

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. Rak odbytnicy.

NAPISZAŁ

D-r Kazimierz Niedozielski.

(Ciąg dalszy).

Przy rakach odbytnicy opasujących, t. j. zwyrodniających cały tej ostatniej obwód, powyżej jednak części odbytovej, dość często i dziś jeszcze operuje się c) metodą Dieffenbach'a, przyczem rozcina się odbyt zrazu ku przodowi w kierunku szwu kroczonego (raphe) aż do opuszki cewkowej (bulbus urethrae), ku tyłowi zaś do szczytu kości ogonowej; po odwarstwieniu kiszki, co wykonać należy bardziej palcami, niż nożem, odbytnicę, ściągniętą ku dołowi, przecina się poprzecznie na 4 przynajmniej centymetry powyżej guza. Do brzegów rozciętej skóry odbytu przyszywa się brzegi kiszki, wreszcie ranę krocza i poślodka zmniejsza się szwem i drenuje. d) W rzadkiem użyciu będący, lubo obmyślany dobrze sposób Hüter'a zasada się na wycięciu przedwstępem płatu skórno-mięśniowego o postaci podkowy, zawierającego całą zdrową, rozumie się, część kiszki odbytovej, długą na 1—2 ctm. wraz ze zwieraczem, który to płat pozostaje w łączności ze skórą krocza za pomocą szpyty. Odcięcie od płatu odbytnicy i wywiniecie tegoż ku dołowi uprzystępnia znakomicie pole operacyjne, co też stanowi zaletę główną omawianego zabiegu, nie cieszącego się, pomimo to, uznaniem zbyt wielkiem głównie z przyczyny trudności technicznych. Po wyłuszczeniu nowotworu operujący zeszywa brzeg odcinka odbytnicy górnego

z ocalałym odcinkiem dolnym, wobec czego odbyty zostaje zachowany; po przystosowaniu zaś płatu na miejsce właściwe brzegi cięcia zeszywają się. Dawniej, gdy lękano się nadmiernie otwarcia otrzewny, sposób H., ułatwiający rozejrzenie się w częściach głębokich, bardzo był pożytecznym. I dziś wart jest uznania, choćby ze względu na następczą prawidłowość wypróżnień, dzięki zachowaniu odbytu. e) *VelpEAU* prowadzi cięcie podłużne od odbytu ku szczytowi kości kulszowej, poczem w tymże kierunku przecina włókna zwieracza i dźwigacza odbytu; po rozciągnięciu wzdłuż ściany odbytnicy tylnej i uprzystępnieniu jej rozwieraczami, wyłuszcza zwyrodniałą błonę śluzową, przyczem dla ułatwienia dojścia do owej ściany tylnej można, zgodnie z *Kocher'em*, usunąć kość kulszową. Sposób ten daje więcej miejsca, niżli sposób *Lisfranc'a*, a nadto zwieracz przecina się w jednym tylko kierunku, można liczyć zatem na powrót jego działalności całkowity z czasem. Dzięki metodzie f) *Kraske'go* nawet bardzo wysoko umiejscowione raki, odległe od odbytu na 10 ctm. i więcej, stały się dziś dostępnymi dla noża. Istota zabiegu zasadza się tu głównie na zachowaniu zwieracza, wykonaniu rezeceyi kości krzyżowej i wyłuszczeniu kości ogonowej. Głośna ta operacya składa się z czynności następujących: po ułożeniu chorego na boku prawym, operujący przecina skórę od brzegu tylnego odbytu do środka kości krzyżowej w kierunku linii środkowej. Po oddzieleniu, mniej więcej na wysokości tylnego-górnego ośca kości biodrowej — przyczepu mięśnia pośladkowego wielkiego od połowy lewej kości krzyżowej i wyłuszczeniu kości ogonowej, należy oddzielić od kości krzyżowej część dolną więzu krzyżo-kulszowego wielkiego i małego (lig. sacrotuberosum et sacro-spinosum), dzięki czemu zyskuje się dostęp wygodny do części górnej odbytnicy. W kierunku linii, idącej na wewnątrz i ku dołowi łukowato, zaczynającej się od brzegu lewego krzyża na wysokości trzeciej dziury krzyżowej tylnej i dokoła czwartej, kończącej się na poziomie lewego dolnego rogu krzyżowego (cornu sacrale inf. sin.). odcina się nożycami kostnymi część kości krzyżowej dolną, poczem układa chorego, jak przy operacyi kamienia; operujący odwarstwa kioskę od tkanek otaczających powyżej guza, wyłuszcza na tępo, o ile są, gruczoly zwyrodniałe tkanki miednicowej, a po oddzieleniu odbytnicy do koła bądź za pomocą narzędzi, bądź na tępo, część zdrową odbytu pozostawia, wycina zaś kioskę chorą dwoma cięciami poprzecznymi, wreszcie zeszywa ściągnięty na dół koniec kiszki górny z odcinkiem odbytowym. Jest jednak właściwszem zaszywać jedynie tylko połowę obwodu kiszki przednią, tylną zaś w charakterze czasowego odbytu (anus sacralis) pozostawić otworem, przez co możliwość wytworzenia się następczej

przetoki kałowej jest mniejsza. Po wytamponowaniu rany, jeżeli okres pooperacyjny przebiega pomyślnie, tę ostatnią zaszywa się, do odbytnicy zaś wprowadza rurkę gumową.

g) *Bardenheuer* uprościł nieco sposób powyższy. Chirurg ten rezekuje całą część dolną kości krzyżowej aż do poziomu dziury trzeciej poprzecznie. Najczęściej też operuje się dzisiaj owym, przez *B.* zmienionym, sposobem *Kraske'go*. h) *Volkmann* posuwa się jeszcze dalej, rezekując kość dłutem w tymże kierunku na wysokości dziury krzyżowej drugiej.

Łatwo zrozumieć, że sposób *Kraske'go*, wprowadzający nowy do operacji czynnik, mianowicie częściowe kości krzyżowej wycięcie, wywołać musiał szereg zmian, ulepszeń i uproszczeń, które jednak opierają się wszystkie na śmiałym pomysle torowania sobie drogi do kiszki stolcowej przez rezekcję omawianej kości. Do ważniejszych zabiegów owych, cieszących się dziś prawem obywatelstwa w większym lub mniejszym stopniu, należy, między innymi, (i) sposób *Heinecke'go*, zasadzający się na rękoczynie wytwórczym (osteoplastycznym). *H.* prowadzi cięcie skóry pod postacią głośki „T” i wykonywa rezekcję czasową kości ogonowej pionowo, a krzyżowej, powyżej dziur czwartych—poprzecznie. Po wycięciu częściowem odbytnicy zeszywa jedynie półobwód przedni obu jej odcinków, koniec zaś dolny rozcina w całej jego długości od tyłu. Płaty krzyżoogonowe łączy szwem, nałożonym i na okostną, z upływem wreszcie wielu tygodni zeszywa brzegi rozciętej kiszki i przywraca jej światło właściwe. Na wzór *Hüter'a* (*k*) *Zuckerkandl* zaleca cięcie w postaci podkowy, rozpoczynając je od lewego tylnego-górnego kolca biodrowego i kierując się wzdłuż brzegu lewego kości ogonowej i krzyżowej, kończy zaś je w środku pomiędzy kością kulszową a odbytem; poczem operujący przedostaje się pomiędzy gruczołem krokowym i pęcherzem z jednej, a odbytnicą z drugiej strony, do fałdy otrzewny. Przecięcie dźwigacza odbytu sprzyja znacznie ułatwieniu rękoczynu. Po wyrezekowaniu części jelita zwyrodniałej, nakłada się na oba odcinki szew kolisty. l) *Hochenegg* przecina skórę ku górze i na lewo w kierunku linii krzywej, wklęsłej od strony lewej; z linią środkową linia cięcia krzyżuje się, przekraczając zaś tę ostatnią, kończy się u szczytu kości ogonowej. Kość krzyżową rezekuje skośnie, t. j. z lewej strony powyżej dziury trzeciej, z prawej powyżej czwartej. Dokonawszy rezekcji jelita, wtlacza się odcinek górny do dolnego i przyszywa do skóry odbytu. Podobnie cięcie skóry stosuje i m) *Rose*, lecz chirurg ten rezekuje kość krzyżową poprzecznie, zajmując jej najwięcej; odcina bowiem kość wyżej drugich dziur tylnych. Czasowej rezekcji krzyża

używa wreszcie i n) L e v y, prowadząc cięcie skóry w postaci różnoległoboku (trapezu).

W roku 1894 o) d r. R o u x, a nieco później p.) p r o f. R y d y g i e r wystąpili z metodą nową. Według obu tych lekarzy wykonywa się cięcie warstw powierzchownych w postaci siódemki, t. j. zrazu kierując się na prawo od odbytu ku kości ogonowej, potem wzdłuż brzegu prawego kości krzyżowej aż do spojenia krzyżo-biodrowego, w końcu poziomo ku linii środkowej, przekraczając ją nieco. Kość krzyżową należy rezekować poprzecznie, powyżej dziur trzecich i czasowo tylko, poczem odcinek kostny, odsunięty przy manipulacjach nad odbytnicą na lewo, przystosowuje się tam, gdzie należy. Rydygier uchyla tylko kość krzyżową, oszczędzając w sposób ten nerwy (nn. sacrales). Jednakowożmniej więcej, postępują: q) R e h n i r) H e g a r, z których pierwszy wykonywa cięcie, równoległe do brzegu lewego kości krzyżowej, po przecięciu zaś tejże odsuwa odcinek kostny na prawo, drugi zaś prowadzi cięcie skórne w postaci piątki rzymskiej.

Znany chirurg francuski s) C h a p u t <sup>1)</sup> zmienił owo cięcie Hegar'a, przedłużając je, w miarę potrzeby, do odbytu. Tym sposobem kierunku cięcia skóry tworzy głoskę Y. Chaput nie jest zwolennikiem wysokiego rezekowania krzyża, co, w ogóle, wydaje mu się zabiegiem niebezpiecznym; zdaniem autora metody powyższej już samo wycięcie kości ogonowej daje pola operacyjnego dosyć. Po wyosobnieniu guza kışkę rezekuje się między dwiema podwiązkami, z początku odcinek jej górny, potem — dolny. Zeszycie zupełne obu odcinków szwem kolistym udaje się rzadko kiedy, o czem sam Kraske przekonał się niejednokrotnie, postępując z początku w ten sposób. Nadmierne ściągnięcie odbytnicy ku dołowi przy zaszywaniu doszczętnem łatwo wywołać może oderwanie przyczepów kışki krezkowych, ściany zaś odbytnicy, przylegającej w ranie jedynie tylko do gazy jodoformowej, odżywiają się źle i ostatecznie otrzymuje się łatwo zgorzel częściowa jelita. To też zaszywanie obu kışki odcinków szwem kolistym możliwe jest wtedy tylko, gdy oba te, całkiem zdrowe odcinki, mogą być połączone ze sobą bez pociągania; jeżeli zaś końce stykają się wzajemnie z trudnością, zeszywa się tylko półobwód przedni, co też czyni większość wyszczególnionych chirurgów, pozostawiając resztę jelita otworem. Tam, gdzie obu odcinków nie można zespolić wcale, należy koniec górny jelita zaszyć na ślepo, poczem wykonać

<sup>1)</sup> D-r H. Chaput. *Thérapeutique chirurgicale des affections de l'intestin, du rectum et du péritoine.* Paris, 1896.

bezwzględnie odbył sztuczny, o ile tenże wykonany nie był przed rezekcją odbytnicy. Tu znów zaznaczyć muszę nieodzowność odbytu sztucznego, coraz więcej przez operujących uznawaną, której zaniechać wypadnie tylko wtedy, gdy rak umiejscowiony jest nisko i liczyć można na pewno, że koniec górny jelita uda się przyszyć do skóry odbytu z łatwością. Zresztą, odbył sztuczny, jako przyczyniający się do utrzymania w całości szwu, w każdym bądź razie jest pożyteczny.

Raki, gnieźdzące się w odcinkach jelita stolcowego najwyższych, najwłaściwiej operuje się drogą laparotomii z ułożeniem chorego na sposób Trendelenburg'a. Do niezbędnego w tym razie odbytu sztucznego przyszywa się, po usunięciu guza, albo oba odcinki, lub górny tylko, dolny zaś zaszywa się całkowicie.

Po dokonaniu operacji choremu czas jakiś, przynajmniej w ciągu tygodnia, podawać należy do wewnątrz uakowiec gr. jß — iij na dobę; zaleca się pożywienie wyłącznie mleczne, w ogóle pożywienie płynne. U mężczyzn i u kobiet, ze względu na ucisk cewki przez tkanki obrzękłe, należy mocz wypuszczać cewnikiem 4—5 razy na dobę, czyniąc to ostrożnie i umiejętnie, by nie zanieczyścić opatrunku. Po 7—8 dniach daje się środek czyszczący, potem lawatywy, ażeby stolec pierwszy był płynny.

Jak rzekło się wyżej, znaczna odsetka chorych, których poddano rezekcji odbytnicy, po wyzdrowieniu zatrzymuje kał twardy zupełnie dobrze, nawet w tych razach, gdzie usunięto zwieracze dolne, z przyczyny ich zwyrodnienia. Wynik ten zawdzięczać wypadnie działaniu m. zwieracza górnego. W przypadkach tych, gdzie ma miejsce niemożność zatrzymywania wypróżnień, dla uwolnienia chorego od tej, tak przykrej, dolegliwości, można przedsięwziąć operację wytworzenia zwieracza stolca sztucznego według sposobu L. Rydygier'a <sup>1)</sup>. Autor ten zaleca w tym celu zabieg następujący: w pośrodku mięśnia gruszkowatego i pośladkowego wielkiego należy, za pomocą elewatora, wyźłobić otwór równoległy do włókien mięsnych, skórę zaś, na elewatorze napiętą, nadcina się. Przez wytworzoną w ten sposób dziurę R. przeciąga koniec odbytnicy, który przyszywa do rany skórnej, długiej na 5—6 ctm., przebiegającej równoległe i na szerokość palca poniżej linii połączenia szczytu krętarza wielkiego z kolcem górno-tylnym kości biodrowej. Przy skręceniu nogi na wewnątrz, wyszczególnione tu mięśnie

<sup>1)</sup> L. Rydygier. O wytwarzaniu zwieracza stolcowego. Przegląd lek. 1894.

napinają się, wskutek czego odbytnica do pewnego stopnia zostaje zamknięta.

Przystępuję teraz do skreślenia w krótkości szeregu przypadków raka odbytnicy, operowanych na sali 16-ej w Szpitalu Dz. Jezus. Kazuistykę tę rozpoczynam od przypadków, obserwację których powierzono mi wyłącznie i z tej przyczyny podaję te ostatnie, nie uwzględniając porządku chronologicznego.

SPOSTRZEŻENIE I. Maryanna A., 49 lat wieku licząca, przepisana d. 20 Listopada 1895 r. na salę 16 z oddziału kol. Grzanowskiego, po jednodniowym tamże pobycie. Objawy charactwa nowotworowego znacznie posunięte naprzód. Z opowiadania chorej, zachowującej się, zresztą, bardzo apatycznie, nie można dowiedzieć się szczegółów wielu; stwierdzono mniej więcej, że z górą od roku chora zaczęła tracić siły i chudnąć, że w tymże czasie zaczęła doświadczać bólów w kiszce stolcowej, trwających rozmaicie, niekiedy po kilka tygodni. Prócz krwawień ze stolca, chora zauważyła jakoby przed miesiącem, że z pochwy i z otworu stolcowego wydobywa się ciecz nader cuchnąca z domieszką skrzepów krwi. Jakoż przy badaniu przez pochwę znalazłem, obok całkiem prawidłowej macicy, obecność owrzodzeń o brzegach twardych, na ścianie tylnej pochwy, z otworkiem tuż po za wejściem do tejże (introitus vaginae), drażącym do kiszki stolcowej. Po wprowadzeniu do tej ostatniej palca, wyczuwa się na ścianie jelita przedniej rozległy, sięgający dość wysoko twardy, choć częściowo pozostający w stanie rozpadu guz, którego górną granicę można, pomimo to, obejść palcem; na palcu, po wyjęciu go z odbytnicy, pozostaje ilość pewna cuchnącej, krwawej wydzieliny posokowatej. Na mocy tych danych rozpoznałem raka odbytnicy z przeżarciem ściany pochwowej, co też ś. p. Jawdyński potwierdził niebawem.

Dnia 24 Listopada wykonano pod narkozą kolostomię, według sposobu Madelung'a. Po otwarciu jamy otrzewnowej i wyciągnięciu na zewnątrz nader ścięnczałej pętli kątnicy esowatej, nałożono na tę ostatnią długą podwiązkę, po za węzłem której kiszkę, oddzieloną od jamy otrzewnowej warstwą wyjałowionych serwet, przecięto i odcinek, przeznaczony do wszycia, owinięto w gazę. Na przechodzący do odbytnicy odcinek dolny nałożono szew trzypiętrowy, poczem pętlicę tę, zaszytą na głucho, wpuszczono do jamy brzucha z powrotem. Do ścian odcinka górnego, po zdjęciu żeń gazy, przszyto, poniżej otworu, okalającą kiszkę otrzewną oraz warstwę mięśniową, w końcu usunięto podwiązkę i wszyto brzegi światła kiszki do rany skórnej. Po założeniu do kiszki paska gazy jodoformowej, ranę opatrzone bezgnilnie, wieczorem wreszcie chora otrzymała dawkę makowca. Noc spędzona była nieźle, ope-

rowana nie gorączkowała i nie narzekała na bóle zupełnie; i w ciągu następnych dni sześciu stan chorej był zadawalniający. Pochwę i kışkę stolcową przemywano codziennie.

W dniu 1 Grudnia r. z., przy całkiem prawidłowym przebiegu okresu pooperacyjnego, przystąpiono do wykonania drugiej części zabiegu, t. j. usunięcia nowotworu. Cięcie skóry poprowadzono według metody Lisfranc'a. Jak tylko fałda otrzewnowa została przeciętą, ściągnięcie kışki ku dołowi poszło z łatwością, jak również wyrezekowanie odbytnicy powyżej nowotworu wraz z całą ścianą tylną pochwy. Z wykluczonego przedtem jelita pozostał odcinek nader niewielki, to ostatnie bowiem odcięto dosyć wysoko ponad granicą górną guza. Po zaszyciu otrzewny, do której założono przedtem pasek gazy wyjałowionej, brzegi odbytnicy przszyto do skóry, część pochwową macicy przymocowano szwem do otrzewny, ściany pochwy obszyto, wreszcie nałożono szwy na brzegi rany zewnętrznej, dokąd wepchnięto również cztery pasma gazy, wreszcie, po umieszczeniu w cewce kateteru Petzer'a, nałożono na ranę opatrunek bezgnilny.

Dnia następnego, ze względu na wybitny upadek sił chorej, zaleciłem środki podniecające; opatrunek zmieniłem. Poprawę nader wyraźną w stanie chorej ogólnym już po upływie dni trzech stwierdziliśmy wszyscy; gorączka przez czas ten nie była wysoką i nie przekraczała 38,2. Przy codziennem opatrywaniu rany i przemywaniu pęcherza ciepłym roztworem kwasu bornego zeszło dni dwanaście, przed upływem których wypadło usunąć szwów kilka.

Dnia trzynastego, w obec niewątpliwego zatrzymywania się wydzieliny, rozszerzono ranę, do której założono dren. Nazajutrz stan ogólny znacznie lepszy, chora spokojniejsza, nie gorączkuje. Lubo powoli, gdzieniegdzie pokazywała się już ziarnina zdrowa, a ilość wydzielającej się ropy była stale umiarkowana. Po upływie dni czterdziestu usunięto cewnik, oddawanie bowiem moczu odbywało się prawidłowo. Stan ogólny i miejscowy polepszał się widocznie, rana ściągała się coraz bardziej, łaknienie i siły wracały, wypróżnienia drogą odbytu sztucznego następowały co drugi dzień nader regularnie. W połowie marca r. b. operowana wypisała się ze szpitala z raną zagojoną; lubo obecnie przebywa w tymże szpitalu z powrotem, wolną jest dotąd od nawrotu zupełnie, pozostaje zaś pod opieką lekarską z przyczyny cierpienia natury całkiem innej.

**SPOSTRZEŻENIE II.** Anna K. L. 66, wieśniaczka z powiatu Grójeckiego. Od roku prawie narzeka na bóle, powstające w różnych odstępach czasu w okolicy otworu stolca, oraz na krwawienie stamtąd. Od dwóch miesięcy krwawienia te powtarzały się coraz

częściej i obficiej; chora schudła i czuła duży upadek sił. Skierowana do Warszawy, przybyła na salę 16 d. 3 Marca 1896 r.

Przy badaniu wespół z kol. Ciechomskim stwierdziliśmy, co następuje: chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej i mocnej, charłactwo nie wielkie, stan bezgorączkowy. W okolicy odbytu wyrasta narośl grzybowata, w części owrzdziiała na powierzchni, twarda, szerząca się po ścianach odbytnicy pierścieniowato i ciągnąca się w miejscach niektórych na 6 — 7 ctm. powyżej odbytu. Gruczoły pachwinowe z obu stron powiększone i twarde.

Po odpowiedniem przygotowaniu chorej d. 7 Marca t. r. przystąpiono do rezekcyi części dolnej odbytnicy, którą wykonano sposobem Dieffenbach'a. Brzegi przeciętej kiszki, po dostatecznem teźże ściągnięciu na dół, przszyto do skóry, na ranę tej ostatniej nałożono szew, zamykający cięcie nie doszczętnie, poczem wsunięto do odbytnicy grubą, zawiniętą w gazę rurkę gumową i nałożono opatrunk przeciwgnilny. Jakkolwiek i w tym przypadku nie udało się otrzymać rychłozrostu, co głównie przypisać należy niesforenemu chorej zachowaniu się, która, pomimo znakomitego względnie zapasu sił, oddawała przez niechlujstwo stolce pod siebie, to jednak i w tym przypadku okres pooperacyjny miał przebieg dość zadowalniający. Opatrunki zmieniano codziennie, a pomimo sutego przez kał zanieczyszczania rany, zdrowa i piękna ziarnina wypełniła ją niezwykle wczesnie. Po upływie dwudziestu czterech dni rana była już na dogojeniu; operowana jednak, zadowolona niezmiernie z dokonanego zabiegu, domagała się usilnie wypisania ze szpitala, nie zgodziwszy się na proponowane jej wycięcie zwyrodniałych gruczołów pachwinowych, przyrzekając wreszcie solennie wrócić do szpitala w razie pogorszenia się. Dotąd nie wróciła.

SPOSTRZEŻENIE III. Aniela Z., lat 37. Przybyła na oddział d. 30 Października 1893 roku. Przed miesiącami pięciu chorowała na dur brzuszny, poczem zauważyła wkrótce wzmagające się stopniowo trudności przy oddawaniu stolca oraz krwawienia z odbytnicy. W ostatnich czasach nastąpiły uporcezywe zaparcia. Przy badaniu znaleziono w kiszce stolcowej, na wysokości wskaziciela od wylotu teźże, guzowatość twardą, owrzdziiałą, obejmującą całe światło jelita (carcinoma recti cingens); granicy górnej guzowatości owej dosięgnąć palcem nie można, tem więcej, że wązkie nadzwyczaj światło jelita nie przepuszczało nawet koniuszeczka palca. O ile przy badaniu przez pochwę przekonano się, guz, przyrosły do kości krzyżowej, był nieruchomy zupełnie.

Po upływie dni jedenastu wykonano kolostomię, otworzono zaś kiszkę piątego dnia po operacyi. Poprawa, stąd osiągnięta, nie była trwałą. W końcu miesiąca powróciły na nowo zaparcia, które



ze skutkiem miernym usuwano bądź środkami czyszczącymi, bądź za pomocą przemywań kiszki. Ponieważ jednocześnie chora zaczęła narzekać na bóle w okolicy odbytu i w kiszce, d. 6 Stycznia 1894 r. przystąpiono do rezekeji tej ostatniej według zmienionej nieco metody Kraske-Bardenheur'a; rezekeję czasową kości krzyżowej wykonano poniżej dziur trzecich, gałązek zaś nerwowych, wychodzących z tychże otworów (foramina sacralia) nie uszkodzono wcale. Jak przekonano się następnie, nowotwór sięgał na 2—3 ctm. powyżej cięcia kości; po odchyleniu kości krzyżowej wraz z ogonową na prawo i rozcięciu kiszki stolcowej od zwieracza aż do granicy guza górnej, rozpoczęto ten ostatni wyluszczać, podczas czego otrzewna, do której założono bezzwłocznie gazę wyjałowioną, została otwartą, co ułatwiło też znakomicie całkowite usunięcie raka. Na otrzewnę nałożono szew, odcinek górny zeszyto z dolnym, pomimo 8 ctm. braku, po nałożeniu zaś szwu na cięcie kiszki podłużne, jamę dokoła tejże wypchano gazą, kości połączone szwem okostnym, zaszyto wreszcie warstwy miękkie z pozostawieniem w części rany dolnej szczeliny, dokąd założono gazę, jak również i do jelita. Operacja trwała blisko trzy godziny, jednakże chora straciła względnie niewiele krwi.

Nazajutrz stan ogólny — niezły; ciepłota 38,4 — 38,6, tętno 100. Pomimo opatrunków, wykonywanych codzień, czwartego dnia po operacji stan chorej pogorszył się; wystąpiła bowiem gorączka, dopyć wysoka; operowana zaczęła narzekać na mocne bóle w krzyżu, obficie zaś przez dwa odbyty kał wydzielający się walał ranę. Po upływie dni dziesięciu zdjęto wszystkie szwy skórne; stwierdzono przytem, że brzegi rany gdzieniegdzie zrosły się. Całą tedy jamę wymyło  $2\frac{1}{2}\%$  roztworem ciepłego kwasu bornego, do środka założono gazę świeżą, zastosowano wreszcie środki podniecające. Chora jednak słabła coraz widoczniej, ilość wydzieliny nie zmniejszała się wcale, wreszcie piętnastego dnia po operacji chora zmarła.

**SPOSTRZEŻENIE IV.** Wawrzeniec G. lat 54. Chory od siedmiu, jak mówi, miesięcy. Doświadczał zrazu bólów przy oddawaniu kału, który niekiedy był zmieszany z krwią. Pod wpływem leków wypróżnienia wyrównały się i bolesność przy oddawaniu stolca ustąpiła, krwawienia jednak z odbytnicy powtarzały się przy każdym wypróżnieniu. Jak orzekł badający go przed sześciu tygodniami lekarz, w odbytnicy wytworzyła się narośl; chory w ciągu tygodni ostatnich schudł znacznie. Badanie wykryło, że z wylotu odbytnicy sterczy na zewnątrz walcowaty, o budowie zrazikowej, wielkości dużej śliwki, twardej i krwawiący nieco guz, który trzyma się na szypule krótkiej przedniej ściany kiszki i sięga w głąb

jelita nie daleko. Powyżej nowotworu wyczuwa się palcem części zdrowe swobodnie. Ósmego dnia po przybyciu chorego do szpitala, t. j. d. 24 Maja 1893 roku wykonano operację: po odwarstwieniu odbytnicy powyżej przejścia zmarszczki otrzewnowej na ścianę кишки przednią, odcięto tę ostatnią wraz z guzem całkowitym, dolny koniec jelita przyszyto do skóry, zaszyto wreszcie ranę z pozostawieniem w górnej jej części paska wyjałowionej gazy. Po zabiegu chory przyszedł do siebie bardzo prędko; po upływie dwóch dni stwierdzono przy opatrunku, w części przedniej rany, obecność ogniska ropnego, które szerzyło się na tkanki międzykroczca. Ropę wypuszczono za pomocą cięcia bezzwłocznie, poczem z tejże części rany zdjęto dwa szwy dolne. Chory przez kilka dni zrzędu dostawał makowiec, czuł się dobrze, rana podgajała się szybko. Wypróżnienie pierwsze nastąpiło po tygodniu; z upływem miesiąca wypełnianie się rany ziarniną zdrową było widoczne, ropienie cały czas umiarkowane. Wypróżnienia szły trybem prawidłowym, tylko uczucie oddawania kału było nieco słabsze. Operowany też niebawem na własne żądanie został wypisany ze szpitala z wążką powierzchnią ziarninową po prawej stronie кишки; rana, zresztą, w czas jakiś zagoiła się zupełnie. Dotąd nawrotu nie ma, a stan operowanego ogólny jest pomyślny.

*(Dokończenie nastąpi).*

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

378. O. Heubner (Berlin). **W kwestyi etyologii i rozpoznania zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 27, 1896*).

Stawianie zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych w zależności od pneumokoka nie wytrzymuje poważnej krytyki, trudno sobie bowiem wytłumaczyć, w jaki sposób tak rozprzestrzeniony pasorzyt, tak rzadko wspomniane cierpienie wywoływać może.

Już w roku 1887 Weichselbaum, a potem Jaeger ze Stutgardu znaleźli inny drobnoustrój w wysięku oponowym, którego swoistość żadnej wątpliwości nie ulega. Układa on się w kształcie diplokoków lub też tetrakoków, leży przeważnie wewnątrz ciałek ropnych. Wspomnieni autorzy znaleźli ten drobnoustrój na trupach.

U osobnika żyjącego pasorzyt ten znaleziony został po raz pierwszy na klinice Heubner'a u 1 $\frac{1}{2}$  rocznego dziecka z rozpoznaniem: meningitis cerebrospinalis epidemia. Następnie, znaleziono go jeszcze w kilku innych przypadkach tejże choroby. Wysiłek otrzymywano za pomocą przekłucia kanału kręgowego podług Quinke'go. Wysiłek ten zawierał zazwyczaj wiele ciałek ropnych, w których obficie leżały diplo i tetrakoki, bardzo do gonokoków zbliżone. Autorowi udało się nawet otrzymać czyste hodowle tego pasorzyta.

Należało jeszcze zbadać na zwierzętach, o ile pasorzyt ten wywołuje sprawy zapalne w oponach mózgowych. Jaeger nie robił w tym kierunku żadnych badań. Weichselbaum wprowadzał psom po dokonanej trepanacyi hodowle meningokoka pod oponę twardą, doświadczenia te jednakże nie dały zadawalniających wyników.

Autor uważał przedewszystkiem za konieczne zakażać przestrzeń subarachnoidalną w sposób, któryby jak najmniej uszkodzenia ustroju zwierzęcego za sobą pociągał. Trepanacyi nie można bynajmniej uważać za zabieg zupełnie niewinny, rana, tą drogą otrzymana, otwiera szeroko wrota zakażenia dla wtórnego. Wobec tego Heubner wpadł na myśl zastosowania punkcyi łądźwiowej Quinke'go dla zakażenia zwierząt. Technika tego zabiegu okazała się dość łatwą u królików i świnek morskich.

Pierwsze doświadczenia dały wynik ujemny. Ani króliki, ani świnki morskie nie reagowały ani na czystą hodowlę meningokoków, ani na wysiłek bezpośrednio z kanału kręgowego chorego wydobyty. Tłomaczy się to tem, że zwierzęta te odznaczają się pewną odpornością wrodzoną względem zarazka epidemicznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Te nieudane próby skłoniły autora do użycia do doświadczeń zwierząt, które niekiedy samostnie na zapalenie opon mózgowych zapadają. Jakoż u dwóch kóz wynik szczepienia był zupełnie udatny. Badanie pośmiertne tych zwierząt, które wkrótce po zaszczepieniu padły, wykryło zajęcie opon mózgo-rdzeniowych na całej przestrzeni, w wysięku znaleziono liczne meningokoki, których obecność i przez hodowlę stwierdzoną została.

Dowiedzionem zatem zostało, że coccus intracellularis, znaleziony przy meningitis cerebrospinalis, wywołuje i u zwierząt podobny obraz chorobowy. Doświadczenia Heubner'a dowodzą jednocześnie, że jadowitość meningokoka jest znacznie słabszą od pneumokoka. Królik, po zastrzyknięciu mu do mleczka wysięku z opłucny, zawierającego pneumokoki, pada bardzo szybko, poczem znajdujemy silne przekrwienie opon rdzeniowych; natomiast wysiłek, zawierający meningokoki, pozostaje bez wpływu.

H. Kucharzewski.

379. P. Fürbringer (Berlin). **Śmiertelne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych i ostra rzeżączka.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 27, 1896*).

Na oddział autora przybył 25-letni mężczyzna z objawami zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i ostrą rzeżączką. Przy pomocy przekłucia lędźwiowego, podług Quinke'go, wydobyto około 25 ccm. mętnego, płynu ropnego, w którym, pod drobnowidzem, wykryto obecność drobnoustrojów, podobnych do gonokoków. Chory trzeciego dnia pobytu w szpitalu zmarł. Badanie pośmiertne wykryło zapalenie ropne opon mózgo-rdzeniowych. W ropie z mózgu i rdzenia znaleziono pasorzyty podobne do gonokoków wewnątrz komórek. Drobnoustroje te, tak pod względem swych kształtów, jak i wielkości nie różniły się prawie niczem od gonokoków; zato hodowle odpowiadały zupełnie hodowlom Jaeger'a i wyróżniały się widocznie od hodowli pasorzyta Neisser'a. Drobnoustroje te zatem nie były to gonokoki Neisser'a, lecz meningococci intracapsulares Weichselbaum'a. W przypadku tym zatem były dwie infekcyje nie zależne od siebie: jedna miejscowa — gonokokami, druga ogólna wywołana pasorzytami Weichselbaum'a.

*H. Kucharzewski.*

380. D-r F. Kiefer (Berlin). **Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zarazkiem epidemicznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i gonokokiem.** (*Berl. Kl. Woch. Nr. 28, 1896*).

Autor, który badał wysięk, otrzymany w poprzednim przypadku Fürbringer'a, utrzymuje, że podobieństwo zarazków obydwóch tych chorób na preparatach drobnowidzowych jest nadzwyczajne. Podobieństwo to występuje tak pod względem ułożenia wewnątrz komórek ropnych, jako też wyglądu oddzielnych pasorzytów. Przy barwieniu sinkiem metylu pasorzyty przedstawiają się pod postacią wązkich tworów, ostro zakończonych, niekiedy w kształcie półksiężyców; przy silniejszym zabarwieniu gentianafioletem występuje jaskrawiej znana postać ziarenek kawy.

Pomimo jednakże tego wielkiego podobieństwa M—K (meningokoka) i G—K (gonokoka) można wynaleźć pewne różnice, na podstawie których rozróżnić je można.

1-o. M—K odznaczają się znaczną zmiennością rozmiarów swoich, gdy tymczasem G—K są zazwyczaj jednakowej wielkości.

2-o. M—K występują w preparatach w bardzo wielkiej ilości, prawie wszystkie ciała ropne na preparacie są tymi tworami zapchane, zjawiska tego nie spotykamy nawet w najbardziej ostrych przypadkach rzeżączki.

Co do zachowania się M—K względem metody Gram'a, zdania są jeszcze podzielone. Weichselbaum i Goldchmit utrzymują, że odbarwia się on zupełnie; Jäger natomiast jest zdania przeciwnego. Fürbringer i autor spostrzegali stale bardzo szybkie odbarwienie w 15 — 20 sekund. Heubner, Finkelstein i Michaelis otrzymywali wyniki zmienne, wobec czego metodzie Gram'a nie przypisują wartości rozpoznawczej w tym przypadku.

Ze słów powyższych wynika, że rozpoznanie obydwóch tych pasorzytów na preparatach drobnowidzowych, otrzymanych z wysięgu lub ropy, przedstawia nadzwyczajne trudności i zawsze jest niepewne. Zato o wiele lepsze wyniki dają nam hodowle. Przedewszystkiem, co się tyczy hodowli na podłożach specjalnie dla gonokoków używanych, jak na przykład pepton-glycerin-ascites-agar to rozwój M — K na niem jest o wiele bujniejszy od G — K. Meningococcus zdradza wyraźną skłonność do zlewania się; przy gęsto założonych rysach, po 24—48 godzinach cała powierzchnia płytki Petri'ego okazuje się już równomiernie porośniętą. Spoistość jest mniej mazistą, niż gonokoka. Hodowle gonokoków natomiast nie rozprzestrzeniają się na podłożach i nie zlewają ze sobą.

Również i zewnętrzny wygląd hodowli obydwóch tych pasorzytów znacznie różni się wzajemnie. Kolonie G — K są szaro-przejrzyste, gdy tymczasem M—K mętno-białe, połyskujące.

