

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Choroby nerwowe.

285. A. VETTER. O odruchach, jako środka rozpoznawczym przy ciężkich cierpieniach ośrodków nerwowych. (*Sam. Kl. Vor. — Volkmann. 261 Hft.*).

Odruchami nazywamy skurcze mięśniowe, występujące wskutek czuciowego lub zmysłowego podrażnienia, bez udziału aktu woli; drogi, jakimi przechodzą wspomniane podrażnienia w impulsy ruchu, nie są jeszcze zupełnie dokładnie znane, mimo wielu prac w tym kierunku. Doświadczenia Soltmann'a pokazały, że u nowonarodzonych psów drażnienie elektrycznością ruchowych ośrodków (psychomotorycznych) w półkulach żadnych ruchów nie wywołuje, a dopiero po 10—16 dniach; przenosząc to na ludzi, można wywnioskować, że wszystkie ruchy dziecka w pierwszych dniach życia są bezwiedne, odruchowe; podobny stan spotykamy u niższych organizmów.

Te ruchy bezwiedne mogą być jednak hamowane, także bez udziału woli, za pomocą drażnienia innej grupy nerwów obwodowych, lub też wskutek jakiegoś podrażnienia, powstającego w ośrodkach nerwowych; temu prawu podlegają nawet tak ważne dla organizmu odruchowe procesy, jak kurczenie się serca i oddychanie, czego dowodem doświadczenie Goltza (Klopfversuch). Ztąd też, z braku lub wzmoczenia pewnych odruchów, można wyprowadzać wnioski o zmianach w ośrodkach nerwowych.

Rozpatrzmy teraz wartość rozpoznawczą odruchów przy chorobach mózgu—mianowicie przy porażeniach połowicznych, bez względu na to, jakie ogniskowe spr-

wy je wywołały (wylew krwi, zator, nowotwór i t. p.).

Autor rozpoczyna od odruchów skórnych.

1) *Odruch podeszwy* (Fusshohlenreflex). Przy uklóciu podeszwy zwykle następuje albo zgięcie stopy tylko, lub też i zgięcie kolana, a nawet uda; otóż przy ostrych porażeniach im cięższy wypadek, tem słabiej wyrażony będzie ów odruch, a nawet może go być brak zupełnie. W tym razie widzimy odruch całej grupy mięśni; w następnych wyraża się on jako odosobniony efekt mięśniowy i dla tego w wypadkach połowicznego porażenia z utratą przytomności służy do rozpoznania, która strona porażoną została.

2) *Cremasterreaction*. Przy pociągnięciu paznogciem po wewnętrznej powierzchni uda zwykle unosi się odpowiednie jądro ku kanałowi pachwinowemu; na porażonej zaś stronie to unoszenie się jest bardzo nieznaczne, podczas gdy na zdrowej bywa silniejszym niż zwykle.

Stalość wspomnianego objawu jest dość znaczna, gdyż Eulenburg znajdował omawiany odruch u 70% zdrowych dzieci; z wiekiem stosunek ten się nieco zmniejsza.

3) *Odruch brzuszny* (Bauchreflex) polega na tem, że poprowadziwszy paznogciem po mięśniach brzusznych, wywołujemy ich skurcz; prowadzi się zwykle palcem lub ostrym końcem młotka po zewnętrznej stronie m. recti abdominis; odruch ten także niknie po stronie porażonej i tylko później znowu powoli się wzmacnia; odruch ten ma większe znaczenie, gdyż jest stalszym od ruchu jądra.

4) *Odruch sutkowy*—polega na naprężeniu się sutka przy lekkim drapnięciu.

Za pomocą opisanych prób konstatujemy łatwo, która strona porażoną została. Dodać tu można jeszcze bardzo znane odruchy twarzowe; w wątpliwych wypadkach dają one także cenne wskazówki.

Wiadomo, że rdzeń przedłużony jest ośrodkiem wielu złożonych odruchów; przytem tamże znajduje się ośrodek drgawek ogólnych; przez przeniesienie podrażnienia obwodowego na ten ośrodek wynika padaczka odruchowa.

Początkujący przykład takiej padaczki podaje dr. Weber; pewien człowiek skaleczył się w palec; przy drażnieniu zranionego miejsca występowały odruchowe skurcze mięśni przedramienia, przy silniejszym — ramienia, przy jeszcze silniejszym — utrata przytomności i drgawki padaczkowe; przy bardzo silnem podrażnieniu padaczka występowała odrazu.

Otóż przy tego rodzaju padaczkowych drgawkach najlepiej uwydatnia się prawo hamowania odruchów podrażnieniem obwodowem: czy to za pomocą ucisku, czy przyszczydeł kolistych (Hirt).

Następnie autor zastanawia się, o ile można w celach rozpoznawczych spożytkować odruchy źrenicy. Co się tyczy nierówności źrenic, to tej przy pół-porażeniach zauważyć się nie daje; jest ona za to ważną oznaką przy poczynających się pomieszaniach: w 16-tu wypadkach poczynającego się porażenia postępowego Erb obserwował ją 10 razy. Natomiast ważną oznaką są nieruchome źrenice; pominiawszy nawet ich wartość rozpoznawczą w początkach uwiędu rdzeniowego (Erb), zwróćmy uwagę na znaczenie ich przy ostrych porażeniach: brak odruchu na światło dowodzi zawsze ciężkiego ucisku mózgu; rozszerzone nieruchome źrenice przy śpiączce udarowej robią rokowanie bardzo złem. Rozszerzenie i nieruchomość źrenic są bardzo ważnym rozpoznawczym znakiem przy śpiączce padaczkowej, pozwalając odróżnić od napadów hysterio-epileptycznych i demaskując ymulantów, jako objaw od woli niezale-

żny. Przy ciężkich wstrząśnieniach mózgu widzimy także brak odruchu na światło.

5) *Odruchy ścięgniaste*. Przy śpiączce udarowej brak zwykle obu odruchów kolanowych, podczas gdy wspomniane wyżej odruchy skórne brakują tylko na stronie porażonej; jeżeli zaś mamy przytem nieruchomość źrenicy, a odruchów skórnych nie ma po obu stronach — postawić należy rokowanie śmiertelne.

Zachowanie się odruchów w okresach późniejszych jest różne: odruch kolanowy stosunkowo szybko (1—2—3 miesiące) nie tylko powraca, lecz nawet jest po stronie porażonej wzmocniony; odruchy skórne wracają wolniej, pierwszej odruch jądra (cremasterreflex) — później odruch brzuszny.

Objaw stopowy Westphala (Fussphänomen Westphal's) — polega na tem, że zgiąwszy raptownie stopę, wywołujemy jej drgawki kloniczne; objaw ten ma to samo znaczenie, co wzmocnienie odruchu kolanowego, lecz jest ważniejszym, gdyż zdarza się tylko w stanach chorobowych.

Zniesienie odruchów wskutek ataku udarowego objaśnia się na mocy wyżej przytoczonego prawa: podrażnienie ośrodków nerwowych wywiera wpływ hamujący na odruchy; dla czego jednak potem następuje wzmocnienie niektórych?

Schwartz objaśnia to podrażnieniem przewodów ruchowych w piramidach wskutek procesów, będących następstwem udarowego ogniska; van ter Meulen zaś wprost ustąpieniem siły hamującej. Wiele światła rzucają na tę kwestyję doświadczenia Goltz'a: usuwał on u psów część lewej półkuli, wskutek czego szczypanie kończyny tylnej odruchu nie wywoływało; jednak po paru miesiącach odruchy występowały bardzo wyraźnie. Goltz robi słuszną uwagę, że ogniska udarowe mogą działać hamująco i na inne punkta w samych ośrodkach nerwowych, dla tego też pamiętać należy, że w wypadku udaru mamy przed sobą nie tylko objawy wywołane zniszczeniem pewnych

części mózgu, ale i inne, zależące od zahamowania innych ośrodków; te ostatnie objawy z biegiem czasu ustępują. Jeżeli odruchy skórne długo nie wracają, nie może to być objaśnianem ich zahamowaniem, lecz pół-porażeniem samych mięśni.

Jeżeli zaś wkrótce po ustąpieniu napadu widzimy odruchy nie osłabione, lecz wzmożone, dowodzi to, iż ognisko chorobowe wywarło wpływ drażniący na drogi ruchowe w piramidach (doświadczenia Adamkiewicza).

Wiadomo, że jeżeli wylew krwawy zniszczy część dróg w piramidach, porażenie jest niewyleczalne; manifestuje się ono przez występujące po 1½–2 miesięcy przykurczenia, które Charcot w przeciwstawieniu do biernych (przykurczeń) nazywa spóźnionymi (tardives).

Autor rozpatruje, o ile z zachowania się odruchów można stan ten rozpoznać jeszcze przed wystąpieniem wyż wspomnianych przykurczeń. Charcot jako moment rozpoznawczy podaje swoje „trepidation provoquée“ (= epilepsia spinalis wywołuje się w sposób następujący: goleń wisi wolno podparta pod kolanem, jeżeli wielki palec odgiąć nagle ku górze, to następuje szereg miarowo następujących za sobą ruchów: drżenie o prawidłowych mniej więcej i trwałych wahanach). Autor przyznaje, że w Niemczech tej metody nie używają; próba zaś na „Fussphänomen“ Westphala żadnych pewnych wyników nie daje; można tylko przy istnieniu ostatniego objawu, wspólnie z wczesnym wzmożeniem odruchu kolanowego, wyprowadzić wniosek o stanie podrażnienia dróg ruchowych w piramidach, które w zwyrodnienie przejść *może*, ale nie *musi*.

Zachowanie się odruchów przy cierpieniach mlecza daje nam ważne wskazówki innego rodzaju; nie chodzi tu, jak poprzednio, o rozpoznanie strony porażonej, gdyż objawy są obustronne: jednak z natężenia, przyspieszenia lub zwolnienia i zupełnego braku pewnych objawów mo-

żemy wyprowadzać ważne wnioski co do natury cierpienia; również można dokładnie oznaczyć do jakiej wysokości mlecza cierpienia się rozciąga: np. brak odruchu brzuszno-każę wnioskować o wyższym umiejscowieniu sprawy, niż brak odruchu jądra.

Z licznych doświadczeń nad odruchami autor wspomina Tarchanoff'a, który, przecinając u kaczek mlecz między 4 i 5 kręgiem szyjowym, wykluczał działanie mózgu: tak skaleczone kaczkę wykonywały bardzo prawidłowo ruchy pływania nogami i sterowania ogonem; położone na stole, przy najmniejszym podrażnieniu wykonywały gwałtowne ruchy, co dowodzi wzmożenia odruchów; ostatni fakt rzuca światło na płasawiczne drgawki u ludzi, przy których chory taki, dotknąwszy nogą podłogi (jak kaczkę stołu) nie może chodzić, a tylko gwałtowne ruchy wykonywa; ten sam fakt objaśnia porażenia hysteryczne spastyczne (właściwie rzekome), przy których chorzy, obok zachowanej ruchliwości kończyn dolnych i normalnej siły mięśniowej, chodzić nie mogą.

Najważniejsze znaczenie dla rozpoznawania chorób mlecza przedstawiają: 1) odruch źrenicy i 2) odruch kolanowy.

1) Brak odruchu źrenicy na światło, obok zmian jej wielkości przy akomodacji jest bardzo ważnym znakiem rozpoczynającego się uwiązdu rdzeniowego; w późniejszych okresach towarzyszy mu zwężenie źrenicy: Erb widział nieruchomość w 84,5% wypadków, w 52% — wspólnie ze zwężeniem; mamy tu do czynienia także z zahamowaniem odruchu, przyczyna którego musi leżeć między ośrodkiem nerwu wzrokowego i okoruchowego.

2) Odruchy ścięgien, powięzi i okostnej. Z ostatnich wspomina autor tylko o odruchu podżebrowym (Hypochondrienreflex—Reinhard), który polega na tem, że jeżeli ucisnąć mocno ścianę brzuszną około linii sutkowej lub pachowej pod ostatnie żebro, to następuje jakby kurczo-

wy wdech. Następnie przechodzi do odruchu kolanowego: ważny ten objaw został spostrzeżony jednocześnie przez Erb'a i Westphal'a; Tschirjew, za pomocą kolejnych cięć poprzecznych rdzenia doszedł, że objaw ten znika tylko po przecięciu między 5 i 6 kręgiem lędźwiowym, lub przecięciu tylnego pęczka 6-go nerwu lędźwiowego, podczas gdy cięcie niżej przeprowadzone odruch kolanowy wzmacnia. Przecięcie n. cruralis znosi odruch, przecięcie n. ischiadicus — wzmacnia go.

Klinicznie widzimy brak odruchu przy zwyrodnieniu tylnych pęczków rdzenia, gdy takowe dochodzi do lędźwiowej części rdzenia, lub tam się rozpoczyna; przytem zwyrodnienie rozpoczyna się w pęczkach Burdach'a (boudelettes externes autorów francuzkich) i temi dosyć długi czas ograniczać się może, powodując tylko bóle strzelające (Charcot); Adamkiewicz podaje, że pole zwyrodnienia na cięciu poprzecznym przedstawia się w formie S, i że nawet w zdrowych rdzeniach udawało mu się za pomocą barwienia szafranem wykazać to pole w formie półksiężyca, z kądem można by wyprowadzić wniosek, że jest to pole specjalnie do zwyrodnienia usposobione.

