

# SPIS RZECZY.

str.

## Prace oryginalne.

W. H. Krajewski. O doraźnej pomocy przy zatrzymaniu moczu . . . . .	521
Sprawozdanie z drugiego zjazdu chirurgów w Krakowie. . . . .	536

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

302. Prof. Dr. Ribbert. Obecny stan nauki o odporności. . . . .	543
303. Cornet. Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers. . . . .	549
304. Haupt. Doniosłość dziedziczenia gruźlicy w porównaniu z szerzeniem jej przez płwocinę. . . . .	552

### II. Farmakologija.

305. R. Wolffhardt. O działaniu wysokoju na trawienie żołądkowe . . . . .	555
306. Guttman. O Salipirynie . . . . .	556
307. A. Beckh. Doświadczenia z chlorkiem oreksyny . . . . .	556
308. Dr. Dehio. Badania nad niektórymi nowszymi środkami nasennymi. . . . .	557
309. Prof. O. Rosenbach i F. Pohl. Niejednakowe zachowanie się preparatów jodu i kwasu salicylowego do wydzielin, wysięków i przesieków. . . . .	558
310. Scheinmann. Pyoktanina przeciwko owrzodzeniom gruźliczym w krtani i w nosie. . . . .	559
311. Dr. William Gemmell. Ouabaina przy kokluszku. . . . .	560
312. Dr. Mugdan. Trujące własności creoliny: wpływ jej na przemianę materji w organizmie . . . . .	561

### III. Choroby nerwowe.

313. Dr. L. Löwenfeld. Beiträge zur Lehre von der Jacksonischen Epilepsie und den klinischen Aequivalenten derselben . . . . .	562
314. Dr. P. Meyer. Przyczynki do patogenezy płasawicy. . . . .	563
315. Knud Faber. Patogeneza tęcza. . . . .	569
316. R. v. Jaksch. Przyczynki kliniczne do poznania tetanji . . . . .	571
317. Prof. M. M. Popow. O zmianach w elementach nerwowych układu nerwowego ośrodkowego przy wodowstręciu. . . . .	574
318. Dr. H. Oppenheim. Einiges über die Combination functioneller Neurosen mit organischen Erkrankungen des Nervensystems . . . . .	575
319. A. Souques. Hysteryja u mężczyzn. . . . .	576

### IV. Wiadomości pomniejsze.

320. Epidemija infekcyjnej żółtaczki. . . . .	577
321. Dyspepsyja suchotników. . . . .	577
322. Wdzielanie się środków balsamicznych . . . . .	577
323. Zastrzykiwanie chininy wprost do żyły przy zakażeniu błotnem. . . . .	578
324. Wyleczalność nowotworów natury rakowatej zapomocą miąższowych zastrzyków sublimatu . . . . .	578
325. Chloral przy cholercie . . . . .	578
326. Leczenie krwawej biegunki . . . . .	578
327. Chinina przeciw chorobie morskiej . . . . .	578
328. Pheniluretan . . . . .	578
329. Chloralamid . . . . .	579
330. Sadze przy suchotach płucnych . . . . .	579
331. Cocainum muriaticum w praktyce akuszeryjnej . . . . .	579
332. Domieszka fenolu do kokainy . . . . .	579
333. Otrucie parafiną . . . . .	579
334. Woda utleniona do przemywania ran . . . . .	579
335. Sterylizowanie (wyjaławianie) wody do picia . . . . .	579



# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(*Dalszy ciąg*).

### I. Anatomija cewki.

W rozdziale tym nie mam wcale zamiaru podawać drobiazgowej anatomii opisowej i fizjologii cewki, istnieją całe szeregi wyśmienitych opisów w różnych podręcznikach anatomii opisowej, które mię od tego obowiązku uwalniają; co więcej u czytelników z góry przypuszczają muszę obznajmienie z odnośnymi rozdziałami anatomii i fizjologii, sam zaś postaram się wskazać, jakie mianowicie szczegóły są ważniejsze dla celu który sobie zakresiliśmy. W ciągu całego poniższego opisu cewkę uważać będę tylko jako kanał, łączący rezerwuar urynowy - pęcherz - ze światem zewnętrznym, jako drogę, którą ma przebyć uryna, aby się na zewnątrz wydostać, lub też instrument, który się staramy do rezerwuaru wprowadzić, wszelkie inne przeznaczenia cewki obchodzić nas w poniższym nie będą. Naturalnie zajmować się będziemy wyłącznie cewką męzką.

**P o d z i a ł.** Dla ułatwienia opisu, a także ze względu na różne własności, konfigurację, budowę i stosunek do części otaczających wszyscy autorowie dzielą cewkę na kilka odcinków. W większości podręczników anatomii opisowej spotykamy się z podziałem cewki na 3 główne odcinki, a mianowicie (idąc od pęcherza ku meatus externus): część krokową (pars prostatica urethrae) (fig. I, 5) część błoniastą (p. membranacea) (fig. I, 6) i część gąbczastą (p. spongiosa) (fig. I, 7), w tej ostatniej odróżniają zwykle 3 podziały: regio navicularis, cavernosa et bulbosa. Podział ten, usprawiedliwiony zresztą zupełnie z punktu widzenia anatomicznego tak ze względu na jasność granic po-



między oddzielnymi częściami, jakoteż różnicę w budowie ścian kanału, dla klinicystów przedstawia pewne niedogodności, a to z powodu, iż nie uwzględnia niektórych właściwości kanału, bardzo ważnych pod względem klinicznym; ztąd pochodzi, iż różni autorowie, mający praktyczny cel na oku, starali się w różny sposób podział ten anatomiczny zmodyfikować, aby go dla celów praktycznych udogodnić. Tak powstał podział Guyona \*), rozdrabniający cewkę na sześć odcinków (*pars navicularis, pennalis, scrotalis, perineobulbaris, membranacea et prostatica*), który nie znajduje dostatecznego anatomicznego usprawiedliwienia, gdyż granice pojedynczych części nie są dość jasne, a co ważniejsza zmienne (na przykład *p. scrotalis*). Inny znów podział, podany przez Richet'a i przyjęty przez wielu klinicystów, rozróżnia część ruchomą cewki (*pars mobilis*), do której zalicza odcinek cewki w członku przebiegający, od kąta oznaczonego na fig. I literą *a* do zewnętrznego otworu cewki, i część nieruchomą (*pars fixa*), w skład której wchodzi cała reszta kanału od więzu wieszadłowego członka (*lig. suspensorium penis*) (fig. I, 18) aż do pęcherza; pierwszą część nazywają też często *pars pendula urethrae*. Podział ten nie wydaje mi się racjonalnym z tego powodu, że do drugiego odcinka zaliczone są zbyt różne pod względem anatomicznym części cewki, że cała przednia połowa nieruchomej części cewki pod względem budowy jest zupełnie podobną do ruchomej, że granica rozdzielająca oba odcinki daje się zupełnie znieść przez podniesienie członka do brzucha, że najczęściej nie tutaj lecz daleko głębiej instrument, wprowadzony do cewki, napotyka przeszkodę, przed którą zatrzymać się musi.

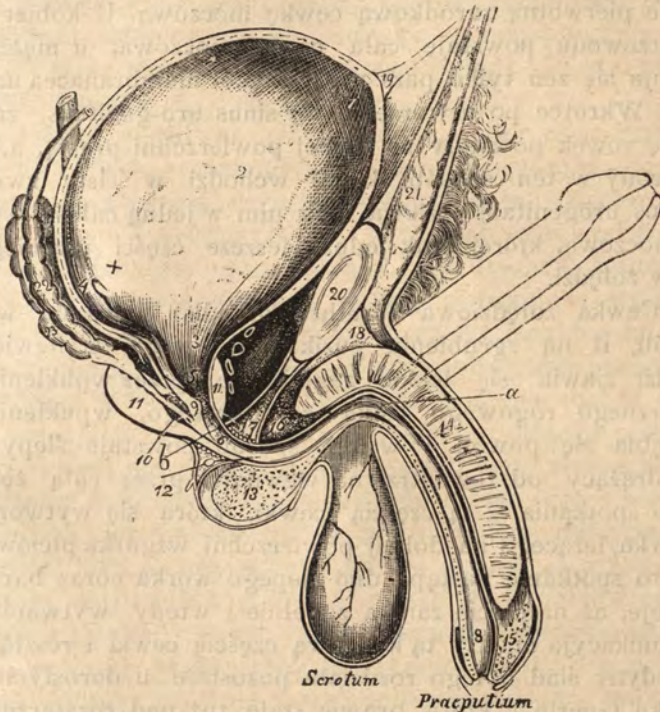
Za jedynie racjonalny, wszelkim wymogom anatomii, fizjologii i kliniki odpowiadający, uważam podział, opierający się na historii rozwoju cewki moczowej. Dla dokładnego zrozumienia tego podziału muszę tu przytoczyć niektóre szczegóły z embriologii organów moczopłciowych:

W 6-ym tygodniu życia zarodkowego rozpoczyna się rozwój zewnętrznych organów płciowych przez wytworzenie wzgórka, tak zwanego guziczka płciowego (*phallus*), na przednim obwodzie wspólnej kloaki odbytniczo-moczowej; wkrótce guziczek ten wydłuża się, na dolnej jego powierz-

\*) l. c. p. 657.



chni powstaje rowek, który się stopniowo pogłębia przez wyrastanie na jego bokach, tak zwanych, fałd płciowych, które w końcu 3-go miesiąca życia zarodkowego zlewają się ze sobą i w ten sposób tworzy się kanał, który odpowiada będzie części gąbczastej cewki dorosłego (pars spongiosa urethrae) od opuszki (bulbus) aż do żółędzi (glans penis).



Rysunek szematyczny. Kopja z książki Harrisona „Lectures on the surgical disorders of the urinary organs“.

Objaśnienie znaków: 1. Vertex vesicae. 2. Corpus vesicae. 3. Col- lum vesicae. 4. Fundus vesicae. 5. Pars prostatica urethrae. 6. P. membra- cea. 7. P. spongiosa. 8. Fossa navicularis. 9. Veru montanum. 10. Sinus po- cularis v. Utriculus. 11. Prostata. 12. Glandula Cowperi. 13. Bulbus urethrae. 14. Corpus cavernosum penis. 15. Glans penis. 16. Crus penis v radix corp. cavern penis. 17. Ligamentum triangulare urethrae. 18. Ligamentum suspen- sorium penis. 19. Urachus. 20. Symphisis pubis. 21. Parietes abdominis. 22. Vas deferens. 23. Vesiculae seminales. x. Orifitium vesicale uretheris. a. Cur- vatura praepubica b. Curvatura subpubica.

Jeszcze przed zupełnem zamknięciem się, dopiero co opi- sarego, rowka następuje podział wspólnej kloaki odbytniczo- moczowej, który dokonywa się w ten sposób, iż z jednej strony powoli zaczyna się wydłużać przegroda, istniejąca między odbytnicą a moczownikiem (urachus) – septum uro-rectale,



z drugiej zaś po obu bokach wspólnej kloaki powstają wzniesienia (wzgórki kroczone), które zdążają ku linii środkowej, aby się tam między sobą i z przegrodą moczowo-odbytniczą połączyć. Gdy to nastąpi, na miejscu wspólnej kloaki zjawiają się 2 kanały, tylny jest odbytnicą, przedni zaś przedstawia przewód moczopłciowy (*sinus urogenitalis*), a właściwie pierwotną zarodkową cewkę moczową. U kobiet z tego przewodu powstaje cała cewka moczowa, u mężczyzn rozwija się zeń tylko *pars prostatica et membranacea urethrae*. Wkrótce po utworzeniu się *sinus urogenitalis*, zamyka się rowek powstały na dolnej powierzchni prącią, a, wytworzony w ten sposób, kanał wchodzi w ścisły związek z *sinus urogenitalis* i zlewa się z nim w jedną całość — cewkę moczową, której brak jednak jeszcze części przebiegającej w żołądź.

Cewka żołądziowa (*urethra glandis*) powstaje w ten sposób, iż na zgrubieniu guzika płciowego stanowiącem żołądź, zjawia się lekkie zagłębienie, przez wpuklenie zewnętrznego rogowego listka zarodkowego, wpuklenie to pogłębia się powoli i w ten sposób powstaje ślepy worek, drążący od zewnątrz na wewnątrz przez całą żołądź, aż do spotkania z tą częścią cewki, która się wytworzyła z rowka, leżącego na dolnej powierzchni wzgórka płciowego; gdy to spotkanie nastąpi, dno ślepego worka coraz bardziej cienieje, aż nareszcie zanika zupełnie i wtedy wytwarza się komunikacja między tą końcową częścią cewki a resztą. Jako jedyny ślad byłego rozdziału pozostaje u dorosłych zastawka *Guerin'a*, którą, prawie stale, tuż pod rozszerzeniem łódkowatym (*fossa navicularis*) napotykamy.

Po obszerniejsze szczegóły rozwoju cewki muszą ciekawego czytelnika odesłać do prac: *Klebsa*, *Picard'a*, *Kaufmanna*, *Rose'go* \*) etc.; to cośmy wyżej powiedzieli wystarczy nam do celu, do którego zmierzamy, wynika bowiem z powiedzianego jasno, iż cewka moczowa męzka rozwija się z trzech, zupełnie niezależnych od siebie, części, które, połączywszy się ze sobą, składają się na całość, a mianowicie: z *sinus urogenitalis* rozwijają się *pars prostatica et membranacea urethrae* anatomów; z rowka guziczka płciowego powstaje cała *pars spongiosa urethrae*, za wyjątkiem tej jej części, która w żołądź przebiega, a która jest rezultatem wpuklenia zewnątrz-

\*) patrz Spis bibliograficzny Nr. 15 i 24.



nego listka zarodkowego. Zależnie od tych 3-ch różnych ośrodków rozwoju dzielić też będziemy cewkę dorosłego człowieka na 3 części:

1) *Urethra glandis* (fig. I, 8) od otworu zewnętrznego do zastawki Guerin'a.

2) *Urethra spongiosa seu anterior* (fig. I, 7) od zastawki Guerin'a do końca części opuszkowej cewki.

3) *Urethra musculo-prostatica seu posterior* (fig. I, 5 i 6) od końca opuszki do szyi pęcherza moczowego.

Podział cewki na przednią czyli zewnętrzną i tylną czyli wewnętrzną, odpowiadającą trzeciej naszej części, jest znany od czasów Amussat'a, przyjęty przez Civial'a i Caudmont'a, a ostatecznie rozwinięty przez Guyon'a w jego podręczniku przy opisie fizjologii cewki, dziwić się tylko należy, że autor ten przy anatomicznym opisie trzyma się tak rozdrobnionego podziału, którego jednak niczem usprawiedliwić nie można. Zresztą wszystkich wymienionych autorów do takiego podziału cewki skłonił nie wzgląd na jej rozwój, lecz zaobserwowane różnice w budowie i fizjologii obu części, jasno wyrażona granica (lig. Carcassoni), a ze względów praktycznych trudność, jaką napotykamy w każdej normalnej cewce przy przejściu instrumentu z jednej części do drugiej. Dopiero pierwszy Picard postarał się dać temu podziałowi podstawę embriologiczną, zasady swej nie przeprowadził jednak dość konsekwentnie, gdyż nie uwzględnił samoistności embriologicznej części żołądźkowej cewki, a jednak, jak się tego postaram dowieść przy opisie oddzielnych części cewki, odróżnienie tych dwóch działów w przedniej cewce jest korzystnym nie tylko w celu racjonalnego przeprowadzenia raz przyjętej do podziału zasady, ale również ze względu na różnice w budowie anatomicznej, patologii i klinice obu części.

Zanim przystąpię do opisu pojedynczych części, na jakie dzielimy cewkę moczową, muszę na tem miejscu przypomnieć stosunek jej do tkanek otaczających; rozpatrzenie się bowiem w tym stosunku jest niezbędnem tak dla celu praktycznego do jakiego dążymy, jak i dla dokładnego orientowania się w dalszym opisie, a szczególnie rozgraniczeniu pojedynczych części cewki.



Cewka, powstawszy z pęcherza, przechodzi przez gruczoł krokowy, opuszcza go u wierzchołka i otoczona tylko dość cienką warstwą mięśniową, przebija przegrodę powięziowo-mięśniową, zwaną ligamentum Carcassoni (fig. I, 17) po za którą, otrzymawszy pochewkę gąbczastą, przebiega w rowku, utworzonym przez zetknięcie się ciał jami-  
stych prącia, aż do jego główki gdzie się otwiera na zewnątrz.

Na tym przebiegu część cewki (mniejsza) leży wewnątrz jamy miednicy, druga zaś (większa) zewnątrz tej jamy; aby wyjść z jamy miednicy cewka musi przebić przegrodę zamykającą miednicę od dołu, tak zwaną przeponę miednicową (diaphragma pelvis); ten to stosunek cewki do, częścią mięśniowych, częścią zaś powięzionych tworów, zamykających wyjście z miednicy, jest pierwszorzędnej doniosłości, ponieważ jak to poniżej zobaczymy, w tem miejscu leży jedyny niepodatny punkt cewki moczowej, do którego nasze instrumenta akkomodować się muszą; ponieważ dalej istnieje kolosalna różnica w następstwach zranienia części cewki, leżącej po za przeponą i przed takową, którą to różnicę mając na względzie zadanie, jakieśmy sobie postawili, dokładnie znać powinniśmy.

Rozpatrując się w przegrodzie miednicy (Septum pelvis-Henke) z praktycznego punktu widzenia \*) odróżnić w niej możemy dwie warstwy: górną większą, zamykającą cały dolny otwór miednicy, zwaną Diaphragma pelvis stricte sic dictum i dolną, mniejszą, wzmacniającą pierwszą w przedniej połowie, zwaną Diaphragma urogenitale.

a) Diaphragma pelvis stricte sic dictum. W skład jej wchodzi: musculus levator ani, musculus coccygeus, lig. spinoso-sacrum et coccyx, pokryte z góry przez powięź kroczową głęboką (fascia perinei profunda v. fascia pelvis). Główną składową częścią tej przegrody jest m. levator ani, włókna jego poczynają się z każdej strony od spojenia łonowego i łuku ścięgnistego, wchodzącego w skład powięzi m. obturatoris interni, kierują się ku tyłowi, dołowi i ku wewnątrz, dążąc ku linii środkowej dla spotkania się z włóknami strony przeciwnej. Na przeszkodzie temu

\*) Wszelkie drobiazgi anatomiczne z umysłu opuszczam, zaciemniłyby one tylko ogólny obraz, o jasne przedstawienie którego przedewszystkiem mi chodzi.



bezpośredniemu zlaniu się mięśni stron obu staje odbytnica, która się w tylnej połowie miednicy wsuwa między oba mięśnie, to też tylko włókna przebiegające po za kiszka splatają się ze sobą na raphe ano-coccygeum, te zaś, które dosięgają kiszki, łączą się z jej podłużnymi włóknami mięsnymi. Od tyłu dopełnia przepony młus coccygeus, którego włókna przebiegają od przodu i od zewnątrz ku tyłowi i ku wewnątrz i są wzmocnione od dołu przez lig. spinoso-sacrum, łączą się one częścią z włóknami strony przeciwnej na raphe ano-coccygeum, częścią zaś przyczepiają się do kości ogonowej, która w ten sposób uzupełnia przeponę od tyłu. Przed odbytnicą krzyżuje się tylko bardzo nieznaczna ilość włókien mli levatoris ani, stanowiąca przedłużenie, najbardziej ku linii środkowej wysuniętych przyczepów obu mięśni; dalej ku przodowi istnieje, aż do spojenia łonowego pomiędzy wewnętrznymi brzegami mięśni stron obu, przerwa w ciągłości przepony, przedstawiająca się pod postacią podłużnej szpary, przez którą przechodzą kanały wyprowadzające organów moczopłciowych. Cała dopiero co opisana mięsno-włóknisto-kostna przepona jest pokryta od góry cienką powięzią (fascia pelvis v. perinei profunda), która jest w rzeczy samej powięzią właściwą mli levatoris ani, powięź ta na bokach miednicy zlewa się z powięzią mli obturatoris interni, a na brzegach, tylko co opisanej, szpary, istniejącej w przedniej części przepony, zlewa się po obu stronach z boczными powięziami gruczołu krokowego (fasciae laterales prostatae), o których będziemy mówić niżej.

Dla jaśniejszego zrozumienia możemy sobie przedstawić przeponę miednicową (diaphragma pelvis) jako lejek, którego górny otwór odpowiada przyczepom miednicowym mli levatoris ani et coccygei; dolny mniejszy otwór tego lejka leży niżej i ekscentrycznie t. j. bliżej tylnego obwodu otworu górnego i służy dla przejścia odbytnicy; wskutek takiego ustawienia obu otworów przednia ściana lejka jest daleko dłuższą od tylnej, nadto w tej przedniej ścianie, począwszy od otworu górnego, prawie że aż do tylnego, istnieje podłużna szpara (przerwa w ciągłości przepony), służąca dla przejścia narządów moczopłciowych tak u mężczyzn jak i u kobiet.

b) Diaphragma urogenitale leży poniżej przepony miednicowej, zajmuje tylko przednią połowę otworu miednicy i służy do zamknięcia wyżej opisanego braku, ist-



niejącego w przeponie miednicowej. Główną trudność w zrozumieniu budowy i ustawienia tej przepony stanowiła różnorodność opisów i nazw, jej nadawanych; ze względu na istotną praktyczną ważność tej przepony każdy anatom starał się jaknajdrobiazgowiej ją opisać, jakiś nowy szczegół do opisu poprzedników dodać, inaczej ją nazwać, że tu wymienię tylko następujące nazwy: fascia perinei media, lig. Carcassoni, lig. triangulare urethrae, lig. suspensorium urethrae, lig. subpubicum, aponeurosis pubo-rectalis, fascia perinei propria itd.; ztąd powstało istotne zamieszanie w opisach tej przegrody, trudne do rozwikłania szczególnie dla tych, którzy musieli się ograniczyć przeważnie do teoretycznego studjowania anatomii; a jednak rzecz to wcale nie skomplikowana, jak nas przekona następujący opis, oparty na poszukiwaniach Tillaux i Henke'go.

Diaphragma urogenitale przedstawia się pod postacią trójkątnej, 12—18 milimetrów grubej, przegrody, leżącej tuż pod łukiem łonowym. Wierzchołek trójkąta przyczepia się do łuku łonowego, boczne ramiona do zstępujących gałęzi kości łonowych, podstawa kończy się ostro przed dojściem do odbytnicy. Przegroda ta składa się z dwóch blaszek powięziowych: przedniej i tylnej (resp. dolnej i górnej) i dość grubej warstwy mięśniowej (znanej, pod ogólną nazwą *mlus transversus perinei profundus*), leżącej pomiędzy temi blaszkami; po za mięśniem obie blaszki zlewają się ze sobą i wytwarzają ostry kant przed odbytnicą (podstawa trójkąta), zlewający się z fascia superficialis perinei z jednej i fascia prostato-peritonealis z drugiej strony. Mniej więcej w odległości  $2\frac{1}{2}$  ctm. od łuku łonowego przepona ta posiada otwór, służący dla przejścia cewki moczowej u mężczyzn (u kobiet ma 2 otwory: jeden dla cewki, drugi dla pochwy). Oto wszystko, cała rzecz polega na tem aby nie rozpatrywać oddzielnie powięzi a oddzielnie mięśni, jako odrębne twory, gdy one w istocie stanowią jedną nierozdzielalną całość.

Wszystko co leży ponad, dopiero co opisaną, przeponą, a więc i ta część cewki, co ponad nią leży, znajduje się w jamie miednicy; wszystko co leży poniżej przepony, a więc i odpowiednia część cewki jest zewnątrz jamy miednicy. Tak więc diaphragma urogenitale dzieli cewkę na 2 części: w e w n ą t r z - m i e d n i c o w ą odpowiadającą w naszym podziale cewce tylnej i z e w n ą t r z - m i e d n i c o w ą,



obejmującą resztę cewki. Ten odcinek cewki, który przebiega w grubości diaphragmae urogenitalis jest ustawiony nieruchomo i do jego pozycyi we wszelkich manipulacjach w cewce stosować się musimy. Miejsce w którym cewka opuszcza przeponę moczopłciową, aby się stać zewnątrzmiędnicową, nazywamy *isthmus urethrae*.

Pomiędzy dopiero co opisanymi przeponami (międnicową i moczopłciową) istnieje odstęp, w którym się znajdują: gruczoł krokowy, wewnątrzmiędnicowa część cewki moczowej i splot żylny (*plexus Santorini*), wszystko otoczone luźną tkanką łączną, która ku górze przez szparę, istniejącą w przedniej części diaphragmae pelvis, łączy się bezpośrednio z tkanką łączną luźną podotrzewnową. Odstęp ten ma formę obciętego klina, którego węższy koniec zwrócony jest do spojenia łonowego, szersza zaś podstawa — do odbytnicy. Przednią jego granicę stanowi spojenie łonowe, dolną — diaphragma urogenitale, górną — diaphragma pelvis przerywana szparą; od tylnego brzegu diaphragmae urogenitalis wznosi się ku górze cienka powięź, zwana *fascia prostato-peritonealis*, wciska się ona między gruczoł krokowy i odbytnicę, osłania w ten sposób podstawę naszego klina i kończy, cieniejąc coraz bardziej, tuż pod otrzewną, wyścielającą *excavatio vesico-rectalis*; nakoniec i boczne ściany tego klinowatego odstępu nie są pozbawione, wzmacniających je, blaszek włóknistych, stanowią je dwie powięzie boczne gruczołu krokowego (*fasciae laterales prostatae*), przebiegające po bokach prostatae od spojenia łonowego ku tyłowi do połączenia z *fascia prostato-peritonealis*, a od diaphragma urogenitale ku górze do połączenia się z *fascia pelvis* (*perinei profunda*) na brzegach szpary, istniejącej w przedniej części diaphragmae pelvis. Z dopiero co opisanych anatomicznych stosunków wynika, iż tylna (wewnątrzmiędnicowa) cewka moczowa wraz z otaczającymi ją częściami (gruczołem krokowym i splotami żylnymi) leży w otoczce powięziowej, jakby w puduleczku, tylko u góry niezupełnie zamkniętem; otoczkę tę różnie opisywano i nazywano, najbardziej używanemi nazwami są: *ligamentum pubo-prostaticum capsulare Retzii*, *loge prostatique ou superieure francuzów*.

Przednia (zewnątrzmiędnicowa) część cewki moczowej też ma swoją, zupełnie odrębną, otoczkę ścięgniastą; mianowi-



cie od tylnego brzegu diaphragmae urogenitalis oddziela się dość cienka powięź kroczoła powierzchowna (fascia perinei superficialis), która na tylnym brzegu mli transversi perinei superficialis zagina się ku przodowi, staje się powierzchowną, a przyczepiając się do zstępujących gałęzi kości łonowych, pokrywa opuszkową część przedniej cewki, następnie przechodzi na prącie i otacza je ze wszech stron, łącząc się u góry z lig. suspensorium penis; powięź ta ciągnie się aż do główki prącia, przy podstawie której się kończy. W ten sposób diaphragma urogenitale, łuk łonowy i zstępujące gałęzie kości łonowych z jednej, a fascia perinei superficialis z drugiej strony tworzą zupełnie zamkniętą pochewkę powięziową, w której leży cała przednia część cewki moczowej wraz z ciałami jamistymi prącia; francuzi nazywają ją — *loge inferieure ou penienne*.

