naukowej i materyjalnej] zapewni mu długi i dostatni żywot na pożytek kraju i nauki — czego jednemu i drugim serdecznie życzymy. Każdy z numerów „Tygodnika“ zawiera 2—3 artykułów oryginalnych i liczne streszczenia; układem więc nie różni się od dawnych czasopism lekarskich, formą zbliżony jest do „Przeglądu Lekarskiego“ krakowskiego. „Tygodnik“ wychodzi co czwartek, w objętości 1½ arkusza druku; cena jego u nas 6 rubli.

— Badania Ross'a, przełożonego szkoły medycyny podzwrotnikowej w Liwerpolu, przekonały go, iż pluskwy przenoszą malarię tak samo, jak komary. Sądzi on nadto, iż mogą one przenosić zarazek gruźlicy i różnych chorób zakaźnych.

— Na prośbę wielu deputowanych parlamentu niemieckiego postanowiono wstawić do budżetu sumę 100000 marek na badanie syfilisu.

— W Berlinie otworzono seminaryum medycyny socyalnej, a katedrę tejsze objął dotychczasowy prof. higieny KIRCHNER.

— Z okazji srebrnego wesela pary cesarskiej niemieckiej przeznaczyły; miasto Berlin 100000 marek na urządzenie uzdrowiska dla chorych na płuca; miasto Wrocław 360000 na „Säuglingsheim“ i 40000 marek rocznie na jego utrzymanie; Neubauer 100000 marek na wybudowanie szpitala dla dzieci w Magdeburgu; miasto Mühlheim [nad Renem] 50000 marek na walkę z gruźlicą; miasta Schöneberg i Solingen sumy na wybudowanie uzdrowisk dla suchotników.

— W Niemczech zabroniono aptekom wydawać migreninę bez recepty lekarza.

— Przypadki zapalenia nęfrycznego opon mózgowo-rdzeniowych zaczęły się znów pojawiać na Górnym Śląsku.

— SCHAUDINN, zasłużony w wykryciu krętka bladego, jako przyczyny syfilisu, został mianowany przez zarząd miasta Hamburga naukowym asystentem katedry zoologii z pensją 9000 marek.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1906 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok zeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz.