

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Leczenie doszczętne przerostu sterczowego gruczołu krokowego

NAPISAŁ

Aleksander Zaleski.

(Dokończenie).

C. Lauenstein z Hamburga w tym już roku poleca robić podskórne cięcie *vasis deferentis*, a to 1) żeby uprościć operację 2) w nadziei, że takie postępowanie będzie wystarczającym do wstecznego zaniku gruczołu krokowego. Przez wieloliczne badania sznurka nasiennego na żywym przekonał on się, że w każdym przypadku możliwym jest wyosobnić przewód nasienny między palcami.

Podaje on jeden przypadek swej operacji u starego prosta-tyka, ale ten w dni parę zmarł na skutek innej przyczyny. Żeby móżdż podskórnie przeciąć nasieniowód, trzeba go dobrze unieru-chomić, co autor wykonywa za pomocą agrafki, koniec której przez skórę moszny poza *vas deferens* przeprowadza, a następnie wąz-kim ostrokończastym nożykiem nasieniowód przecina.

W wielu razach po kastracyi, a także wyżej opisanych za-biegach, usiłujących zastąpić ją, zmniejszenie gruczołu przyprąt-nego do skutku nie przychodzi, lub w stopniu bardzo małym, co zależy zapewne od różnic w rozmaitych formach przerostu gru-

czółu krokowego, a niekiedy naprowadzić może na myśl cierpienia nowotworowego, najczęściej złośliwego.

Szybkie zmniejszenie się gruczołu po operacji, w pierwszych dniach zaraz, przypisać należy zmniejszeniu się w nim zawartości krwi (miękie gruczoły krokowe). Mianowicie Guyon, Legueu, Albarran główne działanie kastracyi przypisują usunięciu przekrwienia gruczołu krokowego; Albarran przyjmuje, że gruczoł krokowy na skutek kongestyi o $\frac{1}{3}$ powiększyć się może. Nie może jednak ulegać wątpliwości, że później następuje prawdziwy zanik gruczołu, co znaleziono przy doświadczeniach na zwierzętach, a Griffiths znalazł w jednym dotąd sekcją stwierdzonym przypadku u człowieka na 18 dzień po kastracyi.

Jak wyjaśnić wpływ kastracyi? Tylko przez związek funkcyjonalny gruczołu krokowego z jądrami, gdyż związek naczyniowy nie istnieje,—naczynia ich są od siebie zupełnie niezależne. Jedyne tylko działanie to objaśnić sobie można wpływem nerwów, po części nerwów naczyń krwionośnych, po części zaś nerwów gruczołowych. A chociaż ostatnie dotąd nie są dostatecznie zbadane, to jednak prawie nie ulega wątpliwości, że, jak w innych gruczołach, dochodzą one aż do komórek nabłonkowych i rządzą ich czynnością.

Zależność gruczołów od nerwów nie ulega wątpliwości i dla niektórych doświadczalnie jest dowiedzionem, że z usunięciem wpływu nerwów następuje zanik odpowiednich gruczołów. Mniej na pewno liczyć można na poprawę funkcyi pęcherza moczowego. Tu wziąć trzeba pod uwagę zmiany muskulatury; przy daleko posuniętych zmianach, a także przy obecności kamieni trudno spodziewać się wyleczenia.

Co do utraty jąder, to wobec wieku chorych i strasznych ich cierpień, zdawałoby się to być mniejszego znaczenia. Chociaż z drugiej strony przerost gruczołu przyprątnego spotyka się i u ludzi nie starych (około lat 50), a wreszcie i u starych bywa jeszcze produkcya ciałek nasiennych,—a ponieważ wiadomo, jak głęboko sięgający wpływ na organizm ma kastracya w wieku młodym, to przyznać trzeba, że i w starszym wieku pozbawienie jąder nie jest bez znaczenia. Dwaj chorzy P. Brunsa po kastracyi całymi tygodniami i miesiącami byli bez sił, przygnębieni i szybko się starzeli; u dwu jego chorych wystąpiła polyuria czasowa, którą on uważa jako zaburzenie nerwowe. Być może, że takie zaburzenia okazałyby się i u innych chorych, gdyby byli dokładniej obserwowani. Dlatego przecięcie nasieniowodu byłoby operacją bardziej polecenia godną, chociaż liczba spostrzeżeń jest jeszcze za małą. Być także może, że uda się przez wycięcie splotu nerwowego, towa-

rzyszającego nasieniowodowi, otrzymać zanik gruczołu krokowego. Przyszłość to rozstrzygnie.

Co do wspomnianej już poprzednio operacji Biera, podwiązania obu aa. iliac. intern., to pomijając jej ciężkość, oboczne krążenie, zbyt szybko się rozwijające, udaremnić może zupełnie tak ciężki zabieg; i rzeczywiście, wyniki po niej nie są trwałe.

Widoczne rezultaty wewnętrznego stosowania zwierzęcego gruczołu tarczowego przy wolu, skłoniły do wysiłków i przy podobnych stanach innych organów do podobnej terapii. Występujące nieraz przerosty różnych organów i tkanek, jak szpiku kostnego przy obfitych utratach krwi i innych ciężkich przewlekłych niedokrewnościach, przerost mięśni przy powiększonym zapotrzebowaniu ich siły, jak przy wadach serca, hypertrophia krwi przy stanach asfiktycznych lub w górskim klimacie i inne, ustępujące po usunięciu przyczyn wywołujących je, naprowadziły na myśl, czy nie z analogicznej także przyczyny, mianowicie z powodu większego zapotrzebowania przez organizm wydzieliny gruczołowej, występuje przerost tak gruczołu tarczowego, jak i innych gruczołów.

W ten sposób objaśnić by można, że wewnętrzne podawanie zwierzęcego gruczołu tarczowego przy wolu lub odpowiedniego przy przerostach innych gruczołów wpływa na ich zmniejszenie, zaspakajając nadmierne potrzeby organizmu.

Czy objaśnienie to jest prawdziwem, pozostaje rzeczą nierozstrzygniętą.

Opierając się na wyżej przytoczonym rozumowaniu, Emil Rejnert z Tybingi poleca stosowanie przy przeroście gruczołu krokowego zwierzęcego gruczołu. Wobec choroby tej pozostajemy w wielkim jeszcze mroku co do jej istoty, gdyż nie tylko etyologia cierpienia, lecz i fizjologia funkcji gruczołu krokowego bardzo mało jest znana. Potrzeba by było usuwać ostrożnie gruczoł krokowy młodym zwierzętom i obserwować zmiany w dalszym ich rozwoju.

E. Reinert czterem ambulatoryjnym chorym prostatykom zaczął podawać na klinice Liebermeister'a zwierzęcy gruczoł krokowy, z tych dwu tylko obserwował dłużej, niż 6—8 tygodni. Podawał on prostatę dorosłych byków posiekaną, surową, w postaci butersznitów w dawce: $\frac{1}{8}$ część gruczołu, następuje $\frac{1}{4}$ i $\frac{1}{2}$ 2—3 razy tygodniowo. Merck przygotował następnie trwałe preparat w postaci proszku, a następnie i tabletek (po 0,3), które podaje po 2 dziennie. U chorych Reinert'a okazało się, że wielkość gruczołu krokowego znacznie się zmniejszyła i gruczoł przybrał nieregularną, guziczkową postać. Subiektywnie nastąpiło znaczne polepszenie stanu ogólnego chorych, miejscowo zaś ulga w zaburzeniach oddawania moczu, który nie zawierał ani białka ani

cukru, i wogóle nie było żadnych nieprzyjemnych ubocznych objawów.

Mac Cully w pracy swej w 1895 r. ogłasza, że stosuje wstrzykiwania śródmiąższowe do jąder roztworu cocaini muriatici dwa razy tygodniowo w ciągu dwu miesięcy. Przytem okazało się, że nitki nasienne po 6 tygodniach ginęły, a objętość przerosłego gruczołu krokowego wracała powoli do rozmiarów prawidłowych. Ostatecznie chory ma być wyleczonym ze zwykłych objawów prostatyzmu z zachowaniem potentiae coeundi, chociaż z zupełną utratą nitek nasiennych. Mac Cully podaje dwa przypadki zupełnego wyleczenia. Sposób ten, jeśli sprawdzą się podane rezultaty, zasługiwałby na jaknajszersze rozpowszechnienie, gdyż tu zanik gruczołu krokowego byłby otrzymany bez okaleczenia, nawet bez zupełnego przerwania funkcji jąder, bez ich zaniku, z pozostawieniem możności wydzielniczej jąder i wypływającym stąd pożytkiem dla ogólnego stanu organizmu, bez pozbawienia go soków gruczołów płciowych.

Reasumując wszystko wyżej powiedziane, przychodzimy do wniosku, iż wyczekująco zachować się możemy tylko w przypadkach lżejszych, gdzie systematycznym cewnikowaniem utrzymać można chorego przy zdrowiu. W przypadkach cięższych, gdy, pomimo odpowiedniego zastosowania cewnika ¹⁾, choroba się wzmaga i przychodzi do ciężkiego cystitis, lub gdy przy zatrzymaniu moczu wprowadzenie cewnika jest niemożliwe, albo chociaż możliwe, lecz trudne bardzo i bolesne, albo też porobiono drogi fałszywe (fausses routes),—uciec się musimy do zabiegów radykalniejszych.

Wogóle zresztą baczyć należy, by z radykalniejszą pomocą przy przeroście gruczołu krokowego zbyt długo nie zwlekać, gdyż, jak wiadomo, wobec daleko już posuniętego cierpienia, wobec zwyrodniałego pęcherza, rzadziej spodziewać się można wyników dodatnich.

Wybór zabiegu operacyjnego zależeć będzie od okoliczności rozmaitych. Wziąć musimy pod uwagę stan ogólny i wiek chorego, stan nerek i rodzaj przerostu gruczołu krokowego. Co do tego ostatniego, niestety, rozpoznanie które zrazy gruczołu są przerośnięte jest rzeczą bardzo trudną. Guyon powiada: „Wypukłość zrazów gruczołu krokowego, przy badaniu przez odbytnicę, nie daje w żadnym razie miary zmian wewnątrzcewkowych.

¹⁾ S. Groszlik. W sprawie zapobiegania nieżyłowi pęcherza e catheterisatione. Prz. Chir. T. I, zeszyt II, r. 1893.

Tenże. Aseptyka w katetyzowaniu. Prz. Chir. T. II, zeszyt II, r. 1894.

Znaczne powiększenie od strony odbytnicy można znaleźć u osobnika, u którego cewka nie jest zdeformowaną i odwrotnie. Cewnik także powiedzieć nam nie może, przez co i w jakim ściśle miejscu został zatrzymany, gdyż tak samo może on być zatrzymany przez nierówno rozwinięty zraz boczny, jak i przez zraz środkowy.

Wogóle sposoby badania w tym względzie są dotychczas niewystarczające. Co się zaś tyczy badań gruczołu krokowego przy sekcjach, to, według Thompsona, wszystkie trzy zrazy gruczołu rozrastają się w stopniu jednakowym,—a mianowicie na 123 okazach znalazł on w 91% ogólny przerost; znaczniejszy przerost zrazów bocznych znajdował on bardzo rzadko. Podług znowu poszukiwań d-ra B. Motza w klinice prof. Guyon'a, na 60 przypadków w 22 (36,6%) znalazł on przerost zrazów bocznych. Podług Dittela'a przerost zrazu środkowego jest rzeczą niezaskuszającą na uwagę, gdyż głównie przerostowi podlegają zrazy boczne. Zdaje się, że lubo zdanie Thompson'a co do rzadkości przerostu zrazów średnich jest przesadzonem, to jednak i mniemanie Dittela'a wobec poszukiwań d-ra Motza ostać się nie może — i przyjąć należy, że stosunkowo często—bo w $\frac{2}{3}$ częściach przypadków znajdzie się przerost zrazu środkowego, chociaż nie zawsze w stopniu dość wydatnym.

Wracając teraz do wyboru zabiegu operacyjnego, w przypadkach zatrzymania moczu, gdzie cewnika wprowadzić nie możemy, uciekniemy się do punkcyi kapillarnej, którą powtarzać będziemy w miarę potrzeby, a po opróżnieniu pęcherza niejednokrotnie uda się nam cewnik wprowadzić—lub też wykonamy cistotomiam altam (op. Poncetta), przyczem jeśli okaże się, że zraz średni gruczołu sterczy do pęcherza, zrobimy prostatectomiam altam, pozostawiając na wszelki przypadek pęcherz otwartym. Jeżeli, zawdzięczając tej operacyi, po jakimś czasie okaże się, że co najmniej cewnikowanie stało się możliwem, pozwolimy na zamknięcie się pęcherza, przez co uwolnimy chorego od przetoki.

Jeżeli nie jesteśmy zmagleni zupełnem zatrzymaniem moczu i niemożnością wprowadzenia cewnika do natychmiastowej operacyi, wtedy uciec się możemy do wykonania prostatotomiae lub prostatectomiae perinealis, jeśli jesteśmy w możności skonstatować, że przeszkodę stanowią przerosłe zrazy boczne gruczołu; w przeciwnym razie zrobimy prostatectomiam altam.

Przeciwwskazaniem do tych zabiegów powinien być lichy stan ogólny, wiek stary, zwłaszcza przy silniejszym zajęciu nerek.

Łagodniejszym daleko zabiegiem, szczególnie wskazany dla ludzi starszych, będzie kastracya, a jeśli sprawdzą się wyniki—

podwiązanie nasieniowodu, lub co byłoby lepszem jeszcze, przecięcie nerwów sznurka nasiennego.

Operacya przedsiębrana przez A. Negretto, kauteryzacya przez odbytnicę, robiona była raz jeden dotąd, — nic więc o niej powiedzieć nie można. Co do leczenia podawaniem zwierzęcego gruczołu krokowego, dane zbyt są szczupłe, by można było wyciągnąć jakiegokolwiek wnioski. Co zaś do sposobu MacCully, śródmiąższowych wstrzykiwań roztworu cocaini muriatici, przedstawia się to bardzo pociągającym, jako zabieg bezkrwawy, ale potrzebuje dla sprawdzenia dalszych obserwacyi.

1) F. Guyon. *Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de prostate* 1888.

2) Thompson. Choroby organów moczowych. (Tłomacz. rosyjskie, r. 1875).

3) Prof. dr Zuelzer. *Klinisches Handbuch der Harn und Sexualorgane* 1894.

4) Dr Paul Güterböck. *Die Krankheiten der Harnröhre und der Prostata*. B. I, T. I 1890.

5) R. Harisson. *Lectures of the surgical disorders of the Urinary Organs* 1887.

6) V. Rochet. *Chirurgie de l'Urethre, de la Vessie, de la Prostate* 1895.

7) Bohdanowicz. Przegląd lekarski Nr. 3 r. 1895 (ref.)

8) B. Motz. *O przeroście gruczołu krokowego*. Gazeta Lek. Nr. 33, r. 1895.

9) Bronisław Sawicki. *O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą rękoczyuów operacyjnych*. Gazeta Lek. Nr. 23 i 24 r. 1895.

10) P. Bruns. *Ueber den gegenwärtigen Stand der Radicalbehandlung der Prostatahypertrophie insbesondere mittelst Kastration*. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, redig. v. Mikulicz u. Naunyn. I. B. I. H. 1895.

11) H. F. Tournal. *Cure radicale de l'Hypertrophie de la Prostate* (Thèse de Paris) 1895.

12) Prof. dr Küster. *Neue Operationen an Prostata und Blase. Prostatectomia lateralis*. Archiv für klinische Chirurgie von Langebenck B. XXII, 43, 1891.

13) Launois. *Annales des maladies des organ. gén. urin.* Nr. 10 r. 1894.

14) R a m m. *Hypertrophia prostatae behandelt mit Castration.* Centrbl. f. Chirurgie Nr. 35, r. 1893.

15) C. L a u e n s t e i n. *Die subcutanae Durchtrennung des vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie.* Centrbl. f. Chirurgie Nr. 7, r. 1896.

16) L. S z u m a n. *Leczenie przerostu gruczołu krokowego u starców za pomocą operacyi Ramm'a, przez Isnardi'ego zmodyfikowanej.* Nowiny Lekarskie, Nr. 1 i 2, r. 1896.

17) D-r K ö n i g. *Beitrag zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.* Centrbl. f. die Krankh. der Harn und Sexualorg. B. VI H. 8, 1895 r.

18) E. R e i n e r t. *Versuche über Organotheraphie bei Prostatahypertrophie.* Centrbl. f. die Krankh. der Harn und Sexualorgane B. VI, H. 8, 1895 r.

Z pracowni Anatomii Topograficznej i Chirurgii Operacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu.

II. Kilka doświadczeń¹⁾ na psach z przyrządem MURPHY'EGO.

Podał

K. Orzeł,

pom. prosektora przy katedrze chirurgii.

Mam zamiar przedstawić Szanownym Panom rezultaty, otrzymane w pracowni Chirurgii Operacyjnej tutejszego Uniwersytetu, przy stosowaniu na psach guzików M u r p h y ' e g o. Doświadczenia te były wykonane przez prof. M a k s y m o w a z moją pomocą.

¹⁾ Rzecz czytana na posiedzeniu W. T. L. w dniu 18 Lut. r. b.