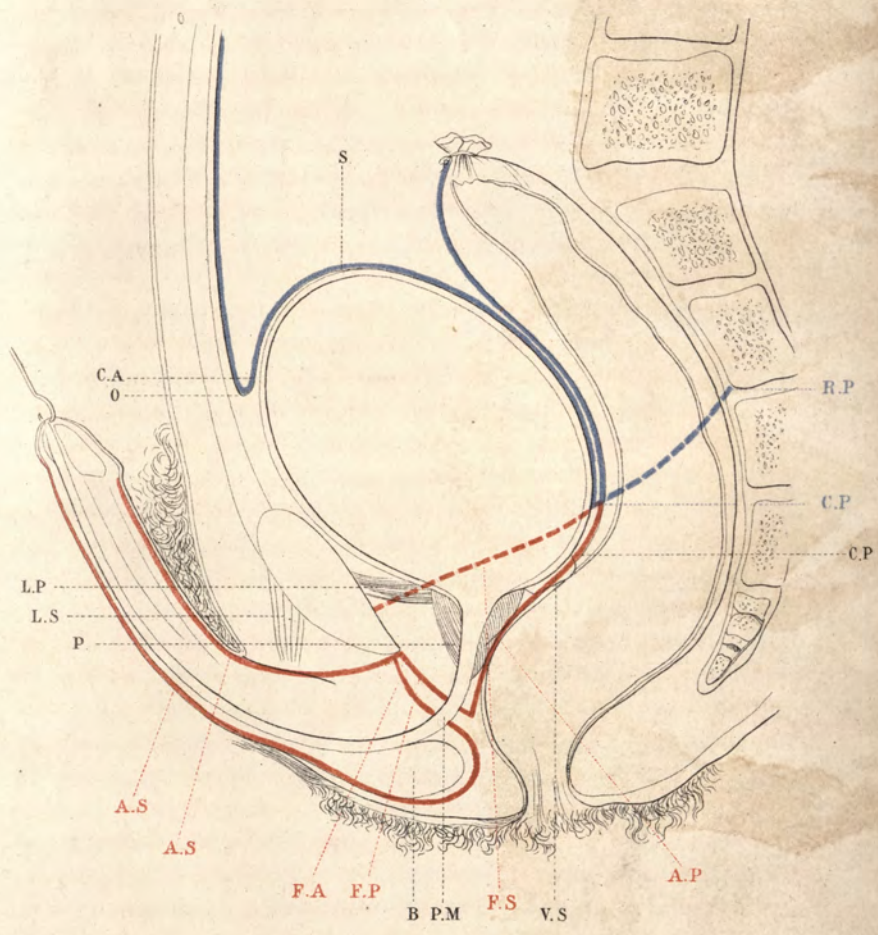
Tak więc każda z obu części cewki moczowej (wewnątrz i zewnątrzmiędnicowa) leży w oddzielnej przestrzeni powięziowej, z których górna, jakśmy to powiedzieli, ma formę klina obciętego, dolna zaś jest zwykle porównywana do pistoletu, którego rękojeść zwrócona ku dołowi, odpowiada opuszcze cewki. Obie te przestrzenie powięziowe nigdzie ze sobą nie komunikują, rozdziela je gruba przepona moczopłciowa, nad tą ostatnią znajduje się górna, pod nią zaś dolna przestrzeń powięziowa. Poniżej zobaczymy, jak ważną rolę odgrywają, dopiero co opisane stosunki anatomiczne.

Ze względu na ważność opisanych wyżej stosunków anatomicznych, które wybornie znać powinien każdy lekarz praktyczny, dołączam tablicę, będącą kopiją rysunku szematycznego z anatomii Tillaux, która dość jasno przedstawia stosunki różnych odcinków cewki do otaczających ją powięzi 1).

Czytelnik na pierwszy rzut oka dostrzeże różnice, zachodzące pomiędzy podanym wyżej opisem a dołączonym rysunkiem, ponieważ jednak ze wszystkich znanych mi ry-

\*) Objaśnienie znaków tablicy: AP—fascia prostato-peritonealis, AS—fascia perinei superficialis, AS',—fascia perinei superficialis na grzbiecie prącia, B—bulbus urethrae, CA—excavatio pubo-vesicalis, CP—excavatio recto-vesicalis, AF—lamina inferior fasciae perinei mediae, FP—lamina superior fasciae perinei mediae, FS—fascia perinei profunda v fascia pelvis, SP—lig. pubo prostaticum, LS—lig suspensorium penis, O—urachus, P—prostata, PM—pars membranacea urethrae, P'—vertex vesicae, VS—vesiculae seminales.







sunków szemat Tillaux uważam za najzrozumialszy, więc go zachowałem pomimo tych pozornych różnic, które zresztą łatwo sobie każdy wyrówna, zestawiając opis z tablicą. Różnice te są następujące: Podług podanego opisu blaszki FA i FP zlewają się w pobliżu kieszki stolcowej ze sobą i wraz z białą przestrzenią, znajdującą się pomiędzy nimi na rysunku, a w rzeczywistości wypełnioną włóknami mięsnymi, stanowią to, cośmy nazwali *diaphragma urogenitale*, ztąd pochodzi, iż pomiędzy fascia perinei superficialis (AS) i fascia prostato-peritonealis (AP) niema, jakby się to z rysunku zdawało, wolnego odstępu, lecz obie te powięzi rozchodzą się w różne strony od ścięgnistego brzegu, powstałego ze zlania się dwóch blaszek *diaphragmae urogenitalis*. Drugą ujemną stroną rysunku Tillaux jest, iż nie oznaczono na nim *diaphragmae pelvis*, w zamian linia czerwona kropkowana FS oznacza górny przyczep fasciae pelvis, nie można więc z niej powziąć dokładnego pojęcia o ustawieniu przepony miednicowej. Dodatnią za to stroną rysunku stanowi jasność z jaką wykazano dwukomorową budowę rusztowania powięziowego otaczającego cewkę; jeden rzut oka wystarcza, aby dojść do przekonania że na przykład płyn, który się do górnej komory wyleje, będzie miał zagrodzoną drogę do dolnej i odwrotnie, ponieważ zaś to stanowi praktyczną kwintescencyę całej sprawy, więc też ten a nie inny rysunek na tem miejscu podaję.

Rozejrzawszy się w stosunkach cewki do, otaczających ją, powięzi, możemy przejść obecnie do opisu samej cewki, przy którym trzymać się będę wyżej podanego jej podziału; najprzód opiszę każdą część cewki oddzielnie, a później zastanowimy się nad całością, rozpatrzymy kolejno długość cewki, jej pojemność i kierunek.

1. *Urethra posterior v. profunda sive musculo-sa*, jakby ją należało nazwać ze względu na anatomiczną budowę, leży w jamie miednicy od ujścia pęcherza aż do *isthmus urethrae* t. j. do miejsca, w którym cewka opuszcza przeponę moczopłciową i staje się zewnątrz-miednicową. Z tego oznaczenia granic *urethrae posterioris* wypada, iż obejmuje ona z części cewki, odróżniane zwykle przez anatomów, a mianowicie: p. *prostaticam* i p. *membranaceam* (fig. I, 5 i 6, fig. II, lit. B i C). Wyżej podałem dowody embriologicznej samodzielności tej części cewki moczowej, tutaj dodam że i budowa anatomiczna usprawiedliwia odróż-



nienie jej od reszty kanału, gdyż cała tylna cewka nie posiada otoczki gąbczastej, lecz w zamian otoczkę mięśniową dość znacznej grubości; наконец ta część cewki posiada i fizjologiczną samodzielność, gdyż właściwie ona tylko stanowi niezbędną składową część aparatu moczowego, bez której akt urynowania nie mógłby się odbywać normalnie, cała reszta cewki odgrywa przy urynowaniu zupełnie bierną rolę, jest przeważnie organem niezbędnym dla kopulacji. Przy opisie musimy odróżniać część krokową i część błoniastą cewki, jako podziały cewki tylnej, przy czym jako *p. prostatica* będziemy nważać tę część cewki, która przebiega w gruczole krokowym, a częścią błoniastą nazwiemy odcinek cewki tylnej, przebiegający w grubości *diaphragmae urogenitalis*.

Błona śluzowa wyściełająca tylną cewkę dość mocno przylega do podścieliska, tak iż przesunąć się nie daje, wskutek znacznej zawartości włókien elastycznych w podścielisku, to też rany tu zadane zawsze pozostają ziejącemi, co ułatwia wysysanie. Nabłonek wyściełający w *p. prostatica* przedstawia się jako nawarstwiony nabłonek płaski (*Uebergangsepithel*), w części zaś błonistej jako nawarstwiony nabłonek cylindryczny. Cewka tylna podług najświeższych badań Vajda<sup>26)</sup> nie posiada gruczołków Littré'go<sup>1)</sup>.

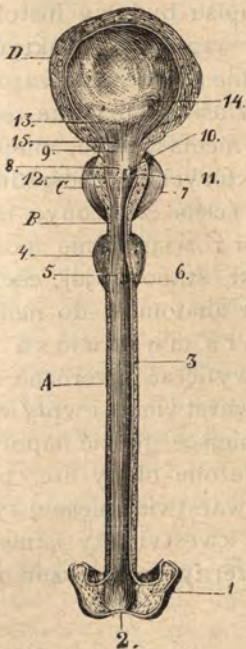
Jeśli rozetniemy cewkę moczową w podłużnym kierunku po górnej ścianie (fig. II), to zauważymy przedewszystkiem, iż błona śluzowa wyściełająca *p. prostaticam* jest gładka, gdy tymczasem *p. membranacea* posiada liczne fałdy podłużne; poprzeczne przecięcia cewki w okolicy gruczołu krótkowego przedstawiają się pod postacią trójkąta zwróconego wierzchołkiem ku dołowi, w okolicy zaś *partis membranaceae* mają kształt gwiazdowaty właśnie wskutek istnienia fałd tylko co opisanych. O wymiarach tylnej cewki będziemy mówić później przy opisie wymiarów i pojemności całej cewki, tu tylko nadmienię, iż *p. prostatica* na podłużnym przecięciu ma kształt o-

<sup>1)</sup> Zresztą dotychczasowe poszukiwania nad mikroskopową budową błony śluzowej cewki nie są zakończone, u różnych autorów spotykamy się z wręcz przeciwnymi zdaniem i tak podczas gdy Kölliker i Cadiat i Robin znajdowali nabłonek płaski tylko w najbliższym otoczeniu *meatus externi*, w całej zaś reszcie cewki cylindryczny, Burckhardt przyjmuje, iż cała cewka wysłana jest nabłonkiem płaskim, Vajda zaś znalazł cewki wysłane tak jak opisuje Kölliker, niekiedy zaś tak jak Burckhardt. Toż samo dotyczy gruczołów, które Kölliker na przykład znajduje w okolicy *Caput gallinaginis* podczas gdy inni autorowie nie widzieli ich w tylnej cewce.



walny t. j. jest najszersza w środku i zwęża się stopniowo tak w kierunku pęcherza jakoteż w stronę p. membranaceae, która to ostatnia słusznie jest uważaną za najwęższą (po otworze zewnętrznym) część cewki moczowej.

Na tylnej resp. dolnej powierzchni kanału w p. prostatica spostrzeżemy przedewszystkiem na linii środkowej wzniesienie podłużne, idące od szyi pęcherza i stanowiące przedłużenie wierzchołka trójkąta Lieutod'a, które Francuzi nazywają *lurette vesicale* (fig. II, 13), wzniesienie to stopniowo cienieje i przechodzi jako cieniutka tasiemka w zgrubienie, zajmujące środek p. prostaticae, nazywane powszechnie *Veru montanum* seu *Caput gallinaginis*, wzgórek ten na środku opatrzone jest małym otworkiem prowadzącym do ślepego worka (sinus prostaticus fig. II—10), mającego 6—8 mm. głębokości, po bokach tego ostatniego znajdziemy otwory kanałów wytryskowych (ductus ejaculatorii fig. II—11), a wokół kilka otworów kanałów wydzielniczych gruczołu krokowego. *Caput gallinaginis*, podług Kobelta, opatrzone jest swoistem ciałem jamistym, które, naprężając się podczas wytrysku nasienia, zagraadza mu drogę do pęcherza i zmusza do skierowania się ku przedniej cewce.



Objąsnienie rysunku, będącego kopiją z anatomii Beau-nis et Boucharde:

A—p. spongiosa, B—p. membranacea, C—p. prostatica, D—vesica, 1—glans penis, 2—fossa navicularis, 3—corpus spongiosum, 4—bulbus, 5—dilatacio bulbosa, 6—ostium canalis excretorii gl. Cooperi, 7—prostata 8—veru montanum, 9—frenulum veru montani, 10—Sinus prostaticus, 11—Orificium canalis ejaculatorii, 12—Orificia prostatica, 13—lurette vesicale, 14—urether 15—Trigonum vesicale.



Pod błoną śluzową tylnej cewki w zbitym elastycznym podścielisku, o którym wyżej wspomnieliśmy, leży dość gęsta siatka żylna, która, podług poszukiwań Sappey <sup>1)</sup>, w p. membranacea tworzy prawdziwy spłot żylny, leżący pomiędzy błoną śluzową a warstwą mięśniową, podczas gdy w p. prostatica część tylko żył leży tuż pod błoną śluzową, reszta zaś przebiega pomiędzy włóknami mięsnymi; ztąd pochodzi iż błona śluzowa partis membranaceae ma zabarwienie daleko ciemniejsze od błony śluzowej p. prostaticae (wspominam tu o tym szczególe anatomicznym ze względu na jego praktyczne znaczenie, o którym pomówimy niżej).

Integralną składową część cewki tylnej, oprócz opisanych wyżej błony śluzowej, podściółki i spłotów żylnych, stanowią gruczoł krokowy i warstwa mięśniowa. Co się tyczy pierwszego, to w przypadkach, w których gruczoł ten dosięgnął zupełnego rozwoju, przedstawia się on pod postacią sygnetu, otaczającego cewkę ze wszystkich stron; szersza i grubsza część gruczołu leży na dolnej resp. tylnej ścianie cewki, węższa i cieńsza na górnej; po większej jednak części gruczoł krokowy nie tworzy całego pierścienia, lecz tylko większą jego połowę i obejmuje tylko dolną i boczne powierzchnie cewki, pozostawiając górną powierzchnię nie pokrytą. Nie mam zamiaru podawać tu opisu budowy histologicznej gruczołu krokowego, gdyż pod względem praktycznym, do jakiego zdążamy, jest to zupełnie zbytecznym, zaznaczyć tu tylko muszę ważne dla nas, własności fizyczne tego gruczołu, utkanie jego jest mianowicie nieelastyczne, niepodatne a kruche, w tych miejscach, w których bezpośrednio do błony śluzowej przylega, jest z nią ściśle złączony, tak iż ta część cewki ani się zbyt kurczyć ani rozciągać nie może.

Warstwa mięśniowa tylnej cewki stanowi jej cechę charakterystyczną, która skłoniła wielu anatomów do nadania temu odcinkowi cewki nazwy *pars musculo s a u r e t h r a e*. Nie tu naturalnie miejsce wyliczać przeróżne opisy kierunku włókien mięsnych, ich uwarstwienia i wpływu, jaki mają na akt urynowania, nie tu miejsce godzić napotykaną sprzeczności, rektyfikować spostrzeżone błędy etc, pozostawiając historję rozwoju nauki o warstwie mięsnej tylnego odcinka cewki i rozstrzygnięcie kwestyi czy istnieje lub nie *sphincter vesicae proprius* obszernym podręcznikom

<sup>1)</sup> Spis bibliograficzny Nr 3, str. 896.



anatomii i fizjologii, sam w poniższem trzymać się będę opisu podanego przez Fingera <sup>13)</sup>, streszczającego w przystępnej formie wszystko, co dotąd wiemy w tej kwestyi, a uwzględniającego zarazem praktyczne wymogi chirurga. Podług tego autora w tylnej cewce musimy odróżnić następujące oddzielne mięśnie:

1-o. *Sphincter prostaticus internus* składa się wyłącznie z gładkich włókien mięsnych i otacza cewkę pierścieniowato, zaraz po jej wyjściu z pęcherza, w miejscu w którym cewka przenika do gruczołu krokowego. Mięsień ten przylega do tylnej resp. pęcherzowej powierzchni prostatae, jest utkany bardzo ściśle, wzmocniony przez włókna mięsne i elastyczne, przechodzące z pęcherza, a krzyżujące się z cyrkularnie przebiegającymi włóknami właściwymi mięśnia, ma kształt pryzmatyczny, a więc na poprzecznym przecięciu trójkątny. Po za tym mięśniem ku przodowi błona śluzowa cewki jest pozbawiona włókien mięsnych i styka się bezpośrednio z gruczołową tkanką prostatae, aż do miejsca w którym ma gruczoł opuścić. t. j. do wierzchołka prostatae

2-o. *Sphincter prostaticus externus* otacza cewkę tuż przy wyjściu z gruczołu krokowego, składa się częścią z gładkich, częścią z poprzeczno-prążkowanych włókien mięsnych. Gładkie włókna tworzą obrączkę naokoło cewki u wierzchołka prostatae; poprzeczno-prążkowane zjawiają się pierwiastkowo tylko na górnej ścianie cewki, krzyżują się z podłużną osią cewki i wytwarzają warstwę mięśniową przebiegającą w poprzek cewki od prawego zrazu gruczołu krokowego do lewego zrazu tegoż gruczołu; wskutek takiego ułożenia włókna te, kurcząc się, zbliżyłyby do siebie oba zrazy prostatae, ponieważ jednak gruczoł jest niepodatny, więc kurczenie się tych włókien ma tylko ten skutek, iż cały mięsień z łuku staje się cięciwą i uciska górną ścianę cewki moczowej. Cokolwiek bardziej ku przodowi zjawiają się włókna poprzeczno-prążkowane na całym obwodzie cewki, tak iż po wyjściu z gruczołu krokowego cewka posiada zupełnie rozwinięty mięsień okrężny z włókien poprzeczno-prążkowanych, a więc posłuszny naszej woli.

3-o. *Musculus compressor urethrae* otacza tę część cewki, która przebiega w grubości diaphragmae urogenitalis i nosi nazwę pars membranacea urethrae; w skład tego mięśnia wchodzi też gładkie i poprzeczno-



prążkowane włókna mięsne. Gładkie włókna tworzą dość gruby pierścień wokół tej części cewki i składają się z dwóch warstw: tuż pod błoną śluzową leży warstwa podłużnie ułożonych włókien, a dalej na zewnątrz warstwa włókien gładkich okrężnych. Henle podaje, iż warstwa włókien podłużnych ma 0,3 mm grubości, a okrężnych 0,75 mm. Na zewnątrz od tej otoczki mięśniowej organicznej, leży gruba warstwa poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych, włókna tej warstwy mają różnorodny kierunek: jedne, ułożone okrężnie, przylegają bezpośrednio do warstwy okrężnej włókien gładkich, bardziej na zewnątrz przebiegają poprzecznie nad i pod cewką, krzyżując się pod kątem prostym z podłużną osią tej ostatniej, w końcu najbardziej na zewnątrz położone włókna, wchodzące w skład mli transversi perinei profundi, otaczają ją pętlicowato, a wszystkie razem składają się na wytworzenie potężnego zwieracza cewki, podległego rozporządzeniom naszej woli.

Tak się w ogólnych zarysach przedstawia aparat mięśniowy tylnej cewki, poniżej zastanawiając się nad fizjologią urynowania, rozpatrzmy się bliżej w roli jaka przypada w udziale powyżej opisanym mięśniom, tu tylko zaznaczam że już sama obfitość ich wskazuje na pierwszorzędną znaczenie tylnej cewki w akcie urynowania, to też słusznie twierdzi Guyon: „que le col du reservoir urinaire se prolonge jusqu'au ligament de Carcassone“ \*).

(Dalszy ciąg nastąpi)

## Sprawozdanie z drugiego zjazdu chirurgów w Krakowie. \*)

Tegoroczny zjazd chirurgów w Krakowie odbył się w dniach 15, 16 i 17 Lipca. Przyjęła w nim udział mniejsza ilość lekarzy, niż w roku przeszłym. Albowiem podczas gdy w roku przeszłym zgromadziło się, według Przeglądu lekarskiego, przeszło 160 osób, w roku bieżącym zebrało się zaledwie 63. Nie można stąd jednakże wyprowadzać żadnych ujemnych wniosków co do naszej stałości i wytrwałości. W roku przeszłym przybyło wielu lekarzy, których pociągała podwójna uroczystość: otwarcie nowej kliniki i pierwszy zjazd chi-

\*) l. c. str. 725.

\*) Czujemy się w obowiązku usprawiedliwić przed Czytelnikami z tak spóźnionego pomieszczenia niniejszego sprawozdania. Uproszony przez nas sprawozdawca, z powodów od niego niezależnych, dopiero teraz był w stanie podać nam takowe.



rurgów. W tym roku zgromadzili się tylko ci, których interesują postępy chirurgii. Z pomiędzy 63 lekarzy, przyjmujących udział w zjeździe, na Królestwo przypadło 12 (w tem na Warszawę 8), na Cesarstwo 1, na Poznańskie 2, na Bukowinę 1, na Lwów 4, reszta zaś na Kraków i inne miejscowości Galicyi. Wykładów (łącznie z pokazywaniem i objaśnieniem preparatów), jak wykazywał dziennik zjazdu, zadeklarowano 45. Z tych na Kraków przypada 23, na Warszawę 12, na Lwów 6, na Toruń 2, na Białę i Dąbrowę po 1. Z pomiędzy zebranych prace swe przedstawiło 24 lekarzy; łącznie z tymi, którzy przyjmowali udział w dyskusyi, przemawiało ogółem 31.

Zjazd rozpoczął się przemówieniem prezesa zjazdu prof. Rydygiera i sekretarza tegoż zjazdu – D-ra Bossowskiego. Na wniosek prof. Obalińskiego na wice prezesów wybrano D-ra Jasińskiego (z Warszawy) i D-ra Ziembickiego (ze Lwowa). Następnie prof. Rydygier oprowadził zebranych po swej klinice. Tych, którzyby chcieli zapoznać się ze szczegółowym jej opisem, odsyłamy do specjalnych sprawozdań ze zjazdu, które, jak nas w swem przemówieniu zapewnił sekretarz zjazdu, D-r. Bossowski, mają wprędce druk opuścić. Tu nadmienimy tylko, że cały oddział urządony jest wzorowo według wszelkich wymagań nauki. Zwłaszcza sala operacyjna posiada wszelkie udogodnienia. Największy nawet pedant niewieleby chyba jej więcej zarzucił nad szafkę drewnianą, poniekąd nawet zbytętną, którą zresztą łatwo możnaby zastąpić pułkami szklanymi. Na zaznaczenie zasługują ręcznie urządzone pokoje ambulatoryjne, tak że chory przychodni może wejść na salę operacyjną dopiero dokładnie uprzednio oczyszczony i wymyty. Przy oddziale stale mieszka jeden asystent kliniki. Tuż przy klinice w oddzielnem zabudowaniu urządono pracownię do badań mikroskopowych i chemicznych, oraz pomieszczenie dla używanych do doświadczeń zwierząt.

Materiał chirurgiczny, jaki nam okazał na salach prof. Rydygier, przedstawił się imponująco. Znaleźliśmy dużo przypadków rzadkich i pouczających, przytem z rozmaitych działów chirurgii

Szereg odczytów rozpoczął kol. Bogdanik (Biała), mówiąc o pociskach Manlicherowskich i ranach, przez nie zadanych. Kule M., zdaniem autora, dają rany mało stłuczone i wskutek znacznego rozgrzewania się ran tych nie zakażają; w razie postrzału trzew, dają rany bardzo ciężkie. Laparotomii autor nie zaleca. Dyskusya nad tym odczytem przeciągnęła się bardzo długo, dotykając więcej ogólnej kwestyi ran postrzałowych, niż broni M.

Kol. Schram (Lwów) opisuje dwa przypadki rezekeyi jelit z powodu niedrożności u dzieci, demonstrując jednocześnie preparaty. W jednym przypadku niedrożność spowodował wyrostek Meckela, okręcony wokoło jelita.

Prof. Obaliński mówi o niespodziankach przy gastroenterostomii. Prelegent zwraca uwagę na to, że w razie znacześniejszych zrostów dwunastnicy, w celu odszukania odpowiedniej



do przyszcycia pętli należy za punkt wytyczny brać zastawkę Bauhina.

Prof. Rydygier przedstawił dwa rzadkie przypadki cierpienia języka (tak zwany język czarny i tłuszczak języka).

Kol. Szuman (Toruń) wygłosił bardzo ważny ze względów praktycznych odczyt o narkozie bromkiem etylu. Autor zaleca użycie bromku etylu, natomiast przestrzega przed bromkiem etylenu, który często aptekarze sprzedają zamiast pierwszego i który działa szkodliwie na organizm.

Kol. Hempel (Kraków) przedstawia wyniki swych doświadczeń na zwierzętach odnośnie działania chloroformu. Krew zmian prawie nie przedstawiała. W mięśniu sercowym substancja kitowa występowała pod postacią smug, szerszych lub węższych, odpowiednio do długości narkozy. Stłuszczenie wątroby w znacznym stopniu; zziarnienie nabłonka w kanalikach nerwowych.

Kol. Jasiński (Warszawa) w swym odczycie odmawia pyoktaninie świetnych własności antyseptycznych, przypisywanych jej przez Stillinga.

Kol. Łepkowski (Kraków) mówi o stosowaniu balsamu peruwiańskiego i jodoformu przy gruźlicy miejscowej. Stosując je na rany ziarninujące, wyniki miał dobre; natomiast śródmiażdżowe wstrzykiwania 25% oliwy jodoformowej nie dały świetnych rezultatów. W ożywionej dyskusji nad tym przedmiotem jedni przemawiali za balsamem peruwiańskim, drudzy zaś odmawiali mu znaczenia leczniczego. Wogóle w tej kwestyi potrzeba jeszcze więcej doświadczeń. Natomiast wszyscy się godzili na bezwocność, a nawet szkodliwość wstrzykiwań miąższowych.

W drugim dniu zjazdu posiedzenie rozpoczęło się zwiedzeniem wzorowo urządzonej pracowni ginekologicznej i sali wykładowej doc. Marsa. Powszechną uwagę zwróciły znakomicie urządzone fantomy do ćwiczeń akuszeryjnych, oraz wspałałe preparaty.

Następnie obecni w Szpitalu dzieciennym Ś-go Ludwika oglądali oddział prof. Jakubowskiego oraz oddział, prowadzony przez kol. Łepkowskiego.

Na zaznaczenie zasługuje świetna statystyka tracheotomij w oddziale prof. Jakubowskiego. Z rurkami intubacyjnymi O'Dvyera robiono próby, lecz się nimi nie zachwycają z powodu trudności ich oczyszczenia i niezbędnej ciągłej obecności lekarza przy chorym.

W sali wykładowej kliniki chirurgicznej nastąpił dalszy ciąg wykładów.

Kol. Ziembicki (Lwów) mówi o leczeniu tętniaków, demonstrując dwóch chorych. Autor jest za doszczętnem wycięciem worka.

Kol. Bossowski (Kraków) przedstawia chorą, której wyciął tętniak z tętnicy domożkowej.

Kol. Szuman (Toruń) wygłasza nader interesujący odczyt o ciąży zewnątrzmacicznej, podając wskazania do rozmaitych rękoczynów w różnych okresach i postaciach cierpienia.



Prof. Rydygier mówi o wycinaniu rakowatej macicy przez pochwę. Ponieważ raki szyi mogą przechodzić na trzon macicy, prof. R. zaleca przeto całkowite wycięcie i przy rakach części pochwowej. W dyskusyi prof. Madurowicz okazał się przeciwny temu pogładowi, twierdząc, że częściowa amputacya w tych razach zupełnie wystarcza.

Nader zajmujący był odczyt kol. Becka, asystenta prof. Cybulskiego, demonstrowany doświadczeniami. Mówił on o lokalizacyi czynności kory mózgowej na podstawie zjawisk elektrycznych w mózgu. Prof. Cybulski wyszedł z zasady, że drażnienie nerwów obwodowych powinno wywoływać w odpowiednich ośrodkach mózgowych powstawanie prądu elektrycznego. Rzeczywiście, drażniąc oko, ucho lub kończynę, otrzymywał w odpowiadających tym organom odcinkach kory mózgowej prądy elektryczne, które można było wykazać za pomocą galwanoskopu. Prof. Cybulski przypuszcza, że badanie kory mózgowej u ludzi w przypadkach trepanacyi mogłoby dać ważne wyniki na tej drodze.

Kol. Sawicki (Warszawa) opisuje dwa przypadki krwawych torbieliów szyi, które, pomimo znacznej wielkości, zniknęły samodzielnie.

Kol. Barącz (Lwów) proponuje nowy sposób operowania dużych polipów noso-gardzielowych.

Kol. Sawicki przedstawia obecny stan wiedzy o przepuklinie przedotrzewnowej i przestwórkowej.

Kol. Ciechomski (Warszawa) opisuje przypadek przerwania ścięgna długiej głowy mięśnia dwugłowego ramienia.

Kol. Gross (Kraków) mówi o pierwotnej twardzieli krtańi, przypuszczając, że co najjnniej, większość przypadków tak zwanej laryngoskleromy należy za to cierpienie uważać.

Trzeciego dnia zjazdu uczestnicy zebrali się rano w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego (szpital Ś-go Łazarza). Szpital to stary, nie odpowiadający obecnym wymaganiom; to też zdziwieni byliśmy, oglądając tam ładną parową pralnię, której w Warszawie żaden szpital jeszcze nie posiada. Sam oddział prof. Obalińskiego przedstawił się nam bardzo dodatnio. Zwłaszcza kostnych przypadków dużo; pozatem interesujące przypadki moczowe, guzów i inne. Pomiędzy innemi prof. Obaliński pokazuje nam dobre wyniki rezekecy stawu golenia-stopowego, dokonanej sposobem Hütera, oraz zachwała radykalną operacyę przepuklin podług sposobu Basiniego.

Wykłady rozpoczęto znowu w klinice prof. Rydygiera odczytem kol. Leszczyńskiego (Warszawa), który opisał interesujący przypadek rezekecy dużego kawała jelita z powodu wglóbnienia. Autor nie mogąc podczas laparotomii wyciągnąć wglóbnionej części, odciął ją i wpuścił do kiszki grubej. Po kilku dniach wyszła ona z wypróżnieniami.

Kol. Bossowski mówił o dwóch przypadkach ileo colostomii, demonstrując jedną operowaną, z drugiej zaś preparat. W pierwszym przypadku za powód do operacyi służył rak, w drugim zaś gruźlica.



Kol. Ciechomski opowiedział przypadek wycięcia poprzeczniczy z powodu raka. Następnie tenże Ciechomski opisał przypadek herniotomii, podczas której oderwała się kreska od pętlicy uwięźniętej, samo zaś jelito pękło, powodując wylanie się kału nazewnątrz. Ze względu na silną zapasć C. przyszył tylko kreskę do jelita, samo zaś jelito zacerował szwem dwupiętrowym. Nastąpiło wyzdrowienie bez powikłań.

Kol. Trzebitzky (Kraków) mówił o paracentezie brzucha, względnie o przebiegu tętnicy podbrzuszej (art. epigastrica inf.) Praca, oparta na poszukiwaniach anatomicznych, została podjęta wskutek przypadku, w którym kol. T. zranił ową tętnicę, robiąc przekłucie na środku linii, łączącej pępek z kolcem biodrowym przednim górnym,

Prof. Obaliński przedstawił preparat i opisał przypadek guza nerki, mającego postać torbiela.

Kol. Rosner zdaje sprawozdanie ze swych doświadczeń nad odrastaniem wyciętych części wątroby. Autor, wbrew doświadczeniom Ponficka, ani razu odrastania mięszu wątroby nie otrzymał.

Kol. Wehr (Lwów) mówił o promiennicy, twierdząc, że najstaszym jej objawem klinicznym jest beleczkowata, jamista budowa guzów. Inne objawy (kształt i rozmieszczenie guzów, obecność grudek w ropie. kolby promiennicowe i t. p. są niestałe.

Kol. Barącz demonstrował i objaśniał preparat i fotogramy, dotyczące spostrzeganego przez się przypadku promiennicy mostka, klatki piersiowej i płuc.

Kol. Gross przedstawił chorą, operowaną z powodu promiennicy. Prof. Rydygier usunął jej sutkę, część żeber, oraz ogniska, położone w płucu i na osierdziu. Nadto kol. G. pokazał preparaty, otrzymane ze szczepienia promiennicy do oczu króliczych.

Kol. Kijewski (Warszawa) podał swe wnioski, oparte na dziesięciu spostrzeganym przez siebie nowych przypadkach promiennicy. Twierdzi on, że cierpienie to ma tak wyraźne objawy (ziarenkowatość wydzielin, szczękościsk. niezwykle szerzenie się ropni i przetok i t. p.), iż pomylić się w rozpoznaniu trudno. Radzi nie skrobać, lecz wycinać guzy.

Kol. Wołkowicz (Warszawa) pokazał bardzo ładne preparaty anatomiczne, zachowywane w roztworach tymolu.

Prof. Rydygier mówił o dodatnich wynikach rezekeyi stawu golenia-stopowego podług sposobu Hueter'a; następnie demonstrował na trupie wycinanie tegoż stawu metodą Lauenstein'a (cięcie wzdłuż strzałki).

Kol. Podgórski (Kraków) pokazał na trupie wypłowanie stawu metodą prof. Obalińskiego. Cięcie nawskroś prowadzi się pomiędzy 3 i 4 palcem.

Kol. Jasiński mówił o historycznych kontrakturach u dzieci.

Kol. Gabryszewski (Kraków) demonstrował chorą z cierpieniem tabetycznym stawu kolanowego i preparat, wypłowany z tegoż stawu drugiej nogi.



Kol. Trzebitzky przedstawił preparat starszej zgorzeli kończyny dolnej. Tętnica goleniowa tylna była zupełnie zatkana, krążenie zaś odbywało się przez bardzo cienką przednią.

Kol. Sawicki przedstawił wyniki leczenia wrzodów za pomocą przeszczepiania płatów z szypułą. Tenże Sawicki mówił następnie o sposobach cheioplastyki w tych razach, gdy nie można wykroić płata z błoną śluzową.

Kol. Bohosiewicz (Kraków) opisał trzy przypadki wrodzonych torbieli skórzastych krzyża.

Kol. Trzebitzky demonstrował bardzo ładne opatrunki z fornirów drewnianych.

Wreszcie kol. Gross pokazał swoją metodę wycinania trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego od strony jamy ustnej.

Na tem zakończył się drugi zjazd chirurgów polskich. Z powodu braku czasu paru odczytów nie zdołano już wypowiedzieć. Do takich należał odczyt kol. Rościszewskiego „O rezekcyi III gałęzi nerwu trójdzielnego sposobem Ullmann'a“ i odczyt kol. Langiego: „Dwa przypadki epispadiasis et ectopiae vesicae“.

Wobec tego, że większość odczytów będzie ogłoszona w czasopismach lekarskich, a później wszystkie wyjdą w obszernem sprawozdaniu, staraliśmy się tu treść ich przedstawić możebnie krótko. Dyskusyę pomijaliśmy prawie zupełnie.

Natomiast uważamy za pożyteczne zanotować kilka ogólniejszych uwag, jakie nam zjazd ten nastreczył.

Przedewszystkiem uczestnicy wynieśli z niego wrażenie nader dodatnie. Ilość prac była tak znaczna, że w ciągu trzech dni nie można było wyczerpać materiału. Treść wykładów stanowiły przeważnie spostrzegane przypadki. Nie mniej przeto przedstawiono cztery prace doświadczalne i kilka prac klinicznych o szerszym zakresie, opartych na rozległej kazuistyce. Wiele myśli rzucono nowych, wiele twierdzeń cudzych potwierdzono lub obalono. Jednem słowem bez przesady zjazd wypadł niegorzej od ostatniego francuzkiego i włoskiego. Oczywiście że obawy nasze co do możebności dorocznych zjazdów u nas okazały się, dzięki ogromnej pracy i zapobiegliwości organizatorów, płonnemi. Wierzymy mocno, że idąc dalej w tym kierunku, będziemy mogli stworzyć polską szkołę chirurgiczną. Do tego jednakże potrzeba podjęcia pracy przez wszystkich chirurgów polskich. Przedewszystkiem powinna pod tym względem okazać się czynniejszą Warszawa. Jak dotąd, udział chirurgów warszawskich zmanifestował się nader słabo. A przecież posiadamy tu ośm oddziałów chirurgicznych dla dorosłych, dwa szpitale dziecinne z oddziałami chirurgicznymi i nado klinikę ginekologiczną. Wstyd nam prawdziwie, że na tyle oddziałów pięciu tylko ludzi przedstawiło prace swoje (szósty do szpitali nie należy i dał pracę anatomiczną); przytem z pomiędzy ordynatorów szpitalnych jeden tylko przyjmował udział w zjeździe. Oprócz zachęty do pracy zjazdu mogą okazać dużo korzyści przez dyskusyę ustną. Do tego potrzeba jednakże, by w tej dyskusyi przyjmowali udział ludzie, mogący



sobie zakomunikować na zjeździe coś nowego. Przecież prof. Rydygier nie potrzebuje urządzać zjazdu dla prof. Obalińskiego, gdyż o jego poglądach może się bez tego codziennie przekonać. Przypuśćmy, że mogą się złożyć okoliczności tak niekorzystnie, iż ordynator oddziału nie może w żaden sposób udać się na zjazd. Otóż czyby nie można było w wielu przynajmniej podobnych razach wydelegować jednego z asystentów oddziału. Na ostatnim zjeździe np. z oddziału chorego D-ra Matlakowskiego przybył kol. Ciechomski i przyczynił się wiele do ożywienia dyskusji, komunikując obecnym swe spostrzeżenia z omawianego oddziału.

Wracając jeszcze raz do przebiegu rozpraw podczas posiedzeń, ośmielamy się skierować pobożne życzenia ku Szanownym prelegentom, by wcześniej ogłaszali w Przeglądzie lekarskim tematy swoje, oraz w samych wykładach i dyskusjach możebnie krótko streszczali swe poglądy. Uprzednie zawiadomienie o treści odczytów może znacznie ożywić dyskusję i uczynić ją pożyteczniejszą. Z drugiej znowu strony zarówno wykład, jakoteż i dyskusja powinna dotyczyć tylko wniosków autora. W danym razie, pomimo ograniczeń ustawy i całej baczności przewodniczących, niezawsze udawało się uniknąć rozwolekań i przeszkakiwań na rzeczy, ubocznie tylko powiązane z tematem. To też w ostatnim dniu zjazdu trzeba było pędzić niepomiernie, gdyż prawie połowę odczytów należało wygłosić w ciągu pięciu godzin.

Zanim zakończymy niniejsze sprawozdanie, musimy zwrócić uwagę na jeden jeszcze szczegół, mianowicie na kierunek, jaki daje obecna szkoła krakowska młodym adeptom chirurgii. Na ostatnim zjeździe najwybitniej wystąpiły dodatnie strony tego kierunku. Dość powiedzieć, że sam Kraków dostarczył połowę wykładów. Z tych większość wygłaszali młodzi asystenci, niektórzy dopiero od kilku miesięcy chirurgii się poświęcający. W doborze tematów, pochodzących z kliniki prof. Rydygiera, na każdym kroku przebiegało się kierownictwo jego. Rzeczywiście, sądząc z tego, trzeba przyznać, że Szanowny profesor świetnie unie zachęcił do pracy uczniów swoich, wybrać odpowiednie tematy, pokierować odpowiednio pracującymi. Wychowani przeważnie w ten sposób, że wszystko musieliśmy zdobywać własnym przemysłem, bez wskazówek, bez rady, bez zachęty do naukowego traktowania rzeczy, z podziwem i zazdrością patrzyliśmy wszyscy na kolegów, postawionych w tak innych zupełnie warunkach. Nie dość na tem. Poza stroną naukową na zaznaczenie zasługuje także pełen taktu i serdeczności stosunek towarzyski pomiędzy Szanownymi profesorami i ich młodymi pomocnikami. Nie jesteśmy zwolennikami zupełnego zbratania się w chirurgii zwierzechników z podwładnymi. To darmo! rygor i porządek musi tu być zawsze i wszędzie, a do tego niezbędny jest posłuch bez filozowań, krytyk i namysłań się. Niemniej przeto asystenta z profesorem powinno, zdaniem naszym, łączyć coś więcej, niż pieniądze, jaki drugi daje zarobić pierwszemu przy chorym. Otóż wynieśliśmy takie wrażenie ze zjaz-



du, że zarówno prof. Rydygier, jako i prof. Obaliński mają ogromny wpływ moralny na swych asystentów dzięki swemu serdecznemu, otwartemu i taktownemu obejściu.

Należy się także słówko uznania od nas i kolegom lwowianom. Mogą oni pod wieloma względami nam za wzór służyć. Pomimo że, z wyjątkiem Dra Ziembickiego, szpitalnych oddziałów nie mają, pracują oni jednakże naukowo i cenne owoce swej pracy na zjazdach przedstawiają. Pokazuje się, że nawet chirurg bez szpitala, jeżeli chce, może dla nauki coś zrobić.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

302. Prof. Dr. RIBBERT. **Obecny stan nauki o odporności** (*Der jetzige Standpunkt der Lehre von der Immunität. Deut. Med. Woch. N. 31*).

W ostatnich latach tyle robiono poszukiwań w kwestyi wyleczalności chorób zakaźnych i odporności, że niezajmującemu się bliżej tym przedmiotem trudno się oryentować i wyrobić sobie jakieś zdanie w tej kwestyi. To też zestawienie najważniejszych odnośnych danych i poglądów, jakie w swej pracy podaje autor, może być prawdziwie pożytecznem dla ogółu czytelników.

Zdania dotyczące istoty odporności i warunków wyleczalności można podzielić na dwie grupy. Według jednych, pasorzyty giną bez wszelkiego udziału chorego lub zagrożonego ustroju, według drugich zmiany w ustroju, zachodzące w następstwie zarażenia, wywierają niszczący wpływ na zarazki.

Wychodząc z punktu zapatrywania się pierwszych, można by przyczyny wymierania drobnoustrojów szukać w braku pożywienia. Zarówno bowiem komórki jak i płyny ustrojowe, które również nie są martwą substancją, nie mogą być uważane wprost za karmię dla drobnoustrojów i w pewnych warunkach mogą się okazywać nienadającemi się do podtrzymania ich życia i rozwoju. Myśli tej bronił głównie Baumgarten. Zdawały się przemawiać za nią poszukiwania nad postaciami zwyrodnienia laseczników karbunkulowych, które tak samo przedstawiają się w ciele żab jak i w wodzie. Dalsze jednak badania wykazały, że zanikanie mikrobów w wodzie przekroplonej następuje wolniej niż w ustroju, co oczywiście przemawia wbrew przyjmowaniu samego braku pożywienia za przyczynę ich śmierci wewnątrz ustroju.

W ostatnim czasie rozpowszechniło się zdanie, że niezawierające komórek płyny ustroju mogą wywierać bezpośrednio szkodliwy wpływ na drobnoustroje.

Spostrzeżenia Grokmana (przecedzone osocze krwi końskiej tamuje rozwój bakteryi), Fodora (laseczniki karbunkulo-



we giną szybko we krwi wypuszczonej z ciała), Nutalla (humor aqueus i liquor pericardii zabijają bakterye) posłużyły mu za podstawę. Jako przyczynę tego zjawiska Behring podawał silny alkaliczny odczyn krwi tych zwierząt, lub zawartości kwasu węglowego. Wbrew temu podaje Buchner, że ani neutralizacya, ani usunięcie kwasu węglowego, ani też inne wpływy nie znoszą owej zabójczej dla bakteryi własności surowicy, a tylko ogrzanie w ciągu kilku godzin do 52°C; sądzi więc, że nie mamy tu do czynienia ze szczególnym jakimś jadem, a że wpływ ów należy przypisać normalnym białkom surowicy.

Ostatnio jednak Behring i Prudden znowu wystąpili w obronie swego zdania i utrzymują, że zwierzęta ze sztucznie zwiększoną alkalicznością krwi łatwiej opierają się zakażeniu.

Spostrzeżenia te nie wystarczają jednak do wytłomaczenia wyleczenia i odporności; podobnie jak i wyprowadzane z nich wnioski nie posiadają przekonującej siły, choćby z tego powodu, że opierano się tu na martwej surowicy, która od krążącej we krwi różni się zapewne tak samo, jak komórka obumarła od żyjącej. Co ważniejsza jednak, przekonano się, że i surowica odpornych zwierząt posiada własność zabijania drobnoustrojów. Buchner objaśnia to tak, że krew oprócz powyższej posiada i własności odżywcze, które mogą brać górę nad pierwszą. Sądzi on, że zwłaszcza wskutek rozpadu czerwonych ciałek krwi uwalnia się obfita ilość materjału odżywczego, czy to we krwi, czy w narządach. W takim jednak razie przyczyna odporności nie polegała by na omawianej własności surowicy, ale na tem, że u zwierząt odpornych czerwone ciała krwi i twory komórkowe są więcej trwałe, nie rozpadają się tak łatwo i nie dostarczają zatem drobnoustrojom potrzebnej karmi.

Z drugiej strony, co prawda, zaznaczają o istnieniu różnic widocznych pomiędzy surowicą odpornych i nieodpornych zwierząt (Charrin i Roger). Tak np. Behring i Nissen znaleźli, że surowica krwi świnek morskich, uczynionych odpornymi na działanie vibrio Metschnikovii, posiada w wysokim stopniu własność niszczenia tych drobnoustrojów, podczas gdy krew tych zwierząt zwykle własności tej nie posiada. Pomijając, że różnice te nie występowały stale, nie można w żadnym razie wyciągnemu z powyższych doświadczeń wnioskowi dawać szerszego znaczenia; a to dla tego, że tą samą własność spotykano i u nieodpornych zwierząt, a z drugiej strony nie znajdowano jej u niektórych odpornych.

Można by te stosunki przedstawiać sobie i w ten sposób, że w myśl Buchnera surowica wszystkich zwierząt posiada własności zgubne dla mikrobów, że ta zostaje jednak zubożniana przez istniejącą równocześnie zdolność podtrzymywania ich życia w ten sposób, że jedna część surowicy działa hamująco, inna jednak zostaje rozkładaną przez drobnoustroje i służy im za pokarm. Od stosunku wzajemnego tych części zależeć będzie możność życia i rozwoju. Tą drogą możnaby objaśnić sobie i spostrzeżenie Behringa i Nissena, według których surowica krwi



zwierząt odpornych na pewną chorobę zakaźną okazuje się zabójczą tylko dla ustrojów, warunkujących tę właśnie chorobę, ale nie dla innych.

Objaśnienie to napotyka jednak trudności. Mianowicie fakt, że i w odpornych zwierzętach bakterye nie giną tak szybko, jakby się można było spodziewać według owej hipotezy jadowitości surowicy. Tak np. Wysokowicz znajdował żyjące spory od *aspergillus glaucus* jeszcze po 7 dniach, a od *Bac. ubtilis* po 78 d; Nuttall widział laseczniki wąglikowe po upływie 16—17 dni od wprowadzenia ich pod skórę; Miecznikow też same ustroje po 6 dniach po zastrzyknięciu odpornym gołębiom. Za to Emmerich i di Mattei utrzymują, że laseczniki róży posokowatej, po zastrzyknięciu podskórno odpornym królikom, giną już po upływie 13—25 minut.

Zachodzi tu ważne pytanie, czy w powyższych doświadczeniach miała miejsce śmierć rzeczywista drobnoustrojów, jak tego chcą odnośni autorzy. Sądząc z doświadczeń Geppert'a wydaje się to wątpliwem. Autor ten wykazał, że zniszczenie zarodników wąglika przez godzinowe działanie roztworu sublimatu 1:1000 jest tylko pozornem. Nie wyrastają one wprawdzie na zwykłym gruncie, ale po wydaleniu sublimatu siarkiem ammonu rozwijają się na Agarze. Trudno przypisywać surowicy krwi własności silniej trujące drobnoustroje, niż je posiada sublimat. Prawdopodobniej będzie przypuścić tylko pewne osłabienie ich zdolności do rozwoju.

Autorem trzeciego poglądu, według którego drobnoustroje znikają bez udziału chorego ciała, był Henau. Sądzi on, że choroba zależy od przebiegu pewnego cyklu rozwojowego bakteryi; objaśnia to i typowy, cykliczny przebieg niektórych chorób zakaźnych. Tak np. w malaryi zarazki, plasmodje, przechodząc pewne okresy wzrostu, warunkują tem samym typ napadów (tertiana, quartana), występowanie bowiem gorączki przypada jednocześnie ze sprawą dzielenia się dorosłych ustrojów. Należy jednak pamiętać, że z ustaniem gorączki (napadu) nie kończy się choroba, że plasmodje nie zamierają, a przeciwnie rozmnażają się przez dzielenie. Są to przytem istoty królestwa zwierzęcego i zjawiska ich dotyczące nie mają znaczenia odnośnie pasorzytów roślinnych; co do tych ostatnich, nie znamy też nic takiego, co by świadczyło o pewnym cyklu rozwojowym, który by przytem związanym być musiał z pewnym szeregiem następujących po sobie generacyi a nie z pojedynczymi osobnikami, jak to ma miejsce z plasmodjami. Gdyby zaś, jak sądzi Henau, rozwój pasorzytów był innym wewnątrz ustroju, niż jak go znamy poza jego obrębem, i gdyby wewnątrz ciała następowała w ich rozwoju zmiana warunkująca pewną cykliczność ich przemian, to ostatecznie właściwą przyczyną tego będzie sam ustrój.

Należy tu wspomnieć jeszcze o jednym poglądzie, widzącym przyczynę odporności i wyleczenia w zatrzymywaniu się w ustroju, jakiegoś produktu bakteryi, stającego się przez nagromadzenie się szkodliwym dla nich samych. Trudno sobie je-



dnak przedstawić jakim sposobem ciała chemiczne mogłyby przez lat wiele pozostawać wewnątrz ustroju. Podobnie nie prawdopodobną wydaje się teoria o wyczerpywaniu się w ustrój pewnych pierwiastków niezbędnych dla życia danych bakterii i wynikającej ztąd niemożności powtórnego ich wniknięcia i rozwoju.

Tak daleko sięgają poglądy nie przypisując w danej kwestyi udziału samemu ustrojowi i zachodzącym w nim pod wpływem choroby zmianom. Nie są one wystarczające, najbardziej jeszcze, zdaniem autora, zasługuje na uwagę zdanie Baumgartena.

Pojęcie braku karmi może zadawałniać w razach zupełnej odporności, a więc odnośnie u takich zwierząt, u których nawet po wprowadzeniu większych ilości bakterii nie występują zjawiska chorobowe. Zwykle jednak odpornymi nazywają i takie zwierzęta, które na zarażenie reagują tylko lekkim cierpieniem, przechodzącym w wyzdrowienie. Należało by w pierwszym razie odporność nazywać bezwzględną, a w drugim względną.

Wtedy przy bezwzględnej odporności nie miały by wlaściwie racji bytu te sprawy komórkowe, którym z wielu stron przypisują własności niszczenia bakterii. Do spraw tych należy przedewszystkiem t. zw. fagocytoza, t. j. zdolność komórek wchłaniania do swego wnętrza bakterii i niszczenia ich przez pewnego rodzaju akt trawienia. Rolę tę odgrywają głównie ciała białe z wielorakiem albo zrazowatym jądrem, lecz niewyłącznie. Znaczenie fagocytozy, która znalazła wielu przeciwników, najlepiej uwydatni się przy rozpatrzeniu prac jej dotyczących. Przedewszystkiem zarzuca Flügge, że nie żywe bakterie przenikają do komórek, a tylko już obumarłe albo znacznie osłabione. Zaprzeczają jednak temu Koch, Petruschky i inni, którzy widzieli rozwój pasorzytów wewnątrz ciała komórek. Ważniejszym jest zarzut, czy wogóle komórki wywołują zgubny wpływ na bakterie, czy wogóle obecność ich ma jakiegokolwiek znaczenie dla życia drobnoustrojów. Miecznikow wprowadzał żabom pod skórę zarodniki wąglika w woreczkach z trzciny i spostrzegał rozwój tylko wewnątrz woreczków. Później powtarzał te doświadczenia z bibułą do filtrowania (inni z suszoną kiszka żaby) i otrzymał te same wyniki. Baumgarten na podstawie swoich doświadczeń sądzi, że rzecz polega tu na tem, że przez błonę otoczkę (bibuła, etc.) limfa filtruje się w innym składzie i że mianowicie traci te składniki, które hamują wzrost bakterii we krwi. Kwestya nie została ostatecznie rozwiązana i obie strony pozostają przy swych zapatrywaniach.

Inny zarzut przeciw fagocytozie jest ten, że nie można wykazać jej wszędzie gdzie należało by się spodziewać i gdzie obecność jej dowodził Miecznikow. I tu zdania są podzielone. Wobec pilności i ściśłości w przeprowadzeniu odnośnych doświadczeń dowodzi to tylko jak trudno jest przy tych pracach otrzymać te same zawsze warunki doświadczeń, jak ich wyniki



zależą od najrozmaitszych wpływów i okoliczności. I tak Hess, wprowadzając laseczniki węglkowe w małych szklanych kamekach pod skórę gołębiom, widział już po upływie 2 godzin nagromadzenie się obfite białych ciałek i fagocytozę. Czaplewski powtórzył te doświadczenia w szerszym rozmiarze i zauważa, że gołębie, zwłaszcza dorosłe, okazują się tu prawie zawsze odpornymi. Przytem nie widział nigdy udziału komórek przy zanikaniu laseczników, które następowało prawie wyłącznie po za obrębem komórek. Tymczasem Miecznikow widział fagocytozę już w 3 godz. po podskórnem wprowadzeniu laseczników, które wtedy przedstawiały wygląd normalny; po upływie 24 do 30 godzin znajdował już tylko nieliczne wolne laseczniki: większość była wewnątrz komórek i okazywała zjawiska zwyrodnienia. Jak objaśnić te sprzeczności? Może różnym stopniem odporności branych gołębi. Zdaje się bowiem, że rozmiary fagocytozy zależą od stopnia odporności.

Podobnie przedstawiają się wyniki doświadczeń na białych szczurach. Hess widział fagocytozę, Behring nigdy. Frank wyraża się nader ostrożnie, Miecznikow mówi o wyraźnej fagocytozie. Z tych, jak również i z innych spostrzeżeń okazuje się, że fagocytoza nie może mieć tego ogólnego znaczenia, jakie by się jej należało, gdyby na niej tylko polegało wyleczenie w chorobach zakaźnych.

Czy trzeba jej odmówić wszelkiego znaczenia?

Wiadomo, że bakterye po części giną poza obrębem komórek, czego nie można odnieść do samego tylko braku pożywienia, wobec powolniejszego zanikania ich w wodzie destylowanej. Ponieważ nie można również szukać przyczyny tego w nagromadzaniu się jakichś produktów szkodliwych wskutek spraw życiowych samych bakteryi, ani we wpływie surowicy krwi — należy z konieczności przypuścić, że ze strony ciała istnieje jakieś oddziaływanie na bakterye.

Oddziaływanie to polega na wytwarzaniu przez komórki produktów szkodliwych dla życia drobnoustrojów, a będą nimi te ciała, jakie wytwarza zmieniona przemiana materyi (gorączka) które, nie mogąc być dostatecznie szybko wydalane, nagromadzają się w sokach i tkankach.

Nie przemawiało by i to za jakimśkolwiek znaczeniem fagocytozy, jako wchłaniania bakteryi do wnętrza komórek. To też Ribbert zajmuje stanowisko pośrednie i przypuszcza, że w fagocytozie działają te same wpływy co i zewnątrz komórek, tylko w stopniu wyższym. Skłaniając się do Buchnera autor uważa fagocytozę za czynnik posiłkujący sprawę niszczenia bakteryi, który być może oddziaływa, zwłaszcza na najwięcej odporne drobnoustroje, ponieważ według Lubarscha żywe drobnoustroje zostają wchłaniane przez komórki szybciej niż obumarłe, a zapewne i prędzej niż osłabione.

Wobec tego rozmiary fagocytozy zależęć będą zarówno od życiowej energii bakteryi jak i komórek.

Oprócz opisanego oddziaływania komórek mogą one wywierać szkodliwy wpływ na bakterye, otaczając je ścisłą oponą.



Autor widział, że drobnoustroje, wprowadzone do przedniej komory ocznej, rozwijały się tem obficie, im dalej były bżegu tęczy, źródła leukocytów, i naodwrot. W pierwszym razie komórki szybciej wytwarzały otoczkę wokoło ich i tamowały rozwój, a stopień tego rozwoju był zawsze w odwrotnym stosunku do grubości opony. Niektóre spostrzeżenia uczynione w pracach nad ropieniem zdają się potwierdzać zdanie powyższe: mianowicie wcześniej występujące ropienie hamowało dalszy rozwój mikrobów. Tak np. Buchnerowi udawało się zapobiedz zakażeniu królików węglikiem przez wywołanie ropienia wokoło miejsca zaszczepienia zapomocą zastrzykiwań sterylizowanych hodowli laseczników Friedländera.

Najnowsze doswiadczenia autora nad królikami z ogólnem zakażeniem, wywołanem zapomocą stafilocokków, które pociąga za sobą wydatną leukocytozę, pokazały, że przy powtórnem, miejscowem zakażeniu tych zwierząt, wytwarzanie się ochronnego wału, otoczki z ciałek białych następowało daleko szybciej niż u zwierząt nie zarażonych ogólnie. Że nie działały tu jakieś nagromadzone we krwi szkodliwe czynniki chemiczne, mówi fakt, iż wspomniane zjawisko nie występowało u zwierząt wycieńczonych zarazą (po 4 tygodniach) lub u osobników, którym zaszczepiono pierwotnie bardzo dużo; wtedy przeciwnie, miejscowy rozwój powtórnego szczepienia był b. silny. Zapewne bodziec, wychodzący w tych razach z miejsca zaszczepienia i pobudzający narząd krążenia do emigracji ciałek, już nie wystarczał, gdyż ustrój przyzwyczaił się doń w skutek ogólnej infekcyi.

Co się tyczy genezy leukocytozy to autor ogranicza się tylko do wskazania przypuszczalnego punktu jej wyjścia mianowicie szpik kostny. Przyjmuje on, w odnośnych przypadkach, charakter limfoidny, traci wszystek tłuszcz i przedstawia w obfitości zjawisko mikozy.

Działanie otoczki z ciałek białych najlepiej zdaje się tłomaczyć mechanicznem zatknięciem przestrzeni sokowych i naczyn chłonnych, wskutek czego drobnoustroje nie mogą się rozprzestrzeniać. Oddziaływa tu zapewne i upośledzony dowóz karmi i tlenu, jak i nagromadzanie się produktów życia bakteryi, a wreszcie i w myśl Rieberta może przeważnie — zatrzymywanie się wytworów wzmoczonej przemiany materyi.

Dotykając w końcu gorączki, autor uznaje wpływ jej szkodliwy dla drobnoustrojów, nie przypisuje go jednak podniesionej ciepłocie ciała (jak Buchner) ale wzmoczonej przemianie materyi, od której zależy i samo wnoszenie się ciepłoty.

Może w ten sposób da się wytłomaczyć spostrzeżenie Ernsta, który twierdzi, że znikanie wiosennej zarazy żab latem, zależy od gorąca, ponieważ przez ochłodzenie żab można zarazę bardzo łatwo wywoływać i latem.

Tak więc stan kwestyi przedstawia się w sposób następujący:

Przedewszystkiem należy odróżniać odporność bezwzględna i względną. Przy pierwszej nie zjawiają się żadne zjawia-



ska chorobowe, przy drugiej takowe występują, ale kończą się wyleczeniem.

Bez względu na odporność polega na tem, że drobnoustroje nie są w stanie rozkładać składników ciała i giną z braku pokarmu. Wpływem bakteryi opierają się nie tylko komórki ale i rozpuszczone krążące białko, samo przez się albo wskutek poprzedzającego wpływu zakażenia pierwotnego. Odporność uzyskana przeciwko jednemu gatunkowi drobnoustrojów nie zabezpiecza przeciw wszystkim; przeciwnie, ciało, musi się oddzielnie przyzwyczajać do różnych wpływów. Odporność uzyskana zachowuje się czas pewien i we krwi wypuszczonej. Rozumie się, że komórki grają główną rolę przy zastosowywaniu się na działanie bakteryi i uzyskane własności przekazują na następne generacye i krążące białko. Tak, że ostatecznie komórki są przyczyną odporności.

Względna odporność dozwala drobnoustrojom na czerpanie karmi ze składników ustroju w stopniu mniejszym lub większym. Im większym jest opór ostatnich, tem mniejszem staje się, w przejściu do absolutnej odporności, znaczenie braku karmi. Rozwój bakteryi wytwarza, być może, ciała trujące, prawdopodobniej zaś wzmoczenie przemiany materyi, a zarazem i gorączkę. Tą drogą ciecze ustroju stają się bogatsze w wytwory przemiany materyi, które mogą być uważane za szkodliwe dla drobnoustrojów. Ostatnie giną z tego powodu po części po za obrębem komórek; surowicy krwi nie należy jednak przypisywać tu roli samodzielnej. Wzmoczona przemiana materyi zależy od komórek. Można sobie przeto wyobrazić, że w ich protoplazmie szkodliwe dla bakteryi własności są najbardziej wydajne. W tym sensie można przypisywać fagocytozie większe lub mniejsze znaczenie. Przy sprawach występujących ogniskowo wpływ napromadających się leukocytów trzeba objaśniać, oprócz działania mechanicznego, jeszcze i przez nagromadzenie się w otoczkach ochronnych wytworów wzmoczonej na tem miejscu przemiany materyi.

O. Hewelke.

303. CORNET. *Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers* \*). *Zeitschr. für Hygiene B. V. 1888.*

Autor postanowił zbadać, o ile w kurzu, zebrany ze ścian i sprzętów w pokojach, zamieszkiwanych przez suchotników, oraz w kurzu ulicznym znajdują się laseczniki gruźlicy. Zebrany kurz mieszany był z kłajstrem lub buljonem i za pomocą szpryczki Koch'a wstrzykiwany był do jamy brzusznej świnek morskich lub królików. Ponieważ przy doświadczeniach zachowane były wszystkie środki ostrożności, jeżeli więc wstrzykiwanie dawało wynik dodatni, to było to pewnym dowodem, że kurz zawierał laseczniki gruźlicy. W ten sposób zbadał autor powietrze rozmaitych sal szpitalnych, w których przebywali suchotnicy, kilka domów obłąkanych, mieszczących

\*) Pracę niniejszą, jakkolwiek przed dwoma laty wyszła podajemy, ponieważ jest ona w ścisłym związku, chociaż wręcz różni się od niżej zamieszczonej—O. Haupt'a.



suchotników, dwie sale więzienne, pokoje przeznaczone do doświadczeń z wdechaniem materji gruźliczej, pokoje chorych prywatnych dotkniętych gruźlicą, ambulatorya, dom sierot, instytuty patologiczne, sale chirurgiczne, ulice i t. d. Wyniki przedstawiają się jak następuje:

1) Kurz sal, przeznaczonych dla suchotników, w większości szpitali zawierał laseczniki gruźlicy, w niektórych tylko ich nie było; poszukiwania w pokojach gdzie robiono doświadczenia z wdechaniem materji gruźliczej, jak również w 3 domach obłąkanych dały wynik dodatni, w celach więziennych natomiast ujemny.

2) W pokojach suchotników prywatnych, którzy nie pluli inaczej, jak tylko do przeznaczonych do tego naczyń, nigdy w powietrzu laseczników gruźlicy znaleźć nie można było; przeciwnie tam, gdzie chorzy pluli w chustkę, lub na podłogę, prawie zawsze wynik był dodatni.

3) Powietrze dwóch poliklinik, jednej kliniki prywatnej (w której znajdowało się 2 chorych na wilka), sypialni zakładu dla sierot, auditoryumu instytutu patologicznego, sal chirurgicznych, jednego szpitala, kilka ulic, i t. d. okazało się wolnem od laseczników.

Z tych doświadczeń wyprowadza autor kilka ciekawych wniosków. Przedewszystkiem fałszywem jest zdanie, jakoby laseczniki gruźlicy znajdowały się w powietrzu wszędzie. Laseczniki dostają się do powietrza z plwociny, a nie z wydechanego przez suchotników powietrza, doświadczenia bowiem dawniejsze, w tym kierunku przedsiębrane, ostatni fakt pozwalają uważać za nieulegający żadnej kwestyi. Z tych samych doświadczeń wynika, że z wilgotnej plwociny laseczniki do powietrza przejść nie mogą; staje się to dopiero wtenczas, kiedy plwocina zasycha i zostaje roztartą w drobny proszek. Przeszedłszy w ten sposób do powietrza laseczniki zostają wdechane przez ludzi. Zdaniem autora, zasychająca plwocina suchotników stanowi prawie wyłączną przyczynę suchot płucnych. W jaki sposób zasychanie takie ma miejsce? Jeżeli suchotnik pluje do jakiegokolwiek naczynia, napełnionego płynem, to zasychanie i rozpylanie plwociny, a dalej wdechanie jej przez drugiego jest niemożliwe, jeżeli zaś pluje w spluwaczkę, napełnioną piaskiem lub trocinami, albo obok spluwaczki, to plwocina już łatwiej zasychać i rozpylać się może. Najpomyślniejsze do zasychania plwociny warunki będą wtenczas, jeżeli chory pluje na podłogę lub dywan. Prócz podłogi i spluwaczki często zbiornikiem plwociny staje się chustka do nosa. Tutaj w temperaturze od 25—35° stopni plwociny zasycha ona najprędzej, gdyż parowanie płynu odbywa się tu najszybciej. Obok tego przez nieuniknione tarcie chustki w kieszeni i przy użyciu plwocina łatwo się proszkuje, a proszek ten znowu przy użyciu chustki przez właściciela wciągany zostaje przez niego ustami i nosem, a oprócz tego przez powietrze staje się szkodliwym i dla innych. Te same uwagi stosują się do prześcieradeł, kołder i koszul.



Na ulicy wyrzucana plwocina daje mniej sposobności do zarażenia się, przy wilgotnej bowiem pogodzie zasychanie nie ma miejsca, przy suchej zaś zeschnięta plwocina rozprasza się w niezmierzonej przestrzeni powietrznej; prócz tego w większych miastach obowiązkowe polewanie ulic przeszkadza zasychaniu. Małego niebezpieczeństwa zarażenia się gruźlicą przez kurz uliczny dowodzi fakt, że z 605 ludzi, zajętych w Berlinie zamiataniem ulic w r. 1886/87 zachorowało na nieżyt oskrzeli i płuc tylko 2,1<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a żaden nie był dotknięty suchotami. Jeżeli tedy ulica daje małe szanse zarażenia się suchotami, to znowu w sklepach, restauracyjach, biurach, kantorach i fabrykach znajdujemy te same warunki sprzyjające zasychaniu plwociny, co w pokojach mieszkalnych. Jeżeli pomimo tylu sposobności zarażenia się tylko 1/7 część ludzkości umiera na suchoty płucne, to objaśnia się to tem, że nie każdy, kto wdycha w siebie laseczniki gruźlicy, musi uleść suchotom. Zależy to od nabłonka migawkowego, który u ludzi zdrowych ma dosyć siły, aby wydalić znowu nazewnątrz laseczniki. Przeciwnie, uszkodzenie błony śluzowej po odrze, krztuścu i t. d. lub nie dosyć energiczne ruchy nabłonka migawkowego u ludzi słabych, sprzyjają zagnieżdżeniu się laseczników. Takie warunki potrzebne są do przyjęcia zarazka gruźlicy i jego rozwoju, a nie żadne usposobienie.

Przechodząc do wynikających z poszukiwań tych środków profilaktycznych, autor z naciskiem zaznacza, że suchotnik sam przez się nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa dla innych i dopiero przez złe nawyki staje się niebezpiecznym. Wskutek tego autor protestuje przeciw zabraniu suchotnikom zawierania związków małżeńskich, przeciw odosobnieniu dzieci od suchotniczych rodziców i t. d.

Środki zapobiegające pogorszeniu się choroby u suchotnika i przenoszeniu jej na innych, powinny być następujące: nie należy pluć na podłogę, w chustkę lub spluwaczki, napełnione piaskiem albo trocinami, lecz w naczynia napełnione płynem i opatrzone w pokrywki; ta ostatnia zapobiega przenoszeniu plwociny przez muchy;

przy niespodzianym wybuchu kaszlu można wypluć w chustkę, należy ją jednak bezzwłocznie oddać do prania;

suchotnik nie powinien całować w usta, ani też być całowanym w ten sposób, nie powinien brać do ust takich rzeczy, które mogą być włożone do ust przez innych;

używane przez niego łyżki i szklanki przed użyciem przez kogo innego powinny być należycie zdezynfekowane;

mocz i kał, w większości przypadków, nie zawierając zarazka, dla ostrożności powinny być jednak szybko usuwane, a naczynia wypłukane wrzącą wodą;

pot suchotników jest nieszkodliwy, bieliznę ich jednak należy prać osobno;

chustki do nosa i koszule należy bezwarunkowo wyparzyć w gorącej wodzie, od czasu do czasu oczyszczać gruntownie mieszkania, wycierać ściany chlebem i t. d.;



po śmierci suchotnika znowu oczyścić w ten sam sposób mieszkanie, dywany, firanki, ubranie i bieliznę zdezinfekować w kamerach;

należy unikać karmienia niemowląt przez gruźlicze mamki;

przy użyciu mleka krowiego należy skonstatować zdrowie krowy i przed każdym karmieniem dziecka świeżo mleko gotować;

nie należy dopuszczać, aby psy lizaly dzieci;

w towarzystwie ludzi, którzy pluja na podłogę lub w chustkę, nie należy głęboko wdechać, lecz mocno wydechać;

w każdym mieszkaniu powinna być przynajmniej jedna spluwaczka z płynem;

przy zmianie mieszkania ściany nowego mieszkania wycierać świeżym chlebem,

nie pożyczać książek z czytelnicy;

przy badaniu chorych lusterkiem krtaniowym można przynieść łatwo gruźlicę z jednej osoby na drugą; każdy przeto chory krtaniowy powinien mieć własne lustro i własny pendzel;

ze strony państwa powinny być przedsiębrane odpowiednie środki do ograniczenia perlicy. Z. Srebrny.

304. HAUPT **Doniosłość dziedziczenia gruźlicy w porównaniu z szerzeniem się jej przez płwocinę.** *Die Bedeutung der Erbllichkeit der Tuberkulose im Vergleich zu ihrer Verbreitung durch das Sputum.* (Odbitka z „Deutsche Medlzin. Zeitung 1890).

Od dawien dawna gruźlica uważana była za chorobę par excellence dziedziczną. Dopiero w ostatnich latach to niewątpliwie słuszne, według autora, zdanie zostało zakwestyonowane przez niektórych lekarzy. Heller wprawdzie nie przeczy możliwości odziedziczenia gruźlicy, ale tę drogę powstania choroby uważa za nader rzadką. Dzieci suchotników rodzą się bez żadnych śladów gruźlicy, a nabywają ją później dopiero przez zarażenie od jednego z rodziców. Z liczby 549 dzieci, leczących mniej niż 9 tygodni, na których Heller robił sekcję, u jednego tylko znalazła się gruźlica opon mózgowych. Ebstein skonstatował, że dzieci matek gruźliczych ulegają gruźlicy, jeżeli pozostają w domu, jeżeli zaś znajdują się u zdrowych matek, to pozostają zdrowi. Cornet utrzymuje, że pojęcia dziedziczności i skłonności do gruźlicy, pochodzące z czasów przedbakterjalnych, po odkryciu lasecznika gruźlicy są zupełnie zbyteczne; możliwości odziedziczenia gruźlicy nie zaprzecza, uważa jednak ten sposób przeniesienia choroby za bardzo rzadki. Bezpośrednie dziedziczenie gruźlicy, według Cornet'a, nie ma nigdy miejsca, gdyż płód gruźliczego zwierzęcia zaszczerpiony innemu nie wywoływał u ostatniego gruźlicy. Przyznać jednak trzeba, że u dzieci rodziców syfilitycznych, gruźliczych i wyścieńczonych innymi chorobami, może istnieć jedna skłonność do przyjęcia zarazka gruźlicy, skłonność, polegająca na słabości nabłonka migawkowego. Każdy człowiek może zarazić się gruźlicą bez względu na to, czy jest obarczony dziedzicznie, czy



nie—czy jest skłonny do tej choroby, czy nie—czy jest wogóle zdrow—czy słabowity. W podobnym duchu wyraża się i Rühle, twierdząc, że pozorna dziedziczność polega tylko na zarażeniu się jednego członka rodziny od drugiego.

Przytoczywszy te poglądy przeciwników dziedziczności, autor skrętnie zebrał z literatury dane, świadczące o tem, że zarażenie się gruźlicą w porównaniu z częstością odziedziczenia jej stanowi fakt bardzo rzadki. Do tego samego wniosku doprowadzają autora jego własne spostrzeżenia.

Pominąwszy gołosłowne zdania wielu autorów o dziedziczności gruźlicy, zwróćmy się do przedstawionego przez autora materiału faktycznego. Przedewszystkiem podane są dowody bezpośredniego odziedziczenia gruźlicy, to jest przejścia tej choroby z matki lub ojca na płód. Pierwszy Baumgarten wypowiedział zdanie, że możliwe jest przeniesienie gruźlicy przez zarażenie placentarne. Eksperymentalnie dowiedli tego Landouzy i Martin. Szczepili oni świnkom morskim części płodu, pochodzącego od gruźliczej matki, i kawałki łożyska gruźliczej kobiety—obydwa razy z wynikiem dodatnim. Koubasoff zastrzykiwał ciężarnym świnkom morskim pod skórę ropę gruźliczą i znalazł w narządach wewnętrznych zrodzonego w kilka tygodni później potomstwa, jak również w łożysku matek liczne laseczniki gruźlicy. La Torre wykazał u świnek morskich, że nasienie gruźlicze zaraża zapłodnione nim jajko. Cavagnis szczepił kawałki śledziony martwo zrodzonej świnki morskiej, pochodzącej od gruźliczej matki i wywołał gruźlicę—dowód, że płód już w łonie matki był zarażony gruźlicą. Doświadczenia de Renzi'ego wykazały, że gruźlica dziedziczna daje się wykazać u płodów świnek morskich, których matki przynajmniej na 32 dni przed porodem zostały zarażone gruźlicą. Ze spostrzeżeń tegoż autora wynika, że nie całe potomstwo gruźliczej świnki morskiej musi być dotknięte gruźlicą, lecz że mogą być pomiędzy niemi i zdrowe osobniki, zupełnie tak jak to się zdarza u ludzi. Pütz znalazł złogi gruźlicze u 4-dniowego cielęcia, Hertwig u dwu 4-miesięcznych cieląt widział rozległe ogniska gruźlicze. I u ludzi w najwcześniejszem dzieciństwie konstatowano za życia na stole sekcyjnym gruźlicę. Przypadki takie opisali Merkel, Pater i Charrin, a Giraldes znalazł gruźlicze zapalenie przyjądrza u płodu. Parrot kilkakrotnie nawet widział ogniska gruźlicze u płodów, które pochodziły od gruźliczych matek, Dennus zaś znalazł u 12-dniowego, 17-dniowego i 5-tygodniowego dziecka daleko posuniętą gruźlicę z jamami w płucach. Podobne spostrzeżenia podają Lichtheim, Landouzy, Trousseau. Nie należy też zapominać, że wielka ilość przypadków śmierci u dzieci, które chrzcimy nazwą słabości życiowej, zaniku, adynamii i t. d. należy bezwątpienia do gruźlicy.

Według Fernei'a i Verneuil'a może być przeniesienie gruźlicy przez spółkowanie z męża na żonę, a tem samem i na płód. Jony znalazł u 5 suchtników w zawartości kanalików nasienych laseczniki.



Przytoczone fakty dają prawo do wypowiedzenia zdania, że bezpośrednie przeniesienie jadu gruźliczego z rodziców na dzieci nie ulega wątpliwości. Jeżeli zaś ilość dzieci, u których wkrótce po urodzeniu skonstatować można gruźlicę, jest małą, to nie należy zapominać, że choroba ta długi czas może znajdować się w ukrytym stanie. Niejednokrotnie dzieci suchotników przychodzą na świat pozornie zupełnie zdrowymi, a dopiero po wielu latach gruźlica kładzie kres ich życiu. Ważne w tym względzie są doświadczenia Hippolyte'a Martin'a, który wykazał, że krew zwierząt gruźliczych, wprowadzona do krwiobiegu zwierząt niepodlegających gruźlicy, czyni krew tych ostatnich zdolną do wywołania gruźlicy jeszcze po długim czasie. Dowodzi to, że laseczniki gruźlicy dłuższy czas (6—7 miesięcy) mogą znajdować się we krwi, nie rozwijając się dalej i zachowując zdolności rozmnażania się, jeżeli znajdują pomyślne dla siebie warunki. To samo dzieć się może u ludzi dziedzicznie obarczonych.

Dalej podaje autor kilka tablic statystycznych, stwierdzających jego pogląd. Z pomiędzy 660 suchotników, którzy leczyli się w Soden u autora, 43 nie miało żadnych wiadomości o zdrowiu swoich krewnych, 30 miało obu rodziców dotkniętych gruźlicą, 117 tylko ojca gruźliczego, 113 matkę suchotnicę, 7 gruźliczych dziadków lub babki (większości przyczyna śmierci tych ostatnich nie była znana). U 124 jeden lub więcej braci albo sióstr było dotkniętych suchotami, u 10 wuj lub ciotki, 28 z góry bez zapytania powiedziało, że suchoty zdarzały się w rodzinie.

Ostatni rozdział poświęcony jest przedstawieniu dowodów statystycznych, że przypadki zarażenia się suchotami należą do niezmiernie rzadkich. Wielu klinicystów wyraża się w tym sensie, czerpiąc dowody z praktyki szpitalnej i prywatnej. Nawet w zakładach dla suchotników nie skonstatowano żadnego pewnego przypadku zarażenia się służby od chorych. Brehmer liczbami wykazał, że od czasu jak suchotnicy przybywają do Gürbersdorfu, mniej z pośród stałych mieszkańców umiera na suchoty, niż przed otworzeniem zakładu. Tak samo rzadkie są przypadki zarażenia się jednego z małżonków od drugiego. Robertson skonstatował w 100 sumiennie przestudyowanych przypadkach, że przynajmniej w 80 z nich nie miało miejsca przeniesienie choroby od jednego z małżonków na drugiego. Podobnie głoszą statystyki innych autorów. Autor zasięgał wiadomości u rozmaitych stowarzyszeń, poświęcających się pielęgnowaniu suchotników i znalazł, że z liczby 275 sióstr miłosierdzia zaledwie jedna dostała suchot, przyczem jeszcze nie zostało dowiedzionem, że miało tu miejsce zarażenie.

Więzienia dają ogromny procent śmierci od suchot, okazuje się jednak, że tam, gdzie więźniowie mieszkają osobno w oddzielnych celach (Norymberga) śmiertelność od gruźlicy dochodzi do 80,4%, w zakładzie poprawczym w Plötzensee więźniowie oddzielnie pomieszczeni umierali na suchoty w ilości 90%—podczas gdy w tymże zakładzie ci, którzy wspólnie mie-



szkali tylko w 64<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a z pomiędzy pierwszych 57<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przy wstępowaniu było zupełnie zdrowych.

Gdy Cornet ogłosił badania swoje nad śmiertelnością członków stowarzyszeń pielęgnowania chorych, znajdującą się w bezpośrednim związku z wdychaniem pyłu, powstałego z zaschłej wydzieliny suchotników, autor przystąpił do zebrania odnośnej statystyki w Soden, gdzie praktykuje. Poszukiwania te wykazały, że z 653 osób, które w przeciągu więcej niż 30 lat znajdowały się w ciągłej styczności z suchotnikami, bądź zajmując się ich pielęgnowaniem, bądź usługując im, 15 zachorowało na gruźlicę, z nich u 9 skostatowaną była dziedziczność bezpośrednia, 2 inne utraciły na suchoty 2 zdała od nich mieszkające siostry. Dalej z liczby 50 osób, złożonej z praczek kąpielowych i posługaczek w przeciągu 30 lat 44 pozostało przy życiu, a 3 zmarło na inne choroby, nie na gruźlicę. Z pozostałych trzech u jednej obarczenie dziedziczne niewątpliwe, druga już w pierwszym miesiącu pobytu w Soden miała krwioplucie, służyła jeszcze 3 lata i zmarła na gruźlicę krtani, trzecia znajdowała się w służbie 2 lata, była pozornie zdrową, wstąpiła w związki małżeńskie i po 30 latach umarła na suchoty. Wreszcie podaje autor tablicę śmiertelności mieszkańców Soden według źródeł urzędowych. W przeciągu 3 lat (od 1 stycznia 1887 r. do 31 grudnia 1889 r.) umarło osób 76. W tej liczbie było 7 przypadków śmierci od gruźlicy, mianowicie: 2 zapalenia opon mózgowych u dzieci, 1 gruźlicy kości u dziecka, 4 przypadki suchot u dorosłych, U 3 ch dziedziczność została skostatowaną. Z pomiędzy tych 7 osób jedna tylko zajmowała się pielęgnowaniem chorych. Matka jej także zmarła na suchoty.

*Z. Srebrny.*

## II. Farmakologija.

305. R. WOLFFHARDT. O działaniu wysokoku na trawienie żołądkowe. (*Münch. M. Woch. N. 35*).

Autor wykonał na samym sobie 22 doświadczenia w celu zbadania wpływu wysokoku na trawienie żołądkowe. Przyjmując pożywienie odpowiadające śniadaniu (70 grm. bułki i 250 grm. herbaty) lub obiadowi (200 grm. befsztyku, 35 grm. bułki i talerz zupy) i wypijając zaraz po nim jednorazowo lub w pewnych przerwach 30 grm. absolutnego alkoholu, lub też 30—90 grm. 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-wego koniaku, autor wydobywał zawartości swego żołądka co 30—60-in minut i badał ją według najnowszych metod na swobodne kwasy, krochmal, kwas solny, kwas mleczny, białko, pepton i cukier. Otrzymane przy tem badaniu wnioski są następujące.

1) Absolutny alkohol ma wpływ ujemny zarówno na trawienie pokarmów zawierających dużo krochmalu, jak i na trawienie mięsa.

2) 60 grm. 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-wego koniaku, wypitego podczas jedzenia, wpływa ujemnie na trawienie pokarmów krochmal zawiera-



jących i dodatnio na trawienie pokarmów mięsnych. Ta sama ilość konijaku lub też 90 ccm. wypitych porcyjami po 30 ccm., podczas trawienia, wpływa na nie ujemnie. Przeciwnie 30—40 ccm. 50%-wego konijaku przyspiesza sprawę trawienia mniej więcej o 30 minut.

3) Czerwone i białe wino przyjęte przed jedzeniem lub też podczas niego przyspiesza trawienie.

Mamy więc, według Wolffhardt'a, dwa okresy działania wysokoku: w pierwszym jest ono ujemne, co widocznem jest najlepiej z tych doświadczeń, przy których wprowadzał podczas trawienia nowe porcje wysokoku do żołądka, w drugim zaś i podczas wchłaniania jego dodatnie, co widocznem jest z tych doświadczeń, przy których picie rozmaitego gatunku win wywoływało powiększone wydzielania się kwasu solnego.

W. Janowski.

306. P. GUTTMANN. **O Salipirynie**, (*Berl. klin. Woch. N. 37. 1890*).

Nowy środek leczniczy—salipyrinum zbadany został klinicznie przez prof Guttman'a.

Jest to biały, krystaliczny proszek, bez zapachu, kwaskowego smaku, łatwo rozpuszczalny w spirytusie, trudno (1:200) w wodzie, zawierający w 100 częściach swoich 57,7% antipiryny i 42,3 kwasu salicyłowego. 1) Środek ten obniża ciepłotę ciała. Dając choremu 6 grm. jego w ciągu sześciu godzin (najlepiej z początku 2 grm. a potem 4 razy co godzinę po 1 gr.), widzimy, że ciepłota ciała spada o 1½ — 2° C. i przez 4 do 5 godzin nie wraca do poprzedniej wysokości. Tyle potrzeba użyć salipiryny przy stałej gorączce; przy zwalnającej dość jest dać choremu 3—4 grm. w ciągu 2—3 godzin, aby ciepłota jego ciała opadła o 2° C. 2) Przy gościu stawowym salipiryna (około 6 grm.) zmniejsza bolesność i obrzmienie stawów. Od recydywy nie uchronia. 3) Działa ona dobrze przy chronicznych cierpieniach reumatycznych stawów i przy newobólu kulzowym tegoż pochodzenia. 4) Nie ma ona pobocznego złego działania.