Braku odruchu kolanowego u zdrowych nie widział Westphal ani razu; podług Eulenburg'a i Bergera może się to zdarzyć, lecz bardzo rzadko; dla tego też radzi autor zwracać na ten objaw szczególniejszą uwagę: 1) jeżeli chory skarży się na bóle w nogach, 2) przy bólach w odbycie i szyjce pęcherza, 3) przy podwójnym widzeniu i osłabieniu wzroku; brak przy wspomnianych objawach odruchu kolanowego czyni prawdopodobnym począwszy się uwiąd rdzeniowy. Przytem zwracać należy uwagę, że odruch kolanowego brak przy normalnej, lub mało zmienionej sile mięśni i przy normalnej ich objętości, przy normalnej pobudliwości elektrycznej mięśnia czterogłowego (Erb). Zachowanie się skórnych odruchów przy uwiąznięciu rdzeniowym jest mniej stałe: au-

tor widział w okresie bólów strzelających wzmocnienie odruchu stopowego, przy stopieniu uczucia dotyku — osłabienie lub brak tego odruchu. Podług Erb'a odruch brzuszny częściej bywa wzmocniony, odruch zaś jądra osłabiony, lub zniesiony. Wspomnieć tu należy o możliwości błędu, wskutek fałszywego odruchu kolanowego: Westphal podaje, że u chorego, którego badanie pośmiertne wykazało zwyrodnienie pęczków tylnych, odruchu kolanowego w początkach choroby nie było, wystąpił on później; jednak występował on także po uniesieniu skóry nad ścięgnem w fałdę, a nawet przy szczypaniu skóry, co dowodzi, że miano tu do czynienia z odruchem skórnym, a nie ścięgnistym.

Przy znacznej poprawie, t. j. przy usunięciu wielu objawów uwiąznięcia, brak odruchu kolanowego utrzymuje się stale (Erb).

Pamiętać należy, że brak odruchu kolanowego przemijający obserwować można przy niektórych zatruciach: przy uwiąznięciu sporyszowym (Ergotintabes) i, co częściej się zdarza, przy chronicznym zatruciu wysokiem (p. „Kronika Lekarska“, 1884, str. 843), co tem łatwiej może w błąd wprowadzić, iż spotykamy przy tej ostatniej chorobie zaburzenie w chodzeniu (Westphal), polegające na wysokości unoszenia uda, jednak bez wyprostowania w kolanie (co odróżnia od chodu tabetyków) poczem stopa, wykręcona na zewnątrz, mocno uderza o podłogę. W niektórych wypadkach możemy brakujący odruch kolanowy wywołać: tak Baienlacher wywołał go po 6-ciu latach za pomocą zastrzyknięcia morfiny; Schreiber — za pomocą wstrzyknięcia strychniny (0,003 — 0,008) w okolicę lędźwiową; te rękoczynny u prawdziwych tobetyków pozostają bez skutku.

Bloch podaje, że u niektórych członków rodziny, wyraźnie nerwopatycznej, brak odruchu kolanowego stanowił jedyny objaw tego usposobienia, z drugiej strony Pelitzaeus zwraca uwagę, że u nie-

których dzieci *czasowo* może braknąć tego odruchu, a żadne objawy nerwowe później nie występują.

Przy ostrych bezładach po ostrych cierpieniach mlecza, lub po chorobach zakaźnych, odruch kolanowy może istnieć; przy porażeniach błonicowych brak go zawsze; przy bezładzie dziedzicznym (Friedreich) najczęściej brak odruchu; podług Broussè ma tu miejsce rozlane stwardnienie opon mlecza.

Czy istnieją cierpienia mlecza, przy których brak wszystkich odruchów? Ważne wskazówki w tym względzie dają doświadczenia Ehrlich'a i Brieger'a: podwiązywali oni tętnicę główną na godzinę, poczem następowała zgorzel szarej substancji mlecza łądźwiowego, przyczem istota biała pozostała nietkniętą; kończyny tylne były pozbawione czucia i ruchu, odruchów *nie było ani śladu*, porażenie pęcherza i odbytu; nastąpiło zwyrodnienie mięśni i nerwów kończyn dolnych, podczas gdy przy starannem utrzymaniu żadnych zaburzeń w odżywianiu skóry nie było; dowodzi to, że komórki zwojowe szarej substancji zawierają ośrodki troficzne dla mięśni i nerwów, podobne zaś ośrodki dla skóry mieszczą się gdzieindziej.

Tak samo *wszelki brak odruchów* znajdujemy przy zniszczeniu szarej substancji—jak przy ropniach, lub wylewach krwawych; toż samo być może i przy *poliomyelitis*, która odróżnia się od poprzednich stanów gorączką, nie tak nagłym, choć ostrem wystąpieniem porażień; *brakiem* porażenia zwieraczy, zaburzeń czucia i odleżyn.

Przy meningitis spinalis haemorrhagica, jeżeli tylko nie został zniszczony n. cruralis, odruchy ścięgniste są *wzmoczone*; z zachowania się odruchów skórnych (brzusznego i jądrowego) można wnosić, na jakiej wysokości wylew krwi nastąpił.

Przy *myelitis* w stadyjum podrażnienia (nadczułość, drgawki) znajdujemy odruchy wzmocnemi; przy wystąpieniu porażień czucia i ruchu odruchy skórne zawsze

są zniesione lub przynajmniej osłabione, odruch kolanowy *może* być zniesionym Myelitis ex compressione w części szyjowej lub grzbietowej charakteryzuje się *zawsze* wzmożeniem odruchów (przerwanie dróg hamujących).

Dalej zwraca się autor do porażień atroficznych, nie mających głównego, a przynajmniej wyłącznego siedliska w szarej substancji. Dawniej podług poglądów Buhl'a i Oertel'a uważano porażenia dyferytyczne jako skutek poliomyelitis pasożytowej natury; zmieniły się te poglądy, od czasu jak Meyer wykrył w nerwach obwodowych rozsiane porenchymatyczne zapalenia, w ten sposób objaśniają się rozrzucone porażenia, które po błonicy obserwujemy; w niektórych wypadkach znajdujemy obok rozsianych zmian w nerwach, także zmiany i w szarej substancji; te formy stanowią jakby przejściowe między *neuritis multiplex* i *poliomyelitis*.

Podług Meyer'a w wspomnianych wypadkach działa substancja zakaźna na cały system, porażając jednak chętniej nerwy obwodowe, niż ośrodki. Przy czystych *neuritis multiplex* brak bardzo często odruchu kolanowego, co powoduje czasem zmieszanie z *poliomyelitis subacuta*; ważnym momentem rozpoznawczym są zaburzenia czucia, których nie ma przy poliomyelitis; przytem zaburzenia czucia mogą się nierozciągać na całe terytorjum chorego nerwu. Remak podaje, że jeżeli przy częściowym odczynie zwyrodnienia odruchy ścięgniste są, przyjąć należy poliomyelitis, gdyż nawet przy lekkim pierwotnem zapaleniu nerwów mięszanych, nawet bez istnienia porażień, *odrchy ścięgniste są zniesione*.

O *neuritis multiplex* alkoholików i jej podobieństwie do *tabes* było wspomniane wyżej.

Tabes i neuritis multiplex są niejako związane ze sobą przez formę nazwaną *tabes periferique*; Westphal, Dejerine zwrócili uwagę, że w tych wypadkach podle-

gają zwyrodnieniu głównie nerwy skórne, po części mięśniowe; pnie nerwowe; korzonki i zwoje są nietknięte, pęczki tylne w jednych wypadkach przyjmują udział w cierpieniu, w innych nie; te ostatnie wypadki, zwane *nervo-tabes peripheriques*, mają wspólne z rzeczywistym uwiązaniem tylko bezład i brak odruchu kolanowego i może słuszniej powinny być uważane jako zapalenie obwodowych skórnych i mięśniowych nerwów. Wypadki czystej neuritis odróżniać należy od pierwszej formy (t. j. kiedy i pęczki tylne udział przyjmują) na mocy wyraźnych anestezyi, braku objawów ze strony oka i pęcherza.

Widzimy, że uwiązanie rdzeniowe w początkach może się umiejscowiać nie w samym mleczu, ale zewnątrz jego i tem można objaśnić tak długie ograniczanie się cierpienia w niektórych wypadkach bólami strzelającymi i utratą odruchu kolanowego; jeżeli przytem przyjmiemy pod uwagę, że zmiany anatomiczne zjawiają się na raz w kilku oddalonych miejscach (n. opticus, n. ulnaris) możemy przypuścić, że i tu, podobnie jak przy neuritis ma miejsce działanie jakiegoś zarazka, który jednak przeważnie działa na pęczki tylne, co nadaje chorobie pewne charakterystyczne piętno.

W jakich wypadkach znajdujemy odruchy *wzmoczonemi*? Wzmoczenie odruchów znajdujemy często u zdrowiejących po ciężkich chorobach, suchotników, przy macinnictwie; z chorób mlecza wspomniano już o stadyjum pobudzenia przy myelitis, także przy myelitis ex compressione w szyjowej i grzbietowej części mlecza; toż samo widzimy przy sclerosis multilocularis, jeżeli tylko nie jest zajęty n. cruralis.

Zostaje do rozpatrzenia skleroza pęczków bocznych; czysta jednak skleroza boczna nie jest chorobą „*sui generis*“, lecz objawem; podług Westphal'a samodzielnie zjawia się ona tylko przy paraliżu postępowym z obłąkaniem, zwykle zaś jako

następstwo ogniskowych cierpień w mózgu; godnem uwagi jest to, że przy jednostronnem ognisku może nastąpić dwustronna skleroza boczna. We wszystkich wypadkach zwyrodnienia bocznych pęczków znajdujemy odruchy ścięgniaste wzmożonemi, co się objaśnia przerwaniem drogi dla impulsów hamujących, w mózgu siedlisko mających (Jendrossik).

Przy sclerosis lateralis amyotrophica Charcot, która polega na zaniku wielobiegowych komórek przednich rogów substancji szarej, z jednoczesnem zwyrodnieniem pęczków bocznych i powoduje zanik i pół-porażenie kończyn górnych razem z porażeniem kończyn dolnych, odruchy ścięgniaste znajdujemy *wzmoczonemi*. Fakt ten jest bardzo ważnym znakiem rozpoznawczym dla odróżnienia omawianego cierpienia od *zaniku mięśni postępowego*, przy którym odruchy ścięgniaste są *osłabione* albo zupełnie *zniesione*.

Podczas gdy odruch kolanowy jest tak ważnym objawem rozpoznawczym przy cierpieniach mlecza, nie można mu nadawać tego znaczenia przy cierpieniach obwodowych: tak np. Westphal znajdował brak jego po lekkim naciągnięciu n. cruralis; autor widział brak rzeczonego objawu u jednego chłopca po dyfteryi, chociaż nie było osłabienia m. wyprostnego goleni i bezładu; Bernhardt zaś podaje, że brak odruchu kolanowego może nawet wystąpić w 6—8 tygodni po dyfteryi.

Kazimierz Ciałliński.

286. W. R. GOWERS. **Rozpoznawcze znaczenie tak zwanych „odrchów ścięgniastych“.** *On the diagnostic value of the so-called „Tendonreflexes“.* (*The Lancet*, Nr. 19, T. II—r. 1885).

Zadaniem tej pracy jest wykazać znaczenie tak zwanych odruchów ścięgniastych. Pomimo, że dopiero od kilku lat znamy ten objaw, jednak jego literatura jest dość obszerną. Objaw ten posiada bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze.

Odruchy ścięgniaste nietylko pomagają nam rozpoznawać choroby, ale poma-

gają nam także do zrozumienia samych chorób.

Najlepszy sposób wywołania tych objawów jest następujący: Naprzód wywieramy pewne prężenie na mięsień, następnie, lekko uderzając jego ścięgno, otrzymuje się skurcz danego mięśnia. Natężenie pobudza doprowadzające (afferent) włókna nerwowe, kończące się w śródmiąższowej tkance łącznej. Te włókna doprowadzające dochodzą z drugiej strony do ośrodków odruchowych, znajdujących się w szarej substancji rdzenia kręgowego; ośrodki te możemy nazwać ośrodkami odruchowymi mięśni. Otóż wrażenie, wywołane uciskiem lub natężeniem mięśnia, sprowadza tego rodzaju zmiany w ośrodku, że ten ostatni przez nerwy ruchowe wywołuje skurcz mięśnia,—skurcz, podobny do fizjologicznego tonusu. Fizjologija już oddawna utrzymuje, że tonus zdaje się istnieć tylko wtedy, jeżeli istnieje pewne naprężenie mięśnia, z pewnością zaś tylko wtedy, gdy mięsień jest połączony ze swoim ośrodkiem nerwowym. Lekko naprężony mięsień jest bardzo wrażliwym na mechaniczne pobudzenia. Lekkie uderzenie mięśnia lub jego ścięgna wywołuje nagły i krótki skurcz. Podtrzymując te skurcze przez ciągłe uderzenia sprowadza się kloniczne drgawki nogi.

Zdaniem autora w całej tej sprawie *nerwy ścięgna nie odgrywają żadnej roli*, a tem samem wyrażenie „odruchy ścięgniaste“ nie ma żadnej racji bytu. Zdaniem autora odruchy te przypisać należy t. zw. przez G. „*pobudliwości mięśniowej*“ (myotatic irritability) t. j. pobudliwości napiętego mięśnia. Tylko w ten sposób można zrozumieć stosunek tego objawu do innych, np. brak tego objawu przy utracie napięcia (tonus), wzmocnienie tego objawu przy wzmocnieniu napięcia mięśnia.

Autor w tem miejscu zadaje sobie więcej teoretycznej natury pytanie: W jaki sposób ośrodek mięśnia odruchowy wzmacnia mięśniową pobudliwość. Dla

zrozumienia tego pamiętać należy: 1) że te ośrodki w stanie prawidłowym znajdują się pod nadzorem, który hamuje ich działanie; 2) że ten nadzór wykonywają części nerwowe szarej substancji rdzenia, a znajdujące się na tej samej powierzchni, co wzmiankowane ośrodki i 3) że w tych dozorujących częściach nerwowych kończą się włókna pęczków bocznych. Jeżeli pęczki boczne ulegną zwyrodnieniu, w takim razie cierpią również dozorujące części rdzenia. Następstwem tego będzie, że ośrodek ruchowy mięśnia, zwolniony od hamującego wpływu, wzmocni tak zwane odruchy ścięgniaste.