Już oddawna dawały się odczuwać pewne braki w obecnie stosowanych metodach szwu kiszkiowego, a szczególnie ta okoliczność, że wszystkie te metody nawet w rękach pierwszorzędných chirurgów wymagają zbyt wiele czasu, co odbija się nader niepomyślnie na operowanym, grożąc mu zatruciem od chloroformu lub wstrząsem (shok) z powodu zbyt długiego otwarcia jamy brzusznej. Nic więc dziwnego, że już oddawna spory zastęp chirurgów skierował swą pomysłowość w tym kierunku, usiłując klasyczny szew zastąpić jakimkolwiek przyrządem, któryby zbliżając dwa odcinki jelita wypełniał swą rolę szybciej, nie tracąc nic na pewności działania. Z całego szeregu tego rodzaju pomysłów najwięcej w swoim czasie narobił wrzawy szew płytkowy S e n n'a, który jednak nie znalazł szerszego zastosowania z powodu zarzutów, że jest zbyt kłopotliwym, nie będąc zupełnie pewnym.

Pierwsze dane o przyrządzie M u r p h y'ego spotykamy w „New York Medical Record,” w 1892 r., gdzie autor przedstawia kilkadziesiąt doświadczeń wykonanych na zwierzętach ze znakomitą wynikiem. Wkrótce potem wzięto się w Ameryce z wielkim zapałem do wypróbowania tego przyrządu na ludziach przy najróżnorodniejszych operacjach jelitowych i, sądząc z amerykańskich statystyk, rezultaty były również świetne.

Przyrząd M u r p h y'ego składa się z dwóch połówek: męskiej i żeńskiej; części te, mające kształty grzyba, łączą się szyjkami i tworzą w ten sposób krótki cylinder z zaokrąglonymi kantami. Mechanizm tego przyrządu polega na tem, że dla złączenia obu części dość jest lekkiego ucisku, a dla rozłączenia trzeba je rozsrubować. Obie połowy przylegają do siebie dość szerokimi powierzchniami, uciskając tkanki między niemi zawarte; ucisk stały utrzymuje się za pomocą zręcznie umieszczonej sprężynki. Przez środek przyrządu przechodzi kanał, mający przepuszczać zawartość kiszki i gazy.

Przyrząd M u r p h y'ego bywa użyteczny w 4-ch rodzajach operacyj na trzewiach, a mianowicie: 1) przy łączeniu bezpośrednio odcinków rezekowanego jelita (end to end approximation); 2) przy wykonaniu bocznej anostomozy (side to side approximation); 3) przy implantacji jednego końca kiszki do bocznej ściany drugiego (end to side approximation) i 4) przy cholecystenteroanastomozach.

Technika zakładania guzików jest dość prosta i cokolwiek różna stosownie do tego, czy mamy do czynienia z cyrkularnymi połączeniami, czy też z anastomozami. Chcąc wykonać cyrkularne połączenie jelita (rezekcja), na jednym z końców rezekowanego jelita nakładamy szew kapciuchowy przez całą grubość jego

ściany. Szew ten zaczynając się na stronie przeciwległej do przyczepu krezki, po dojściu do tej ostatniej obejmuje ją w kształcie 8, a następnie powraca do punktu wyjścia. Po wprowadzeniu jednej połowy guzika wewnątrz jelita, naciągamy zlekka powyższy szew, dopóki ściana jelita nie obejmie ściśle szyjki guzika, poczem go zawiązujemy.

Gdy w ten sam sposób i z drugiej strony guzik został już założony, wkładamy męzką połowę przyrządu w żeńską i wykonujemy lekkie naciskanie, przyczem obie powierzchnie surowicze zbliżają się do siebie, aż do zetknięcia. Szew dodatkowy na błonę surowiczą jest zbyteczny.

Przy wykonaniu tą metodą anastomozy, cała różnica polega na tem, że szew kapciuchowy nakładamy równolegle do cięcia w jelicie, a nie przez rąbek jelita; czynimy to dlatego, ażeby ścianka jelita ściślej przylegała do szyjki przyrządu. Dalsze postępowanie jak wyżej. Tu tylko jeszcze zauważyć muszę, że bardzo ważną jest rzeczą, aby długość cięcia w jelicie nie przewyższała $\frac{2}{3}$ średnicy nakładanego guzika. Chociaż zwykle na pierwszy rzut oka wydaje się niepodobieństwem, aby przez tak mały otwór można było wprowadzić przyrząd, wobec wielkiej jednak rozciągliwości jelita udaje się to zazwyczaj bardzo łatwo. Zbyt wielkie cięcie powoduje perforację, jak to miało miejsce w 1-ym przypadku przez nas operowanym.

Cała procedura założenia guzika trwa zwykle nie dłużej nad 10 minut. Z tego punktu widzenia sposób *Murphy'ego*, dający możność nadzwyczaj szybkiego wykonania najróżnorodniejszych połączeń jelitowych bez pomocy szwu kiszkiowego, ma bezwątpienia pierwszeństwo przed innymi metodami, jakimi się posilkuje współczesna chirurgia operacyjna.

A jednak wynalazek ten, który w swej ojczyźnie wywołał tak wielką sensację, na kontynencie Europy doznał daleko gorszego przyjęcia. Podczas, gdy tej miary amerykańscy chirurdzy, jak *Willy Meyer* i *Joseph Price*, liczący na setki szczęśliwie dokonane przez siebie laparotomie i enterorrhaphie, twierdzą, że omawiane guziki są ostatnim wyrazem chirurgii jelit, że stworzą one nową erę w tej dziedzinie, europejscy przedstawiciele chirurgii zachowują się wyczekująco i zaledwie kilku z nich wypowiedziało dotychczas swój pogląd, zdaniem naszym zbyt sceptyczny; przyznają bowiem przyrządowi *Murphy'ego* wiele dowcipu, lecz obawiają się stosować go na ludziach, nie widząc gwarancji co do pewności działania. Ztąd więc na palcach policzyć można przypadki ogłoszone w Europie, gdy tymczasem w Ameryce liczba ich już dawno przekroczyła setkę. Sam *Murphy* zebrał w zeszłym

roku 170 przypadków stosowania swej metody na ludziach. Z tej liczby 140 wyzdrowiało, a 30 zmarło; gdy się jednak weźmie pod uwagę tę okoliczność, że tylko w 4-ch przypadkach śmierć nastąpiła wskutek niedokładności samego przyrządu, a w 24-ch była spowodowaną przez niezależne od tej metody powikłania, to procent śmiertelności, według słów autora, ograniczy się tylko do 2,3%. Bez wątpienia powyższy rezultat śmiało można nazwać świetnym i żadna z dotychczasowych metod szwu kiszkiowego, nie mogła się poszczycić tak dobrymi wynikami w początkach swego stosowania.

W Europie pierwszym, który wypowiedział swe zdanie o tym przyrządzie, był C h a p u t. Robiąc doświadczenia na trupach i zwierzętach podobno stwierdził, że cały przyrząd bardzo często z wielką trudnością przechodzi przez przewód pokarmowy, wywołując niedrożność na wzór kamieni żółciowych. Zarzutu tego nie powtórzył jednak żaden z późniejszych eksperymentatorów.

Dobre wyniki na ludziach otrzymał Villard, Pletner, Ullmann, Tomson, Trofimow; ujemne Zielewicz, Demous, Kaufmann i kolega Oderfeld w Warszawie. Przez wszystkich jednak powyżej przytoczonych chirurgów przyrząd Murphye'go był stosowany zaledwie w jednym, a co najwyżej w 2-ch przypadkach, ztąd też liczba ich jest zbyt mała, ażeby można było wyprowadzić jakiegokolwiek wnioski.

W Pracowni Chirurgii operacyjnej wykonaliśmy 10 doświadczeń na psach w celu zaznajomienia się z techniką operacji i charakterem zrostów, jakie powstają pod wpływem tego przyrządu. Doświadczenia te w zupełności potwierdzają te wyniki, o jakich głosi Murphy i inni eksperymentatorzy (Marwedel, Frey, Chaput, Pienski, Tomson).

Co do rodzaju operacji, to przyrząd Murphye'go był przez nas wypróbowany w 2-ch przypadkach bocznej entero-anastomozy, w 2-ch przypadkach entero-anastomozy według metody Braune'a i w 2-ch enterotomiach, rezekcyach i gastro-enterostomiach.

Z 10 operowanych psów 8 wyzdrowiało, a 2 zdechły. Śmierć nastąpiła w jednym przypadku wskutek zapalenia otrzewny, niezależnie od przyrządu, a w drugim wskutek przedziurawienia jelita w sąsiedztwie założonego przyrządu.

W tym ostatnim przypadku sekoya wyraźnie wykazała, że ujemny rezultat pochodził jedynie z tej przyczyny, że podczas operacji nie trzymaliśmy się ściśle przepisów, zalecanych przez autora, zrobiliśmy bowiem cięcie w jelicie (była to anastomoza) zbyt długie, tak że trzeba było je po włożeniu przyrządu zwęzić.

Na miejscu tego nadprogramowego szwu powstało następnie przedziurawienie. Psy znosiły wogóle operację bardzo dobrze; już na trzeci dzień otrzymywały swój zwykły pokarm: mleko, gotowane mięso, chleb i kielbasę. Oddawanie kału odbywało się bez przeszkody i w tych nawet okresach, gdy przyrząd znajdował się in situ. Przyrząd wychodził z kałem w różnych odstępach czasu, od 3-go aż do 12-go dnia po dokonanej operacji. Stwierdziliśmy przytaczany przez autora pomysł fakt, że okres wydalania przyrządu zależał od tego, na jakiej wysokości jelit był zakładany przyrząd: im niżej, tem prędzej wychodził nazewnątrz.

Pomiędzy obiema połowami wydalonego przyrządu, można było widzieć krążki zmartwiałego od ucisku jelita wraz ze ściągającą nitką.

Sekcya psów, które szczęśliwie przebyły operację, w parę tygodni po tej ostatniej dokonana, wykazała, że we wszystkich 8-iu przypadkach nastąpiły nadzwyczaj trwale zrosty jelit, w postaci wąskiej bliżenki, okrążającej komunikacyjny otwór. Woda, wpuszczona pod dużem ciśnieniem do rezekowanego jelita, nie była w stanie zrostów zniszczyć.

Mając zamiar nie ograniczać się na dotychczasowych doświadczeniach, a dalej je kontynuować, aby bliżej resp. pod mikroskopem zapoznać się z charakterem otrzymanych zrostów, mogliśmy już z dotychczasowych doświadczeń wyprowadzić następujące wnioski:

1) Cała procedura zakładania przyrządu *Murphy'ego*, czy to przy łączeniu jelit okrężnem, czy też przy bocznych anastomozach trwa nadzwyczaj krótko, bo tylko około 10 minut.

2) Technika rękoczynu jest bardzo prosta i łatwa, a co najważniejsza nie wymaga długiego ćwiczenia.

3) W tem miejscu, gdzie przyrząd był stosowany, nie znajdowaliśmy nigdy zwężenia światła jelita, a przeciwnie, często dość znaczne rozszerzenie.

4) Nekrotyzacja tkanek często ogranicza się tylko do tej wąskiej części jelit, która się dostaje pomiędzy dwie połowy przyrządu i nie przechodzi nigdy poza granice tego ostatniego.

5) Perforacya nastąpiła tylko w tym przypadku, gdzie zrobiliśmy zbyt wielkie cięcie w jelicie i gdzie z tego powodu musieliśmy nałożyć dodatkowy szew.

6) Im więcej zbliżyć obie połowy przyrządu, tem większy wywiera się ucisk na tkanki, tem szybciej następuje nekrotyzacya i ewentualnie tem szybciej następuje wydalenie przyrządu.

7) Szew dodatkowy L e m b e r t'a na powierzchni surowiczej jest zupełnie zbyteczny, jeżeli podczas operacji trzymać się ściśle przepisów autora.

8) Psy już bezpośrednio po operacji mogły przyjmować twarde pokarm.

9) Psy daleko lepiej znosiły operacje wykonane sposobem M u r p h y'e g o, niż innymi metodami. Ten ostatni wniosek pozwalamy sobie wyprowadzić na tej zasadzie, że jednocześnie były robione próby w pracowni w tych samych warunkach z innymi metodami szwu kiszkowego z bardzo ujemnym rezultatem (około 75% śmiertelności).

Na zasadzie tych danych i mając jednocześnie przed oczyma dość dużą już cyfrę przypadków zastosowania tego przyrządu, uwięzionych pomyślnym rezultatem, śmiało rzec możemy, że przyrząd M u r p h y'e g o jest znakomitym wynalazkiem w dziedzinie chirurgii jelit, mogącym rywalizować z innymi metodami szwu kiszkowego. W tych szczególnie przypadkach może się stać on niezbędnym, gdy chory znajduje się w stanie zapaści i gdy przedłużenie o kilkanaście minut operacji może rozstrzygać o życiu chorego.

Gożąco go też polecam uwadze kolegów, pracujących na prowincyi. W przypadku uwięzionej przepukliny ze zgorzelą kiszki lub w pewnych przypadkach urazowego uszkodzenia jelita, gdy zwłoka resp. odesłanie do najbliższego chirurga jest niemożliwe, dość jest ów przyrząd założyć kilka razy na zwierzęcej kiszce, aby go później z całą swobodą i szybkością zastosować na chorym.

W Warszawie guziki M u r p h y'e g o nabyć można u fabrykanta J o d ł o w s k i e g o.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

232. Prof. De Rinzi. **O zwolnieniu przemiany materji.** (*Wien. Medic. Presse Nr. 9, 10, 1896.*)

Grupa cierpień, zależnych od zwolnienia i zmniejszenia się spraw utleniania, czyli t. zw. przez autora choroby artrytyczne (otyłość, cukromocz, dna i skażenie szczawianowe) posiadają pewne wspólne a swoiste cechy: 1) mogą jednocześnie występować u jednego i tego samego osobnika; 2) pod względem dziedziczności mogą się wzajemnie zastępować; 3) usposabiają odpowiedniego chorego do tyrcia; 4) w ich powstaniu dużą rolę odgrywa siedzący tryb życia i obfity dowóz pokarmów. Z punktu widzenia klinicznego grupę tych cierpień cechuje szereg podobnych objawów.

1) Otyłość — jest to jedna z najstałszych oznak artrytyzmu; nawet ci diabetycy, którzy w danej chwili przedstawiają znamieny obraz wychudzenia, z pewnością jeszcze w początkach swej choroby, a może nawet przez szereg lat jej trwania posiadali duży zasób tłuszczu.

2) Nadmierne wytwarzanie kwasów (moczowy, szczawiowy, mleczny, oksymasłowy etc.); nie zawsze jednak to zjawisko występuje równolegle z rozwojem cierpień artrytycznych.

3) Bóle w stawach; autor w tem miejscu zaznacza, iż nie jesteśmy obecnie jeszcze w stanie napewno rozstrzygnąć kwestji, czy gościec stawowy przewlekły zaliczyć do cierpień artrytycznych, czy należy on do dziedziny innych chorób (np. nerwowych, jak utrzymuje Massalongo), czy też pod jego mianem ogólnem ukrywają się różne postacie; w każdym razie bóle stawowe, zależne od ogólnego stanu ustroju, przez autora artrytyzmem nazywanego, posiadają pewien swoisty obraz kliniczny.

4) Nadmierne wydzielanie potu; wyjątek pod tym względem stanowi wielomocz, gdyż tu ustrój traci ogromne masy płynu przez nerki; pot zazwyczaj odznacza się przykrą wonią, zależną od lotnych kwasów tłuszczowych, co się tłumaczy niedostatecznem spalaniem pierwiastków organicznych.

5) Wykwity skórne — najczęściej pod postacią plam (zazwyczaj okrągłych ciemno zabarwionych) lub łuszczycy.

6) Z szeregu objawów nerwowych autor wylicza: a) przelotne skurcze mięśniowe, wstrząsające nieraz całym ustrojem, dochodzące nieraz do ogólnych kurczów — występują one przeważnie tuż przed

zaśnięciem i najwybitniej u osób, dotkniętych skażeniem szczawianowem, kamicą wątrobową lub nerkową, b) drżenie zazwyczaj zamiarowe o bardzo szybkim tempie i prawie zawsze lewej ręki, c) bóle głowy, ogólne osłabienie zwłaszcza nóg, spotęgowaną wrażliwość i drażliwość odpowiednich osobników. Objawy nerwowe artrytyzmu po większej części i z największą siłą występują śród nocy, bo wtedy ustrój, będąc w bezwzględny spokoju, bardziej jeszcze jest narażony na skutki ogólnego cierpienia, jakim jest on dotknięty (wszystkie procesy utleniania odbywają się jeszcze wolniej, więc i samozatrucie łatwiej występuje).

Co się tyczy leczenia takich chorych, autor zaleca możliwą wstrzemięźliwość w jadle, spożywanie dużych ilości jarzyn (pokarm roślinny wytwarza w ustroju zasady, mięso zaś—kwasy), zabrania wszelkich węglowodanów, ostrzega przed serem (potęguje on kwasność uryny), nakazuje używania ruchu (zmniejsza on znacznie toksyczność krwi—Bouchard); wskazane jest wogóle to wszystko, co przyspiesza przemianę materii— a więc mięsienie, zabiegi wodolecznicze, kąpiele mineralne, elektryzacja, wdechanie tlenu (zwłaszcza przy diabeście i uremii— Bacelli), a z przetworów farmaceutycznych alkalia, jod i jego sole, spermina Poehla.

Ad. Lande.

233. D-r Richardière. **Zapad cukrzycowy.** (*L'union méd.* Nr. 14, 1896).

Najczęstszem zejściem cukrzycy, zwłaszcza w dziecięcym wieku, jest zapad (coma), który zazwyczaj kończy się śmiercią. Powody zapadu są bardzo rozmaite: zmęczenie mięśniowe, wstrząśnienia nerwowe, nadużycie opium, stosowanego przez czas dłuższy w celach leczniczych, zbyt ścisła dyeta mięsna i t. d. Zwiastunami zapadu są: zmniejszenie się ilości moczu i zjawienie się w nim acetonu, który czuć również w powietrzu, wydechanem przez chorego. Również zaburzenia trawienia poprzedzają często zapad, którego początkiem jest utrata świadomości; mięśnie są nieruchome, źrenica—rozszerzona, ciepłota znacznie zniżona, wdech—głęboki, wydech krótki, wydzieliny zawierają aceton. Taki stan trwa 1—2 dni, poczem chory umiera. Badanie pośmiertne nie wykazuje swobodnych zaburzeń zapadu. Znajdowano, co prawda, kropelki tłuszczu w naczyniach płucnych i przypuszczano, że one mogą powodować zatory w naczyniach ośrodków nerwowych;— lub zwyrodnienie szkliste nabłonka nerek, co miało jakoby sprowadzać zapad; lecz ani te objawy nie są powszechne, ani też tłumaczenie ich przekonujące. Najprawdopodobniej zapad jest skutkiem samozatrucia wytworami niezupełnego utlenienia. O jakie jednak ciała chemiczne chodzi w tej chorobie, trudno powiedzieć, przypuszczano, że o aceton, kwas krotonowy, oxybutyrowy mleczny i t. d. W myśl

przypuszczenia o zatruciu kwasami organicznymi stosowano, jakoby z dobrym wynikiem, duże dawki sody (20 — 30,0), zwłaszcza w okresie zwiastunów zapadu.

W. Miklaszewski.

234. Zabłudowski. **Leczenie przewlekłych chorób serca za pomocą mięsienia.** (*Wracz 14, 1896*).

Mechaniczne sposoby postępowania przy leczeniu chorób serca znajdują coraz większe zastosowanie.

Autor w chorobach tych zaleca mięsienie ogólne, wykonywane w sposób następujący: chory kładzie się na brzuchu; pod piersi podkłada się poduszka; masażysta siada z lewej strony chorego i posiedzenie swe rozpoczyna od uderzania w ciągu 1—2 minut kątem pięści po kręgosłupie; następnie, czterema palcami rąk rozciera plecy aż do zaczerwienienia skóry w kierunku od krzyża do karku, później zaś ugniata mięśnie pleców; dla podrażnienia nerwów czuciowych uciska się palcami okolice wyrostków poprzecznych kręgosłupa; dalej uciska się międzyżebra, zaczynając od kręgosłupa; nerwy karku pobudza się w ten sposób, iż dłoń obejmuje mięsień kapturowy i kilkakrotnie ścisną go przez zbliżanie i oddalanie palców; wreszcie masuje się łydki; oprócz tego zalecić można choremu w tej pozycji wykonywanie ruchów czynnych kończynami dolnymi, przyczem chory pokonywa opór stawiany mu przez masażystę. Po skończeniu mięsienia tylnej powierzchni ciała masuje się chorego w położeniu bocznem. W pozycji na wznak masuje się brzuch, szyję, kończyny górne i przednią powierzchnię dolnych. Przy mięsieniu krtani i tchawicy należy ująć omawiane narządy w sposób opisany przy mięsieniu karku i za pomocą drgań palców wywoływać w nich pewne wstrząśnienia. Posiedzenie kończy się mięsieniem górnych i przedniej powierzchni dolnych kończyn.

Opisany sposób mięsienia nadaje się jedynie do leczenia chorób serca niepowikłanych zbyt wybitnymi objawami niewyrównanej wady serca; przy obrzękach zaś, duszności i t. p. większą część opisanych zabiegów należy wykonywać w postawie siedzącej chorego. Za ogólne wskazanie do leczenia chorób serca za pomocą mięsienia, zdaniem autora, należy uważać te cierpienia w których wskazany jest spokój.

Nadmienić należy, iż w początkach leczenia okolicy serca masować nie należy. Wszelkie silniejsze wstrząśnienia i uciski klatki piersiowej wogóle źle oddziałują na chorych sercowych, sprowadzając nawet arytmie. Jedno posiedzenie, według autora, trwać winno 10 — 15 minut, cały zaś kurs leczenia 4 — 6 tygodni. Dodatkowo wyniki przy leczeniu chorób serca sposobem opisanym otrzymał autor w przypadkach nerwic, stwardnień naczyń wieńco-

wych, przerostów, przy niedomodze serca po influenzy, wreszcie w chorobie Graves'a.

Leon Gosztowtt.

235. Prof. Kisch. **Otyłość i cukrzyca.** (*Wien. medicin. Presse* Nr. 15, 1896).

Cukrzyca zjawia się dość często u dzieci otyłych, zwłaszcza z dziedzicznym usposobieniem do tycia (w 50% przypadków). W rodzinach, mających skłonność do otłuszczeń, jedni osobnicy tyją od lat najmłodszych aż do starości i cukromocz nie zjawia się u nich; inni chorują na cukrzycę, nie będąc otyłymi; inni wreszcie są otyli do pewnego wieku (30 do 40-go r. ż.), którego doszedłszy, zapadają na cukrzycę.

W 15% otyłości nabytej (nie dziedzicznej) zdarza się cukrzyca. Podług Seegen'a ten związek dwóch tych chorób jest w jednych przypadkach wyrazem pewnego usposobienia; w innych zaś otyłość jest jednym ze stopni rozwoju cukrzycy.

v. Noorden uznaje związek pomiędzy obydwoma chorobami tylko o tyle, o ile otłuszczenie wywarło swój ujemny wpływ na trzustkę wprost czy też pośrednio.

Autor zaś podkreśla zanik mięśni, towarzyszący nadmiernemu rozwojowi tkanki tłuszczowej i zmiany w wątrobie przy otyłości; bo mięśnie i wątroba głównie utrzymują w równowadze ekonomię cukru w ustroju. Pewne własności komórek, dzięki którym tłuszcz nie ulega należytemu spaleni i nagromadza się nadmiernie w tkankach, każą przypuszczać podobną racyę nieużywania cukru w ustroju.

W. Miklaszewski.

II. Choroby nerwowe.

236. Bechterew. **Nauka o neuronach i teoria wyładowań.** (*Die Lehre von den Neuronen und die Entladungstheorie.* *Neurolog. Centr.* Nr. 2, 3 1896).

Wnioski autora, wyprowadzone z 10-cio letniej pracy jego i jego uczniów nad zbadaniem ośrodków nerwowych na preparatach przygotowanych za pomocą metody Golgi'ego odnośnie do nowoczesnej nauki o neuronach (Ramon y Cajal, His, Forel, Kölliker, Waldeyer i inni) i teorii zetknięcia, są następujące.

Przedewszystkiem z małymi wyjątkami komórki ukł. nerw. ośrodkowego wyższych zw. ssących są jednobiegunowe, ponieważ prócz wypustek protoplazmatycznych posiadają tylko jeden wyrostek osiowy. Wyrostek osiowy, dając także wypustki boczne, albo po dłuższym przebiegu zamienia się we włókno nerwowe swobodnie zakończone (komórki ruch. Golgi'ego), albo rozdziela się wkrótce na drobne gałązki (kom. czuc. Golgi'ego). Są także formy przejściowe, w których wyrostek po części w początku dzieli się na wiele delikatnych gałązek, po części przechodzi we włókno nerwowe (Lenhossek w rdzeniu, autor w gwiazdowat. kom. mózdzku). Autor nie zdołał wykryć u człowieka ani u wyższych ssących komórek dwubiegunowych, bezbiegunowe zaś znane dotąd w bulbus olfactorius, wykrył nadto w karbach komórek Purkini'ego w mózdzku. Obadwa więc ostatnie rodzaje komórek uważa za rzadkość. Autor stwierdził dalej zgodnie z R. y Cajal'em, że wyrostki osiowe komórek ośrodków nerwowych i ich wypustki nie anastomozują z sobą, nie tworzą zatem sieci, jak sądził Golgi. Wyrostki osiowe, powstające z nich włókna, boczne rozgałęzienie wyrostków, końcowe gałęzie, na które rozpada się wyrostek osiowy - kończą się wszędzie swobodnie, a ponieważ wypustki protoplazmatyczne nie anastomozują (co już stwierdził Golgi wbrew Gerlachowi), wypada stąd, że komórki nerwowe, podobnie jak komórki innych tkanek, przedstawiają zupełnie odosobnione pierwiastki ustrojowe czyli neurony, które bezpośrednio, per continuitatem nie łączą się z sobą. Stwierdza więc autor zasadę nauki o neuronach. Włókna nerwowe samodzielnie nie istnieją, zawsze powstają one tylko z wyrostków komórek. Zatem jedynymi pierwiastkami nerwowymi ośrodków są tylko komórki, nadto neuroglia i naczyń. Podział komórek, dany przez Golgi'ego, stosownie do tego czy mają długi lub krótki rozgałęziający się wyrostek osiowy, na ruchowe i czuciowe jest bezpodstawny, gdyż komórki z długim wyrostkiem osiowym spotyka się w jądrach n. czuciowych, a na odwrót komórki z krótkim rozgałęziającym się wyrostkiem osiowym w okolicach ruchowych.

Różnica pomiędzy wzmiankowanymi komórkami polega tylko na tem, że komórki z długim wyrostkiem osiowym, skoro tenże przechodzi we włókno nerwowe, przenoszą pobudzenie nerwowe na inne komórki odległe; komórki zaś o krótko rozgałęziającym się wyrostkach osiowych przenoszą pobudzenie wprawdzie na małą odległość, lecz zato na cały naraz szereg pobliskich komórek, tak że możnaby je nazwać komórkami jednoczącymi (Vereinigungszellen). Takimi komórkami są komórki gwiazdowate mózdzku. Komórki bezbiegunowe, założone między wyrostki różnych komórek, mają prawdopodobnie znaczenie komórek pośredniczących w przenoszeniu pobudzenia z jednej komórki na drugą.

Każda droga nerwowa składa się z 2 — 3 lub więcej pierwiastków komórkowych pewnego typu, a w składzie pierwiastków, tworzących drogi przewodnictwa, dośrodkowe lub odśrodkowe, nie zachodzi żadna istotna różnica prócz kierunku wstępującego lub zstępującego wyrostków osiowych, od czego zależy kierunek zwyczajnie następujących w jednych i drugich drogach.

Wypustki protoplazmatyczne czyli t. zw. dendryty, służą, według autora, zgodnie z R. y Cajal'em, a przeciw Golgi'emu, nie tylko do odżywiania lecz i jako przewodniki, tak jak wyrostki osiowe. Za przykład tego służyć mogą dendryty komórek glomeruli olfactorii.

Stosunek oddzielnych komórek ze sobą wytwarza się za pośrednictwem przylegania końcowych rozgałęzień wyr. osiowych jednej komórki do dendrytów i ciała drugiej komórki (Ramon y Cajal). Tak się łączą tylne korzenie z komórkami szarej subst. rdzenia, włókna n. czuc. z komórkami ich jąder w mózgu, jądra podstawy mózgu i mózdzku z korą mózgową.

Taki sposób połączeń w ośrodkach jest najpospolitszy, tylko nie zawsze można stwierdzić przylegania. Częściej końcowe rozgałęzienia wyrostków osiowych znajdują się w najbliższym sąsiedztwie, lecz nie przylegają bezpośrednio do dendrytów i ciała komórki.

Są jeszcze inne stosunki między komórkami—za pośrednictwem dendrytów t. j., że dendryty jednej komórki komunikują z dendrytami drugiej.

Tak się łączą komórki dwustronnych rogów przednich rdzenia w przednim spoidle, w zrazie węchowym i t. d. Najdosadniejszy przykład dają komórki z 2—5 dendrytami w ziarnistej warstwie mózdzku. Dendryty te mają tępe zakończenia podobne do stopy ptasiej, które to zakończenia dendrytów jednej komórki z podobnymi zakończeniami drugiej tworzą łańcuch.

Być może, że i stosunek wzajemny wyrostków osiowych bywa rozmaity. Przynajmniej w korze mózdzku widział autor, że wyrostki osiowe, wstępujące z głębszej warstwy ziarnistej między komórkami Purkinje'go do warstwy molekularnej, były oplecione najcieńszymi rozgałęzieniami wyrostków osiowych komórek gwiazdowatych warstwy molekularnej.

Większość autorów jest zdania, że wyrostek osiowy jest przewodnikiem w kierunku odśrodkowym, resp. odkomórkowym, dendryty zaś w kierunku dośrodkowym, resp. dokomórkowym (R. y Cajal). Pozorny początek w nerwie czucia dałby się tem objaśnić, że włókna odcinka obwodowego w stosunku do zwoju uważałyby należało za zmodyfikowane dendryty dwubiegunowych komórek, włókna zaś odcinka dośrodkowego za wyrostki osiowe. Jako dowód anatomiczny służyć może nie tylko to, że włókna odcinka obwodowego nerwu czuciowego są grubsze w porównaniu z włók. odc. dośrodkowego, lecz dowodu dostarcza i historia rozwoju nerwów obwodowych. W jednobiegunowych komórkach zwojów międzykręgowych grubsza ich gałąź może być porównana z dendrytami, ośrodkowa, cieńsza gałąź—z wyr. osiow.; za czem przemawia to, że w pewnym okresie rozwoju komórki jednobiegunowe zwojów międzykręgowych u człowieka i ssących są dwubiegunowe, następnie przez skręcanie ciała komórki zbliżają się podstawą obu wyrostków i w końcu zlewają się z sobą, tworząc znaną figurę T. Przemawia to za powyższą hipotezą przewodnictwa, lecz sprzeciwia jej się spostrzegane przez autora w korze mózdkowej splątanie wyr. osiow. dwóch komórek. Z tego powodu ogranicza się

autor tymczasowo do twierdzenia, że wszędzie tam, gdzie wyrostki osiowe przylegają do dendrytów lub ciała innej komórki, przenoszą w kierunku odśrodkowym lub lepiej odkomórkowym.

Zdaniem autora przedwczesnem byłoby utrzymywać, że dendryty przenoszą tylko w kierunku dośrodkowym. Tak bywa powszechnie, lecz nie zawsze, boby nie można było zrozumieć znaczenia komunikowania dendrytów na podobieństwo ogniów w przednim spoidle rdzenia, niepojętem byłoby przewodnictwo pobudzenia w komórkach bezbiegunowych, posiadających tylko dendryty. Zdaniem autora dendryty, jak i samo ciało komórki, mogą przenosić w obu kierunkach, czego anatomicznym dowodem jest rozmieszczenie dendrytów ze wszystkich stron.

Przechodząc do sprawy rozprzestrzeniania się pobudzenia nerwowego z jednego neuronu na drugi, autor stwierdza ogólnie dziś przyjętą teorię rozprzestrzenienia pobudzenia nie per continuitatem, lecz per contiguitatem. Teorya obecna lepiej objaśnia prawa rozprzestrzeniania się odruchów, gdyż względnie do ilości stykających się wyrostków ulega zmianie opór przewodnictwa. Pamiętać jednak trzeba, że przyleganie wyrostków rzadko ma miejsce i dlatego nie należy zbyt uogólniać teorii zetknięcia. Z innego powodu nie można wyobrażać sobie, że po drodze przewodnictwa płynie strumień nerwowy, ten sam od początku do końca. Drogi przewodnictwa składają się z łańcucha neuronów, w każdym z neuronów powstaje pobudzenie, dopiero więc następstwa kolejne tych wzajemnych pobudzeń składają się na wytworzenie strumienia nerwowego. Przytem pobudzenia cząstkowe są w zależności przyczynowej od pobudzeń sąsiednich nerwów. Kwestye te wiążą się ściśle z istotą sprawy, która nazywamy pobudzeniem nerwowem. Autor wzmiankuje tylko, że przewodnictwu nerwowemu zawsze towarzyszy ujemne wahanie strumienia elektr. spółczesne z wyładowaniem energii nerwowej w neuronach. Można zatem na strumień nerwowy zapatrywać się jako na zmianę cząsteczkową, zachodzącą w całym szeregu następujących po sobie neuronów, której to zmianie towarzyszy wyładowanie energii. Podstawowym warunkiem wyładowania energii jest zmiana w jej napięciu, t. j. że w chwili przewodnictwa powstaje w każdej sąsiadującej parze neuronów różnica w napięciu energii, której następstwem jest wyładowanie energii z jednego neuronu w drugi. Jestto jakby szereg butelek lejdejskich wyładowujących się jedna w drugą, rolę zaś pierwotnego naładowania w tkance nerwowej odgrywa albo uwolnienie energii przez pobudzenie ośrodkowe lub przez pobudzenie obwodowych narządów percepcyi. Wynikiem pobudzenia jest więc naruszenie równowagi w napięciu energii sąsiednich neuronów, co stanowi źródło powstawania strumienia nerwowego. Wobec takich warunków wytwarzania strumienia nerw. nie jest niezbędnem bezpośrednio zetknięcie jednego neuronu z drugim, wystarcza bliskie sąsiedztwo zakończeń nerwowych jednego neuronu z ciałem lub wypustkami drugiego. Teorię wyładowań więcej uzasadniają fakty anatomiczne. Opór przewodnictwa, jakie napotyka rozprzestrzenienie pobudzenia nerw. zależy w części od liczby neuronów wchodzących w skład drogi przewodnictwa. Na tej podstawie łatwiej jest objaśnić prawa rozpowszechniania odruchów:

pobudzenie z n. czucia przenosi się na n. ruchu łatwiej po tej samej stronie, niż po drugiej, bo łuk zwrotny składa się w pierwszym przypadku z 2-ch, a w drugim przyp. najmniej z 3-ch lub więcej neuronów. Również rozprzestrzenianie odruchu na dalsze narzędzia ruchu spotyka opór większy, bo ma do przebycia 3 i więcej neuronów. Widzimy więc, że i fakty fizyologiczne przemawiają na korzyść teorii wyładowania.

Co do ruchów amoeboidalnych, które M. Duval przypisuje końcowym rozgałęzieniom wyrostków osiowych, a na mocy których wydłużanie się lub skracanie wyrostków osiowych objaśniałoby wpływ nawyku i ćwiczenia, jako też wpływ środków podniecających i hamujących na czynności nerwowe, autor nie odrzuca ich możliwości, żąda tylko więcej dowodów. Ruchy wyrostków stanowiłyby jeden jeszcze warunek pobudzenia zgodny z teorią wyładowania. Na mocy poprzedzającego przewodnictwo pobudzenia nerwowego przedstawia się w sposób następujący: impuls z komórki rozprzestrzenia się po wyrostku osiowym do jego końcowych rozgałęzień, z których na stykające się z nimi lub blisko leżące ciało innej komórki lub jej dendryty działa przez indukcję, wywołując pobudzenia w tej następnej komórce i t. d., a ponieważ każda z dróg przewodnictwa składa się z szeregu neuronów, powstają więc w sposób już podany strumienie nerwowe w kierunku odśrodkowym lub dośrodkowym.

Z głównej drogi pobudzenie przez boczne wypustki może się komunikować i innym okolicom ukł. nerwowego. W anatomicznym związku z kwestyą rozprzestrzeniania się pobudzenia jest wykazany za pomocą Golgi'ego układ zstępujący w n. czuciowych. Zdaje się on istnieć we wszystkich n. czucia. Ponieważ przewodnictwo w nim odbywa się w kierunku odśrodkowym, mniema zatem autor, że jest on podkładem anatomicznym objektywacyi wrażeń, t. j. projekcyi ich na zewnątrz.

Ponieważ metoda Golgi'ego nie wykryła istotnych różnic w budowie pierwiastków nerwowych ośrodkowych, któreby różnorodne czynności objaśnić mogły, przeto autor skłonny jest szukać jakościowej różnicy wrażeń w narządach obwodowych zmysłów. Wiadomo, że n. czucia na obwodzie wchodzą w styczność z bodźcami zewnętrznymi za pośrednictwem specjalnych narządów nabłonkowych, których rola nie tylko ogranicza się do ochrony zakończeń nerwowych, lecz które służą nadto do zmiany fizycznej postaci zewnętrznego bodźca na taką, któraby była w stanie wywiązać w nerwie fizyologicznym proces pobudzenia.

Nie wiadomo, w jaki sposób fizyologiczny proces pobudzenia przetwarza się w proces psychiczny, nie mniej wszakże jedynym źródłem procesów psychicznych są owe fizyologiczne pobudzenia na obwodzie. Jednym słowem, zdaniem autora, istotne jakościowe różnice percypowanych wrażeń zmysłowych są zależne nie od różnicy w budowie ośrodków, lecz od charakteru powstających na obwodzie drgań i od odmiennych właściwości pobudzenia nerwowego, jakie dochodzi do ośrodków.

Charakter pobudzeń odśrodkowych tem się chyba różni od dośrodkowych, że pobudzenie wychodzi z ośrodków. Skutek tego

pobudzenia zależy również od stosunku odśrodkowych przewodników nerwowych do pierwiastków innych tkanek (mięśni, gruczołów), czyli także od warunków anatomicznych na obwodzie.

Rzeczniowski.

237. Spillmann i Etienne. Zapalenie nerwów rozsiane w ostrem i podostrem zatruciu rtęcią. (*Revue de Med. Nr. 12, 1895*).

Heller. Przyczynki doświadczalne do rtęciowego rozsianego zapalenia nerwów. (*Deut. med. Woch., Nr. 6, 7 1896*).

Cierpienia nerwowe, spowodowane przez przewlekłe zatrucie rtęcią są znane od dość dawna i niejednokrotnie już były przedmiotem dość szczegółowych opisów, przypadki natomiast zatrucia ostrego, dotyczącego przeważnie układu nerwowy obwodowy są rzadkie i niedokładnie zbadane.

Leyden był pierwszym, zdaje się, klinicystą, który w r. 1893 widział zaburzenia ruchowe i czuciowe, jakie wystąpiły u chorego syfilityka wskutek leczenia rtęcią. Leyden, rozpoznając w tym przypadku polyneuritis mercurialis opierał się na badaniach doświadczalnych Letulle'a, który u szeregu zwierząt przez zastrzykiwanie soli rtęciowych wywołał ostre zapalenie nerwów, stwierdził fakt ten drobnowidzowo, lecz klinicznego obrazu cierpienia tego nie otrzymał, albowiem zwierzęta szybko zdychały.

Pomijając niepewny przypadek Gilbert-Nolda (prawdopodobnie był to neurotabes alcoholica), dopiero Spillmann i Etienne trzema nowymi spostrzeżeniami wzbogacili szczerpy zakres naszych wiadomości w tym względzie. Oto w streszczeniu historia tych przypadków.

1) U 35 l. wyrobnika, dotkniętego rzeźączką, po kilkunastu dniach obfitego zażywania przetworów rtęciowych (jakiś syrop i „dragées”) zaleconych mu przez pewnego aptekarza (!), autorzy znaleźli: zupełną niemoc kończyn dolnych i górnych (prawa ręka nieco mniej zajęta), dotkliwe bóle samoistne we wszystkich członkach i w okolicy nerek z obostrzeniami pod postacią prawdziwych „crises” przy najłżejszem nawet dotknięciu, odruchy nieco zmniejszone, mięśnie wiotkie, w stanie wyraźnego zaniku, ale bez odczynu zwyrodnienia; białkomocz, duże ilości rtęci w ślinie i mozu, nadto swoiste zapalenie dziąseł, rozwolnienie i wymioty.

2) 25 l. komiwojażer z początkami gruźlicy, dotknięty szankrem twardym otrzymał 160 pigulek protojoduretu, 3 grm. jodku potasu i 11 weierań; po kilku tygodniach wystąpiły pierwsze objawy pod postacią potów zlewających i bólów tępych w kończynach dolnych, a po 3 miesiącach chory z wybitnym swoistym „stomatitis” przybywa do szpitala; zanotowano: błądzość ogólną i wyniszczenie, dotkliwe bóle przeszywające w rękach, nogach i „epigastrium” z chwilowymi obostrzeniami zwłaszcza przy często

występujących drganiach włókienkowych, mrowienie w rękach; zdolność ruchowa mocno upośledzona, chód niepewny, wahadłowy, wyraźny zanik umięsienia, zwłaszcza po stronie prawej, bez odczynu zwyrodnienia, odruchy kolanowe zniesione; nieznaczny wysięk wokół brodawki ocznej prawej.

3) 33 l. nadzorca robót, fizycznie i umysłowo wyczerpany, od 3 miesięcy dotknięty zakażeniem syfilitycznym, nie leczony specyficznie, po wystąpieniu dopiero objawów drugorzędnych ma sobie zalecone zastrzykiwanie śródmięśniowe z octanu tymolowego rtęci co 8 dni, nadto chinę i kąpiele siarczane. Po szóstej iniekcji występuje zapalenie dżąsł, lekkie rozwołnienie, dotkliwie bóle w łydkach i udach, zmniejszenie czucia (na dotyk) w nogach; w moczu ślady białka i sporo rtęci.

We wszystkich trzech przypadkach po przerwaniu odpowiedniego leczenia zwolna ustępowały objawy cierpienia i chorzy względnie powracali do zupełnego zdrowia. Najciekawszym jest jednak przypadek pierwszy, albowiem najwyraźniej wskazuje na przyczynę zapalenia nerwów, gdyż w wywiadach niema kiły, jak to w innych dotąd opisywanych przypadkach miało miejsce.

Autorzy, idąc za przykładem Letulle'a, starali się u królików i świnek morskich sztucznie sprowadzić wieloogniskowe zapalenie nerwów, ale bez pomyślnego wyniku.

Szcześniejszym od swych poprzedników był Heller. Zastrzykawszy królikowi dwukrotnie 0,012 grm. sublimatu i odpowiednimi środkami utrzymując go przy życiu, H. otrzymał bardzo wyraźny obraz kliniczny omawianego cierpienia; autor szczegółowo opisuje zaburzenia ruchowe (porażenie z przykurczeniami), czuciowe (początkowo jakby nadczułość, potem znieczulenia) i odżywece (wypadanie włosów, odleżyny, utrata pazura), a następnie wyniki badania drobnowidzowego pośmiertnego. To ostatnie wykazało makroskopowe zmiany w narządach wewnętrznych, charakterystyczne dla ostrego zatrucia rtęcią i rozległe a bardzo wyraźne zwyrodnienie obydwóch pni m. kulszowego, wielu gałązek nerwów obwodowych (zwłaszcza tam, gdzie najwydatniej wystąpiły zmiany odżywece) oraz korzonków (przedewszystkiem czuciowych) z mlecza występujących. Zmiany te przeważnie można było dopiero pod drobnowidzem zauważyć. Ośrodki nerwowe były nie naruszone. Jednego królika, dotkniętego tem cierpieniem, autor demonstrował na posiedzeniu towarzystwa medycyny wewnętrznej w Berlinie. W dyskusyi, jaka się z tego powodu wywiązała, zauważył między innymi prof. Lewin, iż na 80,000 chorych, którym w klinice jego zastrzykiwano podskórnym sublimat, tylko dwa razy spostrzegał objawy, do pewnego tylko stopnia nasuwające podejrzenie na ostre zapalenie nerwów obwodowych (drżączka rąk, porażenie n. peronei); mniema on jednak, że tego rodzaju przypadki mogą być częstsze (dawniej, nigdy nieznano jeszcze całej tej kwestyi, w przebiegu leczenia rtęciowego notowano nieraz pojedyncze objawy, które możnaby było doprowadzić pod omawiane cierpienie), a jeżeli statystyka tabetyków Fourniera wykazuje 93% syfilityków, to być może, iż pozostaje to zjawisko do pewnego

stopnia w związku z niezwykle nadużywaniem przezeń przetworów rtęciowych.

Prof. Remak zapatruje się bardzo sceptycznie na całą sprawę.

Bądź jak bądź, widzimy, iż układ nerwowy niektórych osobników, czy to wskutek dziedziczności, wyczerpania, czy też idyosynkrazyi niezmiernie jest wrażliwy na działanie rtęci; okoliczność tę należy mieć na widoku, aby, gdy się tego rodzaju bynajmniej nie obojętne leczenie zaleca, bezwarunkowo je przerwać, jeżeli się pokażą pierwsze zwiastuny tego niepożądanego powikłania.

Ad. Lande.

238. L. Bouveret. **O rozmiękczeniu dokoła guzów mózgowia.**
(*Lyon médical. Nr. 14, 1896*).

W szeregu towarzyszących guzom mózgowia obrażeń wtórnych jednym z najważniejszych jest rozmiękczenie istoty tego narządu, które, zależnie od ucisku i zagłady (*obliteratio*) naczyń, powstaje na obwodzie nowotworu i szerzy się w okalających tenże tkankach zdrowych, poddając przeistoczeniu przestrzenie, nieraz nader rozległe. Ta następcza sprawa chorobowa wespół z krwotokiem wywołuje, stosownie do swego umiejscowienia, zaburzenia natury ruchowej albo czuciowej, t. j. jedyne niekiedy dostrzegalne za życia objawy, jak udar lub porażenie, i bywa przyczyną obostrzeń w powolnym zazwyczaj i skrętym częstokroć przebiegu nowotworów mózgu. Jako przyczynek do omawianej sprawy, autor przytacza spostrzegany przez siebie w ciągu 6-iu tygodni przypadek, dotyczący 49-letniej nalogowej kobiety, która cierpiała od trzech miesięcy na wzmagającą się stopniowo trudność przy chodzeniu, osłabienie ogólne i obłąd, głównie za folie *du doute* uznany. Po upływie dni dziesięciu od chwili umieszczenia chorej w szpitalu stwierdzono objawy porażenia twarzonego ze strony prawej, uwydatniające się dni następnych coraz bardziej, nieco zaś później — porażenie prawego ramienia, dość, wprawdzie, niezupełne i zmienne, do tyła jednak wydatne, że chora nie była w możności podnosić barku samoistnie ku górze. Na mocy przeto danych tego rodzaju oraz po uwzględnieniu wywiadów rozpoznano w owym przypadku nowotwór zrazu czołowego lewego, rozwijający się przypuszczalnie w kierunku ku tyłowi. Jakoż na oględzinach pośmiertnych znaleziono w mózgu glejak podkorowy, wielkości małego naczcha, który, będąc umiejscowiony w istocie białej, zajmował wszakże całkiem odmienną część narządu, a mianowicie odcinek górny drugiego zawoju skroniowego wraz z przylegającemi doń częściami zawojów potylicowych półkuli lewej. Guz ten, jak dokładnie przekonać się było można na przekrojach, był punktem wyjścia dla obszernego ogniska rozmiękczenia, które, zwyrodniając ośrodek kolisty (*centrum ovale*), dochodziło ku przodowi do części dolnej i środkowej okolicy *Roland'a*.

Sprawa zatem chorobowa postępowała tu od tyłu ku przodowi, sięgając w ten dopiero sposób strefy ruchowej, a nieodwrotnie, jak za życia zmarłej błędnie mniemano, na czem jednak nie cierpi wartość samego spostrzeżenia, które przekonywa pouczająco, że objawy porażenia zależne być mogą nie tylko od wytworzenia się w mózgu nowotworu, lecz, i niekiedy jedynie tylko, od okalającego tenże ogniska rozmiękania. Ztąd łatwo już wytłómaczyć sobie napotykanę dawniej sprzeczności co do nauki o umiejscowieniu ośrodków mózgowych; znajdowano bowiem np. guz, bardzo daleko od okolicy, przyjętej za ruchową, wyrosły, który pomimo to wywoływał za życia osobnika zaburzenia natury ruchowej. A. mniema, że w takich przypadkach niewątpliwie przeoczono opasujące nowotwór rozmiękanie lub nie zajmowano się wcale dokładnem jego granic zbadaniem, co jednak ważnem jest niezmiernie przy postawieniu rozpoznania, a trepanacya, za pomocą której usuwa się dziś z powodzeniem powierzchowne, ściśle ograniczone i niewielkie guzy mózgowia, opartą być przecie musi na właściwem rozpoznaniu przedwstępnem, które, mówiąc nawiasem, w późniejszym okresie cierpienia stanowi zadanie bardzo trudne. Bo i jak daleko np. znaleziono by się od siedliska guza, gdyby, kierując się w danym przypadku obecnością prawostronnego porażenia twarzy i barku, wykonać trepanacyę w części środkowej okolicy Roland'a! Należy zatem w ocenie powstających objawów chorobowych uwzględnić nietylko przypuszczalne siedlisko nowotworu, lecz i wpływ powstających następczo zmian wtórnych. Jeżeli porażenia jednostronne stanowią w obrazie klinicznym przypadku objaw wczesny, jeden z pierwszych, wówczas staje się bardzo prawdopodobnem, iż guz wytworzył się w sąsiedztwie bezpośredniem okolicy ruchowej mózgu, w przeciwnym zaś razie, przy długotrwałym okresie poprzedzającym o ogólnych tylko, jak zawroty, bóle głowy i t. p. objawach, wystąpienie późne porażen słuźniejszej odnieść wypadnie nie na karb nowotworu, a zającia części mózgowia pasem rozległym rozmiękania obwodowego.

K. Niedzielski.

III. Choroby wieku dziecięcego.

239. Filatow: **Ostry bezład (ataxia) u dzieci.** *Dietskaja Medicina* Nr. 3, 96 r.

Ostry bezład czyli zaburzenie koordynacyi, rozwijające się w przeciągu kilku dni lub tygodni, zdarza się wogóle rzadko, a w szczególności w wieku dziecięcym. Bezład najczęściej rozwija się w kończynach dolnych i w ciężkich przypadkach prowadzi do niemożności stania lub chodzenia.

W podręcznikach dla chorób dziecięcych o ostrym bezładzie nawet nie wspomina się, w podręcznikach zaś dla chorób nerwowych bywa opisywany albo jako pseudo-tabes, albo jako tabes peripherica. Nazwa pseudo-tabes oznacza tylko, że bezład w podobnych przypadkach zależy jest nie od zmian w tylnych pęczkach, a od innej przyczyny, a tabes peripherica stawia bezład w zależności od zmian w nerwach obwodowych; choć to nieda się powiedzieć o wszystkich przypadkach ostrego bezładu.

Ostry bezład ze względu na etyologię może być podzielony na 3-y grupy:

1) Pseudo-tabes toxica—najczęściej zdarza się u dorosłych, a za to bardzo rzadko u dzieci i zależy od zmian w nerwach obwodowych, na skutek chronicznego zatrucia alkoholem, arsenikiem, rtęcią i t. p. Daleko częściej u dzieci zdarza się:

2) Pseudo-tabes infectiosa, która powstaje po ostrych zakaźnych chorobach (tyfus, ospa, szkarlatyna, nieraz i przymiot), a najczęściej po błonicy, którą zwykle powodują charakterystyczne bezwładny, a nieraz i bezład, zależny od zmian w nerwach obwodowych i ośrodkowych.

3) Trzecią grupę stanowią przypadki bezładu, które mają charakter neurozy. W podobnych przypadkach nie mamy żadnych objawów, przemawiających za zmianami w nerwach obwodowych lub w układzie nerwowym obwodowym. Do tej grupy należy t. z. ataxia hysterica i bezład pochodzenia odruchowego. Te ostatnie są szczególnie ważne pod względem praktycznym, gdyż dobre rozpoznanie daje nam możliwość oddziaływania bezpośrednio na samą przyczynę resp. otrzymania szybkiego wyzdrowienia. Na mocy danych z literatury jako najczęstszą przyczynę bezładu odruchowego należy uważać podrażnienie organów płciowych, a mianowicie przez samogwałt i stulejkę.

Henoch w podręczniku swoim przytacza przypadek bezładu wskutek samogwałtu u 7-letniego chłopca, który się oddawał nałogowi już od 5-ju lat i w końcu doszedł do tego, że bez pomocy cudzej nie mógł chodzić, cierpiał na bezsenność, oddawał moc pod siebie i t. p. Wszystkie te objawy ustąpiły po miesięcznej kuracji ciepłymi kąpielami i po wstrzymaniu się od samogwałtu.

Że stulejka prowadzi nieraz do bezwładny kończyn dolnych, o tem wiadomo z literatury, ale nieraz obserwowano i pseudo-tabes wskutek stulejki. Hunt obserwował u 6-letniego chłopca bezładny kończyn dolnych, który zupełnie ustąpił po usunięciu stulejki (circumcisio); podobny przypadek i z podobnym rezultatem po operacji obserwował i Levis Sayre.

4) Do czwartej wreszcie grupy odnoszą się przypadki ostrego bezładu pochodzenia ośrodkowego, wskutek uszkodzenia tej lub innej części mózgu. Od jakiej jednak części zależy jest bezład, powiedzieć trudno, ponieważ ostatni wywołany być może porażeniem różnych działów mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych. Z ośrodków koordynacji, zarządzających prawidłowością ruchów najbardziej są znane: kora mózgowa, mózdzek, most Warola i opuszka (medulla oblongata), choć nie ulega wątpliwości, że i inne części mózgu mają wpływ na koordynację. Z tego też powodu przy

określaniu pochodzenia bezładu należy zwracać uwagę na charakter bezładu, objawy współistniejące i momenty przyczynowe.

Bezład korowy charakteryzuje się tem, że bywa zwykle jednostronny (dwustronny bez idyotyzmu bywa bardzo rzadko), rozwija się szybko, zajmując kolejno oddzielne ośrodki (kończyny dolne, górne i wreszcie nerw twarzowy), przyczem rozwijają się i inne objawy porażenia kory (padaczka korowa, bezwładny, niemota i t. p.). Bezład mózdkowy wywołuje zawroty głowy tak, że chory przy chodzeniu robi wrażenie pijanego. w pozycji jednak leżącej wykonywa ruchy prawidłowo i bez bezładu.

Bezład opuszkowy obejmuje zwykle wszystkie kończyny, przyczem występują i inne objawy opuszkowe. Bezład rdzeniowy charakteryzuje się chronicznym rozwojem, zaburzeniami czuciowymi, utratą odruchów ścięgnistych i t. p.

Objawy ostrego bezładu po największej części odpowiadają obrazowi zapalenia nerwów obwodowych (polyneuritis). Rokowanie zwykle bywa dobre, gdyż najczęściej po kilku tygodniach, a nawet miesiącach następuje wyzdrowienie, choć z drugiej strony zdarzają się przypadki śmiertelne, np. po błonicy wskutek porażenia serca.

Przy leczeniu zwrócić należy uwagę na przyczynę. Przy ataxia toxica — powstrzymać od użycia alkoholu, rtęci i t. p. Przy ataxia infectiosa położyć nacisk na dobre odżywianie, świeże powietrze szczególnie u rekonwalescentów. Przeciw porażeniom od zapalenia nerwów — masaż (jeżeli niema bolesności nerwów i mięśni), elektryzacya i kąpiele. Z lekarstw T-ra nucis vomicae po 3—5 kropel (od 4 do 9 lat) 3 razy dziennie.

Do grupy czwartej bezładów zalicza autor i przypadek własny, który w krótkości przedstawia w sposób następujący. We wrześniu 95 r. przybyła na oddział autora 7-letnia dziewczynka z powodu ogólnego osłabienia: chora nie mogła ani siedzieć, ani stać, ani chodzić. Wywiady nie wykazywały ani przymiotu, ani suchot, ani też żadnych chorób nerwowych w rodzinie. Do maja 95 r. dziewczynka była wogóle zdrową, w maju zachorowała na koklusz, a następnie w lipcu niby na zapalenie opon mózgowych gruźlicze (rozpoznawane przez lekarzy); ale wbrew takiemu rozpoznaniu dziewczynka po 6 tygodniach wyzdrowiała, pozostała tylko niemożność siedzenia, stania i chodzenia (wszystkie wogóle ruchy były ociężałe i bezładne), co zmusiło rodziców do oddania chorej na oddział autora, — gdzie skonstatowano stan następujący: Chora budowy średniej; skóra i błony śluzowe normalnego zabarwienia; gruczoły chłonne nie powiększone; kościec sformowany normalnie; czaszka symetryczna; organy trawienia, płuca i serce — normalne; śledziona i wątroba nie powiększone. Ze strony układu nerwowego uderza przede wszystkim niemożność utrzymania równowagi. Siła rąk i nóg — normalna; ruchy wszystkie w pozycji leżącej wykonywa chora prawidłowo, przy niektórych tylko występował bezład. Czuć mięśniowe zachowane. Czuć bólowe i dotykowe normalne. Odżywianie mięśni normalne. Odruchy kolanowe wzmożone. Pobudliwość elektryczna nieznacznie zmniejszona na kończynach dolnych. Odruchy podeszwowe — żywe;

odruchy skórne wywołują się łatwo. Źrenice reagują normalnie. Słuch i wzrok normalny. Mowa monotonna, skandowana. Nastroj psychiczny normalny. Nerwy czaszkowe w porządku. Bólu głowy niema. Sen dobry. Przy ucisku nerwy obwodowe i mięśnie bezbolesne.

Rozpoznanie w przytoczonym przypadku jest bardzo trudne, tembardziej, że dany przypadek nie daje się podciągnąć pod żadną kategorię bezładu ośrodkowego. Niektórzy przeto neurologi rozpoznawali w przypadku autora bezład pochodzenia obwodowego, brak jednak takich objawów, jak: 1) obniżenie czucia w zajętych kończynach, 2) utrata odruchu kolanowego, 3) bolesność nerwów i mięśni przy ucisku, 4) osłabienie siły mięśniowej, 5) zanik mięśni, 6) porażenie nieraz nerwów czaszkowych, 7) bóle strzelające w kończynach na początku choroby, 8) szybki rozwój bezładu i nieraz zupełne wyzdrowienie—skłania autora do przypuszczenia, że bezład w danym przypadku był pochodzenia ośrodkowego z możliwym jednak zaburzeniem nie w samych ośrodkach koordynacji, a w drogach asocjacyjnych.

Ze nie wszystkie przypadki ostrego bezładu po chorobach zakaźnych są pochodzenia obwodowego, o tem przekonywają nas stwierdzone sekcyją rozrzucone ogniska zapalne w rdzeniu. Nieraz ostra forma bezładu przechodzi w chroniczną z objawami sclerosis multiplex, co skłoniło Westphal'a do przypuszczenia, że zaburzenia nerwowe po chorobach zakaźnych powstają właśnie wskutek rozsianego zapalenia rdzenia; nie wszystkie jednak bezłady kończą się śmiercią, nawet częściej wyzdrowieniem, należy więc przypuszczać, że nie zawsze dochodzi do zniszczenia włókien, a nieraz kończy się tylko na nacieczeniu, które z czasem wysysa się.

Chora autora wypisała się ze znacznym polepszeniem i była wogóle na drodze do wyzdrowienia, choć ostateczny wynik nie jest autorowi wiadomy.

Autor absolutnie odrzuca obwodowe pochodzenie bezładu w swoim przypadku, a na mocy wywiadów przypuszcza, że dziewczynka zachorowała najprawdopodobniej na meningitis cerebrospinalis, który się skończył wyzdrowieniem, z czasowem jednak uszkodzeniem niektórych miejsc rdzenia i mózgu (zaburzenia w mowie), ale dokładnie określić tych miejsc autor nie jest w możności.

E. Dytel.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

Nowe środki lecznicze.

240. **Mydrina.** Mydrina jestto połączenie dwóch alkaloidów, rozszerzających źrenicę: eferyny i homatropiny. Mydrina jest

białym proszkiem, łatwo rozpuszczającym się w wodzie; wodne roztwory są bardzo trwałe.

Własności efedryny, jako środka rozszerzającego źrenicę, były już od lat wielu znane; w ostatnich czasach prof. d-r Geppert z Bonn zbadał nanowo fizjologiczne własności tego środka przyczem przekonał się, że efedryna jest tylko słabym mydriaticum i że działanie jej szybko przechodzi. Przez dodanie jednakże nieznacznej ilości homotropiny mydriatyczne własności eferyny znacznie się wzmagają, rozszerzenie jednak źrenicy trwa również krótko, jak i po samej efedrynie.

Kliniczne badania nad tym nowym preparatem przeprowadził d-r Groenomo z Wrocławia. Zazwyczaj używa się 10% roztworu mydryny. Po wpuśczeniu do worka łącznicowego człowieka 2—3 kropel tego roztworu po 8 minutach zaczyna się źrenica rozszerzać i maximum rozszerzenia dosięga po 30 — 34 minutach, po godzinie znowu zaczyna się kurczyć, by po 4—6 godzinach do pierwotnego stanu powrócić. D-r Groenomo wyraża się o tym środku bardzo przychylnie i zaleca go w celach dyagnostycznych. (Deut. Med. Woch. Nr. 10, 1895).

241. **Formina.** $C_6 H_{12} N_4$. Jestto krystaliczny proszek łatwo rozpuszczający się w wodzie, trudno zaś w wyskoku, odczynu zasadowego.

G. Bardet dowiódł, że formina nawet w wysokich dawkach nie działa trująco na zwierzęta i in vitro, podobnie jak piperazyna, z wielką łatwością rozpuszcza kwas moczowy i sole jego. Niezależnie od Bardeta, A. Nicolaier wykrył, że formina posiada własność rozpuszczania kwasu moczowego i ochrzcił ten preparat nazwą „urotropinum.” Podług Nicolaier'a po zażyciu forminu rozpuszcza się kwas moczowy w moczu, bez zmiany kwaśnego odczynu wydzielin. Dawki od 1,0—1,5 forminu działały moczopędnie i doskonały wpływ wywierały na chorych, dotkniętych skazą moczową. Podług zapewnień niektórych autorów nowy ten środek ma mieć i bakteryobójcze działanie, wskutek czego wskazanym będzie w niektórych chorobach dróg moczowych.

Formina podaje się zazwyczaj w wodnym roztworze:

Rp. Formini	10,0
Aq. destill.	150,0

MDS. 1—1½ łyżki stołowej rano w szklance wody.

242. **Chininum dihydrochloricum purissimum.** $C_{20} H_{24} N_2 O_2 \cdot 2HCl$. Preparat ten przedstawia się pod postacią białych kryształów w kształcie igieł, rozpuszcza się z łatwością w wodzie i w wyskoku. Lubinger zaleca podskórne wstrzykiwania z tego środka u dzieci w kokluszu, którym w żaden inny sposób preparatów chininy podawać nie można. Chininum dihydrochloricum zastrzykuje się dwa razy na dzień w okolicę grzbietu, zastrzykuje się bardzo wolno i pobudza wessanie płynu przez mięsienie. Co się tyczy dawki to wynosi ona tyle decigramów chininy ile dziecko lat liczy, u dzieci wątłych nieco mniej.

Dodatni skutek kuracyi uwidocznia się w zmniejszeniu się liczby napadów, w mniejszem ich natężeniu, oraz w poprawie stanu ogólnego.

Przepisuje się na następujący sposób:

Rp. Chin. dihydrochl.

puriss. 2,5 — 3,0

Aq. destill. 10,0

MDS. Ad injectionem.

H. K.

243. D-r Hoffman opisuje **przypadek paramyoclonus multiplex** na gruncie histerycznym, który wystąpił u 16-letniej dziewczyny po śnie przestraszającym. Chora po stosownej kuracji wyleczoną została. Na uwagę zasługuje tu okoliczność, że choroba wystąpiła po śnie przestraszającym, gdyż przyjmują ogólnie, że sny nawet najstraszniejsze przechodzą bez ujemnego wpływu na zdrowie. (Deut. Med. Woch.).

244. **O wartości rozpoznawczej i leczniczej punkcji łądźwiowej.** Na 14 kongresie internistów niemieckich (w Wizbaden 8—18 b. m.) podniesiono kwestyę punkcji łądźwiowych. D-r Lenhartz (z Hamburga) zakomunikował na zasadzie 230 punkcji następujące dane. Ilość płynu, otrzymanego drogą przekłócia (pom. 2—4 kręgiem łądźwiowym) wahała się między 20—50 C³; płynu zazwyczaj było więcej w przypadkach ostrych. Zawierał on do 0,25^{0/100} białka w przypadkach zakaźnych i do 2—4% w przyp. guzów mózgowia i apopleksji surowiczej. Ciężar gatunkowy wahał się między 1003 i 1011 i nie miał żadnej wartości rozpoznawczej. Badanie bakteryologiczne płynu tylko w 9 (na 19) przypadkach meningit. tuberc. wykazało obecność laseczników. Płyn bywał zwykle bezbarwny; tylko w przypadkach meningit. tuberculosae bywał on krwawy. Z dobrymi rezultatami L. stosował punkcję w 13 przypadkach uporczywych bólów głowy przy chlorozie charłacznej, oraz w przypadkach mening. acutae serosae i urazów mózgowia z objawami obrzęku. Krönig stosował punkcję łądźwiową z pomyślnym skutkiem w 2 przypadkach guzów mózgowia, w 1 — meningit. cerebrospinal. serosae i w 1 — pęknięcie ogniska apoplektycznego do canalis medullaris u konającej. Rzecz prosta, że idzie tu tylko o czasowe polepszenie. Jednak przytacza on 1 przypadek śmierci w 3 minuty po punkcji. Dotyczyło to dziewczynki, u której rozpoznano tumor cerebri. Na autopsji okazało się pęknięcie tętniaka w jednej z komór mózgu, prawdopodobnie skutkiem raptownego obniżenia się ciśnienia pod wpływem punkcji (wydobyto wtedy 25c³ krwawego płynu) Goldscheider i Quinke również zalecają punkcję łądźwiową, zwłaszcza u chlorotyczek, w przypadkach guzów mózgowia, stanach wysiękowych, zapalnych i t. p. G. nie przypisuje jednak punkcyom łądźwiowym wielkiego znaczenia rozpoznawczego w przypadkach mening. tubercul., ponieważ w wielu razach, kiedy płyn nie zawierał laseczników, na autopsji skonstatowano meningit. tuberculosam. Q. radzi wypuszczać płyn z wolna, aby nie dopuścić do znacznego obniżenia się ciśnienia w mózgu, co pociąga za sobą zazwyczaj zgubne skutki. Schultze'emu również rzadko udawało się znaleźć laseczniki gruźlicze w płynie, otrzymanym drogą punkcji w niewątpliwych przypadkach men. tubercul. Przytacza on jeden przypadek śmierci dziecka w 6 godzin po punkcji, oraz przypadek hydrencephaliae, w którym zmuszony był

zrobić trepanację, z powodu iż płyn, pomimo bardzo znacznego wodogłowia, wyciekał z otworu po punkcyi łądźwiowej zaledwie kroplami. (Sem. Médic. Nr. 20 r. b.) K. R.

245. **Działanie ogrzanych rozczyńców kokainy przy znieczuleniu miejscowych.** D-r T. Costa (z Genewy) zauważył, iż wstrzykując rozczyńców kokainy ogrzane do 50° — 55° otrzymuje się znieczulenie miejscowe znacznie prędsze, silniej wyrażone, dłużej trwałe i obejmujące większą przestrzeń, niż przy odpowiednich rozczyńcach zimnych t. j. nieogrzanych. I tak ogrzany poprzednio 0,5% nawet 0,4% rozczyńców wywołuje znaczne znieczulenie, a zatem ilość użytej kokainy może być sprowadzona do połowy, co znacznie zmniejsza możliwość ogólnego zatrucia lekiem.

246. D-r Kraus podaje przypadek **skutecznego zabiegu wodoleczniczego** u 84-letniego starca, chorego na przewlekły niezbyt kiszek. Gdy zwykle środki powstrzymujące biegunkę i pobudzające łąknienie zawiodły i wystąpiły objawy upadku sił, znaczne obrzęki, obecność białka w moczu, autor uciekł się do chłodnych obmywań (wodą 16° C) z następującem silnem rozcieraniem początkowo kończyn, a po paru dniach całego tułowia, i zastosował opaskę na opuchnięty brzuch. Po każdym takim rękoczynie występował silny odczyn: skóra czerwieniła się i zimne kończyny ogrzewały się znacznie. Wskazanie do zabiegu wynikało z potrzeby silnego środka tonizującego i przypuszczenia, że tkanki narządów wewnętrznych muszą być obrzękle na równi ze skórą. Szybko wystąpiła znaczna poprawa: biegunka znikła i stolce stały się prawidłowe, obrzęki znikły i ilość moczu przewyższała 3 litry dziennie, łąknienie i trawienie poprawiło się tak dalece, iż chory jadł wszelkie pokarmy, chociaż poprzednio przyjmował jedynie trochę płynów; — stan ogólny stał się zupełnie zadawalniający. W ciągu 4-o tygodniowego leczenia ciepłota wody została stopniowo obniżona do 10° i w ciągu tego czasu starzec powrócił do zupełnego zdrowia. (Blätter f. Klin. Hydrotherapie Nr. 2, 1895.) W. M.

247. D-r Hahn doświadczalnie przekonał się, że sztucznie, aseptycznie otrzymany u danego zwierzęcia **wysiłek, zawierający dużo leukocytów pod względem bakteryobójczym** (gronkowce i laseczniki tyfusu) działa energiczniej niż krew lub jej osocze.

Cheąc otrzymać większe ilości ciałek białych, z zachowaniem wszelkich ostrożności wprowadzał on do jamy brzusznej królika małe gąbki lub waciki starannie wyjałowione i po pewnym czasie wyjmował je i wyciskał. Nadto doświadczenia, wykonane z krwią w rozczyńcu histonu (dzięki czemu nie krzepnie ona a leukocyty zachowują się w całości) doprowadzają autora do wniosku, iż substancje bakteryobójcze o których się obecnie tyle pisze i mówi, czyli czyli t. zw. aleksyny stanowią wydzielinę leukocytów, a nie wytwór ich rozpadu. Posiadamy więc, prawdopodobnie, możność, wywołując sztuczną leukocytozę, spotęgowania naturalnej odporności ustroju, na co zresztą wymownie wskazują doświadczenia poszukiwania Pawłowskiego nad karbunkulem Löwy'ego i Richter'a nad pneumokokami u królików. (Münch. med. Woch. Nr. 8, 1896.)

Ad. L.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

KORESPONDENCYA Z PARYŻA.

Czerwiec 1896 r.

Tr e ś ć: „*Société de biologie*”: zastrzykiwanie do żył wielkiej ilości wody słonej. „*Société de thérapeutique*”: dyskusya nad weżykatoryami. „*Société médicale des hôpitaux*”: zastrzykiwanie surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy. Owrzodzenia jamy ustnej, rumień guziczkowy na dolnych kończynach i krwotoki w mózgu pochodzenia macinniczego. Śmierć prof. G. Séé.

Na ostatnich posiedzeniach towarzystwa biologicznego w Paryżu kilkakrotnie podnoszoną była kwestya zastrzykiwania do żył wielkiej ilości wody słonej. Kwestya ta obudziła powszechne zainteresowanie w świecie lekarskim, dyskutowano nad nią i w innych towarzystwach naukowych, a w pismach lekarskich zjawiał się cały szereg odnośnych artykułów. Nie idzie już obecnie o zastrzykiwanie w razie wielkiej utraty krwi, ale w przypadkach jej zakażenia. Lejars, Delbert, Monod, Pozzi, Michaux, Peyrot leczyli tą metodą z pomyślnym wynikiem ropne zapalenie otrzewny, posocznicę, różę i t. p. Tuffier miał dwa charakterystyczne przypadki wyleczenia tęcza, gdzie po upuście krwi zastrzyknął przeszło półtora litra wody słonej. Chassevant wyleczył królika w pierwszym okresie otrucia strychniną. W ostatnich zaś dniach d-r Brodier w klinice prof. Hallopeau zastosował tę metodę w przypadku zatrucia tlenkiem węgla; stan chorej był nader groźny, ani wdychanie tlenu, ani zastrzykiwanie eteru nie odniosło pomyślnego rezultatu; dopiero dwukrotne zastrzyknięcie po litrze wody słonej przywróciło chorą do życia.

We wszystkich tych przypadkach zastrzykiwanie do żył wielkiej ilości wody słonej (zawierającej od 7,5 do 10⁰/₀₀ chlorku sodu) należy właściwie uważać jako przemywanie krwi; Delbet nadał mu nawet nazwę hematocathartise. Prof. Charrin ostrzega, że wielka jest różnica pomiędzy wodą słoną a surowicą krwi; — ani zwierzę ani człowiek nie mógłby znieść zastrzyknięcia trzech lub czterech litrów właściwej surowicy. Prawie wszyscy badacze tej kwestyi doszli do następujących wniosków:

1) Zastrzykiwanie wielkiej ilości wody słonej (do 6-ju litrów na dobę) nie przedstawia niebezpieczeństwa, jeśli tylko odbywa się zwolna (podług Mayet'a należy wprowadzać 50 centymetrów sześciennych płynu na minutę), jeśli woda była uprzednio sterylizowana, ciepłota wynosi 37—38° i t. p.

2) W przypadkach zakażenia krwi daje nader pomyślne wyniki, jeśli tylko nerki należycie funkcjonują; stosować je należy

nawet i w przypadkach rozpaczliwych, gdyż co najmniej opóźnia śmierć.

3) Najlepiej jest zastrzykiwać wodę słoną wprost do żył i to w znacznej ilości (litr albo i dwa w ciągu 20—40 minut) zwłaszcza w przypadkach późnych i niecierpiących zwłoki. Zastrzykiwanie to należy powtarzać co kilka godzin i uzupełniać je zastrzykami podskórnymi. Niektórzy, jak np. prof. Terrier, Tuffier poprzedzają je upustem krwi, a inni, jak Barré, upuszczają krew jednocześnie.

4) Sposób działania owych zastrzykiwań wielkiej ilości wody słonej nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony i, jak Charrin uważa daleko więcej złożony, niż myśleli Dastre i Loyer (po raz pierwszy stosujący tę metodę we Francji w 1888 r.), przypisujący im rolę czysto mechaniczną. Faktem jednak niejednokrotnie sprawdzonym jest, że dzięki im ciśnienie w tętnicach się zwiększa i staje się normalnem, oraz że powiększa się moczzenie. Przez przemywanie krwi za pomocą tej metody można bezsprzecznie wydzielić z organizmu daleko więcej toksyn, niż dotychczasowymi analogicznymi sposobami, np. dając choremu obfitą ilość napojów (Chantemesse dawał w tyfusie brzuszny sześć i więcej litrów różnych płynów na dobę) albo stosując obfite przemywanie kiszek przez odbytnicę.

Nareszcie i we Francji wypowiedziano głośną wojnę *wezykatoryom*. Paryskie Towarzystwo terapeutów poświęciło kilka posiedzeń na wysłuchanie licznych przeciwników wezykatoryj: Mathieu, Le Gendre'a, Capitan'a, Crésantignes'a, Bardet'a, Huchard'a, oraz jedyne niemal jej obrońcy znanego terapeuty d-r Ferrand'a. Czas już był wielki wszcząć poważną dyskusję nad tą kwestyą, nikt bowiem z kolegów warszawskich nie uwierzy, jak publiczność paryska przyzwyczajoną jest do wezykatoryi, i jak ciężko jest nieraz przeciwnemu lekarzowi walczyć w tym względzie z rodziną chorego.

Gdyby nie Ferrand, który w zapale obrony przypisywał wezykatoryi nawet własności moczopędne i antyseptyczne, byłaby ona przez powagi naukowe pogrzebaną i zwolennicy jej nie mogliby już na swe usprawiedliwienie powoływać się na żadne żyjące autorytety. Huchard, jeden z najznakomitszych terapeutów paryskich, szeroko rozwodził się nad historią wezykatoryi, jej szkodliwością, przeciwwskazaniami i rzadkimi nader wskazaniami. Nie odrzuca on jej jeszcze całkowicie, ale ogranicza zastosowanie do niektórych przewlekłych zapaleń jajowodów, chronicznego hydrarthrosis, uporczywych neuralgii i do pewnych bezgorączkowych przewlekłych zapaleń. Stanowczym zaś jest przeciwnikiem wezykatoryi we wszystkich chorobach gorączkowych oraz zakaźnych ogólnych lub miejscowych, w chorobach nerek, w zapaleniu płuc, gruźlicy, zapaleniu opon mózgowych, nawet w zapaleniu opłucny, oraz u małych dzieci.

W razie stawiania wezykatoryi należy podług Huchard'a zachować następujące ostrożności:

- 1) U dorosłych nie pozostawiać dłużej nad 6 — 8 godzin, a u dzieci 2—3 godzin.
- 2) Plaster przykrywać odpowiednim papierem napojonym

3) Po zdjęciu wezykatoryi przykładac kataplazmy z maki kartoflanej aż do podniesienia się naskórka.

4) Starac się zachowac naskórek.

5) Nie powtarzac wezykatoryi w krótkich odstępach czasu.

6) Po zdjęciu plastra zrobic opatrunek z waty hygroskopijnej i pozostawic go aż do zagojenia.

W niektórych tutejszych towarzystwach lekarskich, szeroko omawiano ostatnie sprawozdanie, dotyczace leczenia płonicy w szpitalach paryskich w ciągu ubiegłego roku.

W dzieciennym szpitalu przy ulicy Sévres, śmiertelność dosięgala 5,85%, w szpitalu dzieciennym Trousseau 5,81%, w szpitalu dla dorosłych w Aubervilliers 2,50%. Początkowo leczenie zaszadzalo się na przemywaniu ust i gardzieli rozczynek kwasu bornego 3%, pędzlowaniu gardła rozczynek rezorcyny w glicerynie 1—2%, karmieniu wyłącznie mlekiem i t. p.

Później zaczęto stosowac zastrzykiwanie surowicy przeciwpaciorkowcowej, ta jednak co najwyzej zmniejszala zapalenie gardła, nie obnizala bynajmniej ciepłoty, nie zapobiegala powikłaniom płonicy,—niejednokrotnie spowodzala bądź utworzenie się ropnia, bądź zapalenia naczyń limfatycznych, bądź też nową wysypkę. Wszyscy klinicyści, stosujacy tę metode, jak Comby, Marfan, Le Gendre, Yosias, Variot uważaja, że w niczem ona nie przewyższa dotychczasowego leczenia. Niektórzy z nich przypuszczaja, że powikłania płonicy wywołuje odmienny paciorkowiec, całkiem różny od paciorkowca róży, i dlatego surowica Marmorka względem nich jest bezsilną.

W Towarzystwie lekarzy szpitalnych d-r Widal przedstawił ciekawy okaz *hysteryka*. Od dwóch lat miewa on napady bólu w jądrach, a jednocześnie zjawia się na dolnych kończynach rumień guziczkowaty (*erythema nodosum*), w ostatnich zaś miesiącach przyłączył się inny jeszcze objaw, a mianowicie krótkotrwałe owrzodzenia (wielkości soczewicy) na błonie śluzowej dziąseł, warg oraz na skórze zewnetrznych organów płciowych. Wszystkie te zjawiska patologiczne na skórze i błonie śluzowej są podług Widala odżywczeni (troficznemi) zaburzeniami pochodzenia hysterycznego. Podobnie sądzi i znakomity specjalista hysteryi prof. Gilles de la Tourette; poszedł on jeszcze dalej w swych przypuszczeniach. Opierajac się na kilku znanych mu p zypadkach macinnictwa, z których jeden zakonczyl się nawet połowicznym porażeniem ruchowym i czuciowym, oraz śmiercią, stawia on hipotezę, że i w ośrodkach nerwowych mogą mieć miejsce takie same zaburzenia troficzne, krwotoki lub opuchliny,—jakie spotykaja się w hysteryi w innych organach wewnetrznych. Jeżeli dziś nikt już nie zaprzecza możliwości macinnicznych krwawych wymiotów, krwotoków płucnych lub skórnych, dla czegoż — pyta Gilles de la Tourette — nie może być krwotoku lub opuchliny mózgu pochodzenia hysterycznego?

Ostatnimi laty strasznie przerzedzily się w Paryżu szeregi znakomitości lekarskich. Zeszli na zawsze z horyzontu ludzie, których imiona znane były we wszystkich zakątkach cywilizowanego świata, do których zewsząd przybywali lekarze, aby bliżej poznac

ich odkrycia, teorye, metody. W krótkim przeciagu czasu Francya straciła Peter'a, Charcot'a, Pasteur'a, Le Fort'a, Verneuil'a, Brown-Séquard'a, Ball'a, Dujardin-Beaumetz'a, Terrillon'a, Constantin Paul'a, wreszcie Germain Sée'go, który zgasł w końcu Maja r. b. Od 30-u lat był on profesorem paryskiej szkoły lekarskiej i autorem licznych a nader cennych dzieł. Pomimo podeszłego wieku (ur. 1818 r.) umysł jego do końca życia pozostał młodym i wrażliwym na wszystkie nowe teorye i zdobycze nauki. Śmiało mógł mówić o sobie, że jest starym praktykiem, a młodym lekarzem. Był on — jak wyraził się w mowie pogrzebowej prof. Landouzy — apostołem terapeutyki fizyologicznej, twórcą patologii i kliniki doświadczalnej. Nie było niemal nowego środka leczniczego, któregooby G. Sée nie wypróbował w swem laboratorium i szpitalu, a później nie dał o nim swej światłej opinii. Dzięki jego doskonałym referatom do tutejszej Akademii lekarskiej zyskały od razu wielki rozgłos salicylan sodu w goścu stawowym, jodek potasu w dychawicy i t. p.

D-r Józef Zieliński.

KORESPONDENCYA Z BERLINA.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Posiedzenie Tow. lekarzy w Berlinie, d. 15 Maja 1896 r.

D-r Hirschfeld. O odżywianiu chorych na serce.

Działalność serca jest w wysokim stopniu zależną od ilości pokarmów, wprowadzanych do organizmu. H. sądzi, że w niektórych przypadkach chorób serca bardzo dobrze skutkuje czasowe zmniejszenie ilości pokarmów, t. zw. dyeta mleczna. Dyeta ta wywołuje dobry skutek tylko w tym razie, jeżeli łaknienie chorego było przed rozpoczęciem diety dobre. Jeżeli, odwrotnie, łaknienie było niedostateczne i stan odżywiania chorego niezadawalniający, w takim razie dyeta ta nie okazuje skutków pomyślnych.

Prof. Senator również sądzi, że w przypadkach lżejszego rozstroju równowagi dyeta mleczna może okazać dobre skutki, lecz jeżeli chorzy przed jej rozpoczęciem przyjmowali chętnie większe ilości pokarmów.

Steinhoff. Jaki wpływ wywiera leczenie mechaniczne na choroby organów oddechowych, specyalnie na dychawicę (astmę)?

St. sądzi, że kryształ Leyden'a nie stanowią przyczyny swoistej astmy. Przyczyna tej choroby polega li tylko na zbyt wielkiej zawartości kwasu węglowego lub też zbyt małej — tlenu we krwi. Sądzi więc, że jedyny racjonalny sposób leczenia powinien polegać na usunięciu ze krwi CO_2 lub też zwiększeniu ilości O.

Chorych na dychawicę leczy St. w ten sposób, że zmusza ich do głębokiego i miarowego oddechania, ćwiczy ich stopniowo i przyzwyczajają wskutek tego do głębszej i częstszej wentylacji

pluc. Oprócz tego używa on środków higienicznych, wzmagających obieg krwi. Sądzi, że wszystkie tak zwane proszki astmatyczne działają tylko wskutek tego, że pobudzają do głębszego oddechania, t. j. do lepszej wentylacji płuc.

Do środków mechanicznych zalicza H., oprócz wyżej wskazanych, oddechanie przez usta, gwizdanie, ciche wymawianie samogłosek, wdechanie przy przechylonej w tył głowie i wzniesionych ku górze kończynach górnych, dłuższe chodzenie i miarowe bieganie i t. d. Chorym, którzy oddechają przez nos, tamponuje otwory nosa na noc całą i przyzwyczajają w ten sposób do głębszego oddechania przez usta.

Posiedzenie Towarz. Med. Wewnętrz. w Berlinie d. 18 Maja 1896 r.

D-r Klemperer. O moczówce cukrowej pochodzenia nerkowego.

Przed 7-miu laty wskazał Kl. na dziwny stosunek ilościowy, zachodzący pomiędzy zawartością białka i cukru w moczu. Jeżeli u chorych na cukromocz zjawia się białko w moczu (wskutek porażenia nerek), ilość cukru spada lub też zupełnie znika. Kl. sądzi, że w normalnym organizmie podrażnienie nabłonka nerkowego musi wywołać zjawienie się cukru w moczu. Doświadczenia fizjologiczne wykazały, że po wprowadzeniu do ustroju zwierząt Phloridzin'y, następuje cukromocz, chociaż ilość cukru we krwi się nie powiększa. Minkowski wycinał u tego rodzaju zwierząt (z Phloridzindiabetes) nerki—i zawartość cukru się nie wzmaciała.

Zuntz wstrzykiwał florydzynę do jednej arteryi nerkowej i otrzymywał cukier z nerki tej samej strony. Kl. dawał ludziom 10 gramów florydzyiny (1 gram co godzinę) i zauważył, że ilość cukru w moczu była $2-2\frac{1}{2}\%$, podczas gdy zawartość we krwi się nie zmieniała. Na podstawie tych danych, sądzi Kl., że u zwierząt można wywołać moczówkę pochodzenia nerkowego.

Diagnozę tę mamy prawo wtedy tylko postawić, jeżeli ilość cukru we krwi nie zmieniała się i jeżeli cukromocz jest niezależnym od diety. W przeciągu ostatnich 7-iu lat Kl. obserwował 1 tylko przypadek, należący prawdopodobnie do tej rzadkiej kategorii moczówki cukrowej.

U 50-letniego kupca, którego mocz zawierał 2% białka i $0,35\%$ cukru, ilość cukru w moczu nie zmieniała się przy najróżnorodniejszym sposobie odżywiania się (chleb, cukier, wino gronowe, substancje białkowe); również ilość cukru we krwi pozostawała bez zmiany.

Przeciwno Kl. powstałi: prof. Gerhardt, Fraenkel i inni, zarzucając mu niewytłomaczony chemicznie sposób tworzenia się cukru w nerkach. Klemperer odpowiedział, że nie sądzi on, aby nerki tworzyły cukier, lecz, że komórki nabłonkowe nerek są w stanie (będąc podrażnione) wyciągać z moczu wielkie ilości cukru; w ten więc sposób ilość cukru w moczu staje się coraz większą. Na miejsce zaś wyciągniętego (spotrzebowanego) cukru, zjawiają się nowe ilości cukru we krwi, który wyrabiany jest głównie przez wątrobę.

(D. c. n.).

D-r E. Flatau.

O D C I N E K.

Postępy w kwestyi bliższego poznania i zastosowania promieni Röntgen'a,

(według prof. L. Graetz'a)

STRĘŚCIŁ H. KUCHARZEWSKI.

Zapewne w żadnej dziedzinie nauki nie przeprowadzono od początku b. r. tak znacznej ilości badań wielostronnych, jak nad promieniami Röntgen'a. Nietylko w fizycznych i lekarskich zakładach wszechnic, i w akademiach technicznych, lecz we wszystkich gabinetach wyższych zakładów naukowych, w całym szeregu zakładów fotograficznych, wreszcie przez wielu bardzo prywatnych badaczy powtarzane były doświadczenia Röntgen'a, w celu wynalezienia warunków, przy których one najlepiej się udają.

Badania te przedewszystkiem skierowane były ku rozstrzygnięciu pytania, w jakich warunkach otrzymują się promienie X o najsilniejszym natężeniu, oraz w jakich okolicznościach otrzymuje się w najprędszym czasie najlepsze, najwyraźniejsze i najdokładniejsze fotografie.

Rurki Crookes'a, które znajdowały się w zbiorach podczas pierwszej publikacyi Röntgen'a, były wskutek dłuższego używania nie wiele warte. W pierwszych tygodniach Stycznia zatem z powodu braku dobrych rurek nie wielu tylko mogło sprawdzać doświadczenia Röntgen'a, później dopiero stopniowo zaczęli fabrykanci zadawać nadzwyczaj liczne zapotrzebowania.

1. O sile stopnia próżni w używanych rurkach.

Wiadomo, że stopień próżni w rurkach Crookes'a jest bardzo znaczny; gdy w rurkach Geissler'a waha się między 1 a 6 mm. rtęci, w rurkach Crookes'a ciśnienie to wynosi zaledwie mały ułamek milimetra. Te bardzo małe stopnie ciśnienia są nadzwyczaj trudne do mierzenia. Udaje się to jedynie za pomocą t. zw. manometru M. Leod'a, którego użycie jednakże wymaga wielkiej wprawy. Nie możemy zatem ściśle i dokładnie określić do jakiego stopnia powietrze powinno być rozrzedzone w rurkach Crookes'a, by takowe możliwie dokładnie działały.

Mamy jednakże inny sposób do pośredniego mierzenia stopnia rozrzedzenia, przez co porównywać możemy rozmaite rurki między sobą. Sposób ten polega na mierzeniu napięcia, jakie prąd elektryczny posiadać musi dla przejścia przez rurkę, napięcie to zaś mierzy się długością iskier.

Łączy się zatem oba bieguny aparatu indukcyjnego z jednej strony z elektrodami rurki Crookes'a, z drugiej zaś równolegle z przyrządem zwanym „Funkenmikrometer.”

Ten ostatni składa się poprostu z dwóch kulek metalowych, średnicy na 1 cm., osadzonych na szklanych podstawach, jedna z kulek jest nieruchomą, drugą można przy pomocy odpowiedniejszego urządzenia dowolnie zbliżać lub też oddalać od pierwszej.

Gdy aparat indukcyjny w ruch wprowadzić, wtedy prąd przejdzie tą drogą, która mu mniejszy opór przedstawi. Jeżeli rurka Crookes'a ma większy opór, wtedy iskry przechodzą pomiędzy kulkami mikrometru, które można dotąd od siebie oddalać, dopóki opór powietrza pomiędzy nimi nie będzie większym od oporu w rurkach Crookes'a. Wtedy iskry przestają się ukazywać i prąd przechodzi przez rurkę. Przestrzeń zatem pomiędzy kulkami mikrometru w chwili, gdy rurka Crookes'a działać zaczyna, jest miarą oporu w rurce, oraz miarą napięcia prądu, który przez nią przechodzi.

Rurki Geissler'a, jak wiadomo, przedstawiają bardzo nieznaczny opór dla prądu; opróżniając taką rurkę dalej z powietrza przekonywamy się, że opór wzrasta, kulki mikrometru iskrowego trzeba odsunąć od siebie by prąd przez rurkę przepuścić. Wkrótce zaczyna się fosforescencya, która powstaje przy oddaleniu kulek na 2—3 mm.; przy tym jednakże stopniu opróżnienia rurek niema mowy jeszcze o uwidocznieniu promieni Röntgen'a. Opróżnianie rurek trzeba zatem dalej prowadzić. Początkowo opór wzrasta bardzo nieznacznie, naraz jednakże następuje chwila, kiedy opór w rurce kolosalnie wzrasta, tak że przestrzeń pomiędzy kulkami mikrometru, która przedtem wynosiła 2—4 mm. musi być powiększoną do 20, 30, 50 mm. lub też i więcej, by prąd przez rurkę przepuścić. Jest to chwila kiedy rurka zaczyna wydzielać promienie Röntgenowskie.

To raptowne przejście od małego do znacznego oporu nie spotyka się we wszystkich rurkach. Zjawisko to najjaskrawiej występuje w tych rurkach, które już przedtem były opróżnione i do podobnych doświadczeń służyły. Przy nowych rurkach przejście to odbywa się stopniowo.

Mniejsza lub większa ewakuacya rurek Crookes'a wpływa na własności promieni Röntgen'a, promienie wytwarzane w rurkach silnie ewakuowanych przenikają nawet kości dość łatwo. Rurki opróżnione z powietrza do najwyższych granic prawie przestają być przewodnikami dla prądu elektrycznego, wtedy używać trzeba o wiele większych aparatów indukcyjnych, by móżdż prąd przepuszczać.

2. Miejsca działające w rurkach Crookes'a.

Röntgen w pierwszym swem doniesieniu wyraźnie powiada, że najsilniejsze X promienie wychodzą z tego miejsca rurki, na które bezpośrednio padają promienie katodalne i które najjaskrawiej świeci zielono. Zielona ta fosforescencya bynajmniej nie jest potrzebną dla wywołania promieni. Wiadomo, że i blaszka alu-

minionowa, na którą padają promienie katodalne, da nam promienie Röntgen'a.

Przekonano się, że wszystkie ciała, na które padną promienie katodalne, czy to będą leżały one wewnątrz lub też zewnątrz rurki, zawsze stanowiąc będą punkt wyjścia dla promienia Röntgenowskich. S. Thompson nazwał ciało, stojące naprzeciwko katody bardzo trafnie antikatodą: ona to właśnie wysyła w różnych kierunkach działające promienie. Anti-katoda, jeżeli będzie miała kształt cienkiej blaszki, może zarówno z przedniej (na którą padają promienie katodalne) jak i z tylnej swej powierzchni przesyłać promienie. Jednakże obie te powierzchnie zachowują się różnie. Według wszelkiego prawdopodobieństwa promienie Röntgenowskie wytwarzają się na przedniej powierzchni, jeżeli jednakże antikatoda zrobiona jest z materiału łatwo przenikliwego dla promieni X (glin, szkło), wtedy przechodzą one nawskroś z przedniej powierzchni na tylną, z kąd rozchodzą się na wszystkie strony. Jeżeli za antikatodę użyjemy blaszki metalowej, wewnątrz rurki się znajdującej, wtedy może ona jednocześnie odgrywać rolę anody, nie zmieniając w niczem istoty rzeczy. Wtedy promienie Röntgen'a wychodzą będą z anody, lecz jedynie dla tego, że ona jest jednocześnie antikatodą. Fakt ten sprowadził nie jednego eksperymentatora na błędną drogę.

3. Najwłaściwszy kształt rurek, katody, anody i antikatody.

Ponieważ promienie Röntgen'a rozsiewają się na wszystkie strony ze wszystkich punktów antikatody, ta ostatnia działa na ciała, przeniknięte promieniami i płytę fotograficzną, jak ciało świecące. Otrzymujemy obraz o tyle rozlany i mało wyraźny, o ile większe jest to miejsce antikatody, na które padły promienie katodalne, jeśli nie będziemy fotografować przez otwór, przez co większość promieni pozostanie nieużytych.

Najodpowiedniej byłoby pobudzać do świecenia jeden tylko punkt antikatody, wtedy promienie, z tego punktu wychodzące, dawałyby zawsze obrazy ostre, wyraźne, bez cieni. W tym celu nadaje się katodzie kształt lusterka wklęsłego, antikatodę zaś umieszcza się tak, aby jeden jej punkt znalazł się w ognisku lusterka wklęsłego. W ten sposób ześrodkujemy wszystkie promienie katodalne w ognisku, i jeżeli tu pomieścimy antikatodę, (pierwotnie punkt na szklanej ścianie rurki), będziemy mieli wtedy to czego żądamy: punkt działający i silnie do świecenia pobudzony. Powstaje jednakże przytem ta niedogodność, że ześrodkowanie promieni katodalnych w jednym miejscu na ścianie rurki spowoduje silne rozgrzanie szkła, wskutek czego szkło w tem miejscu mięknie i nie wytrzymuje ciśnienia zewnętrznego powietrza.

D-r Fomm z Monachium i D'Arsonval radzą dla zapobieżenia temu oziębiać rurkę wodą.

Następny środek radykalniej usuwa tę niedogodność; polega on na tem, że antikatoda znajduje się wewnątrz samej rurki. Taką rurkę poleca Röntgen w drugiej swej publikacji. Wewnątrz rurki szklanej znajduje się katoda w kształcie lusterka wklęsłego, w ognisku zaś jego blaszka platynowa, ustawiona pod kątem 45°

do osi lusterka. Blaszka ta może jednocześnie odgrywać rolę anody. Co się tycze użycia platyny, jako antikatody, to Röntgen przekonał się, że nie wszystkie ciała przy jednakowem opromienieniu promieniami katodalnemi wydają promienie Röntgen'a jednakowego natężenia; platyna okazała się pod tym względem najodpowiedniejszą.

Nowy typ rurek obmyślił Boas, w kształcie litery V. Zrobione są one ze szkła, w każdej odnodze leży rurka metalowa w ten sposób przymocowana, że zewnętrzną swą powierzchnią bezpośrednio dotyka wewnętrznej ścianki rurki. Każdy z dwóch elektrodów może być użyty jako katoda. Wtedy plama fosforyzująca pokazuje się w samym zagięciu rurki i ma średnicę 12 mm. a niekiedy dochodzi do 4—5 mm. Ta mała powierzchnia świecąca stanowi dodatnią stronę tej rurki.

4. *O najodpowiedniejszych źródłach prądu przy doświadczeniach Röntgenowskich.*

Najodpowiedniejszym przyrządem dla otrzymywania promieni katodalnych jest aparat indukcyjny. Siła promieni katodalnych zależną jest od ilości dostarczonej elektryczności, wzrasta ona w stosunku prostym do siły prądu.

Jeżeli rurka znajduje się w dobrym stanie t. j. posiada odpowiednią próżnię, wtedy doświadczenia udają się z maszynami inducyjnymi i indukcyjnymi wszelkiej wielkości. Wystawienie, (ekspozycja) jednak fotograficzne wymaga o tyle więcej czasu, o ile mniej elektryczności w jednostkę czasu rurce dostarczone zostało. Doświadczenia ze świecącym ekranem nie udają się przy słabych źródłach elektryczności.

Słabe promieniowanie na płyty fotograficzne wyrównywa dłuższe wystawienie, natomiast na ekranie fluorescencya występuje jedynie wtedy, gdy działanie będzie silne. Maszyny indukcyjne, wytwarzające iskry długości od 10—15 cm., dają już bardzo dobre rezultaty; silniejsze aparaty naturalnie lepsze.

Nie zostało jeszcze dotąd rozstrzygnięte, czy prądy stałe wytwarzane z bardzo dużej baterji, mogą być użyte do doświadczeń Röntgenowskich. Natomiast Röntgen zaleca w swem druzgim doniesieniu t. zw. prądy Tesli (Teslaströme). Wytwarzają się one w ten sposób, że w prąd indukcyjny, wychodzący z wtórnych cewek aparatu indukcyjnego zamyka się kondensator i szpulkę drucianą; około tej szpulki, która działa jako nowy prąd pierwotny, leży druga szpulka, której bieguny łączą się z elektrodami rurki Crookes'a. Ten nowy szereg pierwotnych i wtórnych szpułek druciannych nazywa się transformatorem.

W ten sposób wskutek tej podwójnej transformacji otrzymujemy nawet przy małych aparatach indukcyjnych bardzo dobre wyniki.

(Dokończenie nastąpi).

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Wystawa higieniczna.** Już w najbliższych NN. „Kroniki” rozpoczniemy sprawozdania z Wystawy higienicznej, które powie-
rzyliśmy odpowiednim specjalistom. O ile można wnioskować ogólnego
wrażenia, obecna wystawa przewyższa w wielu punktach swą
poprzedniczkę. Czy jednak dorówna jej pod względem materalnym,
dziś jeszcze nie można orzec. Pierwsza wystawa higieniczna dała
pewien czysty dochód, który został przeznaczony na wydawnictwa hy-
gieniczne („Zdrowie”, tłumaczenie Flüggé’go pod redakcją ś. p. Łucz-
kiewicza i t. d.). Te same widoki miał i zarząd obecnej wystawy, prze-
znaczając, w razie okazania się dochodu, pewną sumę (oznaczoną
w projekcie jako pewien procent od biletów wejścia) na wyda-
wnictwa higieniczne. W zakres tych wydawnictw, naszym zda-
niem, powinnyby wejść i reprodukcye pewnych przynajmniej znaj-
dujących się na obecnej wystawie tablic graficznych i statystycz-
nych oraz map, które bez tego zostaną stracone dla ogółu.

Powyższe postanowienie zarządu dało powód do rozmaitych
plotek i gawęd o osobistych korzyściach, jakie mają jakoby ciągnąć
z wystawy jej inicjatorowie. W lekkomyślnem ich szerzeniu
przyjmują, jak to się nam obilo o uszy, udział osoby, należące do
tak zwanej inteligencji.

Niemożność uwierzenia w pracę dla idei, bez osobistej ko-
rzyści jest smutnym objawem wśród społeczeństwa i dowodzi
b. niskiego poziomu wyrobienia obywatelskiego. Fakt jest tem
smutniejszy, że, jak mówimy, uwłaczające gawędy znajdują chętny
posłuch tam, gdzie powinnyby znaleźć odparcie i skarcenie.

— **Podatek szpitalny** przyniósł Warszawie 203,271 r. Za le-
czenie bezpłatne chorych zapłacono szpitalom 42,425. Pozostałą
sumę przeznaczono na budowę nowego szpitala, oraz urządzenie
nowego przytułku położniczego na Pradze.

— **W kwestyi szpitali dla chorych umysłowych.** Jak donosi
„Kuryer Codzienny” z dnia 18 Czerwca, w ministeryum spraw we-
wnętrznych zadecydowaną została już kwestya budowy szpitali dla
obłąkanych na prowincyi. Ponieważ obecnie prawie z całego Kró-
lestwa chorzy umysłowo sprowadzani są do Tworek, lub do szpi-
tala św. Jana Bożego, ministeryum postanowiło budowę dwóch te-
go rodzaju szpitali, jednego w gub. piotrkowskiej, drugiego w lu-
belskiej. Sprawą budowy zajmą się właściwe rady dobroczynne
gubernialne. Podobno na budowę pierwszego szpitala znajduje
się już pewien fundusz, złożony przez przemysłowców łódzkich.

— **Sprawy szpitalne.** W ostatnich czasach w szpitalu św.
Jana Bożego wydarzyło się kilka niezwykłych wypadków śmierci

z chorymi, co jak sprawdzono, wynikało z braku odpowiedniego nadzoru. Z tego powodu rada miejska dobroczynności publicznej zwróciła na tę okoliczność uwagę i poleciła dodatkowe przepisy dla dozorców. Sprawą tą zajął się inspektor szpitali cywilnych prof. Czausow i w tych dniach właśnie ukończył swoją pracę. Zawarta w niej instrukcja niebawem wprowadzoną zostanie w wykonanie. Za niedbały nadzór i śmierć chorego z przyczyny niedopilnowania go przez służbę winni podlegać będą surowej odpowiedzialności.

— Według „Warsz. Dniwn.” inspektor szpitali warszawskich d-r Czausow wystąpił do rady miejskiej dobr. publ. z przedstawieniem, że pomieszczenie dla obłąkanych w szpitalu żydowskim jest niemożliwe, na co kilkakrotnie już zwracano uwagę gminy. Gmina żydowska przystąpiła wprawdzie do budowy nowego szpitala, ale dwuletnie roboty zostały przerwane, kiedy zaś będą ukończone — niewiadomo. D-r Czausow dodaje, że jeżeli w ciągu lata r. b. pomieszczenie dla obłąkanych nie będzie odpowiednio przerobione i powiększone do 100 łózek, w takim razie okaże się potrzeba zamknięcia tego oddziału. Rada miejska dobr. publ., uznając całą ważność tej sprawy, postanowiła zaprosić na posiedzenie kuratora szpitala żydowskiego, starszego lekarza, oraz prezesa zarządu gminy, w celu naradzenia się z nimi nad środkami polepszenia warunków bytu chorych obłąkanych w rzeczonym oddziale szpitala.

— **Zakład kąpielowy w Druskiennikach** przeszedł na własność nowej spółki. Zarząd nowego Towarzystwa stanowią: d-r Erbsztejn, Strauss, Huszcza, Wencławski i Jundziłł.

— W Günwinge w Finlandyi otwarto świeżo sanatorium dla suchotników.

— Organizuje się w Cesarstwie towarzystwo lekarsko-kolejowe, mające na celu postępy higieny na kolejach żelaznych.

— **D-r Żbankow**, rozpatrując **sprawozdanie Departamentu Lekarskiego** za rok 1892 (Petersburg 1896), wykazuje braki i luki jakich pełne są te dane i zestawienia, zarówno odnośnie pewności dostarczanych cyfr jak i odnośnie metody ich opracowania.

Cyfrы dotyczące ruchu ludności wykazują, że rok sprawozdawczy był najgorszym z całego dziesięciolecia (1882—1892), złożyła się na to cholera, panująca w wielu miejscowościach, tyfus głodowy, a najwięcej poprzedzający rok nieurodzajów. W roku tym ludzkość zużytkowała wszelkie zapasy i dopiero właśnie w 1892 (jak to autor zaznaczał uprzednio) zaczęła cierpieć głód, to też dopiero w tym roku objawiły się smutne następstwa wygłodzenia, które odbijają się zapewne na liczbie małżeństw i urodzeń jeszcze i w 1893 r.

W gubernii Astrachańskiej strata ludności doszła do $\frac{1}{10}$ całego zaludnienia (urodziło się 54,2 zmarło 78 strata 24,2). D-r Żbankow zwraca uwagę na ścisły związek pomiędzy stanem ekonomicznym ludności i szerzeniem się chorób zaraźliwych (cholery i tyfusu). Zaledwie jednego roku głodu było dosyć, aby cholera rozpanoszyła się z siłą o wiele większą nawet niż wtedy, gdy środki walki z cholerą były nieskończenie słabsze. Autor widzi w tem przestrożę dla krańcowych bakterjologów: samo wyławianie bak-

tery i izolowanie chorych nie da pewnych wyników, jeżeli jednocześnie nie zostanie podjęta walka z ciemnotą i ubóstwem ludu.

Dalej d-r Ż. dochodzi do wniosków, że w znacznej liczbie miast państwa (37%) daje się zauważyć wymieranie, w niektórych stale utrzymujące się (obserwacja z paru lat). Z miast królestwa znajdujemy: Kalisz (— 45), Łomża (— 91, Lublin (— 85). Fakt ten Ż. stawia w zależności od braku dbałości w tych miastach o ulepszenia pod względem zdrowotnym.

Rozpatrując następnie ilość leczących się (z chorób zaraźliwych i endemicznych) d-r Ż. dochodzi z odpowiedniego zestawienia cyfr do wniosku, że cyfry znajdują się w prostym stosunku do dostępności pomocy lekarskiej. I tak na 1000 ludności w guberniach posiadających ziemstwa leczyło się tu w r. 1892 osób 893,1, w guberniach nadbałtyckich 543,6; w guberniach Królestwa Polskiego zaś 215, w Średniej Azji 199,8. Średnio 680. Pomijając wogóle niezwykle wysoką wysokość tych cyfr, a zatrzymując się tylko na stosunku ich wzajemnym trudno przypuścić, aby na tak ogromne różnice wpływał głównie powód przypuszczany przez d-ra Ż., t. j. mniejsza lub większa dostępność pomocy lekarskiej.

Niezawodnie wpływają tu warunki zdrowotne, być może lepsze, niż w Cesarstwie, a głównie zapewne brak ścisłej kontroli i statystyk, które w Królestwie, nie mającym lekarzy gminnych, nie mogą być odpowiednio prowadzone. (Wręcz 22, 23).

— Kwestya **języka oficjalnego** na zjazdach międzynarodowych stale się od czasu do czasu ukazuje na szpaltach gazet. Ostatnio d-r Semeleder z Cordoby (Mexico) podnosi ją w felietonie Wiener Med. Presse (23). Autor przeciwstawia językowi francuskiemu hiszpański, który ma być najłatwiejszym językiem (według autora) i jest rzeczywistym naturalnym pośrednikiem dla przeszło 60 milionów ludzi, podczas gdy francuski język poza Francją jest językiem tylko sztucznie istniejącym. Co się tyczy języka nowogreckiego, który proponował d-r A. Rose jako język międzynarodowy uczonych, opierając się na tem, że wszyscy są do przyjęcia tego języka przygotowani przez studia klasyczne, to S. słusznie poddaje w wątpliwość, czy gimnazjalnie przygotowanie z greckiego mogłoby służyć za taką podstawę. Może jeszcze w Anglii i w Niemczech, ale nie w krajach romańskich i w łacińskiej Ameryce, gdzie znajomość greckiego ogranicza się do wiadomości, iż pewne terminy pochodzą z tego języka. Ostatecznie pomijając próżności narodowe, d-r S. proponuje język angielski. Niezawodnie że i u nas lekarz już w ciągu 5 lat studiów lekarskich zapomina prawie zupełnie całą grecczyznę, o ile nie był zmuszony powtarzać jej przy korepetycjach.

To też projekt d-ra Rosego uważamy za poroniony, a zgodzić się musimy z d-r S., że angielskiemu należy oddać pierwszeństwo, jako językowi przyszłości, coraz więcej rozpowszechniającemu się po kuli ziemskiej, a którego znajomość staje się coraz bardziej nieodzowną we wszystkich stosunkach.

— Jedna z berlińskich aptek zaprowadziła służących na welo-cypedach do rozwożenia lekarstw, zaraz po ich przygotowaniu. Apteka ta przyjmuje obśtalunki i przez telefon. Zapewne nie na le-

karstwa przez komunikowanie tą drogą recept, wtedy bowiem kwestya odpowiedzialności w wypadkach pomyłki słusznie mogłaby być poruszoną, jak to właśnie czyni Wracz (Nr. 22).

— Towarzystwo lekarskie filadelfijskie wyznaczyło następujący temat do nagrody 400 dolarów: *Ētylogia i patologia chorób macicy*. Termin nadsyłania prac 31/XII 1897 r.

Nekrologia.

— W połowie z. m. zmarł **d-r Ludwik Natanson**, urodzony w Warszawie w 1822 r. Zmarły nauki pobierał w Warszawie, Wilnie i Dorpacie, poczem w r. 1843 uzyskał stopień doktora medycyny od ówczesnej Rady lekarskiej Królestwa. Wkrótce po przyjeździe do Warszawy poświęcił się praktyce, która mu imię wśród publiczności zjednała. Przez czas epidemii cholery od 1848—1852 zmarły pełnił obowiązki w szpitalu, a w r. 1847 założył „Tygodnik lekarski,” którego był redaktorem do 1864 r. W r. 1871 wybranym został na prezesa gminy izraelskiej, który to urząd sprawował do śmierci. W latach 1863—1865 był prezesem Towarzystwa lekarskiego, którego członkiem honorowym został w 1894 roku.

Zmarły prócz praktyki interesował się bardzo higieną miasta, długi czas należał do komitetu higienicznego w Towarzystwie. Owoc tych prac jego znajdują czytelnicy w rozsianych po pismach lekarskich i ogólnych artykułach. W roku 1892 wydał *Higienę popularną*.

Prac zmarłego dla braku miejsca nie wyliczamy, odsyłając do „Słownika lekarzy polskich.”

24-go Czerwca zmarł po długich cierpieniach ś. p. **Romuald Płaskowski**, były profesor psychiatrii warszawskiego uniwersytetu. Zmarły pochodził z Płockiego, urodził się w r. 1821. Medycynę studyował w Dorpacie, gdzie w 1854 otrzymał dyplom doktorski. Po delegacyi za granicę w celu poznania ówczesnego stanu zakładów dla chorób umysłowych, z której zdał sprawę (r. 1861), został ordynatorem szpitala Jana Bożego. W r. 1862 powołany został do akademii medyko-chirurgicznej, w której wykładał higienę i policję lekarską, następnie, już w Szkole Głównej, był adjunktem na na katedrze psychiatrii, na której pozostał, jako profesor nadzwyczajny, i w uniwersytecie aż do 1887 r.

Ś. p. Płaskowski pozostawił sporą spuściznę literacką. Jak wykazuje długi wykaz tytułów jego prac w słowniku Koźmińskiego, pisywał przeważnie rzeczy dotyczące psychiatrii i hy-

gieny. Pierwsze miejsce, co do wartości, należy się „Psychiatrii,” której część ogólna wyszła w r. 1868, a szczegółowa w 1884. Prace higieniczne mają więcej popularny charakter. Zmarły ś. p. P. pracował też nad terminologią psychiatryczną (Wyrazownictwo polskie chorób umysłowych).

Po za zasługami jakie ś. p. Pl. położył jako pioner nowożytnej psychiatrii u nas, oraz po za działalnością profesorską, w czasie której umiał jednać sobie sympatyę młodzieży, zmarły znany był szeroko jako praktyk-specjalista i jako człowiek obdarzony rzadkimi przymiotami towarzyskimi, które czyniły go popularnym w szerokich sferach.

— D-r Antoni Krzyżanowski w Kijowie b. prof. uniwersytetu kijowskiego.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Aleksander Zaleski. Leczenie doszczętne przerostu starczego gruczołu krokowego (dokończenie), 613.—II. K. Orzeł. Kilka doświadczeń na psach z przyrzędem Murphy'ego, 619.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

- I. Patologia i medycyna wewnętrzna. 232. Prof. de Rinzi. O zwolnieniu przemiany materii, 625.—233. D-r Richardière. Zapad cukrzycowy, 626.—234. Zabłudowski. Leczenie przewlekłych chorób serca zo pomocą mięsienia, 627. — 235. Prof. Kisch. Otyłość i cukrzyca, 628.

- II. Choroby nerwowe. 236. Bechterew. Nauka o neuronach i teoria wyłączeń, 628.—237. Spillmann i Etienne. Zapalenie nerwów rozsiane w ostrem i podostrem zatruciu rtęcią. Heller. Przyczynki doświadczalne do rtęciowego rozsianego zapalenia nerwów, 633. — 238. L. Bouveret. O rozmięczeniu dokoła guzów mózgowia, 635.

- III. Choroby wieku dziecięcego. 239. Filatow. Ostry bezład (ataxia) u dzieci, 636.

240 — 247. Wiadomości pomniejsze. Nowe środki lecznicze, 639.

Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich, 643. — Odcinek, 648. — Kronika bieżąca, 652. — Nekrologia, 655.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Zatwierdzone przez Ministra Spraw Wewnętrznych i nagrodzony Najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej 1887 r.

PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów W. Maczewskiego i K. Sierpińskiego

Warszawa, Marszałkowska. 33.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania. Burka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Apłekom i biorącym w większych ilościach, odstępkuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspeduje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego

№ 4. Miodowa № 4.

SZCZAWNICA.

Przy Zakładzie hydropatycznym na Miedusiu
zaprowadzono

PENSYONAT

cały rok otwarty,

z komfortem urządzony (wodociągi, oświetlenia elektryczne i t. p.)
na wzór szwajcarski, z opłatą od 3 złr. 50 cnt. na dobę
od osoby za wszystko.

D-r Kołaczkowski,

właściciel i kierownik zakładu.

Mam zaszczyt donieść WW. PP. Doktorom, że będąc
w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać
WW. PP. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych
najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindcajgi le-
karskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50). Miotki perkusyjne (od rs. 1).
Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula
(od kop. 30), Katatery bronzowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30), jedwab-
ne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od
rs. 2, 25), Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a
(od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne
Narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe, do jamy ustnej i nosogardzie-
lowej, do badania krtani, do gardzieli i przelyku, moczopłciowego, ginekolo-
giczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe.
Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę
Aparaty Soxhleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspenso-
ria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc.
etc. oraz przyjmuje reperacye. **J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia:**
Marszałkowska 114, Telefonów Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

BUSKO

D-r Dymnicki

długoletni Lekarz Zdrojowy

Ordynuje jak zwykle.

Stacya kolei
Muszyna-Krynica
z Krakowa 8 godz.
ze Lwowa 12 „
z Pesztu 12 „

C. K.

Zakład Zdrojowy

W miejscu:
Poczta 3 razy dzien.
Telegraf.
A p t e k a.

K R Y N I C A

(w Galicyi).

Najobfitsza szczawa-żelazista.

W karpatach 590 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej godzina drogi bitej, znakomicie utrzymanej.

Środki lecznicze: klimat podalpejski, kąpiele żelaziste, nader obfite w wolny kwas węglowy, ogrzewane metodą Schwartz'a (w r. 1895 wydano ich 47000).

Kąpiele borowinowe: parą ogrzewane (w r. 1895 wydano ich 18.000).

Kąpiele gazowe: z czystego kwasu węglowego.

C. K. Zakład hydropatyczny pod kierunkiem specjalisty d-ra H. Ebersa (w r. 1895 wydano procedur hydropatyczny 28.000).

Picie wód mineralnych miejscowych i zagranicznych, Żentyca, Kefir, Gimnastyka lecznicza.

Lekarz zdrojowy Dr. L. Kopff cały sezon stale ordynujący.

Nadto 14 lekarzy wolno-praktykujących.

Spacery: bardzo rozległy park szpilkowy, znakomicie utrzymany. Bliższe i dalsze wycieczki w uroczu Karpaty.

Mieszkania: przeszło 1500 pokoi z komfortem urządzoney, z pościelą kompletną, usługą, dzwonekami elektrycznymi, piecami i t. d.

Kościół katolicki i cerkiew: Wspaniały dom zdrojowy, kilka restauracyi, kilka pensyonatów prywatnych, mleczarnie, cukiernie.

Muzyka zdrojowa pod kierunkiem A. Wrońskiego od 21 maja. Stały teatr, koncerty.

Frekwencya w 1895 r. 5096 osób.

Sezon od 15 maja do 30 września.

W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpieli, pomieszkań i potraw w głównej restauracyi niższe o 20%.

Rozsyłka wody mineralnej: od kwietnia do listopada, składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą.

W miesiącu lipcu i sierpniu ubogim żadne ulgi, jak uwolnienie od taks zdrojowych i t. p. udzielone nie zostaną.

Na żądanie udziela objaśnień:

C. K. Zarząd zdrojowy w Krynicy (Galicya).