Opierając się na tych danych, Guttman powiada, że salipirynę można stosować do takich samych celów leczniczych, co kwas salicyłowy i antipirynę. Chcąc działać tym środkiem przeciwgorączkowo trzeba go przepisywać dwa razy więcej niż antipiryny. Środek ten jest bardzo tani. W. Janowski.

307. A. BECKH. **Doświadczenia z chlorkiem oreksyny**. (*Versuche mit Orexinum muriaticum*). (*Münch. Med. Woch. N. 33, 1890*).

Autor podaje historyje 22-ch chorych, u których leczył brak łaknienia oreksyną. Tylko w 4-ch przypadkach środek okazał się bezskutecznym. W pozostałych 18-tu łaknienie chorych, a przez to i stan ich ogólny, znacznie się poprawiły. Chorzy, którym Beckh dawał oreksynę, cierpieli na niedokrwistość, blednicę, gruźlicę i rozmaite inne ostre lub chroniczne choroby, jak zapalenie oskrzeli, rozedma płuc, zapalenie nerek i t. p. Środek podawany był początkowo w kapsułkach żelaty-



nowych a potem w opłatkach. Pierwsza dawka wahała się między 0,25—3,0; czasami dawał autor nawet 5 gr.

Na zasadzie swoich obserwacji Beckh gorąco zaleca oreksynę we wszystkich przypadkach braku łaknienia, stojących w związku z rozmaitemi ciężkimi cierpieniami ustroju. Nawet w niektórych przypadkach zwyczajnych chronicznych nieżytów żołądka środek ten działa znakomicie. Przeciwwskazanie do użycia tego środka z powodu, iż drażni on silnie błonę śluzową żołądka, stanowią wszelkie cierpienia, przy których ta ostatnia ulega zmianom anatomicznym.

W końcu pracy znajduje się przypisek jednego z członków redakcyi G. Merkla, który podaje obserwowane przez siebie dwa przypadki, w których brak apetytu, raz bez wszelkiej wiadomej przyczyny, drugi raz—po wyleczeniu z chronicznego nieżyty żołądka, niczem nie dający się usunąć, znikł niezwłocznie po pierwszym zastosowaniu oreksyny, tak że obydwaj chorzy, którzy przed tem byli w stanie zupełnego wycieńczenia, w ciągu bardzo krótkiego czasu przyszli zupełnie do siebie.

Przepisywać najlepiej jest.

Rp. *Orexini muriatici* 0,25

d. t. d. N. X in caps. amyl.

S. 1—2 opłatki naraz według przepisu.

*W. Janowski.*

308. Dr. DEHIO. **Badania nad niektórymi nowszemi środkami nasennymi.** (*St Petersb. med. Woch. N. 33*).

Autor przedstawia wyniki swoich badań klinicznych nad wieloma chorymi na hysteryję, neurasteniję, zatrucie morfiną, wysokiemi i t. p.

Z rozmaitych środków nasennych chloral nie był wcale badany, hypnon porzucono dla złego działania jego na trawienie i zbyt krótkiego jego działania nasennego, metylal zaś dla niepewnego działania. Tak więc, zbadano dokładnie tylko działanie paraldehydu, uretanu amylenhydratu, sulfonalu i hyoscyny.

Paraldehyd w dawkach około 5,0 grm. działa doskonale wywołując 7—8 godzin trwający, spokojny sen, mocniejszy w ciągu pierwszych dwóch godzin, bez następczego zmęczenia. Przeciwnie, chorzy są rześcy i weseli. Działanie jego zaczyna się w 10—20 minut po zażyciu. Niedgodnemi jego stronami są: dość przykry smak, do którego jednak chorzy przyzwyczajają się, biegunka, szczególnie przy używaniu wysokoku, a następnie przy długim używaniu, upadek ogólnego odżywiania. Senności jednak i zaburzeń w dziedzinie duchowej nie bywa. Nadto przy przerwaniu podawania omawianego środka, wywołane przez niego ujemne sprawy natychmiast ustępują.

Amylenum hydratum nie ustępuje paraldehydowi. Działa również prędko i skutecznie, nie wywołując zaburzeń w trawieniu. Czasami tylko występują po nim bóle głowy. Może być podawany w lewatywach, czego nie można powiedzieć o paraldehydzie, który drażni błony śluzowe. Szczególnością jego jest to, że działa na chorych, na których paraldehyd prze-



stał działać i odwrotnie. Czasami przerywa stan epileptyczny. Dawka jest 5—6 grm.

Uretanum jest środkiem więcej delikatnym. 3 — 6 grm. wywołują przyjemny, dość długi sen, bez działania na serce i oddech. Czasami wywołuje, przy dłuższem używaniu, zaburzenia w trawieniu. Ponieważ jednak chorzy prędko przyzwyczajają się do tego środka, więc wypada go zwykle zamienić innym, zanim to ogólne działanie jego wystąpi. Najlepiej jest stosować go u zdrowiejących, osłabionych osobników, przy niewielkiej bezsenności.

Sulfonal dał wyiki nie bardzo korzystne. Działanie jego nie było zawsze pewnem; chorzy czuli ciężkość i zmęczenie nazajutrz po jego przyjęciu. 1 — 4 grm. wywołuje stopniowo potrzebę snu, czasami dopiero w wiele godzin po jego przyjęciu. Przy dłuższem użyciu występują objawy kumulacji, dzięki trudnej jego rozpuszczalności. Przy stanach wielkiego pobudzenia, w których żaden środek nie działał, autor dawał sulfonal w mniejszych dawkach z dobrym skutkiem. W celu uniknięcia następczego osłabienia najlepiej dać 1 grm. sulfonalu z kawą po obiedzie i 1 gramm. wieczorem. Działanie jest wtedy najlepszem. Podawany chorym na manię środek ten wywołał następnie stan długotrwałego przygnębienia. Przy pewnym osłabieniu organów trawienia działa na nie ujemnie. Wobec przesadzonych pochwał tego środka autor zwraca uwagę na te jego wady.

Hyoscyne należy podawać w dawkach 0,5 a maximum do 1 mgrm. Działa ona najlepiej przy niepokoju ruchowym, szczególniej pierwotnym.

*W. Janowski.*

309. Prof. O. ROSENBACH i F. POHL. **Niejednakowe zachowanie się preparatów jodu i kwasu salicylowego do wydzielin, wysięków i przesięków.** (*Berl. kl. Woch. N. 36*).

Autor starał się rozwiązać pytanie, w których miejscach wydzielają się jodek potasu i salicylan sodu i doszedł do następujących, według niego, terapeutycznie ważnych wniosków.

Kwas salicylowy przechodzi nie tylko do moczu, ale i w płyny jam surowicznych (stawów, opłucnej, otrzewny) zarówno w stanie ich normalnym, jak i patologicznym, t. j. w razie obecności w nich wysięków, lub przesięków. Nigdy nie ma go w ślinie, soku żołądkowym, kiszkiowym, ani też w żółci. Po zastrzyknięciu salicylanu sodu do jamy surowiczej przy znajdowaniu się w niej wysięku lub przesięku, znajdował go autor wkrótce w moczu. Preparaty jodu przy wprowadzeniu ich per os lub pod skórę, znajdują się wkrótce w moczu, ślinie, przesiękach skóry lub jam surowicznych, ale nigdy w wysiękach bądź surowiczych bądź ropnych. Przeciwnie, wprowadzone w rozmaite jamy surowicze, znajdujące się w stanie zapalnym, preparaty jodu dały się odkryć wkrótce w moczu i w ślinie.

Tak więc salicylan sodu, wprowadzony per os, per anum, pod skórę lub do jamy surowiczej wydzieliał się we wszystkich kierunkach prądu soków, we wszystkich jamach surowiczych i w moczu; przeciwnie jodek potasu przechodzi (wprowadzony



przez usta) tylko w przeziębieniu nigdy zaś w stawy lub wysięki jam surowicznych.

Dla tego też jod nie działa przy ostrym zapaleniu stawów reumatycznych i przy surowicznym lub ropnym zapaleniu jamy opłucnej, przeciwnie zaś kwas salicylowy działa w tych razach dobrze. Właściwem bardzo jest podawanie tego ostatniego środka przy wysiękach w jamy surowicze i zaraz po dokonanej z nich punkcji. Działanie moczopędne salicylanu sodu jest nadzwyczaj wyraźne już przy iniekcji 1 grm. jego do jamy otrzewnej, przy przeziębieniu do niej spowodowanem zapaleniem

W razach spornych na zasadzie niejednakowego wydzielania się jodu i kwasu salicylowego można opierać rozpoznanie różniczkowe: jeżeli osobnikowi podamy przez usta jod i następnie nie odkryjemy go w płynie wydobytym za pomocą punkcji z jamy surowiczej, możemy twierdzić z pewnością, że mamy do czynienia nie z przeziębieniem, lecz przeciwnie ze sprawą zapalną, z wysiękiem.

W. Janowski.

310. SCHEINMANN. **Pyoktanina przeciwko owrzodzeniom gruźliczym w krtani i w nosie.** (*Pyoktannin gegen tuberculöse Ulcerationen im Kehlkopf und in der Nase*). (*Berl. klin. Woch. N. 33*).

Autor zwraca uwagę na to, że dopóki nie mamy środka swoistego przeciwko gruźlicy, leczenie miejscowe gruźlicy krtani za pomocą środków dezynfekcyjnych powinno być, jako często skuteczne, stosowane. Zdaniem jego inhalacje rozmaitych środków antyseptycznych działają u suchotników dobrze nawet jako profilaktyczne. Mentol i kresol są przez autora szczególnie w tym celu polecane. Przy istniejących już owrzodzeniach gruźliczych działa, obok kwasu mlecznego, najlepiej miejscowe wcieranie pyoktaniny. Działanie jej jest bardzo łagodne i prędkie nie tylko w tych razach, ale nawet przy ranach, zadanych podczas operacji. Środek ten nie działa wcale drażniaco i prowadzi do szybkiego zabliznienia się owrzodzonego lub zranionego miejsca. Leczenie odbywa się w sposób następujący. Po uprzednim znieczuleniu owrzodzonego miejsca, pogrąża się mocno ogrzany koniec zgietego miedzianego zgłębnika do proszku pyoktaniny, który do niego ściśle przylega. Następnie wprowadza się zgłębnik do krtani i wciera się proszek pyoktaniny mocno w owrzodzoną powierzchnię. Zgłębnik przepala się potem w ogniu, w którym pyoktanina jasno się pali i traci zdolność zabarwiania. Zabarwienie owrzodzonych miejsc zmniejsza się już po 2-3 dniach. Skłonność do gojenia się jest tak wielką, że już po pierwszym wcieraniu zmniejsza się wydzielina i wkrótce staje się wątpliwem, czy mamy do czynienia z wrzodem, czy też ze świeżą blizną. Reakcja miejscowa jest żadna. Bolesność zmniejsza się w ciągu 24 godzin.

Wiele tego rodzaju przypadków autor spostrzegł w poliklinice B. Fränkla. Wypróbowałszy następnie pyoktoninę w dwóch ciężkich przypadkach niewątpliwie gruźliczych owrzodzeń w nosie, autor przekonał się i tutaj o doskonałym jej działaniu. Dla tego też poleca on ją wszystkim kolegom do stosowania w przypadkach gruźlicy krtani i nosa. W. Janowski.



311. Dr. William GEMMELL. Ouabaïna przy kokluszu (*British medical Journal, April 26, 1890.*)

Powyższy alkaloid został otrzymany z korzeni rośliny Ouabaïo, która w bardzo blizkiem stoi pokrewieństwie z *Carrissa schimperii*. Przedstawia się, jako ciało krystaliczne, trudno rozpuszczające się w wodzie zimnej, nieco łatwiej w cieplej, a najlepiej w absolutnym alkoholu.

Omawiany środek stosował autor w 49 przypadkach kokluszu, Z powyższej liczby 25 wyzdrowiało, czterech zmarło, a pozostała ilość zostaje jeszcze nadal w obserwacy. Z czterech śmiertelnych przypadków, jeden zmarł na błonicę, drugi wskutek zapalenia opon mózgowych, trzeci wskutek ostrego kapilarnego kataru oskrzeli, wreszcie czwarty z powodu stopniowego wyniszczenia. Ani jeden z powyższych podanych przypadków nie przyjmował dłużej Ouabaïny, jak przez dziesięć dni, i u wszystkich na tydzień przed śmiercią środek ten został wstrzymany. Jakiegokolwiek objawu, któryby wskazywał na zatrucie ustroju Ouabaïną, nie spostrzeżono.

O każdym chorym prowadzono codzienne ściśle notatki, dotyczące się ciepłoty ciała, tętna, oddechu, moczu, skóry, a także wpływu lekarstwa na częstość i charakter kaszlu i dopiero w dwa tygodnie po ustąpieniu kaszlu chory z obserwacyi lekarskiej wypuszczony zostawał. Oto wyniki do jakich przyszedł autor. Ouabaïna działa pomyślnie we wszystkich okresach kokluszu i odpowiednio użyta wydaje wspaniałe rezultaty. W pierwszym okresie skrótca napady; w drugim zmniejsza siłę i częstość kaszlu i zmniejsza liczbę t. zw. zanoszeń się,— w trzecim zaś okresie w sposób istotnie zdumiewający przyspiesza rekonwalescencyję.

Ouabaïna zdaje się nie posiada kumulacyjnego działania; stosowanie jej może być natychmiast przerwane i nie prowadzi za sobą żadnego złego wpływu na chorobę. Jednorazowa dawka ouabaïny nie powinna być większa od  $\frac{1}{900}$  grana co trzy godziny, czyli  $\frac{1}{180}$  grana dziennie. Dla dzieci nie mających jeszcze roku, dawka nie powinna przekraczać  $\frac{1}{1000}$  grana co trzy godziny. Jeżeli jednak u dzieci w wieku lat sześciu do dwunastu kaszel jest bardzo męczący, a zanoszenie się liczne, to można dawkę powiększyć do  $\frac{1}{500}$  grana, ale wtedy należy działanie lekarstwa starannie kontrolować.

Najwygodniejszy sposób stosowania ouabaïny stanowi jej roztwór którego jedna kropla odpowiada  $\frac{1}{1000}$  grana.

Rp. Solutionis ouabaïni guttas xlviijj  
 Syropi aurantii ʒjv  
 Aquae dest. ad ʒvj MDS.

Co trzy godziny łyżeczkę małą.

Przekonano się, że pod wpływem ouabaïny ciepłota ciała, tętno i oddech w przypadkach gdzie niema żadnej komplikacyi przedstawiają się w lżejszym stopniu, aniżeli w stanie prawi-



dłowym. Szczególnie oddech staje się powolnym, na przykład w jednym przypadku u czteroletniego dziecka oddechanie tylko szesnaście razy odbywało się na minutę. Tym więc sposobem ouabaina działa porażająco na ośrodki oddechowe. Niekiedy spostrzegano nieregularne tętno, ale tylko wieczorem.

Zwykle już po kilku dniach najpóźniej po siedmiu naj częściej jednak trzeciego dnia występowały poty przy użyciu omawianego środka; poty trwały tak długo jak długo chory lekarstwo przyjmował i ginęły wkrótce gdy takowe zostało wstrzymane. Czynność kiszek była prawidłowa; w żadnym przypadku nie spostrzegano biegunki, która przy kokluszach tak niepożądaną bywa komplikacją. Apetyt wzmagał się z ogólną poprawą chorych.

J. D.

312. Dr. MUGDEN. **Trujące własności creoliny: wpływ jej na przemianę materii w organizmie** (*Virchow's Archiv. tom CXX pg. 137. Medicin. Neuigkeit. Nr. 32 r. 90*).

W laboratorium prof. Salkowskiego w Berlinie przeprowadzono doświadczenie nad kreoliną; dla prób służyła kreolina z fabryki Pearson'a et Comp. w Hamburgu. Najpierw zajęto się wyjaśnieniem wpływu kreoliny na przemianę materii; dla doświadczeń wzięto sukę wagi 22 kilogramów, którą doprowadzono do równowagi w wydzielaniu azotu. Po nakarmieniu zwierzęcia wprowadzano mu codziennie za pomocą zgłębnika żołądkowego od 2—3 grm kreoliny, przy czem okazało się, że dawki te pozostają bez wpływu na przemianę materii białkowych. W moczu przy tej dawce kreoliny zaledwie ślady kwasu karbolowego mogą być wykryte; zawartość indicanu prawie że ginęła w moczu — znak, że procesy gnilne w kiszce kreolina ogranicza. Połączenia kwasu siarczanego z eterami ulegają powiększeniu. Określenie zawartości bakterii w kale po znacznych dawkach kreoliny w ciągu dni kilku spełzły na niczem, z powodu występującego stale zatrucia przy doświadczeniach na psach i królikach.

Pomimo zaprzeczeń wielostronnych kreolinę należy uważać za lek trujący, chociaż mniej szkodliwy jak kwas karbolowy. Króliki, którym stosowano jednorazową dawkę 10 grm kreoliny, lub też pięć gramową w ciągu dni kilku umierały przy zjawiskach apaty i śpiączki; sekcja dawała rezultat negatywny. Psy po dawkach pięć gramowych przychodziły do siebie, co w części trzeba przypisać wymiotom, które wydalają z żołądka część podanego środka; apatyja, śpiączka, duszenie się stale występowały.

Wiadomo jest, że kreolina nie przedstawia ciała o stałym chemicznym składzie; w skład jej wchodzi fenole, węgiel-wodany i kwasy żywiczne. Mugden starał się odosobnić najsilniej działający składnik kreoliny, co mu się nie udało; wskutek tego działanie kreoliny stawia w zależności od wszystkich jej składników. Chemiczne badania kreoliny wskazują w dziesięciu jej gramach: 5 grm węgla wodoru, 1,6 ptenolów i 0,1 kwasów żywnych.

W. Kopytowski.



### III. Choroby nerwowe.

313. Dr. L. LÖWENFELD. *Beitrage zur Lehre von der Jacksonischen Epilepsie und den klinischen Aequivalenten derselben.* (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 1889. Bd. XXI, H. 1—2).

Według pierwotnej nauki o przyczynach i znaczeniu padaczki częściowej, zwanej inaczej, za przykładem Charcot'a, padaczką Jackson'a, cierpienie to ma wskazywać i być dowodem ograniczonych processów patologicznych, najczęściej guzów, na powierzchni kory mózgowej, lub blisko przy niej. Z biegiem czasu, szczególnie w ostatnich chwilach, pojęcie to zmieniło się i rozszerzyło w pierwszym kierunku; zmienia się również i symptomatologija padaczki korowej. W obszernem i sumiennem studyum, osnutem na kilkunastu obserwacjach o epilepsyi Jackson'a, Löwenfeld przedstawia nam dokładnie teraźniejszy stan nauki o tej formie nerwowej, uzupełnia ją wielu nowymi i ciekawymi szczegółami.

Istotę epilepsyi częściowej stanowią napady drgawek tonicznych i klonicznych, w jednej połowie twarzy, rękę, nogę lub oddzielnych grupach mięśniowych, nawet w pojedynczych mięśniach: stosownie do miejsca rozróżniamy więc „epilepsia facialis, brachialis, cruralis“, dalej — „hemiepilepsia“. W drgawkach mogą przyjąć udział język, mięśnie żucia, oczne, szyjowe, nawet muskulatura tułowia. Drgawki rozprzestrzeniają się z członka na członek lub mięsień w pewnym stałym porządku, z twarzy przechodzą na kończynę górną, a ztąd na dolną, lub z kończyny górnej na twarz; nie bywa zaś, by kurcze z twarzy przechodziły na nogę lub odwrotnie a potem na rękę, ponieważ w korze mózgowej ośrodek psychomotorny dla nogi znajduje się nad ośrodkiem dla ręki, a pod tym ostatnim dopiero leży ośrodek twarzowy. Drgawki z jednej połowy ciała mogą przechodzić na drugą, wtedy także istnieje pewien typ stały; gdy na jednej stronie padaczka z twarzy przeszła na nogę, to po drugiej rozpoczyna się od nogi i idzie do góry. Przy napadzie, ograniczonym do jednej kończyny, przytomność jest zwykle zachowana; utrata jej może nastąpić przy rozprzestrzeleniu się drgawek na połowę lub na całe ciało, ale przytem powstaje nie na początku napadu, ale w miarę rozwijania się kurczów. Przy zachowanej przytomności chorego podczas napadu często doznają bólu w kończynach, ogarniętych drgawkami, lub też innych nieprzyjemnych uczuć — bólów, ciężkości, zawrotów głowy i t. d. Podobnymi bólami lub parestezjami w kończynach, podlegających następnie drgawkom, może się rozpoczynać sam napad (padaczkowa aura). Zauważyć następnie należy, że krzyku na początku napadu, co bywa przy padaczce zwykłej, nie ma, że jednakże może być mimowolne oddawanie moczu nawet przy drgawkach w jednej połowie ciała.

Napad drgawek trwa od kilku minut do kilku godzin; przerwy pomiędzy napadami bywają różne: w jednym przypadku autora bywało ich po 100 dziennie, w drugim—ledwie



kilka w przeciągu roku. Mogą być nawet przerwy po kilka lat. W skutek napadów obserwujemy często rozwój porażen lub zaburzeń mowy, z początku przejściowych, później stałych w cierpiących częściach ciała.

Opisane napady drgawek stanowią objaw początkowy i jedyny przejaw napadów przy wielu procesach chorobowych.

1. Pierwsze miejsce w tym szeregu zajmują guzy mózgu w okolicy korowej. Padaczka częściowa może być przy nich przez lat wiele jedynym objawem. Do guzów należy zaliczyć uszkodzenia mózgu w skutek traumy i przymiot mózgu. Znacznie rzadziej widzimy epilepsyję Jackson'a przy ropniach mózgu nie traumatycznego pochodzenia, rozmięczeniu, lub krwotoku.

2. Obserwowano przez lat wiele padaczkę częściową w przypadku encephalitis parenchyma tosa w okolicy ruchowej ze zgrubieniem kory mózgowej (Danillo).

3. Opisywano przypadki, gdzie padaczka Jacksona była wstępem do dementia paralytica, podstawą której jest encephalitis corticalis, z zajciem opony miękkiej (Mendel).

4. Autor przytacza obserwację, gdzie epilepsyja częściowa była objawem początkowym rozsialego wieloogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia (sclerosis disseminata).

5. Obserwowano napady przy uremii, jednocześnie z niemi bóle głowy, wyczerpanie umysłowe <sup>1)</sup>.

6. Padaczkę częściową mogą wywołać uszkodzenia nerwiaki peryferycznych pni lub gałęzi nerwowych: w tych razach kurcze rozprzestrzeniają się z teje okolicy na inne części ciała. Ale pod tym względem autor zauważa i stwierdza zdanie Gowers'a, że trauma nerwów peryferycznych lub kończyn, a dalej i inne okoliczności (np. w przypadku autora niestrawność) może być powodem dla zjawienia się padaczki Jackson'a przy istniejącym już i niepodejrzewanym cierpieniu organicznem kory mózgowej. Do szeregu czysto odruchowych drgawek należą także opisywane przez Raymond'a, Auboina'a przypadki padaczki częściowej po wstrzyknięciu płynów do jamy opłucnej, lub padaczka przy niektórych zaburzeniach słuchu.

7. Batlet i Crespin dowodzą, że napady hystery-

---

<sup>1)</sup> Zdaje się, że padaczka częściowa przy uremii nie jest zjawiskiem rzadkiem. U nas opisywali podobne przypadki Dunin i Wróblewski. Niedawno w klinice terapeutycznej szpitalnej również na oddziale Wróblewskiego, mieliśmy sposobność obserwować padaczkę Jackson'a przy uremii. Napadów było kilka w kilkominutowych przerwach jeden po drugim: drgawki rozpoczynały się w lewym ręku i przechodziły na twarz. Jednocześnie chora doznawała ograniczonego bólu głowy z prawej strony, zjawily się wymioty. Utraty przytomności, afazy, rozprzestrzeniania się skurczów na całe ciało nie było. Żadnego zaburzenia czucia przed, podczas, lub po napadzie nie było; nie było i porażenia kończyny po ataku. Chora przychodzi do zdrowia. (*Przyp. spraw.*).



c z n e mogą przyjmować postać padaczki Jackson'a: według tych autorów zjawienie się takich napadów w wielkiej ilości jeden po drugim nie podwyższa ciepłoty, co ma miejsce przy prawdziwej formie Jacksona. Rozpoznawanie takiej padaczki ułatwia obecność stygmatów hysterycznych u chorego. Löwenfeld zwraca uwagę, że i przy hysteryi może istnieć organiczne cierpienie mózgu, wywołujące drgawki.

8. Opisano przypadki epilepsji Jackson'a z zupełnie niejasną etiologią. W jednych z nich przy autopsyi nie znajdowano zmian w mózgu (Landouzy i Siridey), inne (bez autopsyi) zjawiły się bez powodu lub po urazie i niektóre znikły przy pewnych zabiegach leczniczych <sup>2)</sup>. Przypadki te autor różnie sobie objaśnia. O niektórych z nich (u Hirt'a, Greffier) mniema, że padaczka przejściowa była przejawem epilepsji właściwej. Tezę tę Löwenfeld stara się przeprowadzić, przytaczając dwa przypadki, w których oprócy napadów „petit mal“ istniały oddzielne napady padaczki Jackson'a <sup>3)</sup>.

Przy tak obszernej etiologii padaczki częściowej rozpoznanie właściwej jej przyczyny nieraz musi się stać nader trudnem. Tymczasem rozpoznanie prawidłowe jest niezmiernie ważnem ze względu na przepowiednię, a głównie leczenie cierpienia; znane są bowiem już przypadki gdzie po prawidłowej dyjagnozie można było uratować chorego drogą zabiegów chirurgicznych. W wielu przypadkach możebną jest rzeczą wyłączyć drogą różniczkową wiele momentów etiologicznych i odrazu postawić właściwe rozpoznanie; w wielu innych, jak to zaświadcza kilka przypadków Löwenfeld'a, ledwie dłuższa obserwacyja daje dokładne pojęcie o przyczynie cierpienia.

Na zasadzie swych przypadków autor podaje kilka nowych szczegółów co do symptomatologii padaczki częściowej. Okazuje się, że kurcze, poczynając się od kończyny górnej, mogą istnieć tylko na rękę i nie ogarniając przedramienia i ramienia, przechodzić odrazu na twarz. Na twarzy mogą być zajęte tylko niektóre gałęzie nerwu twarzowego, a nie wszystkie. Dalej wynika, że objawy porażenia kończyn, które zwykle zdarzają się po napadzie, nie rzadko zjawiają się już przed napadem drgawek, jako aura, i podczas samego napadu. Porażenie kończyny nie znajduje się w związku z mniejszą lub większą siłą drgawek, lub krótszym i dłuższym ich trwaniem;

<sup>2)</sup> Podobny przypadek opisał u nas Rzecznowski (Gaz. lek. 1883). Löwenfeld mniema, że w tym razie możebnem było istnienia guza mózgu.

<sup>3)</sup> Pierwsza z tych obserwacji jest przedstawioną bardzo krótko, druga — dosyć dokładnie. Rodzi się pytanie, czy w tych razach rzecz nie miała się odwrócić, t. j. czy „petit mal“ nie było zamianą (ekwiwalentem) padaczki częściowej. O takich zamianach będzie mowa poniżej. Z charakteru obserwacji Löwenfeld'a wynika, że prędeji by można te dwa przypadki doprowadzić pod kategorię takich „zamiennych“ napadów („ekwiwalentów“), zaliczając do padaczki częściowej „czuciowej“. Autopsyi w obu przypadkach autora nie było. (Przyp. sprawozd.).



niekiedy po jednym napadzie zjawia się długotrwałe porażenie, a po wielu—niema go zupełnie. Porażenie przytem może zająć większą okolicę, większą ilość mięśni, niż ta, która podlegała drgawkom; porażenie czasem stopniowo się nasila i zwiększa w pewnym czasie po napadzie. Zresztą oba te zjawiska zdarzają się rzadko.

Zaburzenia mowy, obserwowane zwykle po napadzie, według danych Löwenfelda, mogą zjawić się i przed napadem—jako aura, podobnie jak porażenia. Zwykle są to dysartryje—zaburzenia artykulacji. Widziano także i afazyję podczas i po napadzie; afazyja powstawała niekiedy przy padaczkze ograniczonej do jednej nogi lub ręki. Napady mogą pozostawiać po sobie długotrwałe zaburzenia czucia w postaci anestezyi lub parestezyi: ciekawą jest rzeczą, że niektórzy uczuwaliby drgania w kończynach, chociaż ich zupełnie nie było <sup>4)</sup>. Anestezyje i parestezyje mogą jak porażenia, zajmować szerszą przestrzeń od zajętej przez padaczkę. Następnie w jednym przypadku Löwenfeld obserwował ślinotok i zaburzenia działalności sercowej podczas napadu.

Najnowsze spostrzeżenia wykazują, że padaczka częściowa Jackson'a może się przejawiać na zewnątrz, innemi objawami niż zwykle, t. j. nie w postaci drgawek, że objawy, wyrażające się przy samej aura, mogą występować samodzielnie i być przez to „ekwiwalentami“ drgawek Jackson'a. Obok form typowych padaczki częściowej, można tym sposobem rozróżniać czuciowe i paralityczne (włącznie z zaburzeniami) ekwiwalenty. Na czuciową formę padaczki Jackson'a zwrócił pierwszy baczny uwagę Charcot (*Leçon polycliniques* 1887—1888 p. 20 i 370), a po nim Pitres (*Revue de medicine* 1888). Charcot nazywa tę formę: „epilepsie partielle sensitive“—padaczką czuciową częściową. Padaczka czuciowa występuje albo obok istniejącej padaczki ruchowej, albo też zupełnie samoistnie bez współczesnictwa objawów drgawkowych. Zamiast tych ostatnich przy formie czuciowej występują peryjodycznie perestezyje—uczucie mrowienia, szczypania, osłabienia, drętwienia, zimna i t. d. w ręku, nodze, lub twarzy, rozprzestrzeniają się w tym samym porządku, jak przy postaci ruchowej i podobnie pozostawiają po sobie dłużej lub krócej trwające porażenia. Podczas napadów istnieją często inne poboczne objawy: zawrót, ból głowy, uczucie przedmiotu tłoczącego się do głowy, zaburzenia mowy, afazyja—jednym słowem to samo co przy postaci ruchowej. Taka padaczka czuciowa może być zależną od wielu przyczyn innych, niż anatomiczne zmiany kory mózgowej, zupełnie jak padaczka ruchowa.

Charcot zwraca uwagę, że może być ona objawem począt-

<sup>4)</sup> Podobne zjawisko obserwowałem i zwróciłem nań uwagę w przypadku płasawicy dziedzicznej przy znacznem polepszeniu cierpienia. Chory uczuwał ruchy głowy, chociaż ich już zupełnie nie było. Przypadek ten wkrótce będzie ogłoszony drukiem. (*Przyp. spraw.*).



kowym paraliżu postępowego, a Löwenfeld, że—czysto cierpieniem funkcjonalnem, bez anatomicznych zmian w mózgu, przy wyczerpaniu, osłabieniu nerwowem (neurasthenia). W dowód tego autor przytacza kilka obserwacji, gdzie podobne czuciowe napady, bez udziału objawów ruchowych, ustępowały u neurasteników pod wpływem leczenia i przy poprawie zdrowia, nawet po długim trwaniu. Rozpoznanie padaczki czuciowej jako ekwiwalentu drgawek nie będzie przedstawiać trudności przy istniejących jednocześnie naprzemian napadach kuczowych; bez obecności ostatnich rozpoznanie ułatwi krótkie trwanie napadu, rozprzestrzenienie parestezyi, inne poboczne objawy. Aura przy petit mal może zupełnie tak samo się przedstawiać, jak padaczka częściowa czuciowa, ale przy petit mal będziemy mieć utratę przytemności<sup>5)</sup>, czego nie bywa przy ostatniej. Nadmienić należy, że przy migrenie (t. zw. oftalmicznej) mogą być podobne czuciowe objawy, jak przy padaczce częściowej.

Zamiast objawów drgawkowych występują niekiedy peryjodyczne zaburzenia w sferze objawów zmysłów, szczególnie wzroku i słuchu, jako ekwiwalenty epilepsji Jackson'a. Są to przeważnie objawy podrażnienia: światło lub kolory przed oczami, osłepienie jednego oka, szmer w uszach, nawet sformowane halucynacje wzroku i słuchu. Te same zjawiska figurują niekiedy jako aura powstających drgawek. Objawy ze strony organów zmysłów mogą iść zupełnie samoistnie lub występować naprzemian z objawami drgawkowemi. Guzy w korze mózgowej (niekiedy w okolicy czuciowej), rozwijający się paraliż postępowy, migrena oczna i t. d. mogą być przyczyną padaczki „zmysłowej“.

O paralitycznych ekwiwalentach padaczki Jackson'a włącznie z zaburzeniami mowy, wiemy jeszcze bardzo mało i to nieliczne opisane przypadki mogą podlegać różnemu tłumaczeniu. Zamiast typowych napadów drgawek zjawiają się niekiedy przejściowe, krótkotrwałe porażenia—mono- lub hemi-plegie, z zaburzeniami mowy, afazyją lub bez nich. Stopień takich porażen może być różnym: zjawia się nieznaczne osłabienie ręki lub zupełny jej bezwład. Podobne napada rozpoczynają się niekiedy aurą w postaci parestezyi lub nawet lekkich drgań mięśniowych. Parestezyje istnieją podczas całego napadu i często po przejściu porażenia. Pitres np. opisuje przypadek, gdzie w przerwach pomiędzy napadami kuczowemi występowało często porażenie krótkotrwałe kończyny górnej z afazyją. Gowers wspomina o przypadku, gdzie napadami zjawiał się szmer w prawym uchu, ból w prawej połowie ciała, a później zamiast kuczów afazyja i pareza prawej połowy. Podobne

<sup>5)</sup> Tymczasem w dwóch przypadkach autora, petit mal, przy których były napady epilepsji drgawkowej, nie było utraty przytemności. Dlatego zrobiliśmy uwagę, streszczając powyżej zdanie Löwenfeld'a o niemożności przejawiania się epilepsiae genuinae w postaci epilepsiae Jacksonii.

(Przyp. spraw.).



przypadki można rozumieć jako odmianę typowej padaczki Jackson'a. Większość opisanych przejściowych i powtarzających się porażań przy zupełnym braku napadów kurczowych tyczy się przypadków w przymiotu mózgowego. Czy takiego rodzaju zjawiska można podprowadzić pod sferę ekwiwalentów padaczki Jackson'a dla Löwenfelda—jest rzeczą nader wątpliwą; siedzibą porażań przejściowych przy syfilisie mózgu nie zawsze może być szara substancja jego powierzchni. Cierpienie naczyń i czasowa ich niedrożność wywołuje według Rumpfa takie porażenia, przy znikaniu niedrożności lub wyrównanym krwio-biegu przez anastomozy znika i bezwład. U nie-syfilityków podobne przejściowe bezwładki są rzeczą nader rzadką. Pitres opisał jeden podobny przypadek, a Löwenfeld przedstawia drugi; po powtarzających się przejściowych porażeniach połowicznych wystąpiła trwała hemiplegja. Drgawkowych objawów jak i u Pitres'a zupełnie nie było. Najprawdopodobniej w obu przypadkach przyczyną było rozmiękczenie mózgu wskutek zakrycia światła naczyniowego; czy w tych razach były te napady zamiast drgawek, trudno zrozumieć. Że jednak tylko o przejściowe napady paralityczne zastępują padaczkę Jackson'a autor twierdzi na zasadzie jednej, wprawdzie nieczystej obserwacji; w tym razie podczas napadów przejściowej hemiplegii istniały jednocześnie drgawki w okolicy nerwu twarzowego i skurcz m. sternocleidomastoidei, a także zaburzenia mowy. Ta okoliczność pozwoliła rozpoznać kompleks objawów, jako ekwiwalent padaczki Jackson'a i przypuszczać istnienie w danym przypadku guza w okolicy ruchowej.

Należy mniemać, według zdania autora, że analogicznie do zamiennych objawów paralitycznych, powstają także peryjodycznie zaburzenia w sferze czuciowej i zmysłowej (anestezyje). Przypadek Gewers'a w braku własnego pozwala Löwenfeldowi wypowiedzieć takie przypuszczenie. U chorego Gewers'a codziennie zjawiały się obok bólu w okolicy od karku do oczów światłana skotoma lub też naprzemian osłabienie wzroku w postaci zwężenia pola wzrokowego. Siła widzenia w przerwach pomiędzy napadami była zupełnie normalną. Przy autopsji znaleziono guz w okolicy ciemieniowej. Były więc „paralityczne ekwiwalenty na niwie zmysłowej.“

Częstokroć objawy czuciowej i paralitycznej padaczki częściowej kombinują się różnorodnie pomiędzy sobą; nieraz uczestniczą w tego rodzaju napadach i objawy drgawkowe. Tak u jednego pacjenta Löwenfeld'a występowały napadowo perezestezyje w dłoni z jej parczą, lub naprzemian tylko zaburzenia czucia. Możliwy więc odróżniać czuciowo-paralityczne napady. Przez uczestnictwo drgawek w takich napadach mamy przejściowe formy do typowej padaczki Jackson'a <sup>6)</sup>.

<sup>6)</sup> Charcot na podobnej zasadzie wyróżnia jeszcze czuciowo ruchową formę padaczki częściowej (Leçons policliniques. 1889—1887.).

(Przyp. sprawo).



Pitres, oprócz paralytycznych i czuciowych, odróżnia także psychiczne ekwiwalenty padaczki Jackson'a, które według autora występują w dwóch postaciach: jako nastrój maniackalny (excitation maniacale) i instyktowe pobudzenie (impulsions instinctives). Zresztą przypuszczenie swe Pitres osnuwa ledwie na dwóch przypadkach. W jednym u chłopca z napadami padaczki Jackson'a, zjawiały się wybuchy gniewu w dniu po napadzie; w drugim - mężczyzna w przerwach pomiędzy napadami padaczki częściowej, miał idee impulsyjne. Według Löwenfeld'a trudno uważać objawy w przypadkach Pitres'a za ekwiwalenty psychiczne. Nastrój umysłowy u wielu chorych tego autora bywał zmienionym przed lub po napadach, ale zmiany w umysłowości nie zjawiały się ani we własnych obserwacjach, ani u Pitres'a w postaci krótkotrwałych przemijających napadów, któreby można uznać za równoznaczne z padaczką typową Jackson'a.

W zakończeniu swej pracy Löwenfeld rozbiera stosunek padaczki zwykłej do padaczki Jackson'a. Według wielu pracowników ostatnia w pierwszą nie wspólnego nie ma, według Löwenfelda nie można obu tych form ściśle odgraniczyć. W dwóch punktach schodzą one się z sobą: najpierw gdy przy padaczce Jackson'a drgawki rozprzestrzeniają się na całe ciało, powtórnie, gdy przy zwyczajnej padaczce—ograniczają się do pewnej części organizmu<sup>1)</sup>. Oprócz tego i przy padaczce częściowej może być całkowita utrata przytomności, może być nawet krzyk przy początku napadu, nareszcie przy licznych napadach może powstać stan padaczkowy (status epilepticus), zabójczy dla chorego. Przy padaczce Jackson'a punktem wyjścia dla drgawek jest niewątpliwie szara substancja kory mózgowej; podobną genezę przyjmują teraz i dla padaczki zwykłej.

*Edmund Biernacki.*

314. Dr. P. MEYER. **Przyeznyk do patogenezy płasawicy.** *Chorea minor in ihren Beziehungen zum Rheumatismus und Herzklappenfehlern (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 28, 1890).*

Związek, istniejący pomiędzy płasawicą a gościem i chorobami serca, znanym jest już oddawna; mimo to zapatrywania autorów na stosunek tych trzech stanów chorobowych są wielce niezgodne.

Podczas gdy jedni (Roger, Botrel, Brown, Adams) upatrują w płasawicy nerwicę pochodzenia goścowego, drudzy (Rilliet, Barthez, Baginsky) odmawiają jej wszelkiego pokrewieństwa z gościem.

Bright i E. Cyon uważają taniec Św. Wita za nerwicę odruchową, przez wadę serca uwarunkowaną, a według Henocha cierpienia serca żadnego nie mają wpływu na powstawanie płasawicy: oba stany chorobowe są wyrazem jednej diatezy — goścowej.

Pogląd ostatni potwierdzają D'Espine i Picot.

<sup>1)</sup> Jak przytoczyliśmy powyżej Löwenfeld przypisuje, że epilepsia genuina może się wyrażać padaczką Jackson'a. (*Przyp. spraw.*).



Wreszcie Hughlings, Jackson i Tuckwell czynią płasawicę zależną od zatorów mózgowych, punktem wyjścia których jest chorobowo zmienione endocardium.

W obec zdań, jak widzimy, wręcz sobie przeciwnych autor skrętnie zebrał literaturę przedmiotu, którą pomijamy i zestawil ją z licznym materiałem własnym, by w końcu być upoważnionym do wypowiedzenia swoich wniosków w kwestyi patogenezy płasawicy i stosunku jej do gościca i cierpienia serca.

Okazało się, że na 121 przypadków, spostrzeganych przez siebie wciągu 5-iu lat na poliklinice Charité w Berlinie, autor w 9% widział gościcę, w 13% choroby serca, a w 2% oba cierpienia razem. Na mocy swoich poszukiwań M. godzi autorów wyż wspomnianych teoryj w sposób następujący.

Płasawica pod względem przyczyn chorobotwórczych przedstawia ściśle podobieństwo do drgawek, które, jak wiadomo, występować mogą pierwotnie, jako choroba samoistna, i wtórnie, jako choroba objawowa, rozmaitym zakażeniom, otruciom etc. towarzysząca. Analogicznie rozróżnia autor płasawicę idiopatyczną-nerwicę, wskutek wstrząśnień moralnych powstałą, oraz płasawicę objawową. Ostatnia postać towarzyszyć może gruźlicy mózgu (podobnie jak chorea posthemiplegica u dorosłych), lub też przejawiać się w jednostce chorobowej (Krankheitseinheit). łączącej w sobie objawy właściwe gościcowi, zapaleniu wsierdza i płasawicy,— w chorobie, za przyczynę której przyjmuje autor zarazek gościcowy. Wszelako i tutaj jak w każdej innej chorobie nie jest warunkiem nieodzownym, by wszystkie objawy łącznie występowały; raz w następstwie zakażenia gościcowego mamy gościcę i chorobę serca, lub chorobę serca i płasawicę; raz gościcę i płasawicę; a w rzadkich tylko razach wszystkie trzy momenty obok siebie.

L. Wilk.

315. KNUD FABER. **Patogeneza tęzca.** *Berl. Kl. Woch.* 1890. Nr. 31.

Zaszczepiwszy zwierzętom prątki tęzca, autor nie był nigdy w stanie znaleźć je w układzie mięśniowym, nerwowym lub w innych organach, chociaż badał je w rozmaitych okresach choroby. Ponieważ zaś objawy chorobowe zaczynają się u zwierząt zawsze na miejscu szczepienia, wynika więc ztąd, że jad wytwarza się tu właśnie i że dopiero rozniesiony ztąd później jako gotowy przez krew po całym ustroju zwierzęcia, wywołuje objawy ogólne. Dla tego też autor, szczepiąc królikom, myszom, szczurom, morskim świnkom i ptakom żywe hodowle prątków tęzcowych i wyjałowiony przesącz ich otrzymywał zawsze jednakowe dodatnie wyniki.

Doświadczenia swoje wykonywał Faber w sposób następujący:

Ziemia zawierające prątki tęzcowe, ogrzewaną była przez 5 minut do ciepłoty 100°C i następnie wysypaną została na ściętą surowicę krwi. Zalawszy ją wtedy w paraffinę, autor trzymał ją przy ciepłocie 37°C przez kilka dni. Po tym czasie część surowicy staje się płynną. Jeżeli wtedy przenieść tę ho-



downę do kolby Roux, którą się zalutowuje po zupełnym usunięciu z niej powietrza za pomocą merkuryjuszu, otrzymuje się bardzo jadowitą hodowlę, której jedna kropla zabija mysz po 24-ch, a nawet po 8-u godzinach.

Obraz chorobowy, drogą szczepień otrzymany, jest dla każdego rodzaju zwierząt odmienny. U myszy otrzymuje się z początku tęzec na tej kończynie, na której wykonano szczepienie. Tęzec szerzy się często na sąsiednie części nigdy jednak nie przechodzi w ogólny, występujący dopiero po pewnych odstępach czasu, podczas których zwierzę jest albo zupełnie zdrowe, albo znajduje się w stanie śpiączki. Przy szczepieniu w korzeń ogona otrzymuje się fałszywy tęzec ogólny szerząc się na części sąsiednie, obejmuje on obie kończyny i tylną część tułowia; przednie jednak łapy zostają porażone dopiero przy ogólnym napadzie. W przypadkach, w których następuje wyleczenie brak zupełnie skurczów ogólnych. U królików skurcze są toniczne, bez przerw takich jak u myszy. W przypadkach ciężkich zaczyna się od lekkich skurczów mięśni wyprostnych, za którymi prawie bezpośrednio następuje szczykościsk; skurcze postępują potem ztyłu ku przodowi. W przypadkach lżejszych mamy 2 okresy, jak u myszy, i tu jednak ogólne skurcze nie występują bezpośrednio po miejscowych: poprzedza je zawsze szczykościsk. Przy bardzo słabych szczepieniach wszystko ogranicza się na skurczach miejscowych. Następuje wtedy albo śmierć, albo wyleczenie po kilkutygodniowej chorobie.

Zarówno przy szczepieniu żywych, jak i wyjąłowionych hodowli jad działa zawsze dopiero po pewnym okresie wylegania. U królików trwa on 1—5 dób, stosownie do jadowitości hodowli. Przy wyleganiu, jedną dobę trwającym, królik umiera w niespełna 24 godzin po rozwinięciu się choroby; przy pięciodniowym wyleganiu królik wyzdrowiał po 14-dniowych silnych skurczach miejscowych. U myszy okres wylegania trwa 6 godzin do 5 dni.

Przy wprowadzeniu jadu do krwi występuje odrazu ogólny tęzec, zaczynający się od szczykościsku. Otrzymuje się wtedy obraz chorobowy zupełnie podobny do spostrzeganego u ludzi i koni.

Jeżeli autor wprowadzał jad z jedzeniem do kanału pokarmowego, wtedy myszy mogły go bez szkody znosić.

Przez powtórne szczepienie bardzo niewielkich ilości przesącza z hodowli prątków tęzcowych nie daje się zwiększona odporność organizmu rozwinąć; jeżeli potem zaszczepić takim zwierzętom większą ilość jadu, giną one jednocześnie ze zwierzętami po raz pierwszy szczepieniu poddanym.

Przesącz z hodowli jest alkaliczny; działa on jednak mocno nawet po zneutralizowaniu go słabym kwasem winnym. Ogrzewanie w ciągu 5 u minut do 65 stopni niszczy własności jadu zupełnie. Tak samo zdaje się działać wyskok. Działający jad jest, według autora, bardzo zbliżony do jadu błonicy i do Jequirityny, gdyż szczepienie tych jadów również wywołuje



z początku objawy miejscowe, występujące dopiero po okresie wylegania; zmniejszona odporność organizmu nie daje się przy nich osiągnąć; obydwie rozpuszczają się w wodzie, działają ze krwi i z tkanki podskórnej i nie działają, do kanału pokarmowego wprowadzone. Wspomniane dwa jady i jad prątków tężcowych należą, według autora, do wydzielin żyjących komórek bakteryj, nie zaś, jak chcą Brieger i Fränkel, do enzymów.

Z wyżej przytocznego opisu doświadczeń widział czytelnik, że u zwierząt występują zawsze początkowo skurcze miejscowe. Odpowiadają im u człowieka, według autora, również objawy miejscowe, które klinicyści niesłusznie za wtórne, przypadkowe powikłania uważają. Już Verneuil opisał przypadki tężca, w których miało miejsce stopniowe przejście objawów miejscowych od nieznacznej bolesności aż do tak silnych skurczów, że objawy ogólne ustępowały na drugi plan. Ażeby te objawy miejscowe wystąpiły wyraźnie, potrzebne jest jakieś silniejsze miejscowe podrażnienie. Podobny przypadek opisuje Verneuil. Autor też widział chorego, u którego tężec przejawiał się w ciągu 15-u dni po zadaniu mu rany w kończynę, tylko jako szczękościsk. Kiedy jednak po upływie tego czasu chory zwichnął sobie staw w tej samej kończynie wystąpiły w niej bardzo bolesne skurcze, po których rozwinął się w całej pełni tężec ogólny, i chory zmarł.

W obec tego słusznie niektórzy chirurdzy leczą na dodatni wpływ na przebieg choroby niektórych rękoczynów, jak np. przecięcie lub wyciąganie nerwów.

W. Janowski.

316. R. v. JAKSCH. **Przyczynę kliniczny do poznania tetanji.** *Klinische Beiträge zur Kenntniss der Tetanie. Zeitschr. f. Kl. Med. Bd XVII Suppl. Heft.*

Pod nazwą tetanji pojmujemy swoistą postać chorobową, której cechę stanowią kurcze toniczne, obejmujące przeważnie kończyny i przebiegające z bólem, parestezjami i innymi objawami nerwowymi.

Wiadomości o tej chorobie nie sięgają poza rok. 1830. Dopiero Trousseau bliżej ją określił i podał nowe patognomiczne objawy. Mianowicie, że przez ucisk na wielkie pnie nerwowe jakoteż wielkie tętnice można sztucznie u osób podległych tetanji wywołać w kończynach toniczne kurcze. Sama nazwa cierpienia pochodzi od Corvisart'a. Zasługa dalszego wyjaśnienia omawianej choroby należy się Erbowi, który wykrył w niej znaczne podniesienie pobudliwości faradycznej i galwanicznej nerwów z wyjątkiem nerwu twarzowego, oraz Chvostkowi, Weissowi i Schultzemu, którzy znaleźli, że mechaniczna pobudliwość nerwów ruchowych jest ogólnie wzmożoną. Ostatnie zjawisko jest znamionującym dla tetanji.

Autor podaje dane zebrane ze spostrzeżeń nad 40 przypadkami tej choroby, które widział w latach 1883—1887 w Wiedniu. Z pomiędzy 36 mężczyzn — najmłodszy miał lat 15, najstarszy 46 (Baginsky opisuje przypadki u ssawców), najczęściej jej młodzi ludzie w wieku od 17 do 18 lat (27 przyp.).



U kobiet choroba ta spostrzeganą była w późniejszym wieku. Co się tyczy zajęcia, to pomiędzy spostrzeganymi przez autora przypadkami było 15 szewców, nie zdaje się jednak, aby zajęcie i zawód usposabiały do omawianej choroby. Choroba zjawiała się najczęściej w miesiącach lutym, marcu i kwietniu; dziedziczne dane ani też przebyte choroby nie znajdują się z nią w żadnym związku.

Kurcze występują, u osób pierwszy raz ulegających chorobie niekiedy nagle, pośród zajęcia, najczęściej bywają poprzedzane przez zawroty, bóle głowy, nierzadko z wywiadów dowiadujemy się o poprzedzających wymiotach, dreszczu, rozbiciu i ogólnem osłabieniu i jakimś dziwnem uczuciu w kończynach. Autor zauważył, że w jego przypadkach kurcze zjawiały się najczęściej w dni wolne od zajęć, przeważnie w godzinach popołudniowych i nocą. Kurcze zaczynają się zawsze w ostatnich członkach palcy kończyn przytem zarówno w zginaczach jak i w mięśniach wyprostnych. Napad kurezu trwa od paru minut do kilku godzin, niekiedy, choć b. rzadko, kilka dni i wtedy, jeżeli zajmuje dolne kończyny, uniemożliwia wszelki ruch; w niektórych przypadkach oprócz kończyn — w górnych zginacze, w dolnych m. wyprostne — były zajęte i m. zuchwy, żwacze. W trzech przypadkach zauważono zaburzenia mowy, sztywność języka. Po przejściu kurezów tonicznych zjawiały się niekiedy lekkie drgania w najrozmaitszych grupach mięśni, nierzadko zaś drżenie fibrilarne i to najczęściej w języku.

Natężenie kurezów bywało rozmaite; niekiedy oprócz lekkiego zgięcia kończyny nie sprawiały chorem większych przykrości, innym zaś razem występowały z taką gwałtownością, że na czas trwania czyniły niemożliwym wszelki ruch zajętej kończyny. W pojedynczych przypadkach spostrzegano tylko jeden lub dwa napady. Częściej w ciągu jednego dnia występowały napady b. liczne, co godzina i częściej. Przy spokojnem położeniu, w łóżku, częstość napadów szybko się zmniejszała. Co się tyczy bólu, to jest on objawem najczęstszym, czas jednak jego występowania i stopień natężenia bywa nader rozmaitym.

Jako zjawisko zwiastunowe zdarza się często silny ból głowy w okolicy czołowej: zjawia się on i w chwilach wolnych od napadów i przechodzi zupełnie dopiero po ustąpieniu wszystkich objawów. Podobnież i bóle w kończynach, zaczynające się zawsze od palców i szerzące się do tułowia, zjawiały się niekiedy i bez kurezów, i po zniknięciu innych objawów choroby. Często chorzy skarżyli się na uczucie mrowienia, niemiętnia w kończynach. Parestezye te występowały naprzemian z bólami. Niekiedy czucie dotykowe było osłabionem, ale tylko na drobniejsze podrażnienia. Ze zjawisk naczynioruchowych zauważył autor zaczerwienienie na tylnej powierzchni ręki, obrzmienie twarzy.

Co się tyczy zjawiska Trousseau, to autorowi udawało się łatwiej wywoływać je przez ucisk tętnic niż nerwów. Kurcze zjawiają się już po 1—3 minutach. Pewniejszym a przynajmniej więcej stałym objawem jest, według autora, objaw wzmożonej



mechanicznej pobudliwości nerwów ruchowych, zwłaszcza nerwu twarzowego — Facialisphänomen Chvostka. Przy uderzeniu w miejscu odpowiadającym temu nerwowi występuje silne przykurczenie mięśni twarzy, które się utrzymuje dość długo.

Ze strony odruchów ścięgniowych zauważono tylko nieznaczne podniesienie odruchu kolanowego. Odruchy skórne były także tylko nieznacznie podniesione.

Trwanie choroby autor oblicza przeciętnie na 2—3 dni, w niektórych jednak przypadkach objawy trzymały się 10 do 17 dni.

Za wyleczone uważa autor przypadki w których nie udaje się już wywołać zjawiska Trousseau, ani też zjawiska n. twarzowego, które się utrzymuje najdłużej. Najpierw ustają samowolne kurcze.

Powroty cierpienia są nader częste; niekiedy objawy wracają i poraz trzeci. Przerwy wynoszą po kilka tygodni.

W obserwacji swych przypadków autor zwracał baczną uwagę na zachowanie się ciepłoty ciała, pod względem czego, zdania badaczy są różne. Otóż prawie w  $\frac{1}{4}$  części przypadków były poruszenia gorączkowe mniej lub więcej znaczne, o typie przepuszczającym albo remitującym.

Dla wyraźniejszego przedstawienia omawianego cierpienia podajemy w krótkości jedną z przytoczonych historii chorób:

Chory, wieku lat 18, dotąd zdrowy, dziedzicznie nie obciążony, od roku niekiedy nocą, bez powodu, lekkie kurcze w palcach stóp z bólem nieznanym, przechodzące przy rozcieraniu. Stopniowo objawy te się potęgują; kurcze zjawiają się w rękach. Wreszcie od 4 dni dosięgają tej siły, że niepozwalają choremu pracować; przytem ból głowy, dreszcz i zawrót. W szpitalu znaleziono zjawisko Trousseau oraz Chvostka, zresztą żadnych zmian chorobowych. W ciągu 5-dniowego pobytu w szpitalu objawy stały i występowały coraz rzadziej. Poruszeń gorączkowych nie było. Po upływie przeszło miesiąca znowu zjawily się kurcze w rękach nocą i w nogach, trwały to dni 10 poczem chory kiedy jeszcze przyłączyły się zawroty, ból głowy i brak apetytu, znowu wstąpił do szpitala. Znaleziono tym razem nieco powiększoną śledzionę, oraz swoiste objawy tetanii. Przez dwa dni poruszenia gorączkowe (38,5—39,2), kurcze przez cztery dni, poczem objawy słabną, najdłużej trzyma się objaw Chvostka i chory wypisuje się w zupełnie dobrym stanie.

W niektórych przypadkach z gorączką było powiększenie śledziony i można było podejrzewać malaryę, w innych jednak nie znajdowano żadnego dla niej wyjaśnienia. Za poruszeniami gorączkowymi następował stale okres o ciepłocie podnormalnej. Ostatnie zjawisko spostrzegano i w przypadkach przebiegających bez podniesionej ciepłoty. Autor zaznacza, że przypadków z gorączką dostarczali chorzy, ulegający tetanii poraz pierwszy. Ze strony tętna i oddechu zauważono lekkie przyspieszenie.

Nagle występowanie choroby, cykliczny jej przebieg, dałej częstość w pewnych miesiącach roku, u osób młodych i zdrowych zresztą, każe autorowi podejrzewać udział zarazka działającego na ruchomą i czuciową sferę narządu nerwowego. (Co do natury zarazka to musi być on gazem lub jakimś lotnym ciałem. Odnośne badania krwi nie dały dotąd żadnych wyników. Autor nie sądzi jednak, aby przyczyną mogły być



pasorzyty). Ztąd też uważa omawiane cierpienie za chorobę ostrą ze skłonnością do powrotów.

Przewlekłą postać (Acute, recidivirende Tetanie). przedstawiać zaś będą przypadki tetanii, jakie spostrzegano po wyluszczeniu wola, gdzie cierpienie trwało długie lata. Podobnie przypadki notowane w przebiegu ciąży.

Niekiedy pod postacią tetanii występują pierwsze objawy ciężkich chorób nerwowych, czy tetanja jest wtedy zjawiskiem przypadkowego powikłanie czy związek jest ciaśniejszy powiedzieć trudno.

Oprócz tego widziano objawy tetanyji przy niektórych cierpieniach żołądkowych, gdzie powstają zapewne na drodze odruchowej. Wszystkie przypadki autora zakończyły się dobrze. Leczenie polegało głównie na spokojnem położeniu w łóżku. Niekiedy podawano bromki.

*O. Hewelke.*

317. Prof. M. M. POPOW. **O zmianach w elementach nerwowych układu nerwowego ośrodkowego przy wodowstręcie.** *Warsz. Univ. Izwiestija 1890. 4.*

Zaznaczając brak odpowiednich poszukiwań nad zmianami w elementach nerwowych przy wodowstręcie, co widocznem jest z przytoczonej przez autora literatury, Popow podaje wyniki swoich poszukiwań drobnowidzowych, dokonanych na rdzeniu pacierzowym, przedłużonym, ośrodkach nerwowych podkorowych, mózdzku i korze mózgowej jednego ze zmarłych w jego pacyjentów oddziale u Jana Bożego. Preparaty barwione były w karminie amoniakalnym lub pikrokarminie. Podajemy tylko znalezione przez autora w elementach ściśle nerwowych zmiany drobnowidzowe, gdyż inne nie stanowią celu jego pracy.

Zmiany te dotyczą zarówno włókien, jak i komórek nerwowych. W pierwszych zwracają na siebie uwagę żyłakowate zgrubienia myeliny, które należy przyznać jako chorobowe ze względu na ich wielorakość i prawidłowość. Cylinderaxis albo zupełnie nie przyjmuje udziału w tworzeniu zgrubień, albo przyjmuje go w pewnej części, albo stanowi główną część zgrubienia. Zmiany, według autora, zaczynają się w myelinie; cylinderaxis bywa wtórnie, stopniowo w sprawę chorobową wciągnięty, przyczem warstwa jego w rezultacie, skutkiem ciągłego zgrubienia, wywołuje zupełny zanik myeliny. Wspomniane zmiany spostrzegane były w znacznym stopniu w rdzeniu pacierzowym, w słabszym zaś – w mózgu.

Co się tyczy komórek nerwowych, to Popow znajdował w nich zwyrodnienie barwnikowe. Jest on zdania, że wspomniane zwyrodnienie nie jest wywołane przez ucisk ze strony nacieczenia zapalnego, lecz jest następstwem „samodzielnego rozstroju odżywiania komórek nerwowych, dzięki nieznanym, właściwie mówiąc, warunkom powstałego“. W sprawie zwyrodnienia komórki jądro przyjmuje udział. Związku jednak ścisłego między stopniem zwyrodnienia protoplazmy i jądra niema; przynajmniej nie jest on stałym. Zależy to od mniejszej lub



większej podatności jąder, wywołanej przez osobliwości odżywiania, w jakich się oddzielne komórki znajdują.

Spostrzegane zmiany autor uznaje nie za wtórne, zanikowe, lecz za pierwotne, chorobowe. Licznie spostrzegane przez niego zmętniałe komórki nerwowe, zgodnie przez patologów za oznakę stanu zapalnego uważane, dają mu do tego prawo.

Następnie autor stara się rozstrzygnąć, od czego zależy bardzo niejednostajny stopień zmian w elementach nerwowych, znaleziony przez niego w rozmaitych miejscach mózgowia. Ilość krwi, dostarczana do danego miejsca, nie ma tu znaczenia. Autor zwraca uwagę na to, że stopień zmian chorobowych jest nawet na jednakowej wysokości niejednakowy. Największe zmiany stwierdzone były w komórkach rogów przednich, od których idą włókna nerwów ruchowych, w rdzeniu przedłużonym, w którym się również jądra nerwów ruchowych znajdują, w korze części przedniej mózgu, gdzie mieszczą się ośrodki ruchowe, w tylnych częściach ciała czworaczych, w których również, według Ferrier'a, znajdują się włókna ruchowe i t. d. Widocznie więc, kończy autor, sprawa chorobowa rozwija się ze szczególną siłą w tych grupach komórek nerwowych, których funkcja związana jest z ruchem, co najzupełniej zgadza się z klinicznym obrazem chorobowym.

W. Janowski.

318. Dr. H. OPPENHEIM. **Einiges über die Combination functioneller Neurosen mit organischen Erkrankungen des Nervensystems.** Odczyt wypowiedziany w sekcji neurologicznej na 10 kongresie międzynarodowym. *Neurologisches Centralbl. Nr. 15. 1890.*

Szkoła Charcot'a wykazała, że na tle organicznych cierpień ośrodków nerwowych łatwo może zjawiać się hysteryja: materjalne zmiany w centrach są momentami wywołującymi hysteryję przy istniejącem usposobieniu neuropatycznym. Obserwowano kombinację hysteryi z sclerosis multiplex, wiadem rdzeniowym, chorobą Friedreich'a, zanikiem mięśniowym postępującym, chorobami kręgosłupa. Według Charcot'a najczęściej zjawia się kombinacja hysteryi z rozsianem stwardnieniem mózgodzeniowem.

Autor obserwował wiele podobnych przypadków i zwraca uwagę, że częstokroć jest nader trudno rozplątać ten węzeł i określić, co należy w danym przypadku do hysteryi, a co jest wywołanem przez organiczne zmiany w układzie nerwowym.

W jednym z podobnych przypadków obok kurczowej parazy kończyn dolnych, utrudnionego niepewnego chodu, częściowego zaniku uerwu ocznego, drżenia gałek ocznych (nystagmus), zwolnienia mowy, osłabienie czucia na kończynach dolnych, jako objawów rozsianej sklerozy, istniało ciągle drżenie rytmiczne kończyny górnej prawej. Po pierwszym seansie hypnotycznym drżenie to znikło, co wskazywało na jego funkcjonalne pochodzenie. Trudno jednakże określić, czy zaburzenie czucia i zwięźlenie pola widzenia należało w danym przypadku odnieść także do hysteryi.



W innym przypadku tegoż cierpienia u dziewczynki 14 o letniej zjawił się tic convulsif, jako wpływ od drugiej chorej, cierpiącej na tic. Komplikacja jednakże znikła przy stosowaniu czysto moralnego leczenia.

Autor widział także hysteryję jednocześnie z gliomatosis spinalis, i w 4 przypadkach syfilisu mózgowego. Najciekawszą jest rzeczą, że bywa kombinacja porażenia nerwu twarzowego z hysterycznymi objawami, co łatwo prowadzić może do omyłek dyagnostycznych. Tak w jednym przypadku z dziedzicznością nerwową zjawiło się porażenie lewego nerwu twarzowego, prawdopodobnie wskutek przeziębienia. Chory uskarżał się oprócz tego na bóle głowy, na osłabienie wzroku w oku lewym. Badanie wykazało istnienie po tej że stronie hemianastezyi czuciowej i organów zmysłów — osłabienie powonienia, smaku, słuchu, i zwężenia pola wzrokowego, jako dowody hysteryi. Porażenie nerwu twarzowego przedstawiało już reakcyję zwyrodnienia. Dwa podobne przypadki przedstawiały to samo.

*E. Biernacki.*

319. A. SOUQUES. **Hysteryja u mężczyzn** (*Archives générales de Médecine. Août 1890*).

Autor pokazuje w swojej pracy, że hysteryja u mężczyzn nie należy do rzadkości. W ciągu jednego roku Souques obserwował 26 tego rodzaju przypadków, z których 13 opisuje w swojej pracy szczegółowo. Twierdzi on, na równi z innym autorem Marie, że hysteryja u mężczyzn jest wśród niższej klasy częstsza, i to znacznie, niż u kobiet. Poglądy Charcot, według których urazy; zatrucia, walka o byt i t. p. są przyczyną powstawania tej choroby u mężczyzn, łatwo fakt ten objaśniają. Jakoż i chorzy autora należeli wszyscy do niższej klasy społeczeństwa, poddani byli wpływowi chorób zakaźnych, ogólnych wycieńczających, zatruc i t. p. W 11-u przypadkach zatrucie ołowiem wywołało objawy hysteryi, w 3-ch — urazy, w innych zaś — przymiot, dyzenteryja, alkoholizm. Te momenta etjologiczne działały jednak w przypadkach autora na grunt odpowiednio przez dziedziczność przygotowany. Czasami działała jedna przyczyna, czasami zaś kilka naraz.

Autor podziela zdanie Charcot'a, że jakiegokolwiek przyczyny wywołały by hysteryję, ta jest zawsze jednakową. Obraz kliniczny nie zmienia się w zależności od niej. Objawy występują ze strony ruchowej, czuciowej i umysłowej. Ostatnie wyrażają się ciągle smutnym, drażliwym nastrojem chorego, a więc odwrotnie jak u kobiet. Objawy ze strony czuciowej (znieczulenia) znikają czasami prędko. Przeciwnie porażenia nie ustępują długo. Rokowanie jest pomyślne, o ile chory może zmienić zajęcie lub ma siłę powstrzymać się od wyskoku. Leczenie musi być przeciwko zatruciu i przeciw hysteryi jednocześnie. Przy takim leczeniu niektórzy chorzy poprawiają się na czas dłuższy, inni zaś nie odnoszą żadnej korzyści.

*W. Janowski.*



## IV. Wiadomości pomniejsze.

320. Dr. Ducamp obserwował ciekawą epidemię w małym bardzo zakresie t. zw. **infekcyjnej żółtaczki**. Z 6 ludzi, którzy w ostatnich dniach maja r. z. zajęci byli oczyszczaniem kanałów ze szlamu, który po wydobyciu pozostawał czas krótki na powietrzu i wkrótce był odrażony wszyscy zachorowali. Z tych, dwóch było dotkniętych zaburzeniami kanału pokarmowego jeden krótką niedyspozycją, trzej zaś żółtaczką ciężką. Prócz wymienionych robotników nikt na całej ulicy podobnych objawów nie przedstawiał. Z tych trzech robotników autor miał w obserwacji dwóch i historję ich choroby szczegółowo opisuje. Choroba, która obydwu dotknęła miała przebieg ciężki, długotrwały, rozpoczęła się niewielką gorączką, bólami mięśniowymi. Szybko potem wystąpiła żółtaczka, wzmożone wydzielanie żółci, objawom tym towarzyszyły krwotoki z nosa. Obydwa przypadki były prawie identyczne. Oba miały swój okres wylegania, który trwał 5 dni, okres wtargnięcia z silnym upadkiem sił, nieznaczną gorączką, silnymi mięśniobólami, zawrotami głowy i krwotokami z nosa. Okres następny cechował się przedewszystkiem wystąpieniem silnej żółtaczki z silną adynamją. Mocz zawierał białko, śledziona i wątroba nie były powiększone. Żółtaczka zależała nie od zatrzymania żółci, ale od wzmożonego jej tworzenia (polycholia). Okres ten trwał 2 tygodnie, okres słabnięcia objawów trwał 2—3 tygodni i cechowało go słabnięcie wszystkich objawów a w szczególności żółtaczki. Oba przypadki, mimo ciężkich objawów, skończyły się pomyślnie, chociaż okres zdrowienia trwał dość długo.

Nie będziemy na tem miejscu straszczać rozumowań autora o do rozpoznania różniczkowego, zaznaczamy tylko, iż autor, mimo że u obu chorych badanie bakteriologiczne krwi dawało mu wynik ujemny, jest zdania, iż choroba ta jest pochodzenia zakaźnego, że wywołuje ją jakiś drobno-ustrojowy zarazek. Autor uważa dane przypadki za żółtaczkę infekcyjną polycholiczną łagodną. (Rev. de Med. VI. 90). J. Z.

321. Dr. Bernstein w pracy swej p. n. „Dyspepsie der Phtisiker dysert.” Dorpat 1889) na zasadzie licznych badań dochodzi do wniosku: 1) z 8 gorączkujących suchotników u 4 zawsze znajdował w żołądku wolny kwas solny; 2) między 9 nie gorączkującymi nie było go u 7; 3) ogólna kwasność soku solankowego była zmniejszona; 4) wolny kwas solny o ile jest to zawsze w zmniejszonych ilościach; 5) działalność ruchowa żołądka i jego własność wchłaniania pozostają bez zmiany; 6) w razie obecności wolnego kwasu solnego, w soku można było stwierdzić obecność fermentu sernikowego (labferment). J. Z.

322. Ponieważ obecnie przy leczeniu gruźlicy weszło w modę podawanie do wewnątrz balsamu peruwiańskiego, przeto pomimo woli wynika pytanie, czy wydzielanie się tego środka z moczem nie wpływa na powstawanie zapalenie nerek? Dr. R. Stockman, mając powyższe pytanie na względzie, przedsięwziął cały szereg spostrzeżeń i prób nietylko z balsamem peruwiańskim ale i innemi środkami balsamicznemi. Spostrzeżenia były prowadzone na dwóch lekarzach i na królikach, a do doświadczeń używano tylko cztery środki balsamiczne objęte Farmakopeją brytańską, mianowicie: balsam peruwiański, toluanański, styraksowy i benzoin. Wyniki tych obserwacji zdają się przemawiać za tem, że wszystkie powyższe balsamy mogą być podawane do wewnątrz bez żadnej obawy wywołania białkomoczu lub zapalenia nerek. (Wszelako należy mieć na uwadze, że doświadczenia pro-



wadzone były na osobach i zwierzętach zdrowych, azatem rezultaty powyższych badań należy brać z pewnem ograniczeniem. Spr.). Podrażnienie nerek, jakie zwykle przy wewnętrznem użyciu środków wspomnianych się pojawia, nie jest w stanie na szwank je narazić, skoro one są zdrowe. Autor utrzymuje, że w tych przypadkach, w których niektórzy znajdowali białko w moczu, wynikł błąd z tego powodu, że żywiczne ciała w moczu przyjmowano za białko. (Brit. Med. Jour. 14. VI. 90). J. D.

**323. Prof. Bacelli (Rzym). Zastrzykiwania chininy wprost do żyły przy zakażeniu błotnem.**

Autor poleca zastrzykiwania w ciężkich przypadkach choroby, przy których z powodu nieżytu przewodu pokarmowego chinina nie jest znoszona lub białężycie uznana. Bacelli poleca następujący roztwór: Chinini muriaty 1.0, natri chlorati 0.75, Aq. dest. 10.0 na jedną dawkę; lekarstwo zastrzykuje się ogrzane do żyły przedramienia, ranę po igle zakleja kolloidionem; w wyjątkowo ciężkich przypadkach dołącza zastrzykiwania podskórne eteru. Wskazana dawka przy lżejszych objawach może być zmniejszona do połowy. Ważne praktyczne znaczenie ma ten fakt, że zastrzyknięcie zrobione podczas napadu zimnicy nie ma wpływu na dalszy jego przebieg; aby wywołało działanie lecznicze musi być zrobionem na trzy godziny przed napadem.

(Allgemeine Wiener medicin. Zeitung r. 90. Sierpień). W. K.

**324 Dr. Poucel (Marsylja). Wyleczalność nowotworów natury rakowej za pomocą miąższowych zastrzykiwań sublimatu.**

Autor przedstawia w krótkości historię siedmiu chorych, cierpiących na raka, u których z pomyślnym skutkiem stosował zastrzykiwania miąższowe sublimatu; przypadki te odnosiły się do zwyrodnienia rakowego sutek i raka odbytnicy; w dwóch przypadkach raka piersi nastąpiło wyleczenie również jak i w jednym odbytnicy. Możliwość przymiotu autor wyklucza na zasadzie bezskutecznego stosowania jodku potasu

Metoda zastrzykiwań następująca: w najbardziej stwardniałe miejsca nowotworu, autor zastrzykuje za pomocą strzykawkki Prawaza w dwóch do sześciu miejscach na raz roztworu van Swietn'a, za każdym ukluciem po pół szpryczki (szpryczka gramowa zawiera 1 miligram sublimatu). Z powodu twardości guza miejsce uklucia po wyjęciu igły należy nacisnąć palcem, aby płyn zatrzymać. Zastrzykiwania, które są mało bolesne, można robić codziennie. Jeżeli ma nastąpić poprawa, takowa występuje już po kilku zastrzykiwaniach — najwięcej dwudziestu. Ślinotoku autor nigdy nie zauważył. (Semaine Med. N. 40. 90). W. K.

**325. Dr. Hechir zaleca przy cholercie salol w dawkach po 10 gran z 15 kroplami chloroformu co 2 godziny.** J. Z.

**326. Krwawą biegunkę** radzi dr. A. Harris leczyć przy pomocy cort. ipecacuanhae, pozbawionego emotywny. Autor radzi podawać dawki od 40 do 60 granów (The Lanect). J. Z.

**327. Przeciw przypadłościom choroby morskiej** dr. Ch. Richet zaleca siarczaniu chininy w dawkach 1 grm. na 2—4 godzin przed udaniem się na morze (Le progres méd). J. Z.

**328. Pheniluretan.** Odkryty przez dra Guacomini jest derywatem grupy aromatycznej, przedstawia się w postaci proszku białego krystalicznego nierozpuszczalnego w wodzie, dobrze rozpuszczalnego w wyskoku. Działa jako lek przeciwgorączkowy nader szybko. Już po zażyciu 0.5 centigram. następuje opadnięcie ciepłoty o 1<sup>0</sup>—3<sup>0</sup> C., trwające 7—12 godzin.



Opadnięcie ciepłoty zwykle występuje z potami. Zaleca go autor również w przewlekłym gościecu. (Le progr. méd. N. 39). J. Z.

329. **Chloralamid** jest ponownie gorąco zalecany przez dra Cope. Sen trwa 5—8 godzin. U melancholików i manjaków autor zaleca dawki 1.5—2 grm, przy silnych stanach manjakałnych dawkę do 3 a nawet 3.25 grm. podwyższać. Po 8 dniowem użyciu autor nie widział żadnych działań ubocznych Chloralamid nie znieczula, lecz wywołuje sen spokojny po upływie 30 m. do 1 godziny, nie wpływa ani na krążenie ani na oddechanie. (Prog. Méd. 35). J. Z.

330. Dr. Pick zaleca jako środek leczniczy **przy suchotach** płucnych wdechanie sadzy, gdyż jak twierdzi, zarówno między górnikami w kopalniach węgla jak i kominiarzami gruźlica płuc jest rzadkiem zjawiskiem. Czegoż w końcu nie każą zażywać suchotnikom!... J. Z.

331. **Cocainum muriaticum** zaleca dr. Bousquet w praktyce akuseryjnej jako środek kojący. Bóle zmniejszały się znacznie lub ustępowały zupełnie. Autor stosował środek w postaci wstrzykiwań podskórnych 5<sup>0</sup>/<sub>10</sub> roztworu (1/2 strzykawki Prawaza) w każdą wargę sromną na 5—10 minut przed operacją (nakładanie kleszczy) lub wrzynaniem się główki. Objawów otrucia przy dawce 0.2 grm. autor nie widział. (Marseille médical). J. Z.

332. Dr. Glueck stwierdził niedawno, że dodanie **fenolu do kokainy** znosi działanie trujące tej ostatniej. Obecnie Dr. Parker twierdzi, iż tak samo działa i rezorcyna. Działanie takich kombinacji jest odkażające i kojące. (The Lanect. Wraec N. 37). J. Z.

333. Otrucie parafiną opisuje dr. Carruthers z Edinburga. Po wypiciu naczecz 1/2 filiżanki oleju parafinowego u 36-letniej kobiety wystąpiły wymioty krwawe i ból w dółku. Po 4 godzinach od chwili otrucia wstrzyknięto apomorfinę, w wymiocinach wyraźnie czuć było parafiny, odkryto ją również w wypróżnieniach krwawych, które wystąpiły po 3 godzinach. Równocześnie były krwawienia maciczne. W moczu udało się również wykryć parafinę, a pot i wylechane powietrze w ciągu 40 godzin zawierały parafinę. Chora wyzdrowiała po 2 1/2 dniach. J. Z.

334. **Wodę utlenioną** do przemywania ran i ropni zaleca gorąco dr. Noble. Żadnych ubocznych działań autor nie zauważył. J. Z.

335. Dr. J. Uffelmann i dr. Althoefer. **Sterylizowanie (wyjaławianie) wody do picia za pomocą wody utlenionej (nadtlenku wodoru).**

Dla oczyszczania wody w małych rozmiarach polecono masę środków, z pomiędzy których najbardziej są znane: garbnik, chlorek żelaza, alu i nadmanganian potasu; środki te jednak nie są w stanie zniszczyć lub osadzić wszystkich zarazków zawartych w wodzie, a przytem mają ten niedostatek, że w większej lub mniejszej mierze psują smak wody. W ostatnich czasach dr. v. Hettnga Tromp polecił jako najbardziej odpowiadający celowi nadtlenek wodoru, środek ten bowiem jest łatwy w stosowaniu, tani i silnie działający; woda nie traci na smaku a sam środek nie działa ujemnie na organizm człowieka. Dr. J. Uffelmann (Rostock) o pracy v. Hettnga Trompa w „szóstym sprawozdaniu o postępie w zakresie higieny” wyraża się w podobny sposób: Autor dla sterylizowania wody poleca H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, który dolewa do mającej być oczyszczoną wody, wstrząsa naczyniem i pozostawia w spokoju w ciągu doby; po upływie tego czasu mieszaninę podawał analizie i doszedł do następujących wniosków: działanie nadtlenku wodoru już w małych dozach jest zabójcze dla bakteryi; dla sterylizacy-



wody dość jest dodać  $H_2O_2$  część jedną na 10,000 wody i pozostawić w ciągu doby; szybkość oczyszczenia wody od bakterii zależy od ich ilości i jakości; tak woda zawierająca w 1 centymetrze sześciennym 19,600 zarodków potrzebowała dla sterylizacji 1 część  $H_2O_2$  na 50,000 wody w ciągu jednego dnia; z zawartością 38,850 zarodników 1:10,000 w ciągu jednego dnia. Laseczniki cholery potrzebowały 5 minut czasu dla obumarcia przy zawartości  $H_2O_2$  1:5000. Tak więc v. Tromp jest zdania, że nadtlenek wodoru może znaleźć szerokie zastosowanie przy sterylizacji wody, tem bardziej, że nie zmienia ani koloru ani smaku wody, przytem jest to środek tani, albowiem litr 3 $\frac{0}{10}$  roztworu nadtlenu wodoru kosztuje w Amsterdamie 2 guldeny holenderskie. Tak np. dla dezynfekcji 10 litrów wody potrzeba około 35 centym. sześciennych roztworu  $H_2O_2$  co kosztuje 0.07 guldenów.

Uffelmann w higienicznym instytucie w Rostocku powtarzał doświadczenia v. Tromp'a z  $H_2O_2$  znajdował jednakże, że cyfry podane przez tego ostatniego są zmałe dla zupełnego zniszczenia zarodników w wodzie. W następstwie uczeń v. Uffelmann'a, dr. Althoefler pod tegoż kierownictwem przedsięwziął szereg doświadczeń z  $H_2O_2$ , rezultaty których są następujące: Dla całkowitego zniszczenia zawartych w wodzie tak chorobotwórczych jako też i obojętnych dla organizmu człowieka bakterii potrzeba ogólnie zawartości  $H_2O_2$  1:1000 i doby czasu, przyczem wodny roztwór ulega rozkładowi. Stosunek 1:1000  $H_2O_2$  nie jest szkodliwym dla zdrowia, jak to autor na sobie wypróbował, a przytem nadtlenek wodoru w wodnym roztworze sam przez się łatwo rozkłada się. Co się tyczy kosztów sterylizacji wody za pomocą  $H_2O_2$  to te przedstawiają się w Niemczech w następujący sposób: 1 litr 10 $\frac{0}{10}$  roztworu  $H_2O_2$  kosztuje w detalicznej sprzedaży 1.6 marek w większych ilościach 1.2 marek; koszt więc sterylizacji jednego litra wody wynosi 1.6 względnie 1.2 fenigów. Jeżeli więc rodzina spotrzebowywać będzie dziennie 10 litrów wody, koszt sterylizacji na dobę wyniesie 16 względnie 12 fenigów—wydatek dostępny nawet dla ubogiej ludności. Środek więc ten może mieć wielkie praktyczne znaczenie, szczególnie przy szerzących się epidemiach tyfusu, cholery, dysenterji.

(Centr. bl. für Bacter. und Parasit.-Kunde 25 Lipca r. 90. Med. Neu. Nr. 37).

W. K.

## Kronika miesięczna.

— W dniu 11 b. m. na posiedzeniu Sekcji chemicznej Towarzystwa popierania przemysłu i handlu, Pan M. Frenkel kandydat nauk przyrodniczych warszawskiego Uniwersytetu, miał odczyt o sperminie. W krótkich słowach p. F. przedstawił słuchaczom historyczny rozwój danego przedmiotu, następnie wskazał gdzie znajdowano sperminę (w nasieniu, jądach, wątrobie, śledzionie i płwocinie) opisał sposób otrzymywania jednego jej związku, mianowicie chlorowodanu z nasienia i organów gruczołowych według metody Schreiner'a i identycznej etyleniminy według Ladenburga. Pan F. zaznaczył, że jak dotąd poszukiwania kliniczne nad działaniem tego środka są niezbyt liczne, z tego co obecnie zrobiono wnosić można, że spermia posiada niejaki własności pobudzające działalność nerwów i wreszcie przeszedł do opisu epizodu z powodu sperminy, którego sam był głównym bohaterem. Mianowicie, skoro metoda Brown Séquard'a znalazła wszędzie licznych naśladowców, Prof. Poehl począł wyrabiać



w Petersburgu w swym laboratorium niby czysty preparat sperminy i gram takowego sprzedawał początkowo po 100 rs. a następnie po 80. Preparat swój prof. Poehl otrzymywał rzeczywiście z jąder, lecz procedura postępowania różniła się znacznie od tej, jaką postępowali wspomnieni już poprzednio Schreiner i Ladenburg. Pan F. ówczesny kierownik pracowni prof. Poehla zwracał niejednokrotnie uwagę na ten niewłaściwy sposób postępowania i w końcu nie chcąc być współnikiem przedsięwziętego handlu sperminą ustąpił z zajmowanego przez się stanowiska. Występując z pracowni zabral ze sobą około grama preparatu sperminy w celu zbadania jego składu. Wyniki tej analizy p. F. ogłosił drukiem; okazało się, że preparat tak drogo przez prof. P. sprzedawany sperminy nie zawierał wcale, lub wyjątkowo tylko nieznaczną ilość. Główną zaś częścią składową preparatu były peptyny i części rozkładowe białka przy różnej procentowej zawartości soli kuchennej. Wreszcie preparaty wyrabiane w różnych okresach czasu różniły się też znacznie w swym chemicznym składzie. Na skutek tej broszury prof. p. zapozwał pana F. przed sędziego pokoju, obwiniając go o kradzież przedmiotu wartującego 100 rubli (wartość wziętej z laboratorium sperminy) i o przywłaszczenie sobie godności kandydata nauk przyrodzonych (pan F. miał b. w. tymczasowe świadectwo). Z tego powodu nawet chwilowo zaarrestowano pana F. W następstwie na sądzie jako eksperci stawali: profesorzy Anrep, Trapp, Konowałow i byli współpracownicy w laboratorium prof. P. i ci jednogłośnie przyznali, że preparat sprzedawany przez prof. Poehla pod nazwą sperminy jest stekiem brudu i błota być może zawierającym sperminę. Pana Frenkla znają oni jako człowieka porządnego, uczciwego i znającego swój przedmiot chemika. Na skutek czego sąd pana F. od odpowiedzialności uwolnił.