Zdaniem autora, teoria ta ułatwia nam zrozumienie bardzo wielu faktów. Dozorujące części rdzenia są bardziej wystawiane na rozmaitego rodzaju wpływy, aniżeli same ośrodki ruchowe. Ulegają one porażeniu pod wpływem np. eteru i dla tego przy otruciu eterem widzimy, jak to pokazał Horsley, klonus stopy. To samo widzimy przy chloroformowej narkozie. Większa dawka chloroformu działa także i na ośrodki mięśniowe odruchowe i dla tego klonus nogi, spostrzegany w początkowych okresach narkozy chloroformowej, ginie przy głębszym otruciu. Po lekkim napadzie epileptycznym możemy spostrzegać klonus, gdyż dozorujące części wyczerpują się; po silniejszym napadzie wyczerpują się także ośrodki mięśni odruchowe i dla tego nie można nawet otrzymać zjawiska kolanowego.

Autor po tym wstępie przechodzi do właściwej treści niniejszego artykułu. O zachowaniu się zjawiska kolanowego przy bezładzie ruchowym i przy twardej części bocznej autor mówi niewiele jako o rzeczach powszechnie znanych.

Autor rozpoczyna od choroby, przy której zjawisko kolanowe oddaje największe rozpoznawcze usługi t. j. od *bezładu ruchowego*. Zdaniem autora obecność zjawiska kolanowego nie wyklucza wjazdu rdzenia; zdarza się bowiem bardzo często, że przy tej chorobie pobudliwość mięśni-

wa nietylko jest zachowaną, ale bywa nawet większą.

Utrata zjawiska kolanowego przy *porażeniu dyfterytycznem*, poraż pierwszy spostrzegana przez Erba i Buzzarda, bardzo się przyczynić może do rozpoznania tego cierpienia. Bernhardt pokazał, że ta utrata może na dłuższy czas wyprzedzić inne objawy porażenia, a nawet może istnieć bez żadnych innych objawów upośledzonego unerwienia. Fakt ten dowodzi, że wpływ jadu dyfterytycznego na układ nerwowy jest daleko częstszy, aniżeli by o tem sądzić było można, zważywszy na nie zawsze po dyfterytycie następujące porażenia. Najwięcej jednak usług brak zjawiska kolanowego oddaje w przypadkach nierozpoznania pierwiastkowego cierpienia gardzieli.

Również ważne znaczenie pod względem rozpoznawczym posiada zachowanie się zjawiska kolanowego przy *paralysis pseudo-hypertrophica*. W początkowych okresach choroby można wywołać odruch kolanowy; w miarę zaś postępu choroby zjawisko kolanowe staje się coraz słabszem, w końcu zaś ginie zupełnie. Autor mimochodem zwraca uwagę, że na zasadzie teorii odruchów ścięgnistych niepodobna wytłumaczyć tego braku przy tej chorobie, która, jak wiadomo, wcale nie jest chorobą rdzenia. Łatwo zaś wytłumaczyć to sobie na zasadzie, teorii *pobudliwości mięśniowej*; doprowadzające bowiem włókna nerwowe kończą się w tkance łącznej śródmięszkowej, która jest pierwotnie zajęta tkanką przy wzmiankowanej chorobie. Różniczkowe rozpoznanie pomiędzy *paralysis pseudo-hypertrophica* a *paraplegia spastica congenita* na tem polega, że przy pierwszym cierpieniu nie można otrzymać zjawiska kolanowego, przy drugim zaś to ostatnie jest bardzo wzmocnione.

Zachowanie się zjawiska kolanowego przy *chorobach wewnątrz-czaszkowych* wymaga jeszcze dalszych spostrzeżeń. Czasami nie ma zjawiska kolanowego przy

nowotworach mózgu. Wogóle choroby mózgowe wywierają ważny wpływ na funkcyje ośrodków rdzenia.

Niedokładnie zbadanem jest zachowanie się pobudliwości mięśniowej przy *funkcjonalnych cierpieniach rdzenia*, głównie przy hysterycznem porażeniu poprzecznem (*paraplegia hysterica*). Czasami przy tem ostatniem cierpieniu pobudliwość mięśniowa jest zupełnie prawidłowa; w innych znów przypadkach zjawisko kolanowe jest silniejsze; a nawet czasami przy przykurczeniach hysterycznych daje się otrzymać klonus stopy. Ten klonus autor nazywa nieprawdziwym, gdyż nie jest on ciągłym i od czasu do czasu ustępuje zupełnie. Ten fałszywy skurcz kloniczny stopy jest jedną z najbardziej charakterystycznych oznak hysterycznej paraplegii. Prawdziwy, jednostajny skurcz kloniczny, jaki napotyka się przy twardzieli bocznej, jest niezmiernie rzadkim przy cierpieniu rdzenia natury hysterycznej. Zmiany w pobudliwości mięśniowej przy chorobach funkcjonalnych rdzenia są jednakowe po obu stronach ciała i dla tego, jeżeli pobudliwość ta nie jest jednakową po obu stronach ciała, należy przyjąć, że w danym przypadku cierpienie jest bardziej organicznej natury.

H. Goldblum.

II. Medycyna wewnętrzna.

287. Julius WOLFF. **O nowym sposobie fizykalnego badania chorób klatki piersiowej i jamy brzusznej.** *Ueber eine neue Methode physikalischer Diagnostik für Krankheiten der Brust und Bauchhöhle.* (*Deutsche Med. Woch.* N-ra 37, 38 i 39—1885).

Wspomniawszy pobieżnie o pracach Erba, Remaka, Gaertnera i Jolly'a, na podstawie których opór, jaki przedstawiają różne części organizmu ludzkiego dla prądu elektrycznego, oznaczono na 20 do 400 tysięcy jednostek Siemens'a, autor zadaje sobie pytanie, o ile różne sta-

ny potologiczne, przy których zmieniają się własności fizyczne tkanek i całych narządów, wpływają na zmianę wielkości oporu i proponuje stosowanie prądu elektrycznego w celu rozpoznawczym stanów podobnych. Do badań swych W. używał 20—30 elementów zmodyfikowanej baterii Spamera i za pomocą galwanometru podzielonego na 4^o określał stosunkową wielkość oporu w miejscach zajętych sprawą chorobową w porównaniu z oporem odpowiednich miejsc ciała u zdrowych. Zwilżone elektrody przykładano na skórę odpowiednich miejsc. Autor głównie uwzględnił zmiany oporu klatki piersiowej przy zapaleniu opłucnej z surowiczym i ropnym wysiękiem jak również zmiany patologiczne samego mięszu płuc, dalej zmiany oporu przy nagromadzeniu się płynów w jamie otrzewnej, stawach i tkance podskórnej kończyn, nakoniec przy porażeniu mózgu. (Ogółem badań 42). Ważniejsze wyniki są następujące: Przy zapaleniu opłucnej surowiczym z obfitym wysiękiem odchylenie galwanometru na miejscu największego stopienia wynosi o 2^o—3^o więcej, niż na temże miejscu strony zdrowej (po częściowem wypuszczeniu płynu różnica w odchyleniu 1^o). Przy zapaleniu ropnem opłucnej różnica w odchyleniu o 2½^o. Nagromadzenie się więc płynu w jamie opłucnej zmniejsza opór klatki piersiowej dla prądu elektrycznego, przyczem jednakowo zachowuje się wysięk surowiczy i ropny. Toż samo spostrzega się przy wodosteku brzuszny (ascites), gdzie galwanometr wskazuje 2^o—3^o—4^o, podczas gdy normalnie na brzuchu przy jednakowej sile prądu dostajemy 0^o. Przy obrzęku kończyn np. goleni galw. 2^o (norm. ¼^o, ½^o). Przy zapaleniu płuc włóknikowem odchylenie o 1^o—2^o więcej na stronie chorej. Toż samō w mniejszym lub większym stopniu zauważono przy nacieczeniach gruźliczych. Przy chorobach stawów połączonych z wysiękiem opór dla prądu galwanicznego również się zmniejsza.

Wprost przeciwnie zachowuje się mózg, np. przy krwotokach w mózgu opór na stronie krwotoku zwiększa się niekiedy na 2^o—3^o (prąd 20—30 elemen. w kierunku front-accip. z prawej i lewej strony). W wielu z opisanych wypadków autor oznaczał wielkość oporu części parzystych zdrowych, przyczem w większości wypadków występowała pewna różnica, niekiedy dość znaczna na obu stronach u tego samego osobnika; z drugiej zaś strony przy nieznacznych wysiękach i zgęszczeniach tkanek różnica w oporze nie zawsze dawała się wykazać. Według autora zależy to od wielu pobocznych warunków, jak to niejednakowej masy mięśni, napełnienia naczyń i t. p. czynników, co do stanu których nie w każdym oddzielnym wypadku możemy sobie zdać sprawę. Z tych to powodów autor w ostatecznym wniosku metodzie swej przyznaje więcej teoretyczną niż praktyczną wartość.

W. Zawadzki.

288. Prof. GERHARDT. **Laryngoskopia i dyjagnostyka.** Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek w Berlinie. (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 45).

Podczas gdy wzniernik oczny okazał znakomite usługi przy rozpoznawaniu chorób krwi, układu naczyniowego i nerwowego, znaczenie laryngoskopu nie przekroczyło granic rozpoznawania i leczenia chorób krtani. A jednak badanie krtani laryngoskopem znakomicie ułatwić może rozpoznanie chorób ogólnych, nietylko organu głosu. Przy wielu chorobach zakaźnych krtani bywa zajęta; większą część chorób krtani jest natury gruźliczej. W przypadkach wątpliwych obecność wrzodu krtani stwierdza rozpoznanie gruźlicy płuc, szczególnie jeżeli w tym wrzodzie okażą się laseczniki gruźlicze. Ważniejsze znaczenie ma obecność wrzodu w krtani dla rokowania i leczenia. Wrzody krtaniowe zjawiają się często w tyfusie, niekiedy jako pierwszy objaw miejscowy. Te przypadki autor oznacza jako Laryngotyphus. Traube opisuje przy tyfusie oprócz wrzodów

i zapalenia ochrzęstnej zбочenia głosowe wskutek skurczu lub porażenia strun. Ważne znaczenie ma badanie krtani przy przymiocie; rozpoznanie zapalenia przymiotowego krtani możebnem jest na pierwszy rzut oka, a obecnie ułatwia to jeszcze poszukiwanie laseczników Lustgartena. I przy innych chorobach zakaźnych często przyjmuje udział krtani, jako to: przy odrze, ospie, trądzie, wilku, cholery, trychinozie i t. p. Przy gościu stawowym w rzadkich przypadkach ulegają zapaleniu stawy chrząstkowe w postaci bolesnego, chęlboczącego obrzmienia, dostępnego badaniu zgłębnikiem; niekiedy zaś zjawiają się gośćcowe porażenia strun głosowych.

Po dyfteryi występują niekiedy porażenia mięśni krtaniowych, które zmuszają do stosowania sztucznego odżywiania. Rzadko jednak udaje się rozpoznawać poczynającą się błonicę krtani. Z otruc mają znaczenie dla krtani tylko otrucia atropiną i arsenikiem, chociaż Serfert opisał otrucia ołowiem, przeważnie objawiające się w krtani. Ścisły związek zachodzi między cierpieniem gardzieli i krtani. Przy raku polyku siedzącym w górnej części spostrzegają się porażenia strun głosowych.

W paru przypadkach obrzęk nagłośni skierował uwagę na obecność cierpienia nerka (Waldenburg). Najliczniejsze jednak stosunki istnieją między laryngoskopem i chorobami nerwowymi. Nerwiaki (neuroma) mogą jako niewielkie nowotwory przejawiać się w krtani. Częściej mamy do czynienia z porażeniami, zależnymi od jamy czaszkowej, szyi lub jamy piersiowej. W mózgu punktem objaśniającym porażenia strun głosowych przy cierpieniach rdzenia przedłużonego jest jądro n. przydatkowego. Szczególnie zasługuje na uwagę szare zwyrodnienie nerwów krtaniowych, wychodzące z tego jądra, które niektórzy przyjmują za przyczynę tak zwanych napadów krtaniowych u tabe-

tyków. W niektórych przypadkach porażenia opuszkowego zjawia się dość wcześniej porażenie strun głosowych.

Nie ulega wątpliwości, że czynność głosowa posiada swój ośrodek ruchowy w korze mózgowej. Pomimo jednak blizkiego związku pomiędzy głosem i wyższymi czynnościami mózgowymi rzadko natyka się wzmianki o zбочeniach głosu przy organicznych cierpieniach mózgu. Często spostrzegany bezgłos histeryczny pozwala łatwo wnioskować o mózgowem tegoż pochodzeniu. Należy go uważać jako porażenie odruchowe, którego przyczyna znajduje się w mózgu. Nowotwory tylnej części jamy czaszkowej (sarcoma, echinococcus) wywołują również porażenia gałęzi n. przydatkowego, znajdujących się w n. błędnym. Co się tyczy związku między cierpieniami szyi i krtani najczęściej okazuje się to przy cierpieniach gruczołu tarczowego. Ucisk wola jest przyczyną najrozmaitszych porażen strun głosowych, szczególnie połowicznych, objawiających się ciekim głosem. Niekiedy rakowy nowotwór gruczołu tarczowego może przeniknąć do krtani.

Z chorób jamy piersiowej zgęszczenie prawego wierzchołka płuc, z wewnętrznej strony którego przechodzi n. recurrens, bywa przyczyną porażenia strun głosowych. Przejściowe porażenie strun bywają również przy otoku piersiowym i obfitych wysiękach w jamie opłucnej i w osierdziu. Przy pewnych warunkach można rozpoznać cierpienie gruczołów oskrzelowych z porażenia strun głosowych; ponieważ niektóre gruczolę znajdują się w miejscu odejścia nerwu zwrotnego od pnia n. błędnego, jednocześnie występuje jednostronne porażenie m. arytaenoid. postici i tachycardia. O ile prawy n. zwrotny jest w ścisłym związku z prawym wierzchołkiem płuc, o tyle lewy jest w anatomicznym stosunku do łuku tętnicy głównej. Wskutek tego na podstawie porażenia lewostronnego n. zwro-

tnego można odkryć poczynający się lub ukryty tętniak aorty (Traube).

M. Hopfenblum.

289. L. PASTEUR. **Sposób uprzedzenia wścieklizny po ukąszeniu.** (*Gaz. hebdomad.* Nr. 44—1885).

Profilaktyczne leczenie wścieklizny stanowiło dotychczas znaczny postęp w poznaniu tej choroby, lecz postęp, mający znaczenie czysto naukowe. Liczne jednak doświadczenia pozwoliły autorowi wydoskonalić sposób uprzedzający zjawienie się wścieklizny do tego stopnia, że stosowany u psów, a nawet u ludzi daje znakomite wyniki.

Sposób ten zasadza się na następujących faktach: Szczepienie królikom pod oponę twardą mózgu jadu psa wściekłego wywołuje wściekliznę mniej więcej po 15 dniach od chwili zaszczepienia. Przenosząc jad z pierwszego królika na drugiego, z tego na trzeciego i t. d. otrzymuje się wciąż zmniejszający się okres inkubacyjny.

U 20—25-tego królika okres inkubacji trwa tylko dni 8, u 50-tego królika tylko 7 dni, u 90-tego mniej niż 7 dni. Jeżeli z mózgow tych królików przygotować z możliwą czystością skrawki długości kilku centymetrów i pozostawić je w powietrzu suchem, to pomału zmniejszy się ich własność zarażania wścieklizną, aż do zupełnego zniknięcia, które nastąpi w różnym czasie, zależnie od grubości kawałków mózgu i od ciepłoty zewnętrznej. W ciepłocie niższej jadowitość trwa dłużej. Aby uchronić psa od wścieklizny, należy postępować w sposób następujący: W szeregu flaszek, zawierających osuszone powietrze, zachowuje się świeże kawałki mózgu królików, zdechłych wskutek wścieklizny, rozwiniętej po 7 dniach inkubacji. Codziennie zaszczepia się psu pełną szpryczkę Pravazza płynu zawierającego rozrobiony mózg wściekłego królika, poczynając od takiego, który pozostaje najdłużej we flasce, t. j. o którym można przypuścić, że nie posiada już własno-

ści wywołania wścieklizny. Następných dni zaszczepia się mózgi świeższe, aż dojdzie się do mózgu, pozostającego we flasce tylko 1 do 2 dni. Wówczas pies jest już odpornym na wściekliznę. Tym sposobem Pasteur otrzymał 50 psów różnego wieku i normalnej rasy, odpornych na wściekliznę, a w ostatnich czasach udało mu się nie dopuścić rozwoju tej strasznej choroby u 2 ludzi.

Józef Meister, chłopiec 9-letni ukąszony przez wściekłego psa 4 lipca r. b. zjawił się do Pasteura w dwa dni później. Na różnych częściach ciała można było widzieć liczne ukąszenia, niektóre dość ciężkie, utrudniające nawet ruchy. Rany w 12 godzin po ukąszeniu były przypalone kwasem karbolowym. Ponieważ podług Vulpiana i Granchera nie ulegało wątpliwości, że chłopiec ulegnie wściekliznie, autor 6 lipca, t. j. w 60 godzin po ukąszeniu zaszczepił chłopcu podskórną w okolicy podżebrza prawego $\frac{1}{2}$ szpryczki Pravazza mózgu królika wściekłego, zachowanego od 11 czerwca, t. j. przez dni 15. Następných dni szczepienia wykonywano mózgam coraz świeższymi. Szczepień było 13, ostatnie wykonano 16 lipca mózgiem, pozostającym we flasce tylko jeden dzień. Obecnie po 4 miesiącach stan zdrowia chłopca nie pozostawia nic do życzenia.

M. H.

290. Ch. BOUCHARD. **Patogeniczne leczenie mocznicy.** *La thérapeutique pathogénique de l'urémie.* (*La Semaine Médicale*, Nr. 48—1885).

Mocznica podług autota jest zatruciem przez wszystkie jady wprowadzone normalnie lub wytworzone fizjologicznie w organizmie, które zazwyczaj zostają wydalane przez nerki, wskutek zaś ich cierpienia pozostają w organizmie. Jady te zostają wprowadzane z pokarmami lub też są wytworami przemiany materii; przeważnie wytwarzają się substancje trujące w kiszkażkach wskutek spraw gnilnych tam się odbywających. Żółte za-

wdzięcza swą własność trującą więcej barwnikom niż solom żółciowym.

Oddawna przyjęto w przypadkach niedziałalności nerek zastępować ich czynność nadmierną działalnością płuc i skóry, jako narządów części dopełniających czynności nerek. Kąpiele gorące i suche, wprowadzające pewną ilość powietrza suchego przez płuca lub też kąpiele parowe i środki napotne być może usuwają ze krwi małą część szkodliwych substancyj, które i normalnie wydzielają się przez płuca i skórę; te jednak jady, które mają się wydzielić przez nerki, pozostają i nadal we krwi. Jedynym wynikiem tego sposobu leczenia jest zmniejszenie ilości moczu, a trudno przypuścić, by to było pożytecznem u chorych, u których ilość moczu już poprzednio była zmniejszoną. Właściwiej byłoby starać się o zwiększenie ilości moczu. W tym celu oprócz środków odciągających (bańki suche i cięte, pijawki, synapizma) używa się naparstnicy lub kawy. Naparstnica pożyteczną jest u tych chorych, u których jednocześnie istnieją zбочenia sercowe; w okresie więcej posuniętym zapalenia nerek naparstnica może stać się niebezpieczną. W przypadkach mocznicy z objawami żołądkowemi i kiszkowemi naparstnica jest przeciwwskazaną. Przez opróżnienie krwi, nagromadzonej w naczyniach brzusznych i wątrobowych zwiększa się ciśnienie krwi w tętnicach, czynność nerek się zwiększa wskutek czego wydziela się większa ilość moczu. Można tego osiągnąć, wprowadzając znaczną ilość zimnej wody do brzucha w lewatywach, w napojach zimnych i t. p. Najlepszym napojem, skutecznie działającym przy mocznicy jest mleko. Doświadczenia wykazały, że mocznik wstrzyknięty podskórnie zwierzętom zwiększa wydzielenie moczu. U człowieka zdrowego wprowadzony do żołądka nie wywierał tego wpływu, u chorych z cierpieniem nerek i serca w jednym przypadku po podskórnem wstrzyknięciu mocznika ilość moczu do-

szła do 7 litrów w 24 godzin, u tegoż samego zaś chorego przy późniejszych powrotach oliguryi ani wstrzyknięcie mocznika, ani naparstnica żadnego wpływu nie wywarły. Co się tyczy środków wymiotnych używanych niekiedy przy mocznicy okazuje się, że nie zwiększają one wydzielania żołądkowego, a sprowadzają zmniejszenie ciśnienia tętniczego i w następstwie zmniejszenie się ilości moczu. Środki czyszczące są od dawna w użyciu przy mocznicy; opierając się bowiem na teorii Wilsona starali się lekarze środkami czyszczącemi usunąć mocznik ze krwi. Jednakże przez kiszki wydziela się nieznaczna ilość mocznika, natomiast zmniejsza się ilość wydzielanej wody przez nerki. Jeżeli surowica krwi zawiera 0,32 centigr. mocznika w litrze, to płyn wydzielany przez kiszki zawiera również 0,32 centigr. mocznika w litrze. Litr zaś wody wydzielony przez nerki usunie 50 razy więcej mocznika, niż litr wody wydzielony przez kiszki. Przytem teoria Wilsona jest fałszywą, mocznik bowiem nie jest przyczyną objawów uremicznych.

Największa ilość substancyj trujących usuwa się przez upust krwi, ponieważ w 32 gramach krwi puszczonej zawiera się tyle tych substancyj, ile w 280 gram. płynu kiszkowego lub 100 litrach potu. Abercrombie, Marshall-Hall, Rayer i inni puszczali przy mocznicy krew w znacznej ilości z najlepszym skutkiem. Szczególniej pożytecznym okazuje się upust krwi w ostrych zapaleniach nerek z objawami mocznicowemi; w przewlekłych zaś działa tylko chwilowo, osłabiając groźne objawy. W przypadkach mocznicy przewlekłej możnaby użyć wcierań chloroformu, tak pożytecznych przy eklampsyi, lub chloralu nb. nie w postaciach komatycznych. Bromek potasu powinien być zarzuconym ze względu na potas, wywierający działanie trujące. Wziąwszy pod uwagę patogeniczne pojęcie o mocznicy, przyjęte przez autora, przy leczeniu mocznicy należy zmniejszyć źródła otrucia,

usuwając potas z pokarmów i zmniejszając wydzielanie żółci i ilość laseczników żółciowych, co się osiąga przez użycie znacznej ilości mleka. Należy wprowadzić do kanału pokarmowego jak najmniej substancyj rozkładających się, a wytwarzających niewielką ilość twardego kału. Mleko stanowi pokarm najwłaściwszy, zmniejszając wszystkie źródła substancyj trujących. Sprawę gnilną w kiszkiach można zmniejszyć, stosując antyseptykę kiszkiową za pomocą jodoformu i naftaliny z węgłem.

M. Hopfenblum.

III. Chirurgija.

291, KIRMISSON. **Wyniki wycieczki chirurgicznej do Londynu.** *Rélation d'un voyage chirurgical à Londres. (Rev. d. Chir. Nr. 10—1885. Bulletin—Un. Méd. Nr. 145. Feuilleton—Un. Méd. Nr. 146—1885).*

Dr. Kirmisson, adjunkt wydziału lekarskiego w Paryżu, w czerwcu b. r. zwiedził szpitale londyńskie, co nasunęło mu kilka uwag odnośnie szpitali francuzkich. Ponieważ kwestyja ta z wielu względów nie jest pozbawioną interesu dla nas, postaram się więc ją streścić, dołączając uwagi, jakie uczyniła gazeta „L'Union médicale“. Przedewszystkiem K. uderzony był porządkiem i czystością, jaką spotykał na każdym kroku, zarówno na salach operacyjnych, jako i na salach, gdzie leżeli chorzy. Oddziały wogóle są niewielkie (Lister naprz. ma 30 łózek). Sale są jasne, czyste, urządzone z prostotą, lecz porządnie (kwiaty, obrazy, klatki z ptakami). Łóżka niskie, by ułatwić chorym schodzenie, daleko od siebie odstawione. Sale operacyjne łączą się wprost z salami chorych, by nie potrzeba było takowych przemieszczać po schodach i podwórzach. Zamiast noszy używają się łóżka na kółkach. Sala operacyjna, oświetlona z góry, posiada umywalnie, służące do mycia rąk i gąbek. Szafy z narzędziami znajdują się

w sali operacyjnej lub zaraz obok. Stół operacyjny wązki, z pasem dla przymocowania chorego. K. zachwyca się znakomitem wyćwiczeniem służby szpitalnej. W każdym oddziale znajduje się dozorca i dwie dozorczyne. Przed operacją wszystko naprzód musi być przygotowane. Narzędzia, pograżone w wodzie karbolowej, są tak umieszczone, by operujący mógł brać je bezpośrednio, bez pomocy asystenta. Za operującym stoi dozorczyńni, odbierająca zakrwawione gąbki i podająca czyste. Druga dozorczyńni zajmuje się ich myciem. Asystenci uważnie i milcząc starają się uprzedzić życzenia operującego. Bliżej zastanawia się K. nad sposobem operowania i opatrywania w oddziale Listera. Lister zwraca główną uwagę na to, by obok dokładnej antyseptyki, nie drażnić rany niepotrzebnie i dać wydzielinie dogodny odpływ. Autor asystował przy dwóch wypiłowaniach łokcia i przy otwarciu ropnia opadowego w okolicy biodrowej. Miejsce, mające być operowane, obmywa się dokładnie wodą karbolową, otacza serwetami, zmoczonemi w tejże wodzie; pod sam członek podkłada się ceratkę. Mający być operowanym członek, podnosi się na kilka minut do góry, a następnie przy nasadzie uciska się flanelowym bandażem, zmoczoną w wodzie karbolowej. Spray kieruje się na ranę i wtenczas zaczyna się operacyja. Przy wypiłowaniu łokcia Lister robi dwa cięcia—zewnątrzne i wewnętrzne, oddziela okostną, wycina kości, odejmuje flanelową opaskę, podwiązuje krwawiące naczynia, zeszywa ranę zewnętrzną, a w wewnętrzną wkłada dwa grube sączki tak, by nie wystawały ponad powierzchnię. Uderzającym jest to, że ani podczas operacji, ani po niej, rany zupełnie nie przemywa, gąbką się do niej nie dotyka, by, jak mówi, niepotrzebnie jej nie drażnić. Obmywa wodą karbolową tylko rękę i przedramię. Zewnętrzną ranę zaszytą pokrywa osłonką, zmoczoną w wodzie karbolowej, wewnętrzną—pozo-

stawia otwartą. Opatrunek nakłada z gazy karbolowej wilgotnej, następnie suchej, co pokrywa mackintosh'em i przymocowuje opaską. Przy otwarciu ropnia zachowano te same ostrożności. Po delikatnem wyciśnięciu ropy, założono sączki i bez przemywania jamy nałożono opatrunek. K. był obecnym wielokrotnie przy opatrywaniu chorych i przekonał się naocznie, że przebieg choroby po operacji bywał bez gorączki i bez ropienia. Tymczasem pomiędzy chorymi, dawniej operowanymi, było dwóch po wypitowaniu stawu kolanowego (przednie cięcie w formie litery U i zewnętrzne z sączkami dla odpływu); dwóch—po artrotomii (dwa boczne cięcia); chora po amputacji uda i chora po otwarciu ropnia opadowego (w tym razie ropienie bardzo małe). Te same szczegóły antyseptyki z małemi zmianami spostrzegł K. w innych oddziałach chirurgicznych. Większość posługuje się kwasem karbolowym. Bantock używa tylko ciepłej wody, innych przepisów antyseptyki zresztą przestrzegając subtelnie. Zestawiając to wszystko z tem, co się dzieje we Francyi, K. przychodzi do bardzo smutnych wniosków. Niedostateczna liczebnie i nisko stojąca umysłowo obsługa, przepelnienie oddziałów chorymi (sala, przeznaczona dla 30 lub 40 osób, mieści ich często 50 i więcej), brak sal izolowanych, złe urządzenie sal operacyjnych—wszystko to czyni niemożliwym zastosowanie zasad antyseptyki. *„Wskutek niedostatecznej liczby i ciemnoty obsługi szpitalnej—powiada K.—operujemy wśród brudu i używamy opatrunków antyseptycznych tylko nominalnie.* Nie można, bez wątpienia, odpowiedzialnymi czynić chirurgów za podobny stan rzeczy, lecz obowiązkiem ich jest, sądzimy, objaśnić administracyję i powtarzać jej, że antyseptyka uczyniła istotny przewrót w chirurgii, że dawny stan nie może się ostać wobec potrzeb chirurgii nowoczesnej, że reformy są niezbędne, naglące.“

Projekt tych reform streszcza K. w następujących 4 punktach:

1) Urządzenie sal oddzielnych dwójakiego rodzaju: jednych dla chorób zakaźnych (róża, posocznica etc.), drugich dla większych operacyj (laparotomije, nephrectomije, owaryjotomije i t. d.).

2) Zaprowadzenie w salach operacyjnych światła z góry, umywalń, szaf dla instrumentów i opatrunków; utrzymywanie ich w czystości.

3) Zniesienie łóżek prowizorycznych w salach, a ustanowienie natomiast w razie potrzeby czasowych oddziałów chirurgicznych.

4) Zwiększenie ilości obsługi i utworzenie w każdym oddziale posady starszego dozorczy, któryby, stojąc wyżej merytorycznie i umysłowo od reszty służby, mógł utrzymywać salę operacyjną, narzędzia i opatrunki w czystości.

Dopóki stan rzeczy pozostanie takim, jak obecnie, chirurgija francuzka musi pozostawać w tyle za angielską i niemiecką, gdyż chirurg francuzki nie może odważyć się na wiele operacyj, jakich dokonują tamci. Jeżeli się nawet odważy, nie zawsze otrzyma rezultat taki, jak oni.

Żądania Kirmissona gorąco popiera gazeta „L'Union médicale“. „To nie my, powiada ona, pozostajemy w tyle, lecz nasze ustawy, nasza organizacyja. Przy porównaniu tego, co znajdujemy w Londynie z tem, co jest u nas, widzi się mnóstwo braków ważnych, spostrzeganych przez wszystkich zwiedzających obce szpitale francuzkich chirurgów, braków, na które nie zwracano dostatecznej uwagi, ponieważ nie było możności ich usunąć. Zresztą, zdaje się, iż zwolna żyto się z niemi. Chirurgowie, naczelnicy oddziału upominają się od czasu do czasu, administracyja długo się sprzeciwia, ustępuje wreszcie w jakiejś drobnostce dodatkowej, i wprędce, chociaż zarówno administratorowie, jak i administrowani nie są zadowolnionymi, pozostawiają jednak

rzeczy po długim oporze ich własnemu biegowi. Pomimo to jednakże potrzeba od czasu do czasu powracać do ataku, bić w dzwony.“ „L'Union méd.“ żądania K. zmienia o tyle tylko, iż zamiast urządzania czasowych oddziałów chirurgicznych, radzi powiększyć ilość obecnie istniejących. Jeżeli chirurg zechce obejrzeć każdego chorego dokładnie, to ilość chorych, przewyższająca 60, jest nad siły jego. Lister ma tylko 30 łóżek i wielkich rzeczy dokonywa. *Sawicki.*

292. HACKER. **Przyczynę do kazuistyki i statystyki wycięcia żołądka i gastroenterostomii.** (*Archiv für Klinische Chirurgie von Langenbeck.* Tom 32, zeszyt 3).

Operowanie raków żołądka, jak wogóle i w innych miejscach, ma za cel jeżeli nie wyleczenie, to przynajmniej przedłużenie życia. Przedłużyć życie czasem udaje się na czas stosunkowo długi. W jednym wypadku upłynęło cztery lata od operacji, a dotąd nie ma żadnych zjawisk wskazujących na recydywę. Wyniki operowania obecnie nie są szczególne, lecz należy się spodziewać, że polepszą się, ponieważ teraz jeszcze niektóre kwestyje co do wskazań i sposobu operowania są dosyć chwiejne. Bardzo ważną bez wątpienia jest rzeczą, jak długo trwa choroba, jaki jest ogólny stan chorego i jaka część żołądka jest zajęta—od tego zależy sposób operowania i rokowanie co do zejścia. Przy raku odźwiernika, który rozszerzył się daleko na krzywiznę małą i dużą żołądka, połączenie żołądka z dwunastnicą po wycięciu części zajętej przez nowotwór — zwykle jest niemożliwem w takim razie należy zamknąć żołądek i dwunastnicę, a żołądek połączyć z kiszka czczą za pomocą Wölflerowskiej gastroenterostomii. Taką operację wykonał Billroth 15 Stycznia r. b. na chorym (45 lat), u którego nowotwór z odźwiernika rozszerzył się daleko na krzywiznę dużą. W cztery tygodnie po operacji chory opuścił szpital. Jednakże gdy cho-

ry zaczął przyjmować pożywienie, wystąpiło wzdęcie brzucha i uparte zaparcie stolca, które pozostało zjawiskiem stałym, tak, że codziennie trzeba było je usuwać przy pomocy odpowiednich środków lekarskich. Nie można było rozstrzygnąć, czy te zjawiska wystąpiły z powodu niewłaściwego trawienia żołądka, gdyż pożywienie prędko przechodziło do kiszki, czy też z powodu ucisku poprzecznicy ze strony nad nią umieszczonej kiszki czczej. W półtora miesiąca po operacji nastąpiła recydywa w postaci guza w okolicy żołądka.

W klinice Billrotha i praktyce, wliczając wyżej wspomniany wypadek, było wykonane całkowite wycięcie odźwiernika 18 razy—z 8 zejściami szczęśliwymi. W 15 (z 7 pomyśl. zejśc.) były operacje przy raku, a w 3 przy zwężeniu bliznowem (z 1 pomyśl. zejśc.) — 2 razy były operacje nie według typowego kolistego wycięcia odźwiernika, 16 razy było wykonane typowe koliste wycięcie (7 z pomyśl. zejśc.)—2 z powodu zwężenia bliznowego (1 wyleczenie). W 14 wypadkach było *typowe wycięcie* z powodu raka—z 8 pomyśl. zejśc. Przy rakach odźwiernika wielkie znaczenie mają zrosty. Autor wogóle dzieli wypadki na trzy kategorie: zrostów nie ma wcale, są mało znaczące, lub wreszcie bardzo obszerne. Pomiędzy 14 wypadkami z (z pomyślnem zejściem) należą do pierwszej kategorii. W jednym (Wölfler) z tych wypadków więcej jak w dwa lata po operacji był wycięty węzeł rakowy z blizny ściany brzusznej—węzeł ten nie dochodził do wewnętrznej powierzchni otrzewny, z tego powodu trzeba było przyjąć, że rak powstał przez zaszczepienie przy operacji (podobne wypadki podał von Kraske—*„Centralblatt für Chirurg.“* 1884, Nr. 48). Z 7 wypadków drugiej kategorii w 3 nastąpiła śmierć po operacji, w 4 przebieg był pomyślny, z tych ostatnich dotychczas 3 umarło, a w 4—w pół roku po operacji nastąpiła recydywa. We wszystkich 15 wypadkach 3-ch kategorii nastąpiła

śmierć po operacji od wyniszczenia i zapalenia otrzewnej.

Gastroenterostomija Wöflera często wywołuje zaparcie stolca—w niektórych przypadkach dochodzi do wytworzenia się niedrożności (ileus), co przypisać należy uciskowi poprzeczniczy ze strony części kiszki czczej, przyszytej do żołądka. Caurvoisier w jednym wypadku przyszył kışkę czczą do żołądka przez otwór wycięty w krezce poprzeczniczej, lecz przytem przeciął lig. gastro colicum na dużej przestrzeni i odciął krezkę poprzeczniczą na znacznej odległości od poprzeczniczy. Tej metodzie Lauenstejna zrobiono zarzut, że jest skomplikowaną i przedstawia niebezpieczeństwo zgorzeli poprzeczniczy. Jednakże krezka poprzecznicza w wielu miejscach jest bardzo cienką, przezroczystą, gdzie prawie nie ma naczyń, tak, że łatwo można ominąć większe naczynia i wyciąć tylko taką szczelinę, aby można dostatecznie przymocować kışkę czczą do dolnej ściany żołądka. W ten sposób autor wykonał gastroenterostomiję u chorego (49 lat) bardzo wyniszczonego z objawami zwężenia odźwiernika. Nowotwór wielkości pięści mało ruchomy nie mógł być wyjęty przez ranę nazelną. Z tego powodu jego wycięcie było zaniechane i była wykonana tylko gastroenterostomija. Otwór w krezce poprzeczniczej był wycięty równolegle do przebiegu naczyń i jego brzegi przyszyte do żołądka, aby nie uciskały kiszki czczej. Kışka czczą tak była przszyta do dolnej ściany żołądka, że miejsce przszycia kiszki co najmniej na pół cent. wszędzie było oddalone od brzegów otworu w krezce poprzeczniczej. Chory w 36 godzin po operacji umarł przy zjawiskach upadku sił. Przy sekcji znaleziono wysokiego stopnia anemiję i surowiczo-ropne zapalenie otrzewnej. Autor przyszedł do przekonania, że przy tym sposobie operowania nie potrzeba przecinać lig. gastro colicum i robić poprzecznej szczeliny w krezce poprzeczniczej.

Gastroenterostomija w klinice Billrotha miała miejsce 9 razy z 5 zejściami śmiertelnymi i 4 polepszeniami. W jednym wypadku w dwa miesiące po operacji nastąpiła śmierć z powodu gruźlicy kiszki i płuc. W 8 był rak odźwiernika. W 5 nastąpiła śmierć przy końcu operacji; w 3 polepszenie, w jednym z tych wypadków chory umarł w miesiąc po operacji z powodu wyniszczenia i gruźlicy. Wogóle operacyja ta przedstawia wyniki nie bardzo pomyślne, ponieważ najczęściej wskazania do operacji daje rak niemożliwy do operowania i zwykle trafiają się osobniki bardzo wyniszczone, tak, że jedni nie mogą znieść operacji, a drudzy po operacji nie mogą poprawić się. Wogóle przy pomocy tej operacji (jak mówi Wöfler) starać się należy dopiąć ulgi przy raku odźwiernika a wyleczenia przy zwężeniu bliznowem. *Dr. Rabek.*

IV. Pedijatrija i A kuszeryja.

293. Dr. J. COMBY. **Etyjologija i profilaktyka zolżów we wczesnem dziecinstwie.** *Etiologie et prophylaxie de la scrofule dans la première enfance.* (*Archives Générales de médecine.* Octobre i Novembre—1885).

Autor dzieli pracę swą na dwie części: w pierwszej rozbiera przyczyny zolżów, druga, dotąd drukiem jeszcze nie ogłoszona, ma dotyczyć środków zapobiegawczych; w końcu mają być podane ostateczne wywody w tej kwestyi.

Na rozwój zolżów wpływać mogą liczne czynniki, jako to: wiek, warunki zdrowotne, klimat, dziedziczność i t. d.

Co się tyczy wieku, w którym najczęściej zjawiają się zolży, to wszyscy zgadzają się na to, że w dziecinstwie, a zwłaszcza w najwcześniejszych okresach dziecinstwa, choroba ta rozbudza się bądź w lekkich i nieżytowych formach, bądź w ciężkich, typowych. Pomiędzy w 2 a 8 rokiem życia spotykamy najwięcej cierpień skrofalicznej natury. W późniejszym

wieku cierpienia te znikają, lub ustępują miejsca cięższemu objawom. Żolzy mogą również zjawiać się i przed 2 rokiem życia, u noworodków, a nawet u płodu, według Chaussier'a. Według większości starszych autorów płeć żeńska odznacza się większą skłonnością do omawianej choroby. Temperament limfatyczny, któremu przypisywano wielką rolę w powstawaniu żoźów, nie powinien być uważany za przyczynę, lecz za pierwszy stopień choroby. Większa część autorów utrzymuje, że żolzy bardziej są rozpowszechnione pomiędzy klasą ubogą, niż wśród bogatych. Autor własnego zdania w tej kwestyi nie wypowiada, ponieważ spostrzeżenia swoje robił wyłącznie w klasie biednej. Przechodząc do wpływu klimatu na rozwój żoźów, C. zaznacza, że sam przez się nie gra on zbyt ważnej roli. Jeżeli zaś niektóre kraje są liczniej nawiedzane przez tę chorobę, to okoliczność tę należy przypisać nie tyle klimatowi, ile innym wpływom: złym warunkom zdrowotnym, nędzy, błędom w karmieniu dzieci i t. d. Niektórzy badacze utrzymują, jakoby skrofulicznych dzieci najwięcej było w krajach wilgotnych i niskich, a także w tych, gdzie część gruntu jest pokryta wodą stojącą. Wpływowi wielkich miast na powstawanie żoźów autor przypisuje potężne znaczenie: choroba ta, na przykład, daleko bardziej rozpowszechniona jest w Paryżu i jego przedmieściach, niż po wsiach. Na zasadzie licznych spostrzeżeń autor utrzymuje, że żolzy bez litości ścigają mieszkańców wsi, przeniesionych do wielkich miast. Jednakowo złe warunki higieniczne mniej szkodliwy wpływ wywierają na dzieci, mieszkające po wsiach, niż w miastach, gdzie stają się one ofiarą drgawek, zapalenia opon mózgowych, lub wpadają w żolzy i krzywicę.

Wdechanie powietrza wilgotnego, zimnego i nie odświeżanego ma być według niektórych autorów przyczyną powstawania żoźów. Słabą stroną tego

przypuszczenia stanowi okoliczność, że żolzy dają się nierzadko widzieć i pomiędzy bogatymi, gdzie istnieją wszystkie warunki dobrobytu. Hufeland uważa rzeczony czynnik za bardzo ważne, a Baudelouque zachodzi tak daleko, iż widzi w nich jedyną przyczyną powstawania żoźów, stawiając inne wpływy, a nawet i dziedziczność na drugim planie. C. przeciwnie uważa je tylko za pomocnicze przy wrodzonej lub nabytej skłonności do żoźów.

Słusznie bardzo inkryminowane były przez wielu błędy w dyjecie u ssawców. Sztuczne karmienie i gruba strawa uznane zostały za niewątpliwą przyczynę krzywicy, kwestyja jest tylko jeszcze, czy mogą one wywołać także żolzy. Autor zresztą przytacza kilka wypadków, w których dzieci rodziców zupełnie zdrowych, nie mających żadnych objawów skrofulicznych, dzieci, które karmione były sztucznie, w większym lub mniejszym stopniu dotknięte zostały żoźami. Bouchard, który zapatruje się na żolzy nie jako na chorobę, lecz jako na temperament chorobliwy, utrzymuje, że objawy takie, jak powiększenie gruczołów i cierpienia błon śluzowych są następstwem zaburzeń w trawieniu. Cierpienia te nie mają w sobie nic swoistego i dają się spostrzegać i u dzieci nieskrifulicznych, lecz u ostatnich są one przemijające, podczas gdy u skrofulicznych są trwałe i powracające. Odstawienie dziecka od piersi stanowi dla niego epokę bardzo ważną i może mieć następstwa wcale nie obojętne dla dziecka. Karmienie naturalne zbyt wcześnie lub zbyt nieogłędnie zastąpione przez niewłaściwy pokarm, może spowodować żolzy, krzywicę etc. Zdanie, jakoby mleko kobiety ciężarnej mogło zaszkodzić dziecku, nie jest dowiedzione. Przenoszenia żoźów z karmiącej na dziecko przez mleko autor nie przyznaje, opierając się na wypadkach, w których kobiety, noszące niewątpliwe ślady żoźów, wykarmiły dzieci najzupełniej zdrowe. Z tego więc

powodu nie należy odradzać mleka matczyngo w podobnych okolicznościach. Co się tyczy mleka krowiego, oskarżonego przez Gerlach'a, Klebs'a, Cohnheim'a i H. Martin'a o przenoszenie zółzów i gruźlicy na dzieci, to kwestyja ta dotychczas nie została stwierdzoną.

Nieczystość, wszy i drażnienie skóry mogą mieć wpływ na rozwój zółzów, nie stanowią jednak tak potężnej przyczyny, jak przypuszcza Hufeland, gdyż często znajdujemy tę chorobę i u dzieci, czysto utrzymywanych. Obrzmienie gruczołów limfatycznych może być następstwem najdrobniejszych uszkodzeń skóry, ale tylko u dzieci skłonnych do zółzów. U takich osobników przekłócie ucha, szczepienie ospy, nieznaczne przypadkowe obrażenia mechaniczne dają pohop do powstawania wysypek przewlekłych i recydywujących. Ważną kwestyję, czy należy szczepić ospę dzieciom, dotkniętym zółzami, autor rozstrzyga przecząco na tej zasadzie, że przy manipulacyi tej złejsze objawy skrofuliczne często pogarszają się. Na poparcie tego zdania autor przytacza dwa wypadki, w których po zaszczepieniu ospy dzieciom skrofulicznym wystąpiła impetigo. Według niektórych autorów przerzynywanie się zębów ma mieć znaczenie patogenetyczne w powstawaniu zółzów. C. wątpi, aby lekkie zapalenie dziąseł, spowodowane tym aktem, mogło wywołać trwałe obrzmienie gruczołów limfatycznych.

Ze wszystkich wpływów higienicznych, C. uważa za najważniejszy, jak widać z tego, co powiedziano, błędy w dyjecie, które nie tylko wywołują objawy zółzów u dzieci skłonnych do tej choroby, lecz mogą same przez się stać się jej przyczyną.

Dalej Comby przechodzi do wpływu ostrych chorób wieku dziecięcego: odry, ospy, krztuśca, a także gorączki durzycowej, na rozwój zółzów. Po odrze, na przykład, występują tak wyraźne i ciężkie objawy zółzów, że szukano pewnego

pokrewieństwa między dwiema temi chorobami. Często dopiero po wymienionych chorobach gorączkowych zaczynają ukazywać się objawy zółzów, w innych wypadkach następstwem ich bywa pogorszenie istniejących objawów. Nader ważną kwestyję, wielokrotnie już od bardzo dawna podejmowaną, stanowi pytanie, czy zółzy są zaraźliwe i przeszczepialne. Zdania pod tym względem jeszcze się różnią. Jedni utrzymują, że zarażenie może nastąpić nie tylko przez bezpośrednie zetknięcie się, ale nawet przez przestrzeń, inni widzieli zupełnie zdrowe dzieci, przebywające pośród skrofulicznych. Przeszczepianie ropy z ropni skrofulicznych dawało niezawsze jednakowe rezultaty. Z czterech przez autora przytoczonych, a przez Granche'a wykonanych doświadczeń, trzy dały rezultaty dodatnie, przyczem zresztą objawy, otrzymane na zwierzętach, miały więcej charakter gruźliczy. W jednym wypadku badanie drobnowidzowe wykazało obecność laseczników. Z przyczyn zółzów na pierwszym planie należy postawić dziedziczność; Lugol uważa ją za jedyną przyczynę zółzów. Odziedziczyć zółzy dzieci mogą po rodzicach dotkniętych nie tylko tą samą chorobą, ale także gruźlicą, przymiotem, chorobami nerwowymi, gośćcem. Rodzice, którzy w dzieciństwie byli skrofuliczni, mogą wydawać na świat potomstwo skrofuliczne. Jeżeli tylko jedno z rodziców było chore, to odziedziczenie choroby nie jest koniecznem, przynajmniej nie dla wszystkich dzieci. Jeżeli i ojciec i matka dotknięci są zółzami, to przeniesienie choroby na dzieci jest prawie zawsze pewne. Cullen przypuszcza, że wpływ ojca pod tym względem jest potężniejszy, niż wpływ matki. Ciekawe, lecz i rzadkie są wypadki zółzów, przeniesionych drogą dziedziczności przez wpływ osoby trzeciej (générité par influence). C. opisuje wypadek, w którym kobieta zdrowa zaślubiona mężowi suchotnikowi, po śmierci jego wyszła drugi raz za mąż za człowie-

ka zupełnie zdrowego i wydała z drugiego małżeństwa na świat dzieci z wyraźnymi objawami zółzów. Lugol zrobił ciekawe spostrzeżenie, że dzieci częstokroć dziedziczą po rodzicach nawet siedliska cierpień skrofulicznych.

Pomiędzy dziećmi suchotników należy odróżnić dwie kategorie: jedne szczęśliwie unikają przykrych następstw dziedziczności, drugie stają się ofiarą gruźlicy lub zółzów. Lugol powiada, że więcej, niż połowa dzieci skrofulicznych pochodzi od rodziców, dotkniętych gruźlicą. Vogel idzie dalej, utrzymując, że wszystkie dzieci skrofuliczne stanowią potomstwo suchotników. Jeżeli gruźlicą dotknięty jest tylko jeden z rodziców, to dziecko może jeszcze uniknąć wpływu dziedziczności, jeżeli zaś chorzy są oboje, to zółzy u potomstwa są prawie nieuniknione. Ze spostrzeżeń autora wynika, że wpływ ojca pod względem dziedziczności jest silniejszy, niż wpływ matki.

Pewna część cierpień skrofulicznych może być śmiało przypisano dziedzicznemu przymiotowi. Nie wynika ztąd jednak, jak sądzili starsi lekarze, że przymiot jest jedyną, ogólną przyczyną zółzów. Fournier pomiędzy stanami chorobliwymi dzieci, będącymi następstwem przymiotu rodziców, wspomina o temperamencie limfatycznym i zółzach, Blaize dodaje, że syfilis rodziców usposabia dzieci do zółzów. Inni są przeciwnego zdania, utrzymując, że rodzice syfilityczni przenoszą na potomstwo tylko syfilis, a nie zółzy.

Zółzy mogą być także odziedziczone po rodzicach, dotkniętych chorobami nerwowymi, co Bazin objaśnia tem, że padaczka, na przykład, i pomieszanie zmysłów, są chorobami mózgowymi pochodzenia skrofulicznego. Comby opisuje wypadek, w którym kobieta zdrowa rodzi od takiegoż męża potomstwo zdrowe. Wyszędlszy powtórnie za męża, wydaje na świat potomstwo skrofuliczne. Drugi mąż uległ cierpieniu umysłowemu. W dru-

gim wypadku człowiek dotknięty maniją samobójstwa, miał siedmioro dzieci, z których 6 ro umarło na zapalenie opon mózgowych, siódme jest skrofuliczne.

Uspodobienie artrytyczne (diathesis arthritica) przechodzi z rodziców na dzieci drogą dziedziczności często pod postacią zółzów. Wycieńczenie i słabość, jak również pokrewieństwo między mężem i żoną mogą także być przyczyną zółzów.

Z. Srebrny.

294. Prof. Henry G. LANDIS. **Leczenie ciąży zewnątrzmacicznej za pomocą elektryczności.** *The Cure of Extrauterine Foetation by Electricity.* (*The American Journ. of the Med. Sciences.* October, 1885).

Wiadomo, że najpomyślniejszem zejściem ciąży pozamacicznej jest śmierć płodu z następczem jego wessaniem i skamienieniem (lithopaedion). Z tego powodu po rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej leczenie winno być skierowane ku przerwaniu ciąży przez zabicie płodu, jeżeli takowy nie jest jeszcze zdolny do życia. Jednym ze środków używanych w tym celu jest elektryczność, którą, zdaniem autora, uważać można za środek swoisty w leczeniu tego rodzaju ciąży. Kładzie ona kres rozwojowi płodu i worka płodowego, niszczy je i przyczynia się do znacznego zmniejszania lub zupełnego znikania guzowatości brzucha.

Tak zbawiennie działa elektryczność tylko w pierwszej połowie ciąży. W miarę zbliżania się okresu żywotności (vitabilitas) płodu zmniejsza się niebezpieczeństwo pęknięcia pęcherza i zwiększają się szanse interwencji chirurgicznej, jakkolwiek brak w literaturze porównawczego zestawienia z jednej strony wyników laparatomii, z drugiej pozostawiania w organizmie kobiety znacznej wielkości płodu, uśmierconego prądem elektrycznym. Co się tyczy formy stosowania elektryczności, to największem uznaniem cieszy się prąd przerywany, wszelako ci, którzy się nim posługują, kroczą omackiem (mówi autor), nie wiedząc, czy należy używać prą-

du słabego przez czas dłuższy, czy też po-
silkować się prądem silnym przez czas
krótki, oraz jak często faradyzację po-
wtarzać.

Celem wyjaśnienia tych wątpliwości,
Landis wykonał szereg doświadczeń na
zwierzętach, które wystawiał na działanie
prądu elektrycznego.

Za podstawę doświadczeń swoich au-
tor przyjął następujące założenia:

1) Za wynik dodatni uważać będzie
wywołanie śmierci płodu, a za *specyficzne*
działanie omawianej metody niezawodne
zabicie płodu za pomocą odpowiedniej siły
prądu. ¹⁾

2) Płód pod względem żywotności
(vitalitas) porównywa z niektórymi niż-
szemi formami zwierzęcymi.

Do pierwszych prób wybrał L. owady.
Po kilku niefortunnych próbach z mucha-
mi, użył dużego (2 cale) jelonka (lucanus
dama), którego połączył z dwoma biegu-
nami stosu farad. Fleminga. Bieguny ba-
teryi opatrzone były dwiema igłami,
z których jedną wetknął do ust i przeły-
ku, drugą zaś wprowadził do odbytu i we-
pchnął do jamy brzusznej. Puszczając
przez godzinę najsilniejszy prąd, jakiego
istota ludzka nie zniósłaby w ciągu kilku
sekund, autor wywołał pozorną śmierć
owadu, który po 2-ch godzinach powró-
cił do życia i przechadzał się po podłodze.
Doświadczenie to powtórzył z rozmaite-
mi modyfikacjami i przekonał się, iż nie
ma pewności, żeby faradyzacja pozba-
wiała owady życia.