Nadto meningokoki w przeciwieństwie do gonokoków rozwijają się doskonale na agarze glicerynowym.

Autor nie spostrzegł nigdy meningokoków, układających się w łańcuszki ani w ropie, ani w hodowlach, jak o tem wspominają Jäger i Fürbringer.

Doświadczenia na zwierzętach dały wyniki ujemne, pomimo że szczepienia odbywały się w rozmaity sposób: podskórnie do jamy brzusznej, do opłucny, do nosa i t. d. Natomiast, przekonał się autor o znacznej wrażliwości tkanek ludzkich na infekcję meningokokami. Pracując przez dni ośm nad wspomnianymi pasorzytami, dostał on raptownie silnego, ropnego, prawostronnego niezłytu nosa. Wydzielina była bardzo obfita, barwy siarki. Jednocześnie wystąpiły objawy ogólne, rozbicie, ból głowy, podniecenie i swoiste, nieprzyjemne uczucie pociągania w karku, które wzmałało się od czasu do czasu. Podwyższenia ciepłoty nie zauważono.

Badanie drobnowidzowe wydzielin z nosa wykryło obecność znacznej ilości pasorzyta meningococcus intracellularis. W hodowlach wykryto ten sam drobnoustrój, wraz z niektórymi innymi.

Miejscowe objawy u autora trwały koło dwóch tygodni, ogólne niedomaganie przeciągało się dłużej, niekiedy występowały nasilenia.

Przypadek ten nasuwa niektóre uwagi.

1-o. Wskazuje na znaczną zaraźliwość materiału.

2-o. Potwierdza, że nos może być wrotami dla zarazka zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych.

3-o. Meningococcus okazuje się pasorzytem, wywołującym ropne zapalenie na błonach śluzowych ludzi, spotyka się go zapewne częściej, aniżeli to przypuszczano. Bardzo być może, że wiele ropnych zapaleń nosa, ucha i błony śluzowej ust, którym pocho-

dzenie tryprowe przypisywano, powstały nie pod wpływem gonolcz meningokoków.

*H. Kucharzewski.*

381. A. Habel (Zurich). **O znaczeniu wyprysku wargowego przy rozpoznaniu różniczkowym ropnego zapalenia opon mózgowych od gruźliczego.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 42, 1896*).

Ogólnie przyjmują, że wyprysk wargowy nie występuje w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych, natomiast w ropnym zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych należy on do objawów dość częstych. W ostatnich czasach F. Klemperer kładł duży nacisk na wartość rozpoznawczą tego objawu w przebiegu meningitu i twierdził, że wyprysk wargowy wystarcza, by gruźliczą naturę cierpienia wykluczyć. Że mniemanie to nie jest jednakże zupełnie słuszne, dowodzi przypadek, spostrzegany przez autora na klinice prof. Eichhorsta. Było to gruźlicze zapalenie opon mózgowych (rozpoznanie stwierdził prof. Ribbert przy badaniu zwłok) z nadzwyczaj obfitym wypryskiem wargowym, który wokół całej usta okolił. Na 65 przypadków gruźliczych meningitów, spostrzeganych na klinice, wyżej podany, był jedynym, w którym obecność wyprysku wargowego stwierdzono. W literaturze znalazł autor tylko dwa jeszcze przypadki Seitz'a, zjawisko to zatem należy do rzadkości.

Co do ropnych zapaleń opon mózgowych, to na 16 przypadków znalazł autor na klinice raz tylko wyprysk wargowy; nie były to jednakże wszystkie pierwotne zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Inni autorzy podają, że w połowie przypadków można się z tym objawem spotkać.

Artykuł swój kończy autor wnioskiem: że wyprysk wargowy należy wprawdzie do bardzo rzadkich objawów w symptomatologii gruźliczego zapalenia opon mózgowych, nie możemy go jednakże zupełnie wykluczać i rozpoznania różniczkowego pomiędzy epidemicznym zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych na nim opierać.

*H. Kucharzewski.*

382. **O przekłuciu lędźwiowem (Lumbalpunktion).** (*Therapeut. Woch. Nr. 14, 1896*).

Przekłucie lędźwiowe polega na wprowadzeniu (igły) kaniuli do kanału kręgosłupa z następnym wyciekiem płynu mózgo-rdzenio-

wego. Zasługa wprowadzenia punkcji lumbalnej, jako metody klinicznej, należy się prof. H. Quincke'mu z Kielu, który na X-m zjeździe internistów w Wiesbaden roku 1891 poraz pierwszy rzecz tę ogłosił. Od tego czasu zaczynają się mnożyć w literaturze lekarskiej prace i artykuły, kwestyi tej poświęcone; również i na kongresach lekarskich rzecz ta wywoływała niejednokrotnie bardzo ożywioną dyskusję.

## I.

*Technika przekłucia łądźwiowego.*

Quincke już w pierwszym swem doniesieniu zwracał uwagę na to, że punkcja lumbalna jest to zabieg dosyć prosty, łatwo wykonać się dający i zupełnie nie szkodliwy, naturalnie z zastrzeżeniem, jeżeli pewne warunki będą zachowane.

Ponieważ kanał kręgosłupa nie jest tak bezpośrednio dostępny, jak jamy opłucny lub brzuszna, wskutek tego dla dokładnego wykonania operacji jest nieodzowną znajomością szczegółowa stosunków anatomicznych. Badanie tych stosunków anatomicznych wykazuje, że kanał kręgowy jest u dzieci więcej dostępny, aniżeli u dorosłych, ponieważ u pierwszych przestrzenie międzykręgowe są większe.

W wyborze miejsca ukłucia kierujemy się tym faktem, że rdzeń sięga zazwyczaj tylko do powierzchni pierwszego lub drugiego kręgu łądźwiowego, tak, że miejsce wkłucia igły poniżej tego poziomu leżeć powinno. Quincke radzi wkłuć w przestrzeń pomiędzy 3 i 4 kręgiem łądźwiowym, Gaibissi pomiędzy 4 i 5, Chipault zaś wybiera w tym celu przestrzeń pomiędzy ostatnim kręgiem łądźwiowym a pierwszym ogonowym.

Przy wyborze miejsca punkcji kierować się trzeba silnie wystającymi wyrostkami ciernistymi kręgów łądźwiowych.

Narzędzia używane przy tym zabiegu są bardzo proste. Ukłucie wykonywa się za pomocą igły próbnej lub też trójgrańca, których długość wynosi od 3—7 ctm., stosownie do tego, czy chodzi o dziecko lub też osobę dorosłą. U tych ostatnich lepiej zawsze używać igieł dłuższych. Goldscheider wspomina o jednym przypadku, gdzie musiał na 8 ctm. wchodzić nim się do kanału dostał. Grubość igły wynosi od 0,6 do 1,2 mm. Każda igła opatrzoną być winna w stalowy przewodnik. Do mierzenia ciśnienia płynu mózgodzeniowego radzi Quincke połączyć igłę ze stożkiem z rurką kauczukową, któraby się znowu ze szklanym cylindrem łączyła. Dla określenia wysokości ciśnienia stawia się równolegle do cylindra skalę. Większość autorów zgadza się z tem, że igła zupełnie wystarcza do wykonania punkcji, aspiracja płynu za pomocą szpryczki Pravaz'a jest zbyteczną, niekiedy nawet szkodliwą. Nie potrzeba chyba dodawać, że aseptyka powinna tu być bardzo przestrzegana.

Przy wykonaniu operacji kładzie się chorego na prawy lub lewy bok, z przyciągniętymi do tułowia kolanami i silnie zgiętym ku przodowi kręgosłupem. Taką pozycję nadaje swym chorym Quincke.

Inni autorzy uważają pozycję siedzącą i pochyloną na przód za wygodniejszą. Senator zrobił w jednym przypadku punkcję w pozycji en vache, w drugim znowu przypadku, u chorego z silnym opistotonus.

Co do stosowania narkozy, to zdania autorów są podzielone. Quincke utrzymuje, że u chorych niezupełnie przytomnych uspienie jest już zbyt duże, Stadellmann i Ziemssen radzą w każdym przypadku, gdy tylko chory jest przytomny, stosować narkozę. Browning zaleca ją u starszych, niespokojnych pacjentów, gdy tymczasem Lenhartz we wszystkich przypadkach uważa narkozę za rzecz zbyt dużą. W każdym razie tam, gdzie niema gwarancyi, że chory zupełnie spokojnie zachowywać się będzie, powinno być stosowane uspienie; liczyć się jednakże trzeba z tym faktem, że u pacjentów z powiększonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym stosowanie chloroformu nie należy do rzeczy bezpiecznych.

Operację przekłucia wykonywa się w ten sposób, że u dzieci wkłuwamy igłę po linii środkowej pomiędzy dwa odpowiednie wyrostki cierniste, u dorosłych zaś na 1 — 1½ ctm. na zewnątrz od linii środkowej. Kierunek klucza idzie od tyłu i z dołu, do przodu i do góry. Gdy już do kanału dojdziemy, wtedy wyciągamy z igły stalowy przewodnik, przez otwór wycieka płyn mózgo-rdzeniowy jako dowód, że rękoczyn się udał.

Gdy żądana ilość płynu wycieknie, wyciągamy igłę, miejsce zaś ukłucia pokrywamy kolodjonem jodoformowym i watą. Po dokonanej punkcji chory powinien przynajmniej przez 24 godzin w łóżku leżeć.

## II.

### *Nieprzyjemne przypadki przy przekłuciu lędźwiowem.*

Zdanie Quincke'go, że punkcja w dolnym odcinku kanału kręgowego należy do zabiegów prostych, prawie bezbolesnych, oraz zupełnie bezpiecznych, niejednokrotnie stwierdzonem zostało. Nie można jednakże przyjąć tego jako reguły, znane są bowiem przypadki z mniej pomyślnem zejściem. Bóle towarzyszące punkcji odnieść wypada do samego aktu wkłuwania igły; Fürbringer jednak i Gaibissi spostrzegali po tej operacji dłużej trwające bóle oraz parestezye w jednej z kończyn dolnych. Bóle te zjawiają się wtedy, gdy cauda equina igłą zadrażniona zostanie, bóle te jednakże szybko znikają. Prawdopodobieństwo uszkodzenia rdzenia jest, podług Quincke'go, bardzo małe, szczególnie u dzieci. Krwawienie po punkcji jest prawie minimalne, nawet w tych przypadkach, gdy igła zrani małą żyłkę. Lenhartz wspomina, że mu się dwa razy igła przy punkcji ułamała, przypadek ten jednakże nie pociągnął za sobą żadnych nieprzyjemnych następstw.

Do nieprzyjemnych przypadków przy punkcji lędźwiowej również zaliczyć trzeba ujemny wynik teżże, mianowicie, gdy po otwarciu kanału kręgowego płyn mózgo-rdzeniowy nie wypływa. Dwie mogą być przyczyny tego faktu, zatkanie igły skrzepami, lub też brak zupełny, albo bardzo nieznaczna ilość płynu mózgo-rdzeniowego.



Fürbringer przytacza przypadek, dotyczący dziecka z gruźliczem zapaleniem opon mózgowych, gdzie przekłucie powtarzano 14 razy i zawsze z ujemnym wynikiem. U chorych na mocnicę znajdowano także bardzo małe ilości płynu mózgo-rdzeniowego. W czasie punkcji lumbalnej wzmagają się niekiedy pewne dolegliwości, na przykład bóle głowy przy guzach mózgowia i zapaleniu opon; spostrzegano również niekiedy i drawki.

Na szczególną uwagę zasługują komunikaty Fürbringer'a o nagłych przypadkach śmierci po punkcji lędźwiowej. Fürbringer widział takich przypadków pięć. Trzy z guzami mózgowia i dwa z mocnicą. Dwóch chorych z pierwszej kategorii zmarło w przeciągu 1—2 dni po punkcji, trzeci zaś w tym samym dniu. Dwaj chorzy z mocnicą zmarli w 1—2 godzin po operacji. Lichtheim również wspomina o jednym przypadku nagłej śmierci po przekłuciu lędźwiowym; dotyczył on kobiety z nowotworem mózdzka. Na uwagę jednakże zasługuje to, że wszystkie te przypadki należały do kategorii chorób, gdzie nagła śmierć nie należy do rzadkości.

Przyczynę nagłej śmierci upatruje tu Fürbringer w raptownej zmianie ciśnienia wskutek odpływu płynu mózgo-rdzeniowego oraz w zaburzeniach odżywczych substancji mózgu. Z powodu zmniejszenia się ilości płynu mózgo-rdzeniowego, mózg przyciska się do czaszki; pociąga to za sobą zaburzenia w odżywianiu.

### III.

#### *Wskazania do punkcji lumbalnej.*

Punkcja lędźwiowa stosowaną bywa w dwojakim celu: rozpoznawczym i leczniczym. Dla celów dyagnostycznych stosujemy ją w chorobach ośrodkowego układu nerwowego, oraz jego opon, dla chemicznego, fizykalnego i drobnowidzowego zbadania płynu mózgo-rdzeniowego. W celach leczniczych stosuje się punkcję lumbalną dla zmniejszenia ciśnienia, spowodowanego nagromadzoną cieczą mózgo-rdzeniową. Co do wartości punkcji, jako środka leczniczego zdania autorów są podzielone, niektórzy wprost odmawiają jej jakiegokolwiek znaczenia terapeutycznego.

*H. Kucharzewski.*

---

383. Dr. C. Daper (z Kissingen). **O wpływie wód, zawierających sól kuchenną (Kissingen, Homburg) na przemianę materii i o dyecie przy picciu wód.** (*Zeitschr. f. Klin. Med. B. XXX. H. 3 u. 4.*)

Dodatni wpływ zdrojowisk leczniczych w wielu cierpieniach zauważony wprost empirycznie, nie ma do tej chwili podstaw naukowych; dlatego też autor stara się brak ten wypełnić. Badania

prowadził u zdrowych i chorych ludzi i na ich zasadzie przychodzi do następujących wyników:

1) Przy nieżyłtach żołądka ze zmniejszonym wydzielaniem kwasu solnego, zwłaszcza na tle nadużyć wysokoku i tytoniu, u suchotników i w postaciach z żółtaczką, ilość HCl miała powiększać się i stan chorego polepszać. Postaci, przebiegające z brakiem lub zmniejszeniem ilości soków trawiennych na tle nerwowem, pozostawały bez poprawy.

2) W cierpieniach ze zwiększonym wydzielaniem kwasu solnego w żołądku otrzymywał autor przy umiarkowanym picciu wód dużą poprawę, wbrew panującym poglądom. Najlepsza była poprawa w cierpieniach na tle nerwowem, u ludzi nadmiernie pracujących nerwowo. Bez dodatniego wpływu przebiegało leczenie tej postaci na tle blednicy.

3) Przy wodach utarła się szablonowa dyeta, jakoby wskutek spostrzeżenia, że wody „nie godzą się” z całym szeregiem pokarmów. Otóż zdrowi znoszą bardzo dobrze wszelkie pokarmy przy jednoczesnym użyciu wód i czują się bardzo dobrze. Jestto najlepszym dowodem, że należy się powstrzymać od pewnych pokarmów nie dla tego, że się pije wody, lecz, że w danej chorobie pewne grupy pokarmów nie trawią się należycie, lub szkodzą choremu. Dlatego też dyeta winna być stosowana inna w każdym przypadku. Najbardziej zabraniają lekarze tłuszczów i surowych owoców; otóż rozmaici chorzy znoszą te pokarmy bardzo dobrze przy picciu wód, niekiedy zaś są one wprost koniecznie potrzebne, szczególnie tłuszczu u osłabionych chorych, u cukrzycowych i t. d. Ilość wchłoniętego tłuszczu, podawanego bardzo obficie przy współczesnym stosowaniu największych ilości wód słonych i gorzkich, była u chorych takia, jak u zdrowych, sądząc z badania kału; użycie znacznych ilości tłuszczu nie ograniczały prócz tego wchłaniania białka. Przeważnie wody nie przeszkadzają wchłanianiu i zużyciu tłuszczów.

4) Mniemanie Voit'a, jakoby sól kuchenna (rsp. wody) sprzyjała zwiększeniu rozpadu białka, jest błędne. Nawet znaczne ilości wód nie sprowadzają tego skutku, który jest właściwym tylko truciznom protoplazmatycznym (fosfor, ptomainy i t. d.); dlatego też można używać wód tam nawet, gdzie idzie nam o zachowanie białka ustroju od rozpadu.

5) Wydzielanie kwasu moczowego pozostaje bez zmiany przy picciu wód; dlatego też stosowanie ich przy skażeniu i złoгах moczowych nie wydaje się uzasadnionem.

W. Miklaszewski.

384. Prof. M. Proust (Paryż). **O żywieniu chorych na dnę.**  
(*Le Progrès Médical* Nr. 32, 1896).

Nauka o żywieniu chorych na dnę poprzedzoną być powinna nauką o żywieniu normalnem. Wobec tego autor w kilku słowach

kwestję tę omawia i daje wskazówki co do składu chemicznego najważniejszych pokarmów, średniej zawartości białka, węglowodanów i tłuszczu. Przedewszystkiem zwraca się do substancyj białkowatych.

*Mięso.* Mięso wołowe surowe, średnio tłuste zawiera białka około  $\frac{1}{5}$  na wagę; mięso wołowe bardzo tłuste—zaledwie  $\frac{1}{6}$ ; pieczeń wołowa lub też wołowina gotowana — około  $\frac{1}{3}$ .

*Drób.* Kura zawiera ciał białkowych  $\frac{1}{3}$  na wagę; gołąb, kaczka, małe ptaszki więcej, niż  $\frac{1}{5}$ .

*Ryby.* Ryby nie tłuste (szczupak, karp) zawierają tyleż białka, co i mięso wołowe surowe ( $\frac{1}{5}$ ); natomiast ryby tłuste (węgorz, łosoś, makrela) biedniejsze są w substancje białkowe.

Konserwy mięsne bogatsze są w białko od mięsa świeżego. Szynka wędzona zawiera  $\frac{1}{4}$  na wagę białka. Tyleż mają i jajka.

Dla mleka i nabiału znaleziono:

Mleko	$\frac{1}{30}$	wagi
Ser biały	$\frac{1}{6}$	„
Ser tłusty	$\frac{1}{4}$	„
Ser chudy	$\frac{1}{2}$	„

*Jarzyny* zawierają następujące ilości ciał białkowych:

Groch szablasy	}	$\frac{1}{4}$	wagi
Soczewica			
Groch		$\frac{1}{5}$	„
Ryż		$\frac{1}{12}$	„
Chleb		$\frac{1}{13}$	„
Makaron		$\frac{1}{11}$	„
Kartofle		$\frac{1}{60}$	„
Marchew		$\frac{1}{100}$	„
Salata		$\frac{1}{70}$	„
Kapusta		$\frac{1}{50}$	„
Kalarepa	}	$\frac{1}{50}$	„
Szparagi			
Szpinak	}	$\frac{1}{30}$	„
Fasolka			

Zawartość węglowodanów w pokarmach również znacznym wahanom ulega. Mięso wołowe, drób' i ryby nie zawierają ich wcale.

W następnej tablicy przedstawione są ilości węglowodanów w jarzynach, ziarnach i ich produktach, oraz w owocach.

Chleb	}	około	$\frac{1}{2}$	wagi
Groch szablasy				
Soczewica				
Groch				
Makaron		„	$\frac{4}{5}$	„
Ryż		„	$\frac{3}{4}$	„
Kartofle		„	$\frac{1}{5}$	„
Marchew		„	$\frac{1}{11}$	„
Kalarepa		„	$\frac{1}{10}$	„
Fasolka		„	$\frac{1}{14}$	„
Kapusta		„	$\frac{1}{20}$	„

Sałata	}	około $\frac{1}{30}$ wagi
Szpinak		
Szparagi		
Jabłka	}	około $\frac{1}{8}$ wagi
Gruszki		
Wiśnie		
Śliwki		„ $\frac{1}{12}$ „
Porzeczki		„ $\frac{1}{14}$ „

Co do zawartości tłuszczu, to mięso wołowe chude zawiera  $\frac{1}{20}$ ; mięso tłuste  $\frac{1}{3}$ ; pieczeń i wołowina gotowana około  $\frac{1}{12}$ , szynka  $\frac{1}{3}$ . Móżdżek  $\frac{1}{10}$ , ozór  $\frac{1}{6}$ . Łosoś, makrela oraz inne ryby tłuste zawierają tłuszczu od  $\frac{1}{10}$  do  $\frac{1}{15}$  wagi. Jajko  $\frac{1}{10}$  wagi. Masło i słonina są to pokarmy najbogatsze w tłuszcz, szczególnie masło, które zawiera około  $\frac{4}{5}$  na wagę.

Dla ułożenia diety normalnej, dla dorosłego człowieka pamiętać trzeba, że:

1-o. Jeden gram ciał białkowych odpowiada 4,3 jednostkom ciepłikowym.

2-o. 1 gram węglowodanów również 4,3 jednostkom.

3-o. 1 gram tłuszczu 9,4 jednostkom.

Człowiek dorosły zużywa codziennie od 2,500 do 3,000 jednostek ciepłikowych, które przez pożywienie odzyskać powinien. Dieta, która nie daje 2,500 jednostek jest niewystarczającą; ta, która dostarcza wyżej 3,000, jest zbyt obfitą.

Gdy zaczniemy oznaczać bilans substancyj azotowych białka, wtedy napotkamy znowu trudność w oznaczeniu ilości węglowodanów, ponieważ prawie wszystkie pokarmy zawierające krochmal, zawierają również i białko roślinne.

Lepiej jest zatem oznaczyć ilość węglowodanów t.j. środków pokarmowych pochodzenia roślinnego, którą użyć zamierzamy. Ilość zaś białka dopełnia się potem środkami pokarmowymi pochodzenia zwierzęcego.

W ten sposób wykażemy, że pożywienie normalne dla dorosłego człowieka powinno się składać ze 100 gr. białka, 45 gr. tłuszczu i 400 gr. węglowodanów. Ilości te mogą być dostarczone przez następujące pokarmy: 500 gr. chleba, co odpowiada 250 gr. węglowodanów i 30 gr. białka; 400 centymetrów sześciennych mleka, co odpowiada 20 do 25 gr. węglowodanów i 20 gr. białka; 300 gr. kartofli, które zawierają 60 gr. węglowodanów i 4 gr. białka; 400 gr. marchwi, owoców, jarzyn zielonych, które zawierają od 15 do 20 gr. węglowodanów; wreszcie 250 gr. mięsa wołowego nie tłustego, co odpowiada 50 gr. białka; do tego dodać potrzeba jeszcze węglowodany z deseru i cukier przyjmowany w naturze.

Podana powyżej ilość pokarmów, które zresztą bardzo urozmaćcać można, byłoby niedostateczną dla mężczyzny ciężko pracującego fizycznie, za obfitą natomiast dla kobiety, dziecka lub też starca. Ludzie bogaci, przeważnie mieszkańcy miast spożywają mało jarzyn, zato dużo mięsa i tłuszczów.

Artrytyk, lub też kandydat na takiego, szczególnie gdy mają skłonności do tycia, powinni się trzymać diety skąpszej od normalnej. Wagę ciała powinni sprowadzić do normalnej, a do-

konawszy tego, starać się utrzymać ją na tym poziomie. Prócz tego artrytycy powinni wykluczyć ze swego jadłospisu pewne pokarmy i napoje, innych znowu używać w ograniczonej tylko ilości.

Poniżej podajemy 1-o spis potraw zakazanych, 2-o tych, które w ograniczonej tylko ilości artrytykom są dozwolone, 3-o wreszcie pokarmy zupełnie dozwolone.

### I. Pokarmy zakazane.

*Pokarmy stałe.* Potrawy mocno słone i pieprzne. Ostre sery. Raki, homary, ślimaki. Ryby nie świeże. Grzyby, trufle. Pomidory, szczaw, rabarbar. Korniszony, pikle, pieprz turecki. Cukierki, ciastka.

*Napoje.* Mocne piwo. Jablecznik słodki. Portwein, Xeres, Bourgund, wina kwaskowate, absynt, vermouthe, chartreuse i podobne likiery.

### II. Pokarmy, które tylko w ograniczonej ilości spożywać wolno.

*Pokarmy stałe.* Zwierzyna (mięso ciemne). Ryby morskie. ostrygi. Cukry, pasztety. Owoce kwaśne: agrest, maliny, poziomki, jabłka, gruszki, szparagi.

*Napoje.* Wino czerwone Bordeaux, reńskie, Moselle, szampańskie, rum, koniak. Mocna kawa i herbata.

### III. Pokarmy dozwolone.

*Pokarmy stałe.* Chleb, mięso z jatk, szynka niezbyt słona, jajka pod wszelkimi postaciami. Mleko, sery niezbyt ostre. Groszek, fasolka, ryż, salsefin, cebula, marchew, buraki, rzepa, karczochy, melon, dynia. Kartofle (przeważnie jako purée). Tapioka, sago, arow-root, makaron, lane kluseczki. Jarzyny zielone z wyjątkiem jarzyn kwaśnych. Sałaty z niezbyt dużą ilością octu. Brzoskwinie, winogrona, migdały. Gruszki i jabłka w umiarkowanej ilości.

*Napoje.* Woda zwyczajna, obojętne wody stołowe z małą ilością gazu, lekko alkaliczne (Apollinaris, Giesshübler). Wody alkaliczne (Vichy, Vals). Wino białe (Bordeaux) od czasu do czasu z dużą ilością wody. Moselle, jablecznik dobrze odfermentowany z wodą. Lekka herbata, lekki grog niekiedy.

Widzimy zatem, że kuchnia artrytyków będzie w ten sposób bardzo prostą.

H. Kucharzewski.

385. D-r A. Erlenmeyer. **O chemicznej metodzie leczenia morfinizmu.** (*De la Démorphinisation chimique. Progrès Médic. Nr. 31, 1896.*)

Przy leczeniu morfinizmu, do ostatniej chwili istniały 2 metody, różniące się pomiędzy sobą jedynie co do czasu, w jakim chory ma być od morfiny odzwyczajony. Według jednej, odjęcie morfiny winno być stopniowe, według drugiej — nagle, raptowne. Autor, zwolennik dotychczas tej ostatniej metody, od lat 3-ich trzyma się jednak w swym zakładzie dla morfinistów w Bendorf (nad Renem) zupełnie innego postępowania. Czas, w jakim choremu ma być odjęta morfina, nie odgrywa tu najmniejszej roli, głównem zaś zadaniem nowej metody, jest usunięcie całego szeregu nadzwyczaj przykrych objawów, związanych z pozbawieniem chorego morfiny.

Metodę swoją autor nazywa chemiczną, co, jak się przekona-  
my niżej, ma swoje racjonalne uzasadnienie.

Dokładna obserwacja zjawisk, występujących u osobnika, którego po dłuższem znalógowaniu się pozbawimy morfiny, uderzająco przypomina przypadłości tak zwanej niestrawności kwaśnej (dyspepsia acida). I tu i tam, prócz objawów ze strony żołądka i kiszek (gnieciecie, ból w dołku, wracanie mas kwaśnych, rozwolnienia i t. p.), spotyka się najrozmaitsze objawy nerwowe drogą odruchową powstałe, jak: pieczenie w krzyżu, bóle w łydkach, niepokój w członkach, bicie serca, bezsenność i t. d. Wszystko to wprowadza chorych w stan wprost nie do zniesienia.

To podobieństwo objawów nasunęło autorowi pytanie, czy i przyczyna przykrych objawów w obydwu przypadkach nie jest jednakowa.

I pokazało się, że tak jest w istocie. Badanie zawartości żołądka u osobników, którym odjęto morfina, po dłuższem używaniu takowej, wykazało znaczną nadwyżkę kwasu solnego (hyperaciditas).

Przyczyna tego łatwo da się wytłomaczyć. Badania Marmé, Stolnikowa, Rosenthala i innych dowiodły, że część morfiny zastrzykniętej podskórnie dostaje się zawsze do żołądka; nie jest to wcale cząstka nieznaczna, bo według badań Alta równa się ona prawie połowie zastrzykniętej dawki; zjawia się ona w żołądku w kilka minut po podskórnem zastrzyknięciu.

Rzecz więc jasna, że u morfinistów znaczna ilość tego alkaloidu przechodząc do żołądka wywołuje tam narkozę gruczołów wydzielniczych i to narkozę prawie stałą, przy odpowiedniej częstoci zastrzykiwań.

Wynika stąd, co łatwo sprawdzić badaniem, że u morfinistów podczas trwania nałogu bywa stały brak kwasu solnego w żołądku (hypaciditas). Z chwilą usunięcia morfiny uspięne gruczoły budzą się do czynności i zaczynają wydzielać obficie, w rezultacie zaś mamy w żołądku nadmiar kwasu solnego (hyperaciditas).

Nerwy żołądka zmianę tę odczuwają tem silniej, iż przez czas morfinizacji 1-o były stale narkotyzowane. 2-o odwykły od zwykłej podniety, jaką dla nich stanowi normalna ilość kwasu solnego w żołądku.

Występuje więc cały szereg zaburzeń, tak miejscowych ze strony żołądka i kiszki, jak i ogólnych, drogą odruchową powstałych, o których wyżej było wspomniane.

Opierając się na tem, pierwszy Hitzig spróbował u morfinistów, pozbawionych morfiny, po kilkakrotnem przepłukaniu żołądka podawać wodę alkaliczną (Karlsbad).

Rezultat był znakomity. Chory, kilkakrotnie już przedtem na różne sposoby od morfinizmu leczony, nigdy kuracyi tak dobrze, jak ostatnim razem nie znośił.

Autor radzi unikać przepłukiwań, które przez tego rodzaju chorych źle bywają znoszone, lecz poleca wprost podawanie dużych ilości (najmniej litr na dobę) wód alkalicznych, np. Fachingen.

Przy takim postępowaniu usuwamy wszystkie objawy miejscowe, związane z usunięciem morfiny (ból, wymioty, rozwolnienie eta.), a co zatem idzie, uwalniamy chorego od całego szeregu objawów ogólnych odruchowej natury.

Więcej niż 30 chorych było leczonych w ostatnich czasach przez autora tą metodą i wszystkie kuracje przebiegały bezporównania łżej i pomyślniej, niż przy dawniejszych sposobach leczenia.

Opierając się na tem wszystkiem, autor radzi, ażeby podając chorym z jakiegokolwiek bądź racyi morfinę, zalecać zawsze jednocześnie używanie acidi muriatici, dla uniknięcia związanego z morfinizmem braku kwasu solnego, i pozostawienie nerwów żołądka pod stałym wpływem kwasu solnego, co ułatwia znakomicie leczenie ewentualnego morfinizmu.

Odejmując czas morfiniście morfinę, radzi podawać duże dawki alkali, co usuwa w zupełności wszelkie, tak ciężkie nieraz objawy głodu morfinowego.

Przy obecnym naszym stanie wiadomości o morfinie i losach jej w naszym ustroju, jest to jedynie racjonalna metoda.

K. Wistocki.

## H. Choroby nerwowe.

386. P. Flechsig. **O ośrodkach asocjacji w mózgu człowieka.** (*Ueber die Associationscentren des menschlichen Gehirns. Podług wykładu na kongresie psycholog. w Monachium w Sierpniu r. b.*)

Anatomiczną podstawę do określenia czynności różnych odśrodków kory mózgowej daje badanie przebiegu i stosunków przewodników, do kory zawojów wnikających lub z nich wychodzących.

Dwie są metody tego rodzaju badań: *metoda zwyrodnień Türck'a*, do której należy badanie chorych w określony sposób mózgow (resp. metoda ekstyrpacyjna na zwierzętach—Guddena) oraz *metoda rozwojowa*—autora. Badanie rozwoju mózgu wykazuje, że nie wszystkie przewodniki, w bezpośrednim z korą stosunku będące, rozwijają się współcześnie. Jedne z tych przewodników są rozwinięte już w 3-im miesiącu życia płodowego, gdy inne dochodzą do zupełnego rozwoju dopiero po urodzeniu. Różnica przewodników nierozwiniętych od rozwiniętych polega na tem, że pierwsze przedstawiają nitkowate włókna, wychodzące z komórki nerwowej, drugie zaś mają budowę złożoną z nitki osiowej, pokrytej warstwą myeliny. W 3—4 miesięcy po wytworzeniu się pokrywają się włókna nitkowate myeliną. Zawoje dojrzałego płodu w chwili urodzenia posiadają włókna myelinowe tylko w drogach zmysłów i czucia cielesnego. Pierwsze w kolei rozwoju pokrywają się myeliną przewodniki, idące od tylnych korzeni rdzenia kręgowego i odpow. nerwy rdz. przedłuż., czyli nerwy czucia cielesnego, jak dotyk, ból, głód, pragnienie, przewodniki wrażeń, idących od mięśni, ścięgien, stawów. Zatem podstawa anatomiczna świadomości własnego ciała powstaje pierwiej, niż przewodniki wrażeń ze świata zewnętrznego. Nieco później pokrywają się myeliną przewodniki powonienia, znacznie później przewodniki wrażeń świetlnych, najpóźniej zaś przewodniki, wstępujące od ślimaka (głębsze odcinki dróg słuchowych w rdz. przedłuż. i w śródmózdku aż do wzgórków czworaczych pokrywają się myeliną wcześniej, niż n. wzrokowy).

Na podstawie jedynie różniczkowania rozwojowego przewodników dadzą się wyprowadzić następujące wnioski odnośnie do obszaru i rozkładu ośrodków zmysłowych, czyli t. zw. „sfer zmysłowych” kory:

- 1) Zajmują one u człowieka tylko  $\frac{1}{3}$  część kory.
- 2) Są oddzielone od siebie odcinkami kory, w których nie kończą się przewodniki czucia, i z których nie wychodzą przewodniki ruchu.
- 3) Tworzą 4 oddzielne odcinki różnej wielkości. Największą jest sfera czucia cielesnego, najmniejszą sfera powonienia. Oddzielnej sfery smaku niema, dzieli się ona między sferę czucia ogólnego i sferę powonienia.

Z ośrodków zmysłowych wychodzą też przewodniki ruchu, w  $\frac{4}{5}$  części ze sfery czucia cielesnego, w  $\frac{1}{5}$  ze sfery słuchowej. Ośrodki zmysłowe są zatem mieszane — *zmysłowo-ruchowe* i zaliczają się do *układu projekcyjnego* Meynerta.

*Czynnością ośrodków zmysłowych* jest przyjmowanie (percepcya) wrażeń zmysłowych. Jeśli pod percepcją wrażeń zmysłowych pojmować jedynie odbicie w świadomości wrażeń zmysłowych bieżących, bez jakiegokolwiek domieszki obrazów wspomnieniowych, to ośrodki zmysłowe są narzędziami percepcyi zmysłowej w tem ścisłym znaczeniu. Jeśli jednak pod wyobrażeniem zmysłowym rozumieć będziemy zbiór wrażeń zmysłowych i obrazów wspomnieniowych, jak to właściwie ma miejsce u normalnego człowieka, to występują tu już sprawy świadomości bardziej złożone, mianowicie skojarzenia bądź wyobrażeń różnych zmysłów, bądź wyobrażeń z obrazami



wspomnieniowymi w zakresie jednego zmysłu. Percepcye zmysłowe, w ścisłym znaczeniu, może mieć tylko noworodek, skoro odpowiednie przewodniki i elementy nerwowe ośrodków zmysłowych znajdują się na stopniu rozwoju do czynności sprawnym.

*Czy noworodki mogą kojarzyć wyobrażenia różnych zmysłów?*  
Na pytanie to odpowiada autor, z anatomicznego stanowiska, przecząco. Z wyjątkiem połączeń między sferą powonienia a sferą czucia cielesnego, oraz spoidłowych włókien między obustronnymi sferami czucia cielesnego, w mózgu noworodka brak rozwiniętych połączeń między oddzielnymi sferami zmysłów. Noworodek resp. małe dziecko ma zatem przypuszczalnie pewną liczbę oddzielnych pól świadomości. Każda sfera zmysłowa przyjmuje odpowiednie jakościowo wrażenia zmysłowe i przenosi je na właściwe drogi ruchu. Początkowo zatem odcinki kory, zalegające między sferami zmysłów, oddzielają je od siebie. Jakież jest ich przeznaczenie? Autor przypuszczał zrazu, że następnie przenikają weń włókna, które łączą się z przewodnikami zmysłów, jako ich bocznice, lecz badania za pomocą srebrzenia metodą Golgi'ego nie stwierdziły, aby okolice kory, o których mowa, miały bezpośredni związek z układem projekcyjnym, co zresztą potwierdza i metoda Türcka.

Sledząc jednak dalszy rozwój tych okolic kory, autor wykrył ich znaczenie. Już w drugim miesiącu życia samodzielnego ukazują się liczne myelinowe włókna, które z ośrodków zmysłowych przenikają we wzmiankowane okolice i w korze ich kończą się. Są to *przewodniki układu asocjacyjnego*, t. j. włókna, łączące różne odcinki kory i kojarzące ich czynności. W dalszym rozwoju dziecka wrastają ze sfer zmysłowych miliony takich włókien, następnie z komórek okolic nas zajmujących udają się spoidłowe włókna po przez linię środkową i kończą w sąsiedztwie ośr. zmysł. drugiej strony. Każdy ośrodek zmysłowy jest punktem wyjścia niezliczonej ilości włókien asocjacyjnych i w zawojach odcinków kory, o których mowa, spotykają się układy asocjacyjne różnych zmysłów: włókna ze sfery wzrokowej z takiemiz — sfery dotykowej, albo włókna sfer słuchowej, dotykowej, wzrokowej i t. p. Z uwagi na powyższy fakt anatomiczny nadaje autor odcinkom kory, położonym między sferami zmysłów, nazwę *ośrodków asocjacji*. Ośrodki te kojarzą sfery różnych zmysłów między sobą, lecz połączenie to rozwija się zwolna, w ciągu wielu miesięcy po urodzeniu. Natomiast bezpośrednie połączenia między sferami zmysłowymi (n. p. między sferą powonienia a dotyku lub między sferą wzrokową, słuchową a dotykową) są stosunkowo bardzo nieliczne i, prawdopodobnie, są to przewodniki wpływu sfer powonienia, słuchu, wzroku na komórki ruchowe sfery dotykowej. Przeciwnie, układy asoc., przenikające ze sfer zmysłowych w ośr. asoc. są nieporównanie liczniejsze. Że ośrodki asocjacji mają wyższe zadania psychologiczne, niż czynności sfer zmysłowych, przemawia za tem zarówno historia rozwoju, jak anatomia porównawcza i patologia. Historia rozwoju o tyle, że wykazuje, iż ośrodki asocjacji (ich komórki zwojowe) rozwijają się znacznie później, niż ośrodki zmysłowe; anatomia porównawcza znów o tyle, że u niższych ssawców istnieją tylko ośrodki zmysłowe, a jedynie u człowieka obszar ośrodka asoc.

jest znacznie większy od ośrodka zmysłowego. Najważniejszych jednak dowodów stosunku ośrodków asocjacji do tak zw. kojarzenia wyobrażeń dostarcza klinika, t. j. wpływ chorób tych ośrodków na objawy duchowe. Spostrzeżenia nad zaburzeniami mowy naprowadzały oddawna na domysł, że w mózgu muszą istnieć punkty styczne licznych układów włókien i że zniszczenie takich punktów powodować musi ważniejsze zaburzenia mowy, niż zniszczenie pojedynczego układu włókien. Zadaniem anatomii jest wykazanie wszystkich takich punktów resp. okolic kory. Do urzeczywistnienia tego zadania i autorowi wiele brakuje obecnie. Nie mniej dziś już metoda rozwojowa stwierdza 3 ośrodki asocjacji zupełnie oddzielne, choć nawzajem od siebie zależne.

1-szy, największy ośrodek leży ku tyłowi między sferą dotyku, wzrokową i słuchową, po części między sferą wzrokową, słuchową a gyrus hippocampi. Jest to tylny ośrodek asocjacji; *centrum as. parieto-occipito-temporale s. posterius*.

2-gi, mniejszy leży w zraz. czołowych: *c. as. frontale v. anterius*.

3-ci, najmniejszy leży w środku między poprzednimi i odpowiada insulae Reilii: *c. as. medium*.

Zadaniem jest patologii zbadać bliżej znaczenie czynnościowe ośrodków asocjacji. Materiałem mogą być przedewszystkiem rany mózgu z powodu, że umiejscowienie ściślej da się oznaczyć. Nadto trzeba oddzielać objawy zależne od uszkodzenia kory, od objawów uszkodzenia sub. biały. Doświadczenia na zwierzętach, jako nie posiadających mowy, nie dadzą wskazówek.

Z dotychczasowego piśmiennictwa i spostrzeżeń własnych wnioskuje autor, że w jednostronnych cierpieniach ośr. asoc. tylko przy umiejscowieniu po stronie lewej i gdy cierpi tylny i średni ośrodek asocjacji występują objawy. Obustronne cierpienie ośr. asoc. powoduje bez wyjątku znaczne zaburzenie inteligencji aż do głupkowatości, która ma charakter *indolencyi*, gdy choruje ośrodek asocjacji przedni, a *inkoherencyi*, gdy chory ośrodek asocjacji tylny. Objawy częściowych naruszeń ośrodka asocjacji tylnego zależne są od zniesienia lub uszkodzenia skojarzeń wyobrażeń z symbolami mowy, lub skojarzeń piśmiennych, lub głosowych wyrazów z odpowiednimi wyobrażeniami. Następstwem zmian umiejscowionych na pograniczu 2-go potylicowego i 2-go skroniowego zawoju jest *alexia* (postać ślepoty wyrazowej *apercepcyjna*), t. j. niezdolność rozumienia właściwego znaczenia wyrazów pisanych. Następstwem zmian gyrus supramarginalis i przyległej części 2-go zawoju ciemniowego jest t. zw. *aphasia sensorialis transcorticalis* (postać głuchoty wyrazowej *apercepcyjna*; postać bowiem percepcyjna Wernicke'go powstaje w skutku uszkodzenia lewej sfery słuchowej) t. j. niezdolność rozumienia znaczenia wyrazów słyszanych, choć można je dokładnie powtórzyć. Następstwem zmian bardziej tylnych resp. dalszych części zawojów skroniowych jest *aphasia optica*, t. j. niezdolność nazywania właściwym wyrazem widzianych przedmiotów, a często współcześnie (zwłaszcza w ogniskach obustronnych) niezdolność sądenia o właściwym zastosowaniu widzianych przedmiotów, n. p. używanie ołówka zamiast nożyka, świecy zamiast szczoteczki i t. p., t. zw. *agnosia*. Częstem też następstwem

uszkodzenia tylnego ośrodka asocjacji po stronie lewej bywa szczególna odmiana niemoty amnestycznej t. zw. *aphasia acustico-amnestica*, t. j. niezdolność przypomnienia wyrazów odpowiednich, pozostającym w świadomości wyobrażeniem przedmiotów (obrazem wspomnieniowym). Pamięć dźwięków wyrazowych poprzedzać musi ich skojarzenie. (Odpowiada jej postać zw. *aphasia kinaesthetico-amnestica* w cierp. 3-go zawoju czołowego). Wreszcie we wszelkich obszerniejszych zmianach w ośr. asoc. występuje niezdolność zachowania w pamięci nawet na czas krótki wrażeń słuchowych, wzrokowych, dotykowych. W powyższych przypadkach wyobrażenia zmysłowe w ścisłym znaczeniu nie cierpią, chorzy nie kojarzą tylko w zwykły sposób wyobrażeń zmysłowych między sobą lub z obrazami wspomnieniowymi. Patologia stwierdza zatem, że przynajmniej okolica kory położona między sferą wzrokową, słuchową i dotykową jest ośrodkiem asocjacji. Anatomia tłomaczy, dla czego tak jest, gdyż wykazuje, że w okolicy tej zbiegają się drogi asocjacji ze sfer wzrokowej, dotykowej, słuchowej i t. d.

Daleko trudniej określić *działanie przedniego ośrodka asocjacji*. Choroby okolicy czołowej nie są rzadkie (*dementia paralytica senilis, alcoholica* etc.), trudno jednak oznaczyć zakres i stopień destrukcji. Mała ilość czystych przypadków pozwala tylko na wypowiedzenie wniosków ogólnych. Osłabienie zmysłowe polega na wykluczeniu wyższych składników duchowo-cieleśnej osobowości i sądu (szczególniej cierpi abstrakcyjne myślenie). Przedni ośrodek asocjacji znajduje się w bliższym związku ze sferą czucia cielesnego. Choroby dotykają zazwyczaj współcześnie obu wspomnianych okolic i rozstrajają *osobowość i samowiedzę*. Osobniki chore tracą zdolność indywidualnego działania, brak im stałych pobudek czynu; przeciwnie osoby z nietkniętą sferą czucia cielesnego i przednim ośrodkiem asocjacji, choćby nawet pozbawione były percepcji zmysłowych, mogą zachowywać inteligencją i zdolność do indywidualnej działalności.

W *średnim ośrodku asocjacji* mają miejsce skojarzenia mechanizmu mowy. Skojarzenia różnych wyobrażeń zmysłowych i ich obrazów wspomnieniowych w ośrodkach asocjacji odbywają się przypuszczalnie za pośrednictwem grup *komórek kojarzących* i *na tym punkcie poglądy autora różnią się zasadniczo od poglądów Meynert'a, Wernike'go i innych na mechanizm asocjacji*.

Skoro nie ma dowodów, że uszkodzenie ośrodka asocjacji wpływa na percepcje zmysłowe w ścisłym ich znaczeniu, mogą zatem ośrodki asocjacji uczestniczyć w percepcjach zmysłowych tylko w obszerniejszym ich pojęciu, t. j. dorzucają do wrażeń zmysłowych obrazy wspomnieniowe, które w wyobrażeniach przedmiotów zewnętrznych w istocie zawsze są obecne. Czyli, ślady pamięciowe, pozostawione przez wrażenia zmysłowe, umiejscawiają się w komórkach zwojowych ośr. asoc. Jaki jest wogóle stosunek neuronów centralnych do zjawisk świadomości? Ośrodki zmysłowe dostarczają świadomości wrażeń z charakterem specyficznej energii. Pod tym względem oddzielne zawoje ośrodk. asoc. nie zachowują się jednakowo. Odcinki, bezpośrednio graniczące ze sferami zmysłów (*Randzonen*), łączą się ze sferami zmysłów za pośrednictwem

liczniejszych układów asocjacji, niż odcinki bardziej odległe. W centralnych okolicach ośrodków asocjacji przeważają układy, nie stykające się bezpośrednio ze sferami zmysłów (*Neurony centralne*). Neurony centralne odróżniają mózg ludzki od mózgu małp. Muszą mieć zatem szczególne znaczenie pod względem psychicznym. Ogół neuronów centralnych łączy się za pomocą długich układów (*fascic. arcuatus etc. Flechsig*) ze sferą czucia cielesnego, która przeto jest właściwym punktem środkowym całej kory mózgowej. I na tem polega jedność mechanizmu psychicznego, nie zaś na układach asocjacyjnych, łączących wprost ze sobą wielkie ośrodki asocjacji.

Cała kora mózgowa jest przede wszystkim narzędziem asocjacji, w które w pewnych punktach wnikają przewodniki zmysłów i biorą początek drogi ruchowe. Czy jakość świadomości, wytwarzana przez ośrodki zmysłowe, różni się od świadomości wywiązywanej w ośrodkach asocjacji? Jakkolwiek wielu wszelkie usiłowania umiejscowienia świadomości uważa za nielogiczne, autor potrąca o to pytanie ze względu, że pytania tego rodzaju następczą się lekarzowi codziennie. Kwestya jest mianowicie ważna dla nauki o nieświadomych procesach duchowych. Należy do przeszłości wyświecić, czy w wytwarzaniu zjawisk świadomości nie zachodzą różnice jakościowe między neuronami centralnymi i czy te ostatnie nie pracują poczęści nieświadomie. W tym ostatnim przypadku nabierałyby procesy psychiczne nieświadome wysokiego znaczenia. Ośrodki zmysłowe i asocjacyjne wiążą się ze sobą tak dalece anatomicznie i czynnościowo, że ich ściśle odgraniczenie w rozwiniętym organizmie jest niemożliwe. Porównać ten związek można z powiązaniem w zjawiskach psychicznych tego, co nazywają zmysłowością i rozumem. Podział jest teoretyczny, w rzeczywistości jednak są one nierozłączne. Pojedyncze ośrodki zmysłowe są narzędziami duszy. Ośrodki asocjacji zapewniają współdziałalność tych pojedynczych narzędzi. Ośrodki asocjacji nie są zdolne do samodzielnej czynności bez uczestnictwa ośrodków zmysłowych. Te ostatnie dostarczają im treści, lecz uporządkowanie tej treści jednocześnie w całokształt różnych wrażeń zmysłowych, przychodzących od jednego zewnętrznego przedmiotu, i skojarzenie w wyobrażenie przedmiotu jest zadaniem ośrodków asocjacji. Od wielkości i bogactwa zawojów ośrodków asocjacji oraz ich stosunku do ośrodków zmysłowych zależy indywidualność psychiczna, której bliższe poznanie jest zadaniem naukowego postępu.

L. Rzezniewski.

### III. Choroby wieku dziecięcego.

387. Jarre V. **O znaczeniu badania ust przy wyborze mamki.**  
(*De la valeur de l'examen de la bouche dans le choix d'une nourrice.*  
*La Sém. Méd. Nr. 35, 1896*).

W jamie ust, jak wiadomo, znajdują się liczne i rozmaite drobne ustroje, w normalnych warunkach zupełnie nieszkodliwe, które mogą stać się (np. ropnie) w sprzyjających okolicznościach (przypadkowe zranienia błony śluzowej, próchnienie zębów i t. p.) przyczyną bardzo poważnych cierpień. Cierpienia te, infekcyjnego pochodzenia, są u mamek tem więcej niebezpieczne, że mogą być udzielone karmionym przez nie dzieciom, powodując u tych ostatnich groźne następstwa, bo niekiedy śmierć nawet.

Zwracając uwagę na ten przedmiot, autor kładzie nacisk na skrupulatniejsze, niż dotąd, badanie zębów. Nie dość jest, zdaniem Jarre'a, rozpoznać spróchniałe zęby, lecz dokładnie trzeba określić w jakim stopniu rozwoju proces ten w tym lub innym zębie się znajduje.

Autor dzieli zęby na 3 kategorie: 1-o zęby zupełnie zdrowe, 2-o zęby z próchnieniem powierzchownem (nie przenikającym); 3-o zęby z próchnieniem głębokiem (przenikającym).

Właściwie mówiąc, każda mamka powinna mieć wszystkie zęby zdrowe, lecz objaw ten obecnie jest nadzwyczaj rzadki u rasy białej; we Francji np. w wielu miejscowościach bardzo trudno znaleźć można u młodej kobiety zupełnie zdrowe zęby.

Obecność jednego lub paru zębów, w których próchnienie jest powierzchownem (t. j. gdzie pulpa nie jest obnażoną), nie przedstawia bezpośrednio niebezpieczeństwa powikłań zapalnych i septycznych.

Co się tyczy zębów z próchnieniem przenikającym, to one, ze względu na powikłania, jakich mogą być przyczyną, posiadają największe znaczenie kliniczne. W tych zębach pulpa jest zupełnie obnażoną, a przez to narażoną na różne wpływy zewnętrzne, skutkiem czego łatwo następuje infekcja, wywołująca stan zapalny pulpy, który w rezultacie może spowodować zupełne zniszczenie jej.

Jeżeli zęby w tym stanie próchnienia pozostawić bez żadnego leczenia, to sprawy zapalne rozprzestrzeniają się na sąsiednie tkanki, wywołując tu zapalenie stawu zębowego, osteo-periostitis szczęki i ropnie o różnem znaczeniu, stosownie do ich umiejscowienia, jak również kierunku, jaki przybierze ropa w celu wydobycia się na zewnątrz. Pominąwszy już te poważne następstwa (phlegmone szyi, na dnie jamy ust, zapalenia żył twarzy, oczodołu i t. d.), na

jakie może być narażoną sama mamka, lecz i karmione przez nią dziecko w tym przypadku znajduje się w wielkim niebezpieczeństwie, ze względu na łatwe przeszczepienie mu przez pierwszą pierwiastków septycznych. Nieznaczne zranienia błony śluzowej jamy ust lub gardzieli zupełnie są dostateczne dla inokulacji tych pierwiastków, przeszczepienie zaś może nastąpić przez pocałunek, lub za pomocą rąk, szczególnie przy podawaniu piersi.

Cierpienia tego rodzaju u dzieci mogą mieć groźne następstwa, jak poucza o tem przypadek obserwowany przez autora.

Noworodek, ważący 3,500 grm., był karmiony przez zdrową i silną mamkę, u której zęby były w oplakany stanie; większa część ich była zupełnie prawie zniszczoną przez próchnienie. Przez pierwsze 3 tygodnie karmienia stan zdrowia oseska nie przedstawiał nic do życzenia: waga dziecka zwiększała się codziennie o 30 grm. Lecz gdy mamka zaczęła cierpieć na zęby, dziecko traciło na wadze 8—10 grm. dziennie. 5-go dnia u mamki zjawily się ropnie na okolo kilku zębów, u dziecka zaś skonstatowano lekkie zapalenie migdałów, a nazajutrz zauważono u niego znaczne obrzmienie lewych gruczołów szyjowych. Wielki ropień, jaki utworzył się w tej okolicy w przeciągu 3-ch dni, został otwarty, pomimo to jednak stan dziecka coraz się pogarszał: wystąpiły przerzuty w rozmaitych częściach ciała i po upływie 8 dni dziecko zmarło.

Autor twierdzi, że przypadki tego rodzaju nie są rzadkością, lecz mechanizm powstawania ich nie jest zawsze należycie oceniany.

Z powyższych względów wypływa, że zęby z próchnieniem głębokim winny być u kobiety karmiącej lub mającej karmić ze szczególną starannością leczone (plombowanie lub usunięcie zęba). Jeżeli zaś mamka posiada wiele zębów w takim stanie zepsucia, to stanowczo powinna być zwolnioną od obowiązków, co absolutnie wskazanem jest przy wystąpieniu wyżej wspomnianych powikłań. Gdyby jednak w wyjątkowych razach mamki wydalic nie można było, to należy zalecić częste płukanie ust (tymolem), jak również obmywanie rąk ciepłym roztworem kwasu bornego, szczególnie przed każdym karmieniem. Prócz tego trzeba zabronić mamce wszelkich pieszcot z dzieckiem.

Lecz nie tylko zęby spróchniałe bywają przyczyną infekcyjnych cierpień jamy ust; niekiedy mogą występować one podczas przerywania się ostatniego zęba trzonowego. Okoliczność ta w danym razie ma dla tego ważne znaczenie, że ząb mądrości przerywa się, jak wiadomo, między 18—25 rokiem życia, t. j. w wieku odpowiadającym wiekowi mamek. Najczęściej przyczyną tych cierpień są zranienia błony śluzowej nad przerywnąjącą się koroną zęba, skutkiem czego mogą przenikać pod błonę śluzową rozmaite ciała obce, wywołując jej stan zapalny. Zapalenie to, stopniowo rozprzestrzeniając się, może zająć dziąsła, język i wewnętrzną powierzchnię policzków; prócz tego, wskutek urazu ze strony zębów antagonistów, błona śluzowa pokrywa się owrzodzeniami. Otóż taki stan jamy ust u mamki przedstawia również poważne

niebezpieczeństwo dla karmionego przez nią dziecka i matka winna być wydaloną, jeżeliby stosowne leczenie pozostało bez skutku.

W. Cennère.

388. Wilhelm Koenig. **O udziale nerwów mózgowych w porażeniach mózgowych u dzieci i o porażeniu wrzekomo-opuszkowym u dzieci.** (*Zeitsch. f. Kl. Med. B. XXX H. 3—4*).

Dane dla swej pracy autor zebrał z 72-óch obserwacji z domu idiotów; w 17-u przypadkach, zakończonych śmiercią, robione były oględziny pośmiertne i badania drobnowidzowe.

Otóż, u tych dzieci z połowicznymi porażeniami udział nerwów mózgowych był następujący:

1) Nerw twarzowy i podjęzykowy, jednocześnie lub pojedynczo, były porażone w 37-iu przypadkach; zupełnie zdrowe — w 12 przyp., w reszcie zaś udział ich był wątpliwy. Porażenia n. podjęzykowego przy normalnym twarzowym należą do rzadkości; zwykle bywa na odwrót. Udział gałązek czołowych i oczodołowych zdarzał się rzadko i nigdy współcześnie. Mięśnie mimiczne twarzy były prawie stale (30: 35) porażone, jednak przy bardzo silnych wzruszeniach kurczyły się. Autor nie zgadza się na pogląd Bechterew'a, jakoby porażenie mięśni mimicznych miało dowodzić udziału wzgórką wzrokowego w sprawie chorobowej; w przypadkach Koenig'a prócz wzgórków zmienioną była i kora mózgowa.

2) O udziale unerwienia: smakowego, słuchowego i powoniowego trudno było przesądzać, ze względu na rodzaj chorych. Również nie zauważył autor porażenia gałązek czuciowych n. trójdzielnego; gałązka zaś ruchowa 4 razy brała udział: przy otwieraniu ust szczęka dolna skręcała się w stronę porażenia z powodu przewagi mięśnia skrzydlastego wewnętrznego po stronie zdrowej.

3) Porażenie nerwu okoruchowego wspólnego spotkał autor wszystkiego 8 razy; udział jego gałązek wewnętrznych był o wiele częstszym, niż wewnętrznych. Zajęcie tego nerwu ma być jedną z cech przymiotu dziedzicznego.

4) Udział n. okoruchowego zewnętrznego znalazł autor 12 razy w postaci zeza zbieżnego i rozbieżnego i 4 razy jako drżenie gałki ocznej.

5) Nerw wzrokowy, podług rozmaitych badaczy, ma jakoby rzadko bardzo bywać wciągnięty w sprawę porażen mózgowych u dzieci; autor nie zgadza się z tem zapatrywaniem: obserwował on 12 przypadków tego rodzaju, w których w 10 był zanik obu nerwów wzrokowych. Niekształtność czaszki (cz. stożkowate) nie odgrywa, zdaje się, tej roli, jaką jej przypisują: ślepotą zdarza się przy wszelkich kształtach czaszek. Podług wszelkiego prawdopodobieństwa przyczyna zaniku nerwu wzrokowego jest taż sama,

co i podstawowego cierpienia mózgowego; choroba zaczyna się częściej po urodzeniu, niż w czasie życia płodowego.

6) Nakoniec autor znalazł w 9-ciu przypadkach znaczne przyspieszenie tętna, co uważa za wyraz udziału nerwu błędnego. W 2 z tych przypadków zaznacza on jeszcze wole, a w jednym exophthalmus i na tej zasadzie 6 przypadków pozostałych z tej grupy uważa za poronne postaci choroby Basedow'a.

Samodzielną postać przedstawia porażenie wrzekomo-opuszkowe u dzieci. Klasyczny przypadek, podany przez Oppenheim'a, jest do tej chwili unikatem. Autor wyszukał w literaturze parę przypadków i sam podaje 7-em swoich, które zbliżają się do przypadku Oppenheima, lecz różnią się brakiem zaburzeń przelykowych; uważa je on za postaci poronne porażenia wrzekomo-opuszkowego. Przy rozpoznawaniu tych postaci należy mieć na uwadze zaburzenia mowy, które prócz zajęcia ośrodków mózgowych mogą zależeć i od spraw miejscowych w jamie nosowej (rozrosty, nacieczenia), lub od rozluźnienia mięśni gardzieli i podniebienia miękkiego.

*W. Miklaszewski.*

#### IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

389. **Leczenie tików bolesnych.** D-r Dana z New-Yorku poleca gorąco nową metodę leczenia tego uporczywego cierpienia. Stosował on ją na swojej klinice w przeciągu ostatnich 2-ch lat u 9-ciu chorych i u wszystkich otrzymał wyleczenie. Metoda d-ra Dana polega na podskórnem stosowaniu strychniny. Leczenie rozpoczyna on od dawki minimalnej i zwiększa w przeciągu dni 15 stopniowo ilość zastrzykniętej strychniny aż do maximum znoszonego przez pacyenta. Następny tydzień kuracyi poświęca stopniowemu zmniejszaniu dawki. Jednocześnie podaje jodek potasu i żelazo. Pierwsze dawki wywołują zwykle napad choroby, trwający 5 — 10 minut, poczem występuje lekka senność z objawami wzmożonej działalności serca. Chory przez cały czas kuracyi winien pozostać w łóżku na lekkiej dyecie.

Z uwagi, iż często bardzo (prawie u 1/4 chorych) jako uboczny skutek kuracyi występuje podrażnienie nerek o charakterze mięszowym (białkomocz etc.), autor radzi być uważnym przy stosowaniu tej metody. (Courier Medic. 1896 Nr. 36.)

*K. W.*

390. **Leczenie cukromoczu za pomocą trzustki.** Usunięcie trzustki u psa w 75% przypadków, według Renzi'ego i Reale'go, a w 100 przypadkach na 100 według Minkowskiego, wywołuje cukromocz. Błędy w danych statystycznych dawniejszych autorów polegały na tem, że często cukromocz zjawia się dopiero w 48 godzin



po operacji, niektóre zaś psy jeszcze przed tym terminem zdychają, nie zdolawszy dostać cukromoczu.

Jeżeli jednak psu pozbawionemu trzustki wszczepimy w jamę brzuszną kawałek tego gruczołu, lub też będziemy robili wstrzykiwania podskórne soku trzustkowego, cukromocz usuniemy w zupełności.

Wynika stąd, że obecność we krwi fermentu trzustkowego zapobiega wystąpieniu cukromoczu, podobnie, jak normalne wydzielanie fermentu gruczołu tarczowego jest ochroną przed zjawieniem się obrzęku śluzowego.

Wobec tego pr. Talbot proponuje leczenie cukromoczu za pomocą trzustki, zalecając przede wszystkim stosowanie soku trzustkowego (jako emulsji) pod postacią zastrzykiwań podskórnych, lub też przez kışzkę prostą.

Podawanie „per os“ żadnego rezultatu nie daje, gdyż sok żółdkowy widocznie zabójczo działa na ferment trzustkowy. Można również i przeszczepiać kawałki gruczołu. (Courier Medic, 1896, Nr. 39.)

K. W.

391. D-r Rispał z Tuluzy, na zjeździe lekarzy wewnętrznych francuskich, zdawał sprawozdanie z przypadku **choroby Addisona**, przy zupełnym braku nadnerczy. W literaturze notowane są już 2 takie przypadki. Przypadek R. dotyczył 24-letniego mężczyzny, który, będąc dotąd zupełnie zdrowym, bez widocznej przyczyny zachorował wśród objawów charakterystycznych: ciemne zabarwienie skóry i błon śluzowych, bóle, chudnięcie, postępujące osłabienie, objawy żółdko-kiszkowe. Choroba trwała 10 miesięcy. Przy sekcji nie znaleziono wcale nadnerczy, sploty brzuszne nie przedstawiały zmian żadnych (o innych narządach wzmianki niema).

(W. M. P. 41).

392. **Przeciwko wypadaniu włosów** zaleca Cutler następujące lekarstwo:

Rp.	Pilocarpini	1,0
	Vaselini	10,0
	Lanolini	30,0
	Ol. Lavandulae	gtt. 15.

Wcierać na noc w skórę głowy.

(Med. Chir. Centralb.).

H. K.

393. D-r Roll opisuje **dwie endemie Beri-beri na okrętach**, wskazują one na to, że zarazek rozprzestrzenia się przez picie wody. W obydwóch przypadkach załoga była zdrową, dopóki miała na pokładzie wodę europejską, jakkolwiek okręt przebywał w miejscowościach, w których choroba ta endemicznie panuje.

Gdy jednak zapas wody się wyczerpał, wzięto wodę z miejscowości, w której beri-beri panowała. W 4 — 5 tygodni potem wybuchła ta choroba na okręcie. Wyprowadzić ztąd można wniosek, że okres wylegania w beri-beri wynosi około miesiąca.

(Norsk Magazin for Laegevidenskaben).

H. K.

394. **Przeciwno oxyuris vermicularis** zaleca d-r Harter la-  
watywy z  $\frac{1}{4}$  litra wody wapiennej. Lawatywy te stosują się cho-  
remu dwa razy na dzień, rano i wieczorem przez 2—3 dni.

(Aerztl. Rundschau 35).

H. K.

395. D-r Wiesinger z Hamburga zwraca uwagę na to, że pod  
postacią **achillodynii** (obrzemiecie i bolesność bursae subachilleae)  
często kryje się gruźlica calcanei. Wobec tego radzi W. podczas  
operacji wskutek achillodynii zawsze szeroko wspomnianą torebkę  
otwierać, aby gruźlicy nie przeoczyć. (Deut. Zeit. f. Chir.).

H. K.

## V. ODCINEK.

### POGOTOWIE RATUNKOWE.

(Dokończenie).

Nie tylko jednak obecność sond Béniqué'go nasuwa przy-  
puszczenie, że stacya ratunkowa ma w przyszłości spełniać zadanie  
ambulatoryum dla przechodzących chorych. W przekonaniu  
tem utwierdza nas obecność takich narzędzi, jak kleszcze do wy-  
rywania zębów, różnorodne wzierniki (oczne, uszne, maciczne) etc.

Nie przesądzamy kwestyi, czy stwarzanie nowego ambulatory-  
um wobec tych, które już u nas istnieją, jest rzeczą potrzebną.  
Możemy się zgodzić, że im więcej ambulatoryów, tem lepiej, gdyż  
w ten sposób uprzystępnia się pomoc lekarską ludziom niezamoż-  
nym. Jednocześnie jednak zaznaczyć winniśmy, że stacya ratun-  
kowa, podejmując czynności, które przypadają w udziale ambula-  
toryom, mija się do pewnego stopnia ze swem przeznaczeniem.  
Według naszego zdania, w ten sposób zaciera się główny cel ist-  
nienia podobnej instytucyi, paczy się myśl przewodnią, która  
wywołała jej powstanie.

Jeżeli zgodzimy się z postulatem, że zadanie pogotowia pole-  
gać winno głównie na udzielaniu pomocy doraźnej w przypadkach  
traumatycznych, i to wyłącznie niemal na miejscu wypadku, to  
z tą wypływa wniosek, że wszystkie te przedmioty (przedmioty  
stałe), które tworzą t. zw. salę operacyjną, są do pewnego stop-  
nia zbyteczne. Ponieważ stacya ratunkowa nie może liczyć ani  
na chorych, którzyby kwalifikowali się do poważniejszych ope-  
racji chirurgicznych, ani na lekarzy, którzyby te operacje wy-  
konywać umieli, trudno doprawdy zrozumieć, w jakim celu na-

gromadzono tak znaczną ilość kosztownych narzędzi i nie mniej kosztownych sprzętów. Do spełnienia tych zadań, które następczy się mogą lekarzom czynnym na stacyi ratunkowej, według naszego zdania, wystarczyć by mogło mniej zasobne, a przede wszystkim mniej kosztowne urządzenie sali operacyjnej.

Zaznaczyć w tem miejscu winniśmy, że hojność w zaopatrzeniu sali operacyjnej jest jednostronna. Nie znajdujemy tu bowiem przyrządów, które według wymagań współczesnych stanowić powinny integralną część dobrze urządzonej sali operacyjnej. Mamy tu na myśli przyrządy, służące do wyjaławiania, tak zwane sterylizatory. Nie będziemy się rozwodzić nad znaczeniem i doniosłością przyrządów powyższych. Było by rzeczą zbyt elementarną, a w piśmie lekarskiem wprost niewłaściwą, gdybyśmy zechcieli omawiać przyczyny powstawania zakażeń przyranych i stosowane obecnie przeciw tym zakażeniom środki ochronne. Bez wątpienia są to rzeczy aż nadto dobrze znane nie tylko każdemu lekarzowi, lecz większości inteligentnych jednostek. Mniej natomiast są rozpowszechnione pojęcia o tem, jakie przedmioty najczęściej pośredniczą w zakażeniu rany. Tej więc sprawie pozwolimy sobie poświęcić słów parę.

Jak wiadomo, rozróżniamy dwa sposoby zakażenia rany, a mianowicie t. zw. zakażenie przez powietrze (Luftinfection) i zakażenie wskutek zetknięcia (Contactinfection). Temu ostatniemu sposobowi zakażenia większość współczesnych chirurgów przypisuje znaczenie dominujące. Tu więc mają swe źródło uśiłowania współczesnych chirurgów, dążących do tego, ażeby wszystkie przedmioty, które *bezpośrednio stykają się z raną*, były bezwzględnie czyste (jałowe).

Żadna operacja chirurgiczna nie może się odbyć bez użycia wacików (t. zw. tamponów), serwet, okładów etc. Bezwzględna czystość tych przedmiotów jest również ważną, jak czystość narzędzi i rąk operatora. W celu uniknięcia późniejszego zakażenia konieczną jest również jałowość materiałów, które służą do opatrzenia rany.

Z powyższego widzimy, że środek ciężkości współczesnej aseptyki spoczywa nie na urządzeniu stołu operacyjnego, szafek i stolków, lecz na jałowości przedmiotów bezpośrednio stykających się z raną. Czystość pierwszych jest pożądaną, jałowość ostatnich bezwarunkowo konieczną. Chirurg współczesny nie zawaha się przedsiębrać najcięższej operacji w pierwszym lepszym pokoju mieszkalnym w otoczeniu zwykłych sprzętów domowych. Tenże chirurg poczytał by sobie za występki, gdyby przystąpił do operacji bez uprzedniego wyjaławiania narzędzi, tamponów, serwet i materiałów opatrunkowych.

Sala operacyjna stacyi ratunkowej zaopatrzona została jedynie tylko w sterylizator do narzędzi, innych przyrządów do wyjaławiania nie posiada. Wobec tego uznać musimy, że pomimo zbyt-kownego urządzenia sali operacyjnej, nie uwzględniono tu w całej rozciągłości współczesnych wymagań czystości chirurgicznej. Na-

der kłopotliwe byłoby położenie chirurga, który byłby zmuszony w rzeczonyj sali operacyjnej dokonać poważniejszej operacji chirurgicznej. Uznając wyższość aseptyki nad antyseptyką, nie dowierzając skuteczności środków przeciwnilnych, musiałyby z konieczności stosować te ostatnie.

Niedostateczne uwzględnienie wymagań aseptyki występuje wybitniej jeszcze w urządzeniu tych środków, które służyć mają do udzielania pomocy na miejscu wypadku. Narzędzia podręczne w pugilaresie skórzanym, wata i gaza w opakowaniu z papieru woskowego <sup>1)</sup>, przyrząd do tracheotomii w pudełku wybitym aksamitem, narzędzia amputacyjne w pudle drewnianem, oto przedmioty, którymi stacya ratunkowa zaopatruje lekarza, gdy ten spieszy do chorego, potrzebującego pomocy chirurgicznej. Ponieważ odkażenie wymienionych przedmiotów na miejscu wypadku jest rzeczą niemożliwą, lekarz zmuszony jest użyć ich, że tak powiem, in crudo. Takie postępowanie, które sprzeciwia się elementarnym zasadom czystości chirurgicznej, w wysokim stopniu zmniejsza doniosłość udzielanej pomocy, a czasem wprost szkodę choremu wyrządzić może.

Wogóle zaznaczyć winniśmy, że w urządzeniu i zaopatrzeniu tych kufrów, które zawierają przedmioty przeznaczone do udzielania pomocy na miejscu wypadku, ujawniono mniej staranności, niż w urządzeniu sali operacyjnej.

Jeżeli uprzytomnimy sobie główne zadanie pogotowia ratunkowego, to zgodzić się musimy, że na środki przenośne należałoby zwrócić daleko większą uwagę, niż na salę operacyjną. Tymczasem rzecz ma się przeciwnie. Fakt ten tem wytłomaczyć można, że do urządzenia sali operacyjnej gotowych wzorów dostarczyła praktyka szpitalna, podczas gdy urządzenie kufrów nowych zgoła wymagało pomysłów.

Nie będziemy tu szczegółowo roztrząsać zawartości kufrów z praktycznego punktu widzenia. Zwrócimy tylko uwagę na to, że zarówno wybór przedmiotów, jak i urządzenie samych kufrów pozostawia nieco do życzenia. Zdaje się, że bez wielkiej szkody możnaby usunąć takie przedmioty, jak np. wachlarz, flaszkę z wodą kolońską etc. Przydałoby się natomiast niewielkie choćby naczynie, w którym lekarz, przystępując do człowieka uległego zranieniu, wóglby umyć swe ręce <sup>2)</sup>. Sądzimy nadto, że same pudła możnaby wyzskać w pewnym kierunku. Według naszego zdania, kufry powinny być tak urządzone, ażeby wieko po odchyleniu tworzyło rodzaj stolika, na którym dogodnie możnaby rozłożyć niezbędne narzędzia i materyały opatrunkowe.

<sup>1)</sup> Część gazy jodoformowej mieści się w pudełku metalowem, co zresztą nie zmienia postaci rzeczy, do pudełka bowiem wkłada się gazę w takim stanie, w jakim istnieje w handlu, a więc w stanie wiele pozostawiającym do życzenia pod względem czystości.

<sup>2)</sup> Do mycia rąk zgodnie z wymaganiami współczesnemi należałoby używać spirytusu, gdyż w ten sposób najłatwiej daje się uskuteczyć t. zw. szybkie odkażenie rąk (Schnelldesinfection).

Zanim ukończymy roztrząsanie zawartości kufrów, musimy wspomnieć jeszcze o środkach przeznaczonych do unieruchomiania. Do tego celu służą mają deseczki drewniane, które można łączyć ze sobą za pomocą klamer blaszanych.

O wartości deseczek jako środka unieruchamiającego, wspomnieliśmy na wstępie. Tu zaś zwrócimy tylko uwagę na klamry, które stanowią pomysł oryginalny, lecz, według naszego zdania, niezupełnie praktyczny. Nie pojmujemy nawet dokładnie, w jakim wypadku może zająć potrzeba łączenia deseczek za pomocą klamer.

Jeżeli chodzi o unieruchomienie przedramienia, sztukowanie deseczek jest zgoła niepotrzebne. Ze względu na niezbyt znaczną różnicę w wymiarach przedramienia u rozmaitych ludzi powinny wystarczyć deseczki przeciętnej długości. Unieruchomienie całej kończyny górnej za pomocą dwóch deseczek, połączonych klamrą, nie da się skutecznie zgodnie z wymaganiami chirurgii. Wiadomo, iż unieruchomienie kończyny górnej prawidłowem nazwane być może tylko wtedy, gdy unieruchomiona kończyna tworzy kąt mniej lub więcej zwarty. Tym czasem klamry są tak urządzone, że zezwalają na łączenie deseczek jedynie tylko w kierunku linii prostej. Nie można również przypuścić, ażeby sztukowane deseczki służyć mogły do unieruchomiania kończyny dolnej. Przypuszczenie to upada samo przez się wobec faktu, że stacya ratunkowa zaopatrzona została w odpowiednie szyny do kończyny dolnej.

Co się tyczy tych ostatnich, to zaznaczyć winniśmy, że szyny Volkmann'a, które mniej więcej czynią zadość potrzebom praktyki szpitalnej, powinny być nieco zmodyfikowane ze względu na swoiste wymagania stacyi ratunkowej. Sądzimy, iż szyny należałoby zaopatrzyć w odpowiednie paski, których zapięcie byłoby mniej kłopotliwe i mniej wymagałoby czasu, niż umocowanie szyny bandażami.

Pozostaje nam ocenić wartość środków transportowych. Pod tym względem stacya ratunkowa przedstawia się bardzo korzystnie.

Nie będziemy tu rozważać zalet każdego poszczególnego przedmiotu. Zaznaczymy więc tylko wogóle, iż pod względem łatwości oczyszczania, lekkości i trwałości budowy środki transportowe czynią zadość wszelkim wymaganiom. Odnośnie do środków, przeznaczonych do przenoszenia chorych, zrobilibyśmy ten tylko zarzut, że nosze z trudnością mogą być użytkowane jako stoły operacyjno-opatrunkowe, fotele zaś nie posiadają odpowiednich drążków, ułatwiających wnoszenie chorych na schody. Środki przeznaczone do przewożenia chorych są wyższe ponad wszelką krytykę. Wszystkie szczególnie urządzenia zostały tu nader starannie obmyślane.

Pozwolimy sobie zwrócić uwagę na to, że stacya ratunkowa posiada dwojakiego gatunku środki transportowe, a mianowicie dla chorych zaraźliwych i dla niezaraźliwych.

Należałoby stąd wywnioskować, że stacya ratunkowa zamierza podjąć się obowiązku przenoszenia resp. przewożenia chorych

na ospę, błonicę, tyfus wysypkowy etc. z domu <sup>1)</sup> do szpitala. Byłaby to czynność wysoce niewłaściwa, gdyż komplikowałaby znacznie działalność pogotowia.

Chcąc uczynić zadość uzasadnionym w tym kierunku wymaganiom, stacya ratunkowa musiałaby rozporządzać osobnym personelem sanitarnym, a przynajmniej posiadać kamerę dezynfekcyjną, w której służba sanitarna po przewiezieniu chorego zaraźliwego miałaby możność odkazić swe ubranie. W przeciwnym razie stacya ratunkowa, pomimo posiadania odpowiednich środków transportowych, zamiast przeciwdziałać szerzeniu się chorób zaraźliwych, mogła by skutecznie przyczynić się do ich rozwlekania.

Zresztą podejmowanie przez stacyę ratunkową tej niewłaściwej dla niej czynności wydaje się nam zupełnie zbytecznym wobec tego, że pomyślano już u nas o przewożeniu chorych zaraźliwych. Wprawdzie wozy, które w tym celu sprawiło miasto, nie odpowiadają wymaganiom, a nawet samym zewnętrznym swym kształtem odstręczają ludzi od korzystania z tej dogodności. Sądzymy jednak, że po uzupełnieniu braków i usunięciu pewnych niewłaściwości, rzecz mogłaby pozostać, a nawet lepiej by było, gdyby szpital (zwłaszcza przeznaczone dla chorych zaraźliwych) posiadały własne wozy specjalne. W każdym razie przewożenie chorych zaraźliwych, według naszego zdania, nie powinno wchodzić w zakres czynności pogotowia ratunkowego.

Na tem kończymy uwagi krytyczne nad urządzeniem stacyi ratunkowej. Uznajemy sami, iż ocena nasza nie jest dość wyczerpująca. Pominęliśmy bowiem cały szereg szczegółów, które bądź z dodatniej, bądź z ujemnej strony zasługiwały na omówienie. Na usprawiedliwienie swoje przytoczyć możemy tę okoliczność, że nie chodziło nam bynajmniej o drobne szczegóły.

Staraliśmy się jedynie o to, ażeby uwydatnić zasadnicze rysy urządzenia i przez to uświadomić należycie zadania i cele pogotowia. Sądzymy, iż uświadomienie takie jest rzeczą konieczną, jeżeli chcemy przysłać działalność stacyi ratunkowej skierować na właściwe tory.

Usterki i pewne niewłaściwości w urządzeniu stacyi ratunkowej, które wyżej zaznaczyliśmy, nie zmniejszają bynajmniej doniosłości samej instytucyi. Działając we właściwym zakresie pogotowie ratunkowe może oddać społeczeństwu poważne usługi. Z tego powodu inicjatorom pożytecznego przedsięwzięcia należą się słowa szczerzego uznania.

*A. Karczewski.*

---

<sup>1)</sup> Wspomniane choroby zaraźliwe nie ujawniają się nagle, a więc chorzy dotknięci temi chorobami nie chodzą po ulicach miasta, lecz po zapadnięciu pozostają w domu.

## VI. Bibliografia.

### 1). Najnowsze wydawnictwa z dziedziny chorób narządów trawienia i dyetetyki.

1. *Dr. Richard Fleischer. Specielle Pathologie und Therapie der Magen-und Darmkrankheiten.* Wiesbaden 1896, Bergman.
2. *Dr. Th. Rosenheim. Krankheiten der Speiseröhre und des Magens.* Wien 1896, Urban Schwarzenberg.
3. *Wegele. Die diätetische Behandlung der Magen - Darmerkrankungen,* Jena 1896. Gustaw Fischer.
4. *Prof. F. Riegel. Die Erkrankungen d. Magens. I Theil. Allg. Diag. u. Ther der Magenkrankheiten.* Hölder Wien 1896.
5. *E. Jaworska i W. Jaworski. Kuchnia higieniczna.* Kraków, Krzyżanowski 1897.
6. *M. Flawm. Wykłady o higienie żywienia.* Skiwski 1896.

Wzorem kilku lat ostatnich i w roku bieżącym chcę pokrótce zaznaczyć postępy nauki o chorobach narządów trawienia. Dorobek w postaci artykułów oddzielnych jest tak niewielki, iż streszczenie prac, drukowanych w prasie lekarskiej, nie daje nam pojęcia o postępie. Zobaczmy, co nam przyniosły wydawnictwa książkowe.

#### I.

Fleischer, znany prof. z Erlangen, wystąpił z pracą swą w wydawanej obecnie: „Lehrbuch d. inneren Medicin.” Jestto gruby tom o 682 stronach bitego pisma (burgeois), napozór więc treści powinien zawierać dużo.

Całość autor dzieli na części: choroby przełyku, żołądka i kiszki; te ostatnie choroby rozpatruje szczegółowo i znaczną część swej pracy im poświęca. Jeżeli od podręcznika, jakim jest, niewątpliwie, praca Fleischer'a, wymagać mamy prawo ścisłości, oraz uwzględniania najnowszych zdobyczy nauki, to omawiana książka musi być uznaną za doskonałą, ale jeśli chodzi o nowe myśli lub wskazówki, w jakim kierunku istnieją luki i jakie prace byłyby jeszcze pożądane, Fl. zawodzi nasze oczekiwania. Sumienny to sprawozdawca — nie więcej.

Cała rzecz pisana jest treściwie, bez przytaczania odnośnych danych z piśmiennictwa. Sprawie np. tak ważnej pod względem rozpoznawczym, jak nerwice przełyku, autor poświęca zaledwie kilka wierszy druku, a przecież autorzy francuscy słusznie na choroby te zwrócili uwagę, gdyż często symulują cierpienia żołądka.

Rzecz o chorobach żołądka poprzedza wstęp historyczny, w którym autor sięga bardzo dawnych czasów, wykazując stopniowy postęp w tym odłamie wiedzy i oczekując rozwiązania zagadek od

rozwijającego się w ostatnich czasach chirurgicznego leczenia cierpień i współdziałania w tym kierunku chirurgów z internistami. Dobry bardzo jest ustęp o przyczynach chorób narządów trawienia, rzecz mało uwzględniana w innych podręcznikach, a nie mniej ważna. Naturalnie, główny nacisk kładzie autor na odżywianie i nieprawidłowościom w tym kierunku główną przypisuje rolę. Daje mu to jednak asumpt do krótkiego streszczenia wymogów dyetyki.

W następnych rozdziałach kolejno rozpatruje autor choroby żołądka i kiszek, poprzedzając każdą krótkim historycznym wstępem.

Do najlepiej opracowanych działów, niewątpliwie, należy wstęp do opisu chorób kiszek. Poruszył autor w tym wstępie całą fizjologię kiszek oraz zasady odżywiania, wreszcie podaje szczegółowo opis badania kału i wyciąga stąd odpowiednie wnioski.

Jak wszyscy autorzy niemieccy, tak i Fl. nieuwzględnia prawie zupełnie enteroptozy; czemu to przypisać nie wiem, bo nawet dokładnej znajomości piśmiennictwa francuzkiego, gdzie kwestya ta najlepiej jest omówiona, zarzucić autorowi nie można.

Wogóle jako podręcznik, książka Fl. odznacza się treściwością, jasnym przedstawieniem kwestyi i tą niezwykłą u Niemców dążnością do uogólnień, którą tylko w pracach francuskich i angielskich spotkać możemy.

## II.

Z drugiej części pracy Rosenheima, która ukazała się w r. z. zdałem na tem miejscu sprawę, obecnie mam przed sobą pierwszą część, omawiającą choroby żołądka i przelyku.

Szczegółowo omawia autor choroby przelyku, którym dużo miejsca poświęca. Metody badania chorób przelyku, oraz leczenie mechaniczne, opracowane jest najszczegółowiej ze znanych mi dotąd podręczników. Liczne rysunki zdobią ten dział. Za dobrą stronę podręcznika uważać również możemy dokładny opis anatomii i histologii żołądka i przelyku. Uwzględnił tu autor i zestawił krytycznie wszystkie znane dotąd szczegóły.

Za to część szczegółowa chorób żołądka wiele pozostawia do życzenia i niewątpliwie jest gorsza, niż Fleischer'a. Tu i owdzie znać niedokładne obznajmienie się z piśmiennictwem i pomijanie prac wielu autorów, z którymi jest autor w niezgodzie. Całej np. kwestyi kwasu mlecznego w zawartości żołądka, dotkniętego rakiem, która przez ostatnie 3 lata w piśmiennictwie po pracy Boasa tak wybitne zajęła miejsce, jak niegdyś osławione spory o ilościowe oznaczenie kwasu solnego, poświęca R. zaledwie kilka wierszy. Podobnych opuszczeń kilka by się w pracy tej znalazło.

Szczegółowo, natomiast, omawia R. w swym podręczniku dyetykę chorób żołądka, uwzględniając wszystko, co się w danym przedmiocie w chwili obecnej da powiedzieć. Tablice dobrze ułożone dają czytelnikowi wskazówki nader praktyczne przy stosowaniu diety.



## III.

W całości leczeniu dyetetycznemu chorób żołądka poświęcona jest praca d-ra Wogele. (O leczeniu za pomocą lekarstw chorób trawienia, tegoż autora, zdawałem sprawę w r. z. Obie zatem prace uzupełniają się tembardziej, że w zeszlórocznej pracy znajdujemy szeroko uwzględnione fizykalne metody leczenia).

Autor nie ograniczył się tu wszakże dyetetyką chorób żołądka, ale idzie dalej, rozpatruje mianowicie dyetetykę takich cierpień, jak dur brzuszny, cholera etc., a uzupełnia swą pracę dodatkiem o kuchni dyetetycznej, gdzie podaje przepisy, jak higienicznie przyrządzać należy odpowiednie pokarmy.

Przy każdym cierpieniu znajdujemy nadto przepisy i tablice gotowe pożywienia dziennego, z obliczeniem ilości białka oraz sumy kaloryj, jakie dana dyeta daje ustrojowi.

Wogóle autor opiera się w układaniu menu na ciepłotkach, wydzielanych przez dane pokarmy.

Z całej pracy wieje przeświadczenie, iż tylko przy pomocy dokładnie zrozumianej dyetetyki, jesteśmy w możności zwalczyć choroby narządów trawienia.

Ważna to praca i godna polecenia, często bowiem dawało mi się spotkać z przepisami diety dla chorych, która zakrawała wprost na głodzenie chorego w przypadkach, gdzie chodziło tylko o wykluczenie niektórych pokarmów, ale zato wzmożone odżywianie za pomocą innych. Przerobienie kilku zadań z pomocą cyfr w książce nie zawadzi.

## IV.

Prof. Riegel wystąpił z podręcznikiem dyagnostyki i terapii ogólnej chorób żołądka.

Nazwisko autora daje gwarancję, że praca ta mieści w sobie dużo zalet.

Jasność wykładu, szerokie uwzględnienie zarówno dawnej jak i najnowszej literatury zalecają to dzieło.

Pojedyńcze działy nadają się nawet do streszczenia, jako oddzielne a nader umiejętnie skreślone całości.

Taki np. dział jak: „Die Rückwirkung von Erkrankungen des Magens auf andere Organe” zasługuje na uważne przeczytanie, porusza bowiem autor w nim kwestye, obchodzące każdego lekarza. Autor np. z wieloma tylko zastrzeżeniami zgadza się na teorię samozatrucia w przypadkach powikłań objawami nerwowymi niektórych cierpień narządów krążenia.

Wiele też nowych poglądów znajdujemy w rozdziale o zmianach krwi w chorobach z żołądka, znajdujemy tu przegląd krytyczny prac nad alkalicznością krwi, leukocytozą podczas trawienia etc.

Część terapeutyczna jest poświęcona rozbirowi poszczególnych metod.

## V.

Przy leczeniu różnych chorób przewlekłych narządów trawienia zarówno jak i wad w odżywianiu etc., występuje na plan pierwszy racjonalne zalecanie choremu diety odpowiedniej. Łatwiej jednak zalecić choremu co może jeść, a czego unikać, niż wykonać polecenie. Jednostajność nuży chorego i częstokroć nawet najpilniejszych pacjentów zmusza do mniej lub więcej świadomego obejścia przepisów lekarza.

Książka prof. Jaworskiego i p. E. Jaworskiej z łatwością zapobiedz temu może, obok bowiem wskazówek czysto lekarskich, znajdujemy przepisy kuchenne, pozwalające urozmaicać pożywienie i napoje, z jednych i tych samych składających się substancyj. Szczególną zaś wartość ma ta książka dla nas, bo polską kuchnię, do której przywykliśmy, uwzględnia.

Wstęp stanowią popularne, ale ściśle ujęte ogólne przepisy dyetetyki z uwzględnieniem składu pokarmów, sposobu ich podawania etc.

Dalej następują przepisy przygotowania rozmaitych pokarmów. Aby dać czytelnikowi pojęcie o podziale, pozwolę sobie przytoczyć tytuły rozdziałów: Napoje, Rosoly z wyuczajne i zaprawiane, Kleiki i polewki mączne, Polewki jarzynkowe i owocowe. Mleko i polewki mleczne, Polewki i przyprawy wysokowe i korzenne, Sosy, Jarzyny i owoce, Galarety, Jaja, Wołowina, Cielęcina, Baranina, Wieprzowina, Drób domowy, Dziczyzna, Ryby, Leguminy, Ciasta i Chleb, Pożywki fabryczne. Przyrządzanie ławatyw odżywczych. Potrawy według ich szczegółowych własności.

Rozdział końcowy poświęcony jest t. z. dodatkowi farmakologicznemu, gdzie autor (prof. Jaworski) rozpatruje działanie farmakodynamiczne potraw.

Spis potraw według dyet: bezmącznej, chudej, dla niemowląt, lekkiej, łagodnej, mlecznej, pożywnej, ścisłej, suchej uzupełnia książkę i jest nader dla lekarza ważny.

Wykaz piśmiennictwa odnośnego i spis abecedowy potraw ułatwiają blizkie zapoznanie się z przedmiotem i treścią książki.