— W numerze 38-ym St. Petersburg. Medic. Woch. z dnia 4 października r. b. dr. Paul Werner <sup>1)</sup> podaje nader surowej krytyce doświadczenia ze sperminą Poehla i z płynem (jądrowym) Brown-Séquarda, przypisując pomyślne wyniki przy stosowaniu tych środków tylko wpływowi pewnych znanych oddawna czynników psychicznych na sferę uczuciową człowieka. W doświadczeniach Brown Séquarda takim czynnikiem miało być pragnienie odmłodzenia się. Z tego powodu Werner robi zarzut (niekoniecznie słuszny) znakomitemu fizjologowi, że ostatni pragnie wyłamać się z pod nieubłaganych praw przyrody i że przystępując do eksperymentów bez doświadczenia lekarskiego (?) i bez znajomości natury ludzkiej błędnie rozumie i ocenia wyniki swoich spostrzeżeń. O kwestyi tej obszerniej pomówimy na innem miejscu, tymczasem przytoczymy inne ze wszech miar słuszne zdanie Wernera, iż lekarze, robiący próby z sperminą na ludziach, zasługują na ciężki zarzut lekkomyślności, gdyż „nie powinni przystępować do doświadczeń na ludziach, dopóki *wszyscy uczeni nie zgodzą się najzupełniej* co do istoty i własności nowego środka”. W końcu W. w imieniu dobra cierpiącej ludzkości, w imieniu nauki i zdrowego rozsądku protestuje energicznie przeciwko handlowemu procederowi prof. Poehla.

— Od kolegi Kurtza z Sztokholmu odebraliśmy list, w którym donosi, aby koledzy, którzy chcą obznajmić się z metodą gynecologicznego mięszenia, naprzódno do Sztokholmu nie przyjeżdżali. Thure Brandt z po-

<sup>1)</sup> Spermin, ein uraltes Stimulans, aber in neuer und zwar misslungener Form.



wodu niezbyt obfitego materiału klinicznego i braku odpowiedniego miejsca, przyjmuje tylko nieliczne komplety lekarzy, którzy wcześniej już piśmiennie się z nim w tym celu porozumieli. Wogóle Thure-Brandt uważa przyjazd do Sztokholmu na naukę mięszenia za zbyteczny, według niego nauczyć się można również dobrze u prof. Schauty w Pradze, u docenta Ziegenspecka w Monachium, lub też u kolegi Winawera w Warszawie.

— Wyszedł z druku Kalendarz lekarski na rok 1891 pod redakcją J. Polaka. Całość tak pod względem treści jako też i formy zewnętrznej przedstawia się bardzo dobrze.

— Mamy przed sobą świeżo wydaną broszurę angielską dra R. P. Harrisa z Filadelfii, (*Ceoliotomy* by Robert P. Harris. Philadelphia 1890), który zamiast ogólnie przyjętej nazwy „laparotomia”, pragnie wprowadzić termin grecki: „coeliotomia”<sup>1)</sup>, jako lepiej tłumaczący pojęcie *sectio abdominis*. Zdaniem jego pierwiastek grecki *λαπαρα*, od którego pochodzi „laparotomia” oznaczał bok, a właściwie boczną część brzucha między brzegiem rzekomych żeber i *oss. ilei*, a więc *laparotomia*, jak widać zresztą z pism Hipokratesa i późniejszych autorów, oraz z określeń w słownikach lekarskich (James 1745, Castelli 1588, prof. Coxe 1808) była nazwą cięcia w okolicy lędźwiowej i raczej synonimem niemieckiego „Flankenschnitt” aniżeli „Bauchsnitt”. W tem ostatniemu znaczeniu została bezzasadnie użyta w r. 1817 przez Fiedlera, za którym poszli i inni. Również nie nadaje się w tym sensie termin *gastrotomia* używany dotąd przez autorów francuskich i włoskich, gdyż „gaster” ma dwojakie znaczenie. Za najważniejszy termin naukowy dla omawianej operacji Harris zgodnie z niektórymi (?) profesorami greckiego języka (z którymi w tej kwestyi naradzał się) uważa wyraz *coeliotomia* (od *κοιλία*—brzuch, żywot, abdomen, *γαστήρ* i *τέμνω* *tnē*). Oprócz tego, zdaniem H., dadzą się utworzyć: *coeliohysterotomia* (*sectio Caesarea*) i *coelio-hysterectomy* (op. Porro), *coelio-cystectomy* i *coelio-cystotomia puerperalis* (?? sprawozd.) dla wycięcia lub opróżnienia torbieli jajnika, dalej *coelio-elytrotomia* i *coelio-nephrectomia*. Jeśli organ jakikądź nie może być przecięty, resp. wycięty bez otwarcia jamy brzusznej, to przyhranka (prefix) *coelio* może być opuszczona, a więc: *gastrotomia*, *cholecystotomia*, *cholecystectomy*, *splenectomy* i t. d.

Nie wiemy jak przyjmą propozycję autora operatorzy i znawcy autorów greckich. W każdym razie, praca Harrisa stanowi ciekawy przyczynek do dziejów terminologii lekarskiej, jakkolwiek powagę autora pod względem językoznawstwa osłabia nieco opuszczanie w cytatach greckich przydechów nad początkowymi samogłoskami oraz akcentów, a także rozpoczynanie od małych liter rzeczowników niemieckich.

— W Gońcu urzędowym z d. 16 (28) września opublikowane zostały prawa, dotyczące kobiet-lekarzy, b. wychowanie kursów lekarskich przy szpitalu Mikołajewskim. Prawo to brzmi jak następuje: 1) Lekarki-kobiety, które ukończyły wyżej wymienione kursy mają prawo wolnej praktyki na zasadach praw ogólnych o wolnopracujących lekarzach; 2) wymienione osoby mogą nosić znak ustanowiony 14 czerwca 1890 r. i nazwiska ich mają być wniesione do ruskiego spisu lekarzy na zasadzie § 128 XIV t. ust. lek.; 3) jako specjalistki w chorobach kobiecych i dzieci mogą

<sup>1)</sup> U niektórych autorów francuskich spotykaliśmy się z wyrażeniem *kélotomie* w znaczeniu operacji przy uciśniętej przepuklinie.



wszędzie zajmować posady lekarzy bez praw służby państwowej przy instytucjach żeńskich, gimnazyach, pensyonatach, szkołach i innych zakładach naukowych żeńskich jak również dobroczynnych, jak również w szpitalach dla kobiet i dzieci i instytucjach położniczych, jak również przy nadzorze nad prostytutkami; 4) lekarze-kobiety mogą być powoływane przez inspekcje lekarskie gubernjalne po przedstawieniu przez ziemstwa do zarządzania rewirami lekarskimi i znajdującymi się w tych rewirach szpitalami wiejskimi, ambulansami i in. wszelkiego rodzaju zakładami leczniczymi; 5) natomiast kobiety-lekarze nie mogą być dopuszczane do oględzin przy poborze wojskowym, do ekspertyz sądowych, jak również do zarządu szpitali ogólnych i zakładów leczniczych w miastach, jak również do dyżurowania w nich i jednocześnie uwolnione są od odpowiedzialności sądowej za niestanie do ekspertyz sądowo-lekarskich, ustanowionej § 323 i 328 Ustawy karnej.

— W prasie warszawskiej znowu zaczęła grasować Sprawa Kulparkowska. Kto jest sprawcą wszystkich napaści na Kulparków i rozsiewaczem fałszywych wieści, dociekać nie chcemy, dziwnym się jednak, że po tylu fałszach zarzucanych lekarzom tego zakładu, nowe wieści znajdują jeszcze posłuch. Jest w tem widocznie jakaś zemsta osobista przeciwko kierownikowi zakładu, która obalamuca opinię publiczną ze szkodą dla teje samej. Sprawa Zakrzewskiego waryata, który napisał rozchwytywany przez wszystkich memoriał o kaźniach w tym zakładzie, może w końcu przekona nieproszonych obrońców, iż lekarze *przez złość* nie stosują Prieszniczowskich zawiąń, ani wstrzykiwań leków pod skórę.

— Z fundacyi małżonków Levych w Warszawie przy ulicy Dzielnej Nr. 67, otwarto przytułek dla rekonwalescentów chrześcijan i żydów.

— Dowiadujemy się, że prywatny zakład ginekologiczny, założony przez grono kolegów ginekologów został już otwarty.

— W szpitalu św. Ducha została wybudowaną nowa sala operacyjna, gdzie będą operowani chorzy szpitalni, chorzy zaś przychodni będą operowani w dawnej sali: Koszt budowy wynoszący około 6000 rs. poniósł uniwersytet.

— Na dziekana wydziału lekarskiego tutejszego Uniwersytetu, w miejsce dobrowolnie ustępującego z tej godności Prof. Czausowa, wybrano Prof. Szalfiejewa.

— Katedrę farmakologii opróżnioną po prof. Thumasie obejmuje b. doc. uniw. Kazańskiego dr. Nikolskij.

— Wykład chorób kobiecych po prof. Neugebauerze objął na rok 1 prof. akuszeryi Jastrebów.

— Pisma tutejsze donoszą, iż jeszcze w r. b. ma wejść na sesję rady państwa nowa ustawa lekarska.

— W r. p. ma być rozpoczęta budowa nowego gmachu dla biblioteki publicznej

— Według gazet petersburskich, dwom lekarzom żydom, obcym poddanym, nakazano wyjechać z Królestwa. Apelacya do Senatu nie odniosła skutku.

— Prof. Koczubow ustępuje z katedry w Akad. med. chir. w Peterburgu.

— Praktyczną nowość wprowadzono w stanie Jersey, gdzie aptekarze, wydając środki trujące, obowiązani są oznaczać na etykietce odtrutkę. Wobec możności sprzedawania u nas środków silnie działających bez recept



słuszną jest rzeczą, aby i nasi aptekarze i składnicy poszli za tym przykładem.

— W Berlinie 4 i 5 z. m. odbył się pierwszy Zjazd akuszerok pruskich. Uczestniczek było 600. Akuszerzy berlińscy mieli na Zjeździe wykłady. Przy zjeździe była wystawa instrumentów, pokarmów i t. p.

— Rząd grecki wyasygnował pieniądze d-rowsi Kostomiris'owi na wydanie rękopisów, których autorami są podobnie Hippokrates, Galenus i Promotes.

— W Lipsku Fock wydaje pismo p. n. „Bibliographische Monatsbericht über neu erscheinende Schul und Universitätschriften”.

— La Méd. moderne proponuje, aby na przyszłym Zjeździe w Rzymie używano przy rozprawach łaciny.

— Dzięki obowiązkowemu szczepieniu w r. z. nie było w Irlandyi ani jednego wypadku ospy, podczas gdy w 1872 r. zmarło na nią 3248 osób. W Hollandyi w r. z. z tegoż powodu był tylko 1 wypadek śmierci.

— Liczba lekarzy w Szwajcaryi wynosi od 1 na 988 ludności (kant. Genewski) do 1 na 3777 (kant. Wallis).

— W New Yorku niejaka p. Ayer buduje szpital dla suchotników. Koszt budowy wyniesie 3 miliony dolarów.

— Minister spraw wewn. w Belgii oświadczył, że powierza posady tym tylko lekarzom, którzy są prawdziwie wierzącymi katolikami. Dzieje się to pod koniec XIX wieku...

— W Anglii wypala się corocznie tytoniu za 16,000,000 f. ster. t. j. 3 f. st. na każdego dorosłego mężczyznę.

— Duboisia Hopwoodii, zawierającą alkaloid piturynę, podobną do nikotyny używają w Australii jako surogatu tytoniu.

— Pewien chory w Stanach Zjednoczonych Ameryki w celu samobójstwa wbił sobie w głowę 4 gwoździe. Dr. Mac Queen wyjął mu gwoździe—i chory wyzdrowiał.

— Dr. A. B. Shaw w St. Louis wykonał trepanację czaszki w czasie hipnozy. Użycie chloroformu i eteru ze względu na nerki i serce było przeciwwskazane. Operacja odbywała się w obecności licznej grupy lekarzy.

— W Hiszpanii, jak donosi The Lancet, w miejscowościach, gdzie panuje cholera obchodzą się okrutnie z lekarzami, nie bacząc na konwój dodany im dla bezpieczeństwa. Ciemna tłuszcza przypisuje lekarzom wszystkie nieszczęścia. W Walencyi, Megente i Lordo zabito 3 lekarzy, za to że rozpoznali cholere i zarządzili odpowiednie środki. Szkoda iż Lancet nie podaje nazwisk tych męczenników nauki.

---

## NEKROLOGIJA.

---

Zmarli:

— Nestlé wynalazca znanego surogatu do sztucznego karmienia dzieci.

— We Wiedniu w dniu 30 września, dr. Wacław Gruber b. prof. akademii medycznej w Petersburgu, przeżywszy lat 75.

---



## Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

WRZESIEŃ 1890.

- C. Sztembarth.* Urywki terapeutyczne (P. L.).  
*Schramm.* Rezekcyja jelit u dzieci. (P. L.).  
*B. Piątkowski.* Olejek miętowy angielski w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego. (P. L.).  
*T. Bąkowski.* Rak odźwiernika jako następstwo wrzodu okrągłego żołądka. (P. L.).  
*Prof. A. Obaliński.* Nowa metoda rezekcyi stępu. (P. L.).  
*G. Piotrowski.* O nerwicach urazowych. (P. L.).  
*K. Rumszewicz.* Mięsak rogówki. (P. L.).  
*H. Święcicki.* Ontogenetyczne znaczenie przyrodzonych szczelin płata usznego. (N. L.).  
*L. Szuman.* Pogląd na leczenie ciąży zewnątrzmacicznej i wskazanie operacyjne przy takowej. (N. L.).  
*L. Szuman.* Kilka słów o znieczuleniu bromkiem etylu ( $C_2H_5Br$ ) i o ni-bezpieczeństwie grożącym życiu przy użyciu bromku etylenu ( $C_2H_4Br_2$ ) zamiast bromku etylu. (G. L.).  
*Z. Dmochowski.* Nowy sposób ilościowego określania acetonu w moczu. (G. L.).  
*A. Puławski.* Bulimia (wilczy głód) w następstwie silnego wstrząśnienia mózgu. (G. L.).  
*W. Biegański.* Przypadek rozsianego zapalenia nerwów wskutek zatrucia wyskokiem. (G. L.).  
*R. Jasiński.* Pyoktanina w chirurgii. (G. L.).  
*F. L. Neugebauer.* Przyczynek do nauki o patologii kręgosłupa i miednicy: Samobójstwo ciężarnej pod koniec ciąży przez skok z wysokości trzeciego piętra na bruk. Śmierć po 5 godzinach i 40 minutach. Cięcie cesarskie in mortua. Nieżywe dziecko ze złamaną czaszką. Pohwojné pionowe złamanie obrączki miednicowej. Potrójné złamanie łuku prawostronnego ostatniego kręgu lędźwiowego, złamanie jego części średniej (portio arcus interarticularis). (M.).

### Nadesłano do Redakcyi.

- F. Krajewski.* Kazyistyka sądowo-lekarska. Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa. Odbitka z „Medycyny“.  
*J. Sędziak.* Kwas trójchloroctowy (acidum trichloroaceticum) w chorobach gardła, krtani, nosa i uszu. Odbitka z Gazety Lekarskiej.  
*Odczyt Prof. W. Meyera.* Zdania i wyniki badań stereochemicznych przełożył Bronisław Znatowicz.  
*Prof. Browicz.* Weitere Beobachtungen über Bewegungsphänomene au roten Blutkörperchen in pathologischen Zuständen Bp. Abd. a. d. Cent. f. d. med. Wis. 1890. Nr. 34.  
 Też. Demonstration von Bewegungsphänomenen au rothen Blutkörperchen in schwären anämischen Zuständen.



## Odpowiedzi od Redakcyi.

Szanownemu koledze W. z Marek. W oryginale zamieszczono 5.0, być może jednak dawka ta jest zbyt wielką, co zależy od warunków indywidualnych.

## OGŁOSZENIA.

# DOM ZDROWIA D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomość u D-ra K. Dobrskiego, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

**Dr. M. JAKOWSKI**, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 26.

## INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

**D-rów MACZEWSKIEGO i K. SIERPIŃSKIEGO**

Marszałkowska Nr. 116

Posiada zawsze świeżą krowiankę.



# OGŁOSZENIA.

Opuścił prasę:

## KALENDARZ LEKARSKI

na rok 1891

pod redakcją J. POLAKA.

Treść stanowią:

Lista lekarzy w Warszawie i w gub. Królestwa Polskiego. Wskazówki lecznicze (alfabetycznie ułożone), opracowane według „Recept Taschinbuch“, klinik wiedeńskich i według innych źródeł przez d-ra Polikiera, uzupełnione obecnie według „Beck's Therap. Almanach“, oddzielne zaś specjalności przejrane i uzupełnione obecnie przez d-rów: Gajkiewicza, Heringa, Kuniewicza, Kamockiego i Szteynera. Spis alfabetyczny leków z dawkami i cenami, uzupełniony obecnie przez p. Wiorogórskiego (przeszło 250 nowych leków dodano w spisie obecnym), najwyższe dawki środków gwałtownie działających, spis alfabetyczny zdrojowisk. Krótki rys stanu sanitarnego Warszawy. Tabelki informacyjne. Badanie moczu. Ratownictwo. Spis prac oryginalnych w r. 1889/90, drukowanych w czasopismach lekarskich polskich. Informacje ogólne. Rozkład jazdy pociągów osobowych w Królestwie Polskiem, przepisy pocztowe i telegraficzne, metrologija, porównanie czasu w różnych miastach i t. p. Notatnik, obecnie o  $\frac{1}{3}$  powiększony.

Cena egzemplarza w oprawie **rs. 1 kop. 20**, z przesyłką **rs. 1 kop. 40**. Poselać można pieniądze w gotówce lub wypisywać za zaliczeniem pocztowem.

Adres: **Redakcja „Zdrowia“ Ś-to Krzyska 25**. Również nabywać można za pośrednictwem „Kroniki Lekarskiej“.

Ogłoszenia przyjmowane będą do 21 b. m. według cen zeszłorocznych. Do tegoż terminu przyjmowane będą zmiany adresów.

---

## Wino piołunowe gorzkie (Vin de Vermouth).

Przygotowane na winie węgierskiem wytrawnem, jak również i na francuskiem desserowem (słodkie).

Cena butelki zawierającej 435,0 rs. 1 kop. 50.

p o l e c a

**Apteka H. Biertümpfla**

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.



**APTEKA  
I SKŁAD WÓD MINERALNYCH  
NATURALNYCH**

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

**D<sup>r</sup> T. HEINRICH**

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne naturalne świętego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

---

**SKŁAD**

**MATERYAŁÓW APTECZNYCH**

**Wiktora Waligórskiego**

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materiały apteczne.—Przetwory chemiczne.—Specyalia zagraniczne.—Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego.—Przedmioty opatrunkowe.

**Wody mineralne naturalne i sztuczne.**

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.



# APTEKA

I

## SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

# M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 *Marszałkowska* 94.

Jest stale zaopatrywaną we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

### ORYGINALNE WINA

WĘGIERSKIE, FRANCUZKIE I KRYMSKIE

oraz analizowany przez lekarza-chemika szpitali warszawskich d-ra Nenckiego jako prawdziwy wyrób z wina



Lepszy na cele lecznicze niż francuzkie koniaki, z których największa część z powodów wyniszczenia winnie przez filoxerę, tworzy się ze spirytusu kartoflanego.

Tańszy, gdyż nie cięży na takowym wysokie cło

i transport około rs. 2 od butelki otrzymać można wyłącznie w Składzie Win.

### BRACI KEMPNERÓW

Długa Nr. 5.

Cena  $\frac{1}{1}$  but. rs. 1,50,  $\frac{1}{2}$  but. kop. 80,  $\frac{1}{4}$  but. kop. 40.  
Gatunek wyższy 3 gwiazdki  $\frac{1}{1}$  but. rs. 2,50,  $\frac{1}{2}$  but. rs. 1,25.  
Skrzynki po 6 but. wysyłają się do wszystkich st. dr. żel. franco  
w Królestwie i gub. zachodn. po rs. 9—resp. rs. 15. 8—6



# APTEKA E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej

w WARSZAWIE

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

Wino Kakaowo-Chinowe (*Vin de Bugeau*) przyrządzone na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Chinowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 50.

„ „ z żelazem zawiera  $1\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino Condurango czyste na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 75.

„ „ z żelazem zawiera  $2\frac{1}{2}$  żelaza, butelka rs. 2.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythrozyton coca*) na Maladze, w stosunku 1 : 20, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych i na Maladze. Nasiona Kola zawierają  $2,34\frac{1}{2}$  Cofeiny, butelka rs. 2 kop. 25.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, butelka rs. 1 kop. 50.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera  $2\frac{1}{2}$  pepsyny, butelka rs. 2.

Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze, butelka rs. 1 kop. 75.

Wino senesowe (*fol. Sen. Alex. sine resinae*) na Xeresie. Jedna do  $1\frac{1}{2}$  łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, butelka rs. 1 kop. 75.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0 (14—15 uncyj).



# DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesjonowane przez  
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach  
hygijeniczno-lekarskich



## EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-  
sze i 50% tańsze od zagranicznych. Flaszka ekstraktu miodowo-  
ziołowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu  
lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna  
sprzedaż w aptekach i składach aptecznych. Główny skład  
w Warszawie w składzie aptecznym Mrozowskiego i Spiessa,  
w Odessie u Gajewskiego, w Astrachaniu u Kerna, w Ko-  
wnie u Miron-Klimowicza, w Moskwie u Mattejsena i u Pącz-  
kowskiego, w Kijowie u Żeligowskiego i w Południowo Rus-  
kiem Towarzystwie aptecznem, w Wilnie u Segala, w Tyflisie  
u Wyczalkowskiego i Ajwazowa, w Baku u Czyszkowskiego

Dr. Stanisław Prager

jak od lat jedenastu praktykuje  
w Marienbadzie.

6—6

**J. RUTKOWSKI**

**APTEKA i PRACOWNIA**

**CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA**

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki le-  
karskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie  
przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przy-  
rządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykryw-  
kowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

**Wina lecznicze.**

20—6





# SIMON i STECKI

Główny Skład Win i Trunków Zagranicznych

w WARSZAWIE

Krakowskie-Przedmieście 38

oraz

Filije: Nowy Świat 15 i Elektoralna 5

Polecają WW. panom lekarzom dla chorych i rekonwalescentów:

Prawdziwe koniaki kuracyjne sprowadzone z najlepszych domów francuzkich, wina lecznicze, jako to: stare węgierskie wytrawne i maślacze, francuzkie białe i czerwone dobrze odležałe, starą malagę na różne ceny, Vermuth de Turin, wina St. Raphael i inne oraz wszelkie likiery zagraniczne, po cenach umiarkowanych. Szczególną uwagę zwracamy na wino kuracyjne Vermouth de Turin zalecane w ostatnim czasie przez zagraniczne powagi lekarskie bardzo skutecznie przeciw **influenzyi**.

Za dobroć i prawdziwość wszystkich powyższych win i trunków firma poręcza.

12—6

---

## LABORATORYJUM CHEMICZNE „ORION”

Warszawa Nowy Świat № 37

Poleca **Kalandir** (ekstrakt wschodni) łatwo i spiesznie niszczy liszaje: mokre, żrące, suche i inne wyrzuty skórne nie ustępujące przed żadnymi innymi środkami. Środek znany pana Śląskiego aptekarza, zalecany przez wielu panów doktorów pcyjalistów.

8—6

---

NOWO OTWORZONY

## ZAKŁAD GALWANICZNY PIOTRA FILIPSKIEGO

Przyjmuje złocenie, srebrzenie i niklowanie na wszystkich metalach. Ceny niskie. **Róg Placyku i Piekarskiej Nr. 14** wprost Kapitulnej, na 1 em piętrze.

8—6



# JAN KRZYKOWSKI

## OPTYK ELEKTROTECHNIK

Marszałkowska Nr. 109

poleca:

Aparaty elektryczne wszelkich systemów własnego wyrobu, jako też skutecznie pod gwarancją reperacyje takowych.

**Wyrabia i urządza dzwonki elektryczne.**

**Posiada na składzie:**

Szkła, okulary, nanośniki, termometra lekarskie, inhalatory, respiratory, irygatory, szpryce, paski rupturowe i t. p. przedmioty w wielkim wyborze.

**Specjalne szpryczki do lewatyw glicerynowych.**

Środki opatrunkowe i bandaże po cenach fabrycznych.

**Uwaga.** Wykonywa wszelkiego rodzaju roboty w zakresie techniki lekarskiej wchodzące ściśle według przedstawionych wzorów i planów rysunkowych.

Znane ze swej dokładności i taniości termometra maksymalne nadeszły w wielkiej ilości.

---

Rok XVII—1889.

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

dla lekarzy — praktyków

redagowane i wydawane przez

**D-ra Gustawa Fritsche.**

Wychodzi w każdą sobotę i zawiera następujące działy:

1) Spostrzeżenia z klinik, szpitali, zakładów leczniczych i praktyki prywatnej. 2) Kazuistykę lekarską i sądowo-lekarską. 3) Medycynę społeczną. 4) Wykłady kliniczne. 5) Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. 6) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. 7) Korespondencje z kraju i zagranicy. 8) Streszczenia i wyciągi z pism lekarskich cudzoziemskich. 9) Wiadomości z Medycyny publicznej i Statystyki lekarskiej. 10) Kronikę zagraniczną, krajową i miejscową. 11) Przegląd bibliograficzny. Wspomnienia pośmiertne i t. p.

Przedpłata wynosi: W Warszawie z odnośnieniem do mieszkania rocznie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50. — Na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą z przesyłką pocztową rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Biuro Redakeyi Medycyny w Warszawie, aleje Jerozolimskie Nr. 80.



# BERENT I PLEWIŃSKI

Krakowskie-Przedmieście № 61

## ZAKŁAD OPTYCZNO-MECHANICZNY

Wyrabia wszelkie aparaty wchodzące w zakres elektroterapii, a mianowicie do prądów stałych, indukcyjnych i kąpieli elektrycznych jako też kauteryzacji. 8—6

**COPAHON**  
APTEKARZ  
**K. LEROWSKI**  
133 Marszałkowska 133  
Z pozwolenia Departamentu Medycznego  
WYRABIA  
**COPAHON**  
niezawodny przeciw rzerzącce  
Cena fla: rs. 1.

## PENSYJONAT LECZNICZY FÜRSTENHOF

(stacja Kapfenberg w Styrii) pozostaje na zimę otwarty  
(8977)—3—1

## KSIEGARNIA GEBETHNERA I WOLFFA

w Warszawie,

poleca następujące nowe dzieła:

- Aeberli H. Beiträge zur Lehre von der Nuclearlähmung der Augenmuskeln . . . . . —.45  
Alq (Mme Louise d').— Carnet du vieux docteur. Tome II. Les maladies et les remèdes . . . . . 2.—