Następne doświadczenia robione były
z młodemi rybami z powodu wielkiego
podobieństwa i analogii, jaka zachodzi
między młodym płodem ludzkim i rybą.
Do doświadczeń użyty został ex necessi-
tate rei rodzaj minogów, prawdopodobnie
z gatunku Hudsonius, który jak

wszystkie minogi amerykańskie odznacza
się wątlą organizacją i dlatego łatwo
podlega działaniu elektryczności.

Ryby umieszczono w porcelanowym
naczyniu z wodą. Elektrody wprowadzo-
no do wody w nieznacznej odległości od
ryby po jednym z każdej strony. Miano
tu na uwadze tę okoliczność, że i płód o-
toczony jest płynem, doświadczenia więc
z rybami pozwolą wnioskować o działa-
niu prądu na płód, jeżeli tylko połączenie
tego ostatniego z łożyskiem nie uniemo-
żliwia bezpośredniego przenoszenia się
prądu.

Prób z rybami robiono 16; wykazały
one zgodność z doświadczeniem klini-
cznym. Życie może znikać pozornie, dla
sprowadzenia zaś śmierci niezbędne jest
powtarzanie wstrząśnień. Autor nie ro-
bił doświadczeń na zwierzętach ssących
w stanie brzemienności, ze względu na o-
becność macicy, gdyż skurcz tej ostatniej,
wywołany strumieniem elektrycznym, po-
ciągnąłby za sobą utrudnienie krążenia
łożyskowego i wydalenie płodu. Nato-
miast wybrał do następnych 6-ciu do-
świadczeń nowonarodzone króliki, stwo-
rzenia nader delikatne i łatwo ulegające
wpływowi strumienia. Umieszczano je-
den biegun na karku, drugi na pośladku
przeciwnej strony. Wyniki stwierdziły
stosunkową odporność niższych zwierząt
względem wpływów elektrycznych, a za-
razem możliwość wywołania śmierci tych
zwierząt powtarzaniem faradyzacji. Na
mocy doświadczeń swoich Landis czuje
się upoważnionym do wyprowadzenia na-
stępujących wniosków:

1) Używając prądu farad. w ciąży ze-
wnątrzmacicznej, należy stosować go o-
koło godziny, jeżeli pacjentka go może
znosić.

2) Stosowanie prądu winno być po-
wtarzane, dopóki zdolność do życia płodu
nie zostanie wyczerpaną.

3) Przynajmniej podczas jednego po-
siedzenia powinien być użyty prąd zna-
cznej siły.

1) Tu autor robi uwagę, że a priori przekłada
zabijanie płodu słabemi prądami nad narażanie ma-
tki na silne wstrząśnienia, mogące grozić pęknię-
ciem pęcherza płodowego.

4) Prąd działa prawdopodobnie nie tylko przez niszczenie płodu ale i przez wpływ na krążenie łożyskowe, co by było jeszcze jednym dowodem na korzyść dłuższego stosowania elektryczności.

B. Polikier.

MISCELLANEA.

295 *Huchard i Hénogue* przypisują antypirynie na zasadzie doświadczalnych praktycznych spostrzeżeń własność **tamowania krwotoków**. Po odjęciu 3 palców tylnej łapy u 3 świnek morskich ustał krwotok w 4 minuty po zanurzeniu w 5% roztworze antypiryny, w 7 minut po zanurzeniu w 5% roztworze ergotyny, a w 9 minut po zanurzeniu w roztworze dwuchlorku żelaza. Następczy krwotok wystąpił tylko w dwóch ostatnich przypadkach. U królika, któremu przecięto tętnicę i żyłę udową ustał krwotok po uciśnięciu rany gąbką, przesiąkniętą roztworem antypiryny. Udało się również zatamować krwotoki antypiryną i u ludzi; w jednym przypadku krwotoku nosowego użyto z korzyścią tamponu z roztworu antypiryny, a przy ranach palca i głowy użyto antypiryny in substantia (0,5 gr.) i otrzymano w ten sposób pożądany skutek. Zkąd pochodzi powyższa własność tego ośrodka, dotychczas nie wiadomo, tembardziej, że Maragliano dowiódł, że antypiryna u ludzi niegorączkujących wywołuje lekkie rozszerzenie naczyń, a przy gorączce rozszerzenie to bywa znaczniejszem.

(*Bullet. de la Société de Therapeut. de Paris*).

296 W ostatnich czasach wprowadzono we Francji w użycie **nowy środek przeciwgorączkowy**, znany pod nazwiskiem **Boit piquant**. Jest to kora z rośliny *xanthoxylum caribaeum* Lam (*xanth clava Herculis* Linn) i *xanth. Perrotetii*, rosnących na wyspach Antylskich. W Ameryce lekarze używają już dawno tej kory przy gorączce. Heckel i Schlagdenhaufen otrzymali z niej krystaliczną, przy 285° C. płynną substancję, a także krystaliczny i smolisty alkaloid—wodny roztwór 0,005 gr. alkaloidu wywołuje u żab zwolnienie oddychania i krążenia krwi aż do zupełnego porażenia.

297 *Tanret* radzi zastąpić stosowanie podskórne eteru **wstrzyknięciem podwójnej soli kofeiny** w następujących formach:

1) *Rp.* Natri benzoici 3,4

Coffeini 2,5

Aq. destill. q. s. ad centim. cub. 10.

S. Zewnętrznie. Szprycka Pravazza zawiera 0,25 gr. kofeiny.

2) Natri salicylici 1,9

Coffeini 2,5.

Aq. destill q. s. ad centim. cub. 10.

3) Natr. cinnamylici 2,0

Coffeini 2,5

Aq. destill. q. s. ad cent. cub. 10.

298 Pod nazwą **kafeismus** opisują **ostre lub przewlekłe otrucie kawą**, spostrzegane u niektórych osób. Działanie odwaru czarnej kawy działa odmiennie niż alkaloid kofeina, którego w filiżance czarnej kawy nie ma więcej nad 0,1 lub 0,12. Oprócz kofeiny w naparze znajdują się jeszcze sole potasowe i olejek aromatyczny, kafeon, od którego zależy zapach i działanie toksyczne napoju. Objawy ostrego otrucia kawą występują po użyciu wielkiej ilości tego napoju. Tętno staje się przyspieszonym, przepuszczającym i nieregularnym; jednocześnie zjawia się bicie serca, uczucie strachu, odbijanie, przelewania w kiszkach, częste oddawanie bladego moczu. Czulość na wrażenia zmysłowe zwiększa się, fantazyja staje się żywszą i ruchliwszą, wskutek czego powstaje trudność zśwłego myślenia. Nareszcie przyłączają się: ból i zawrót głowy, zбочenia wzrokowe i słuchowe, bezsenność, halucynacje, bredzenia i t. p. Wszystkie te objawy trwają zwykle dni parę i kończą się rozwolnieniem surowiczem.

Rzadziej napotyka się przewlekłe otrucie kawą wskutek codziennego użycia umiarkowanych ilości tego napoju. Bywa to u osób z usposobieniem nerwowym i objawia się podobnie, jak przewlekłe zatrucie alkoholem. Guellist spostrzegł 27 przypadków przewlekłego zatrucia kawą, które się cechuje następującymi objawami: twarz staje się bladą, ziemistą, zmarszczoną, oczy błyszczą, źrenice rozszerzają się, język i usta drgają, język bywa suchy. czerwony. Ciało jest znacznie wychudnięte, mięśnie zanikają. Później zjawiają się objawy żółtawkowe: bóle, niestrawność, wzdęcie, rozwolnienie, niekiedy gorączka i żółte zabarwienie skóry. Objawy sercowe mniej są wyrażone: tętno wolne, miękkie, bicie serca nieznaczne. Wyraźniej występują objawy nerwowe, jak: drżenie kończyn, mrowienia, bóle nerwowe i ogólne osłabienie układu nerwowego. Organa zmysłowe nie ulegają zбочeniu, sen bywa przerywanym, niekiedy zjawiają się senne widziadła, somnambulizm i drgawki hysteryczne. Oddawanie moczu utrudnione, a zdolność płciowa zmniejszona.

(*Gazette hebdomad. Nr. 39*). M. H.

299 W odczycie swym o **znaczeniu płciowego rozmnażania dla teorii doboru** prof. Weissmann wystąpił przeciwko teorii Karola Naegele'go, który utrzymuje, że współdziałanie zewnętrznych warunków życiowych i znanych sił organicznych: dziedziczności i zmienności, nie wystarcza do objaśnienia prawidłowego przebiegu w rozwoju świata organicznego, a natomiast sądzi, że przyczyna przemian organizmów znajduje się w samym organizmie, w budowie molekularnej żyjącej substancji. Teoryja ta nie objaśnia wielu faktów, a szczególnie

pozostawia bez objaśnienia wielką zagadkę świata organicznego — celowość organizmów. Weissmann w dalszym ciągu odczytu dowodzi, że cechy nabyte organizmów nie odziedziczają się, a najważniejsze znaczenie w wytwarzaniu indywidualnych cech dziedzicznych ma płciowe rozmnażanie (amphigone Fortpflanzung—Haeckel), wskutek którego każde następne pokolenie posiada cechy wspólne dwom osobnikom, przodkom swym, a w 1-szem pokoleniu zarodek składa się z 1020 rozmaitych substancyj zarodkowych, posiadających swe oddzielne cechy.

M. H.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Z sekcji pedyjatrycznej zjazdu lekarzy w Strasburgu.

E. Pfeiffer (Wiesbaden) mówi o *składzie mleka kobiecego przy krzywicy noworodków*. Jeżeli krzywica jest następstwem złego odżywiania, to u dzieci karmionych piersią matki, badanie mleka powinno wykazać zбочenia składu tegoż. Przy poszukiwaniu noworodków cierpiących na krzywicę okazało się, że jeżeli kilkoro dzieci jednej matki chorowało poprzednio na krzywicę, to i noworodek przedstawiał wyraźne jej objawy, a anamneza wykrywała obecność krzywicy u matki i u rodzeństwa. Matki przytem były zdrowe, miały dużo pokarmu, a już w pierwszych miesiącach karmienia zjawiało się krwawienie miesięczne. Odżywianie dzieci było również dobrem, u wszystkich jednak występowały objawy krzywicy. Pomimo to badanie mleka nie dało żadnych nienormalnych wyników; w niektórych przypadkach tylko ilość soli była dość małą, a w popiele było nieco więcej wapna, niż zwykle. Ilość fosfatów była również zmniejszoną. Kassowitz przestrzega przed wnioskami, opartymi na niezna- cznej ilości badań, a Unruh dodaje, że podług jego mniemania krzywica nie zależy od odżywiania, a est chorobą odziedziczoną.

Pott (Halla) podaje swe doświadczenia *nad działaniem kokainy* u dzieci. Tinctura Coca u dzieci przy katarze kiszek i żołądka wstrzymuje wymioty i biegunkę. Mniej działa jako nervinum przy padaczce, chorea etc. W 5—10% roztworze kokaina zewnętrznie lub podskórnie wytwarza na 10—25 minut znieczulenie i znosi ból; 5% roztwór kokainy stosowany w gardzieli i krtani, zmniejsza ilość i siłę napadów kaszlu krztusowego. Stephan i Dusch stwierdzają powyższe działanie kokainy przy krztuscu. Biedert poleca kokainę przeważnie przy cierpieniach oka: przy ciałach obcych, keratitis scrophulosa i operacjach zęza. Kohls spostrzegł dobre wyniki przy użyciu kokainy wobec utrudnionego polykania przy wrzodach grzliczych nagłośni.

Ranke (Monachijum) podaje *wyniki tracheotomii* przy systematycznie przeprowadzonej wentylacji. Z 45 przypadków błonicy otrzymał wyleczenie 26 razy (57%), w 9 przypadkach dławca bez błonicy wyzdrowienie 8 razy (88%). Wentylacja wykonywa w ten sposób, że chory przebywa na zmianę w 2 pokojach, w których jeden wciąż jest odwietrzany. Zmiana pokoju odbywa się kilka razy dziennie. Oprócz tego używa autor płókań z kw. karbolowego i małe dawki kali chloricum.

Hagenbach (Bazylea) mówi o *zarażeniu w szpitalach* i zwraca uwagę na ważność izolowania chorych.

Ranke (Monachijum) mówi o *porażeniu dziecin- nem pochodzenia mózgowego*. Strümpell pierwszy opisał to cierpienie i odróżnił je od rdzennego porażenia dziecinnego. Objawy są teżsame, brak tylko zwyrodnienia mięśni i odczynu zwyrodnienia; porażenia łączą się z naprężeniem mięśni, odruchy rdzeniowe są wzmożnione. Często zdarzają się przytem napady epilepsji, athetosis i zбочenia czynności psychicznych. Przy sekcji Strümpell spostrzegł ogniska porencephaliczne w szarej istocie mózgu, nazywa więc sprawę tę Poliencephalitis acuta. Ranke na 18 przypadków porażenia dziecinnego w 9-ciu znalazł objawy postaci mózgowej. W 3 razach cierpienie było wrodzonym. Sekcyj jednak nie robił. Jako warunek przyczynowy przypadków wrodzonych uważa asphyksję po urodzeniu.

Demme (Bern) wskazuje na *osłabiający wpływ nadużycia alkoholu na organizm dzieci*. Dzieci mogą cierpieć wskutek alkoholizmu rodziców, który występuje u nich w postaci idyjozmu lub epilepsji. W klinice berlińskiej spostrzegł D. następujące choroby, wyniki wskutek nadużycia alkoholu przez dzieci: cirrhosis hepatis, epilepsję, chorea i t. d. Nadmieniamy nadto, że wobec zalecania słabym dzieciom użycia wina należy stosować alkohol tylko terapeutycznie i to przy sprawach ostrych jeżeli okazują się objawy porażenia serca, a przy sprawach przewlekłych, jeżeli jest znaczny upadek odżywiania.

Dusch (Heidelberg) przytacza niektóre uwagi o *zapaleniu płuc krzywicowem u dzieci*. Zakaźny charakter choroby nie ulega wątpliwości, podobnie jak u starszych. Zdarzają się przypadki, w których objawów fizykalnych brak, jest tylko gorączka i duszność. Terapeutycznie uważa leczenie przeciwo- rączkowe za zbyt ciężkie, nawet przestrzega przed użyciem zimnych kąpiel, które często sprowadzają zapasć. Thomas wspomina o częstych epidemijach zapalenia płuc po epidemii odry. Demme leczy zapalenie płuc wilgotnymi okładami niezbyt ciepłymi na klatkę piersiową.

Escherich (Monachijum) i o *bakteryjach kiszko- wych u noworodków*. Meconium nie zawiera bakterij w początku, zjawiają się one dopiero w pa-

rę godzin po urodzeniu. w lecie prędzej niż w zimie. Charakterystyczne bakteryje meconii znikają po zjawieniu się kału, w którym występują już inne postacie.

Steffen (Szczecin) spostrzegł 32 przypadków *zapalenia osierdzia*, z tych 4 w pierwszym roku życia. W 13 przypadkach pierwotną chorobą było zapalenie płucnej, a 9—gruźlica. Małe wysięki nie rozpoznają się, większe zaś bardzo wyraźnie. Znaczna odporność przy dotyku i wypuku. Szmer tarcia przy wierzchołku. Wciągnięcie okolicy wierzchołka serca zjawia się bardzo rzadko. Należy sprawę tę odróżnić od ostrego rozszerzenia serca, często występującego przy zapaleniu nerki płonicowem i przy ostrych chorobach. Brak tu tej jednak odporności nad miejscem przytępienia, a uderzenie wierzchołkowe jest wyraźniejsze. Przy ostrem rozszerzeniu poleca autor *secale cornutum* w dużych dawkach.

M. H.

Wiadomości bieżące.

— **Towarzystwo lekarskie warszawskie.**
Ogłoszenie. Podczas uroczystego obchodu w dniu 25 października 1884 r. 50-letniego jubileuszu lekarskiego prof. d-ra Wiktora Szokalskiego, zebrana została z dobrowolnych ofiar uczestników uroczystości, dla jej upamiętnienia, suma rs. 732, którą Towarzystwo lekarskie warszawskie za zgodą Jubilata, postanowiło przeznaczyć na jednorazową zapomogę na wyjazd za granicę w celu naukowym, na miesiąc sześć lekarzowi skończonemu, poświęcającemu się już specjalnie pewnej gałęzi medycyny, z warunkiem złożenia Towarzystwu po trzech miesiącach od wyjazdu, zawiadomienia o swych zajęciach naukowych za granicą, a następnie po powrocie—złożenia wyczerpującego naukowego sprawozdania. Wyplata zapomogi uskutecznioną będzie w 2-ach ratach: pierwsza przed samym wyjazdem, druga zaś po otrzymaniu zawiadomienia o trzechmiesięcznej pracy za granicą.

PP. lekarze, którzyby życzyli ubiegać się o rzezoną zapomogę, zechcą nadesłać odpowiednie podanie do Towarzystwa lekarskiego (ulica Niecała Nr. 7) do dnia 10 grudnia r. b.

Z upoważnienia Towarzystwa

Vice-Prezes dr. J. Rogowicz.

— **Barak polowy** został zbudowany przez p. Szokalskiego, właściciela fabryki fornirow na nowych własnego pomysłu podstawach. W podwórzu fabryki postawiono dwa małe baraki: zimowy i letni. Składają się one z tafel zrobionych z drzewa fornirowego z trzech blaszek o rozmaitym kierunku słoju zlepionego, ażeby zapobiedz paczeniu się drzewa. Tafle zasuwają się dachówkowato jedna na drugą tak, iż z łatwością każda z nich wyjętą być

może. W ten sposób wentylacja w baraku letnim uskutecznia się w sposób nieograniczony. Co do zimowego baraku, to takowy posiada podobnie ściany ale podwójne i ogrzewany jest parą gorącą, krążącą w rurze wychodzącej z kociołka umieszczonego nazewnątrz baraku. Podłoga podwójna.

— **Czynem obywatelskim** odznaczyło się wielu aptekarzy lwowskich, którzy zerwali stosunki z domami handlowemi niemieckimi przenosząc takowe do firm austrijackich i francuzkich.

(*Czasopismo towarzystwa aptekarskiego*).

— **Pracownia chemiczno-lekarska** szpitali warszawskich wykonała w r. 1884 rozbiórów 433. Z tych 65 nadesłano drogą urzędową przez ordynatorów szpitalnych, reszta zaś drogą prywatną. Z tych ostatnich przypada 235 na rozbiór moczu. 43 na rozbiór wydzielin, reszta na artykuły spożywcze, napoje, środki opatrunkowe, leki i t. p.

(*Wiadom. farmaceut.* 15 listopada r. b.).

— **W sprawie nowego wodociągu** podaje czasopismo „Zdrowie“ w obszernym artykule wstępnym następujące postulaty, a to wychodząc z zasady, że przy braku presyi prawnej i wobec projektowanej wysokiej opłaty za wodę, mało obywateli zechce korzystać z wodociągu, który w ten sposób stanie się martwym kapitałem:

- 1) Wprowadzenie zdrowej wody do każdej posesyi winno być obowiązującym.
- 2) Jednostka opłaty zastosowaną być winna do tego systemu.
- 3) Klozety wyjątkowo uwzględnione być powinny w taryfie, a ewentualnie opłata za nie wcieloną być winna do opłaty od pokojów.
- 4) Wyjątkowe względy również zastosowane być winny do kuchni tanich, łaźni ludowych, domów dla robotników i innych zakładów cel higieniczny i filantropijny za podstawę mających.
- 5) Wprowadzenie przymusowe wody wymagałoby ułatwień ze strony magistratu, a w tym celu porządkiem byłoby wyznaczenie stałej obywatelskiej komisji do racjonalnego i nieuciążliwego załatwiania rzeczy w każdym oddzielnym przypadku.
- 6) Towarzystwo kredytowe miejskie również powinno przyjąć udział w tej ważnej sprawie obywatelskiej.

— **Nowa klinika chirurgiczna** w Helsingforsie, w Finlandyi, wkrótce ma powstać. Rząd finlandzki wyasygnował na ten cel 1,450,700 marek.

(*Wracc*, 45—1885).

— **Klinika psychiatryczna** zbudowaną została w Moskwie z funduszu zapisanego niegdyś przez panią Morozow. (*Wracc*, 45—1885).

— **Zakademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu.** Na konferencyi tejże akademii odbytej d. 14go listopada r. b. odbyły się wybory sekretarza uczonego. Na pierwszego kandydata podano prof. Paszutina, na drugiego prof. Suszczyń-

skiego, na trzeciego zaś—prof. Borodina. Według ustawy. minister zatwierdza jednego z trzech podanych. Na cześć zaś byłego sekretarza prof. Dobrosławina, który piastował tę godność przez lat 9, członkowie konferencji wydają ucztę koleżeńską.

(*Wracz.*, 45—1885).

— **Kwestya urzędzenia wodociągów i kanałów w Lublinie** poruszona została na jednym z ostatnich posiedzeń lubelskiego Towarzystwa lekarskiego, jak o tem donosi miejscowy organ. „Gazeta lubelska“ dodaje, że p. gubernator przychylnie wyraził się o wnioskach towarzystwa zakomunikowanych mu przez prezesa tegoż.

— **Sprawa zamierzonego międzynarodowego kongresu** w Waszyngtonie (w r. 1887) coraz bardziej zaczyna się gmatwać. Nieporozumienia parcjalne zaszkodziły w Ameryce sprawiły wielkie niezadowolenie w Anglii, w której dzienniki lekarskie („Medical Press and Circular“, „Medical times and Gazette“) zaczynają objawiać niezchęcenie w tej mierze, proponując nowy wybór miejsca kongresu, a mianowicie w kraju, w którymby większa istniała solidarność w zawodzie lekarskim.

(*The Medical Record*, 17 października 1885).

— **Amerykańska komisya choleryczna.** Prezydent Stanów Zjednoczonych wydał rozporządzenie polecające d. rowi Shakespeare'owi z Pensylwanii udać się do miejsc Europy nawiedzonych cholera w celu wykonania poszukiwań nad etyologiją, zapobieganiem i leczeniem tej choroby.

(*The Medical Record*, 17 paźdz. 1885).

— **Manifestacje antiwaksynacyjne w Montrealu w Kanadzie.** W Kanadzie urząd zdrowia przyjął prawo obowiązkowego szczepienia ospy. Skoro ogłoszono fakt ten w dzienniku urzędowym, wybuchł prawdziwy rokosz w Montreal, w którym to mieście ludność, poczęści nawet przez lekarzy niektórych podburzona, staczać poczęła awantury po ulicach, wybiła okna w biurze urzędu zdrowia, podobnież jak i u mera, którego policya nie zdołała obronić od czynnego znieważenia. Dano nawet kilka strzałów. Obecnie przygotowano wojsko na wypadek dalszych zaburzeń.

(*The Medical Record*, 3 października oraz *Deutsche Med. Ztg.* 26 listopada 1885).

— **W Dublinie** odbyła się temi dniami rzadka uroczystość. Chirurg tameczny dr. **Thompson** złożył dowód odwagi i poświęcenia, wysysając ranę wskutek tracheotomii powstałą u pacjenta dla wydalania błon dyfterytycznych. Za czyn ten królowa przyznała mu medal Alberta, przeznaczony jako nagroda waleczności, okazanej przed nieprzyjacielem na lądzie lub morzu. Reprezentant królowej wręczając mu medal, rzekł, że waleczność okazuje się

w rozmaitych postaciach, a zwłaszcza u lekarzy tyle zdarza się przypadków ofiarności i szlachetności, że za szczęśliwego się poczytuje, gdy w osobie d-ra Thompsona podziękowanie królowej oświadczyć może całemu temu stanowi znakomitemu.

(*Przeгляд Lek.* Nr. 48).

— W początku stycznia r. p., w pracowni przy tutejszem Towarzystwie lekarskiem, kolega **M. Jakowski** rozpocznie zajęcia praktyczne badań grzybków chorobotwórczych. Koledzy, pragnący przyjąć udział w takowych, mogą porozumieć się co do warunków z kolegą Jakowskim (*Wspólna*, 33) lub w naszej redakcyi.

— Zmarły w r. b. w Kamionce (Podole) dr. **Gołębiowski**, między innymi legatami, zapisał warszawskiemu Towarzystwu lekarskiemu rs. 5,000, a 2,000 rs. kasie wsparcia wdów i sierot po lekarzach.

(*Gaz. Lek.* Nr. 48).

— **Hr. Robillant**, włoski minister spraw zewnętrznych, zawiadomił odpowiednim okólnikiem państwa, których przedstawiciele brali udział w rzymskim międzynarodowym zjeździe sanitarnym, że termin otwarcia konferencji, naznaczony pierwotnie na 16-go Listopada, odłożonym został na czas nieograniczony. Zapewne przyczyną rozchwiania się konferencji jest niemożność osiągnięcia porozumienia się wskutek znacznych różnic w poglądach przedstawicieli rozmaitych mocarstw.

— Nadesłano do Redakcyi:

Dr. A. Schott (Bad Nauheim). Zur Therapie der Chronischen Herzkrankeiten. (Sep. Abdr. aus der „Berl. Klin. Wochenschrift“, Nr. 13—1885).

Kraft Ebing. Nasz wiek nerwowy (przekład). Warszawa, nakładem księgarni Teodora Paprockiego i S-ki. 1886.

— Treść numeru 2-go „Zdrowia“.

Artykuł wstępny.—*Artykuły oryginalne.* Zdrowie i choroba, szkic sanitarny przez d-ra Bolesława Lutostańskiego (str. 5).—O klimatycznych stosunkach Warszawy, przez J. Kowalczyka, starszego astronoma obserwat. Warszaws. (dokończenie) (str. 9).—Wyniki badania składu wody studzien miejskich oraz rzeki Wisły w Warszawie (dalszy ciąg) (str. 12).—Zwolennicy i przeciwnicy szczepienia ospy ochronnej (str. 20).—*Dział sprawozdawczy.* Konferencyja anitarna międzynarodowa w Rzymie (str. 22).—*Postępy praktyki sanitarnej.* Łaźnie ludowe (str. 23).—Stacyje meteorologiczne (str. 26).—*Korespondencyje.* Lublin i gubernija lubelska.—Z Zurychu. Wzór opisu miejscowości pod względem warunków zdrowotnych — *Kronika.* Stosunki meteorologiczne Warszawy.—Stosunki meteorologiczne Krakowa — Z prowincyi.—Kongres stowarzyszenia sanitarnego Wielkiej Brytanii.—Ciasto z wazeliną.—Wpływ zamocności i warunków mieszkanklas na śmiertelność i przyczyny śmierci.—Statystyka Francyi.—*Dział statystyczny* (str. 38).—Książki otrzymane.

Wydawca:

Dr. Wł. Mączewski.

Redaktor odpowiedzialny

Dr. Otton Hewelke.