Wogóle książka p-stwa Jaworskich, jest nie tylko dla chorych, ale i dla lekarza cennym bardzo nabytkiem, ułatwia bowiem stosowanie zasad dyetetyki.

## VI.

Z oddzielnymi odczytami, zebranymi razem wystąpił kol. M. Flaum w swojej broszurce.

Pierwsza część: „nasze pokarmy,” popularnie obznajmia czytelnika ze składem pokarmów i t. z. elementami pokarmowymi. Drugą część poświęca autor przemianom pokarmów w ustroju; część trzecią—ocenie wartości pożywnej pokarmów. Czwarty rozdział poświęcony jest krytyce wegetaryanizmu z naukowego punktu widzenia. Ostatnią część stanowi walka przeciw używaniu wysoko i napojów z niego przyrządzanych. Użycia ich jest autor zdeklarowanym przeciwnikiem. Nie wchodząc w szczegóły, w za-

sadzie zgodzić się można z autorem, oraz z Bunge'm, który krucyate podjął przeciw alkoholowi, jednak trudno niedopatrzyć się w ich dowodzeniach pewnej przesady. Jako artykuły, powstrzymujące szerzenie się alkoholizmu, mają swe racje bytu, wszelka bowiem reakcja wymaga środków gwałtownych, ale nie sądzę, by z naukowego czysto punktu widzenia, można było mówić o *absolutnem* wykluczaniu z pożywienia napojów wysokowych. Wysskoku używać należy oględnie, w odpowiedniej postaci, ale między tem ostrożnem użyciem, a zupełnem wykluczeniem jest cała przepaść.

Książeczka d-ra F., aczkolwiek wydana jako popularny wykład, z korzyścią może być przeczytana i przez lekarzy.

\*

\*

\*

Z oceny krótkiej 6 powyżej wymienionych prac, czytelnik jasne wyrobić sobie może pojęcie, że główne usiłowania w chwili bieżącej, skierowane są w stronę dyetetyki i leczenia dyetetycznego narządów trawienia. Wszystkie powyżej omawiane prace szeroko traktują tę kwestyę, co dowód stanowi znamieny coraz większego zwracania się terapii w kierunku metod t. z. naturalnych.

Wrzesień 96 r.

Józef Zawadzki.

## 2). Prof. Napoleona Cybulskiego Fizyologia człowieka. Część IV.

Warszawa. Kasa im. Mianowskiego, 1896. Cena 75 k.

Rozpoczęte w 1891 r. dzieło prof. Cybulskiego dobiegło końca. Mamy właśnie przed sobą ostatni zeszyt wydawnictwa, którego pożyteczność zaznaczyłem przy ocenie poprzednich zeszytów.

Treścią ostatniego zeszytu jest ciąg dalszy fizjologii zmysłów, szczegółowa fizjologia układu nerwowego ośrodkowego oraz fizjologia rozmnażania się i rozwoju (embryologia).

Podobnie jak i części poprzednie, niniejsza odznacza się wielką ścisłością, jasnym wykładem i doskonałym językiem, nie przeciążonym, jak się to często widzi u galicyjskich pisarzy, prowincjonalizmami.

W 906 stronicach prof. Cybulski zawarł całą fizjologię człowieka. Rzecz to niezmiernie trudna, dziś, wobec powodzi prac, często przeczących sobie wzajemnie, zachować miarę właściwą i mimowoli nie uleść tym lub owym prądom. Trzeba wielkiej wytrwałości i długoletniej pracy, aby napisać tak jasny i treściwy podręcznik. Podręcznikiem prof. C. dowiódł, iż jest wyborynym pedagogiem, który, na mocy doświadczenia, wie, na co główną zwrócić uwagę, a co tylko zaznaczyć. Patrzy on na przedmiot z pewnego oddalenia, stąd wypuklejsze, bardziej wydatne fakty, bliższe nam, występują jaskrawiej, podczas gdy tło oraz drobne fakty służą do uplastycznienia głównego przedmiotu. Jest to niezmiernie ważna dla podręcznika zaleta, zasługująca na zupełne uznanie.

Jednego brak — na co już pierwej zwracałem uwagę — wykazu literatury, a rzecz to niezmiernie w podręczniku ważna. Zaintere-

sowany danym faktem czytelnik, skoro bliżej poznać go pragnie, może z łatwością przy wskazówkach literatury przedmiot studyować, podczas gdy przy czytaniu dzieła prof. C. musi się tylko na samem dziele ograniczyć, jeśli uprzednio był nieobeznany z przedmiotem. Sądziłem, że sz. autor w końcu swej pracy poda czytelnikowi wykaz bardziej epokowych prac i traktatów — brak go i w końcu zupełny. Czynień z tego zarzutu autorowi nie można, byłoby to jednak wartość niezmierną dzieła podniosło.

Sądzimy, że przykład prof. C. wpłynie na innych profesorów wszechnicy Jagiellońskiej i że zechcą, idąc jego śladem, wydać podręczniki innych nauk lekarskich. Oryginalne piśmiennictwo nasze nie obfituje tak bardzo w podręczniki, do kogoż jednak to należy, jeżeli nie do jedynych dziś, urzędowych przedstawicieli naszej nauki.

O ile wiem, szybko się fizjologia prof. C. rozeszła i inne zatem podręczniki, o ile w ten sam sposób będą pisane, spotka ten sam los, warto więc może trochę pracy włożyć w literaturę ojczyzną i nie spoczywać po otrzymaniu katedry na laurach. Niech przykład Cybulskiego, Rydygiera Jaworskiego i innym przyświeca.

J. Zawadzki.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

### — W kwestyi reklam.

Na posiedzeniu petersburskiego Towarzystwa lekarskiego wzajemnej pomocy w d. 6 b. m. roztrząsana była kwestya, poruszona jeszcze na wiosnę przez d-ra Mendelsohna, o reklamie lekarskiej z punktu widzenia etyki korporacyjnej. Na posiedzeniu tem postawiono pytanie, czy należy uważać za reklamę ogłoszenia o przyjeździe z zagranicy, o zmianie mieszkania i t. d.

Na pytanie to odpowiedziano przecząco, uznając ogłoszenie dziennikarskie, jako zupełnie właściwą i zgodną z duchem czasu formę komunikowania się z publicznością. Natomiast jednomyślnie potępiono wszelkie ogłoszenia, mające charakter „nawoływania,” a do tej kategorii zaliczono wiadomości o leczeniu chorób specjalnych i szczególnych, o wypędzaniu solitera, o leczeniu niemocy, o stosowaniu metody Brown-Śecquarda i t. d. Ostatecznie na wniosek d-ra Sztolca postawiono, jak donoszą pisma rosyjskie następujące postulaty:

1) „Wszelkie ogłoszenie z wymienieniem godzin przyjęcia, specjalności (uznanej przez naukę) i adresu przyjmującego lekarza *nie należy* uważać za reklamę i widzieć w tem coś obrażającego honor profesjonalny lekarza.”

2) „Członkowie petersburskiego Towarzystwa lekarskiego obowiązują się w swych ogłoszeniach dziennikarskich nie wychodzić z ram powyższego postulatu.”

3) „Towarzystwo postanawia poczynić starania w urzędzie lekarskim, aby to nie pozwalało drukować ogłoszeń, któreby nie czyniły zadość powyższym punktom.”

Dwa pierwsze postulaty przyjęto jednomyślnie, trzeci zaś niewielką przewagą głosów. Głosujący przeciw oświadczyli, że nie życzą sobie zbyt dużej opieki w kwestyi etyki profesjonalnej.

Jako uzupełnienie tego orzeczenia, podajemy głos jednego z członków Towarzystwa w czasie dyskusji (pisma nie podają jego nazwiska):

„Źródłem reklam i ogłoszeń jest bezwarunkowo ta okoliczność, że kastowe i społeczne poglądy nie zdołały się jeszcze przystosować do szybko zmieniających się warunków działalności lekarskiej. Jeszcze niedaleka jest ta przeszłość, kiedy lekarz, otrzymawszy dyplom, mógł być pewny swej egzystencji. Wtedy nie lekarz szukał praktyki, lecz praktyka jego szukała i o walce o byt lub o jakichś ogłoszeniach nie mogło być mowy. Od tego czasu zmieniły się warunki życia, zaostrzyła się konkurencja życiowa i nastąpił zwrot, zbyt jednak stanowczy i nagły, aby za nim mogła nadążyć ewolucja poglądów społecznych i korporacyjnych. Zresztą wpływa tu także humanitarny charakter praktyki lekarskiej, która nie może być w żaden sposób traktowana po kupiecku. Upatrywanie jednak w każdym ogłoszeniu lekarskim reklamy jest rzeczą stanowczo przesadzoną.”

Jeżeli w ogólnych zarysach można zgodzić się na poglądy Towarzystwa i orzeczenia ostateczne, to są jeszcze pewne punkty, na które chcielibyśmy zwrócić uwagę czytelników. Niestety bowiem i u nas kwestya ta jest zawsze na czasie.

Przedewszystkiem orzeczenie 1-e w tej formie, w jakiej zostało zredagowane, ostać się nie może, konieczny jest dodatek o liczbie ogłoszeń. Nawet „w przyzwoitej” formie podane ogłoszenia, stale powtarzające się co dzień w ciągu całego roku, nie mogą być uważane za odpowiednie. Dość chyba 3—6 ogłoszeń o przyjeździe lub zmianie lokalu.

Uważamy również za nieodpowiednie ogłoszenia o przyjeździe „z zagranicy.” Jak słusznie „Przeł. lekarski” w N-rze 42 zaznacza w korespondencji z Warszawy, jestto specjalność czysto warszawska i do tego bezsensowna, bo nikogo pobyt lekarza zagranicą dla wypoczynku obchodzić nie może, a wierzących w to, że podczas kilku tygodni lekarz studyował za granicą, już chyba zbrakło.

W związku z tem nasuwa się pod pióro jedna kwestya, nie tylko warszawska, bo z ogłoszeniami tego rodzaju spotykamy się wszędzie. Pewna grupa lekarzy nie ogłasza się, ale za to ogłasza stale swoje „zakłady,” „polikliniki,” i t. p. Naturalnie, ogłoszenia są opatrzone nazwiskiem właściciela i tak ułożone misternie, że nazwisko to drukuje się wielkimi literami, wiadomość o zakładzie małym. Kwestyi tej nie poruszano dotąd wcale u nas, a jednak warta ona zastanowienia. Społeczeństwo, w istocie, w coraz to nowe przyobleka się formy i stare muszą upadać, ale upadek należy się złym formom, dobre zostać winny zawsze. Do tych dobrych form należy poszanowanie godności naszego stanu. Czy temu odpowiadają ciągle ogłoszenia i reklamy zakładów w tej formie, jak obecnie, pozo-

stawiamy odpowiedź na to czytelnikowi. Tem gorzej przedstawia się sprawa, że ogłaszają się w ten sposób nie duże zakłady, o których publiczność wiedzieć powinna dla własnej korzyści, ale różne małe zakładziki i ambulatorya.

Co się tyczy 3-go punktu orzeczenia lekarzy petersburskich, żadną miarą zgodzić się na nie nie można i mniejszość w interesie godności stanu protestowaćby powinna. Od poskramiania zbytnich zapędów lekarzy, chcących się reklamować, jest prasa lekarska, są towarzystwa i stowarzyszenia; oddawanie sprawy w ręce administracji uważamy za nieodpowiednie, nie jest to bowiem jej zadaniem i z wołą prawodawcy nie zgadza się. Administracya ma inne zajęcia, a i lekarze nie są handlującymi, których ogłoszenia wymagają takiej cenzury.

— W Petersburgu, wskutek starań prof. Ternera, ma być utworzone **towarzystwo ratunkowe** na podobieństwo projektu wypracowanego w Warszawie i posłanego do ministerium dla zatwierdzenia. Prof. Terner, jak donoszą pisma rosyjskie, stara się od dawna o urzeczywistnienie tej niezbędnej instytucji w tak wielkiem mieście. Mamy nadzieję, że przez te starania—i usiłowania inicjatorów naszego towarzystwa będą prędzej urzeczywistnione.

— W akademii lek. Petersburskiej urządzono specjalny gabinet dla zdjęć za pomocą **X—promieni**. Kierownictwo powierzono znanemu fizykowi Egorow'owi. Z gabinetu korzystać mają kliniki, oraz lekarze wolnopraktykujący.

— Orłowski Wiestnik podnosi kwestyę **ciężaru książek** noszonych przez młodzież szkolną. Niekiedy książki ważą do 10-iu funtów, co przy znaczniejszej odległości mieszkań od szkoły jest niewątpliwie nie małym obciążeniem.

— Głowa miasta Petersburga wydał rozporządzenie, aby w hotelach **czyszczenie ubrania gości** nie odbywało się na korytarzach albo w niezajętych numerach, ale w osobno na to przeznaczonych miejscach. Byłoby to do naśladowania i u nas. (Wr. 40).

— W Astrachaniu otwarty został przytułek dla **trędowatych**.

— W Samarze otwarty będzie przytułek dla **alkoholików**, na który ministerium finansów wyznaczyło 30,000 rubli z funduszków przeznaczonych do walki z pijaństwem.

— Istnieje projekt nadania prawa niższemu duchowieństwu w Cesarstwie szczepienia **ospy ochronnej**. Dyakoni będą w tym celu otrzymywali od lekarzy odpowiednie świadectwa.

— Jako redaktor „Klinicznej Gazety Botkina,” zatwierdzony został d-r **M. M. Wołkow**, prywat-docent akademii medycznej.

— Prof. O. Lassar nawołuje, aby wprowadzić w państwie niemieckiem obowiązkowo **trzykrotne szczepienie ospy**. Ponieważ niesłużący w wojsku, a szczególnie żeńska połowa ludności, łatwo może się uchylać od tego obowiązku, przeto Lassar żąda, aby przy zawieraniu ślubu, zmianie miejsca zamieszkania i t. p. wymagane były dowody powtórnego, względnie trzeciego szczepienia.

— Pod redakcją prof. F. Penzoldt'a i prof. R. Stintzing'a, wydany będzie podręcznik „**Szczegółowa terapia chorób wewnętrznych**” w sześciu tomach. Będzie to dzieło zbiorowe, w któ-

rem udział pierwszorzędne siły naukowe mieć będą. Cena tego dzieła wynosić będzie około 100 marek.

— Trucizna (surowica) na myszy, wynaleziona przez Danyusza, a wyrabiana przez Pasteurowski instytut w Paryżu, zawiadła zupełnie oczekiwania, jak twierdzi p. Eloire, weterynarz francuski, (Wr. 40).

— Firma angielska Burroughs, Welcome et Comp. w Londynie, poleca obecnie do łaskawego wyboru ni mniej ni więcej jak **19 rodzajów środków leczniczych**, przygotowanych z **rozmaitych narządów**, w formie tabletek, a mianowicie: mózg, jądra, hypophysis, nerki, wątroba, naczynia chłonne, mózg kostny, jajniki, glandula pinealis, pankreas, gruczoł krokowy, ślinianki, mlecz, śledziona, nadnercza, gruczoł tarczowy, macica i wreszcie tuba Fallopii.

— W Chicago zawiązane zostało Towarzystwo **lekarzy polskich**, mające za zadanie jedynie cele naukowe. (N. J. M. J. Wr. 40).

— Milioner Amerykański, John D. Rockefeller, prezes towarzystwa „Standard Oil Trust”, ofiarował w ciągu ostatnich lat uniwersytetowi w Chicago w 6 ratach—7 milionów dolarów.

#### — 50-cio lecie narkotyzacyi.

Świat lekarski święcił 16 Października r. b. 50-ciolecie pierwszej narkotyzacyi, dokonanej tego dnia w 1846 r. w Bostonie, w szpitalu Massachusetts., podczas operacyi wycięcia naczyniaka na szyi. Wtedy to po raz pierwszy d-r Warren, przy pomocy dentysty, Morton'a, zastosował eter w celu uspienia.

Jak wszystkie czyny epokowe, tak i narkotyzacya miała cały szereg prób przed sobą mniej lub więcej udanych.

Już w połowie XVI wieku (Valerius Cordus) eter był odkryty, a niektóre jego własności znane, ale trzeba było 2 wieków, aby dentysta Horacy Wells w 1844 zaczął stosować go w celu znieczulenia. Złożony i niepraktyczny jednak jego aparat przyczynił się do zaniechania prób. Przyczyniło się do tego w znacznym stopniu, wypowiedziane na 6 lat przed tem, przez Velpeau zdanie, że „żądanie usunięcia doszczętnego bólu podczas operacyi jest chimera, którą porzucić należy”.

To też choć już w 1842 roku znany geolog i chemik Karol Jacksohn poznał dokładnie własności znieczulające eteru i wskazywał dentystom, jako na wyborne anaesthaeticum, dopiero jednak w 4 lata później William Morton odważył się zastosować ten środek przy wyjęciu zęba, a skoro środek odpowiedział w zupełności oczekiwaniu, namówił Warrena do prób w czasie poważniejszych operacyj.

Mimo przeszkód, jakie stawiali współcześni, zbyt doniosłem było odkrycie, aby miało utonąć w zapomnieniu. Lekarze amerykańscy, mimo niechęci do twórców, wkrótce zaczęli szeroko stosować narkozę eterową, a stąd rzecz ta przeszła ku tryumfowi chirurgii i ludzkości na świat cały.

Za epokowy ten czyn nie otrzymali wynalazcy należnej od współczesnych nagrody. Prześladowani, skończyli w nędzy. Jackson zmarł w 1880 r. w zakładzie dla obłąkanych, ten sam los spotkał Wellsa, a Morton jako zapłatę miał nędzę i śmierć w szpitalu.

Myśl ich jednak przeżyła małostkowość współczesnych, i większa część tryumfów, jakie święci chirurgia, tym właśnie ludziom słusznie się należy.

Ludzkość zawsze będzie miała ich imiona w pamięci.

Zdaje się, że do tej pory żaden z tych wielkich odkrywców nie ma sobie poświęconego pomnika, któryby ich czyny upamiętnił, bo społeczeństwa nie dojrzały jeszcze dostatecznie, aby upamiętniać takie ciche, a owocne czyny.

## Z M A R L I.

— Zmarł 8 z. m. w Genewie znany fizyolog **M. Schiff**, uczeń Magendie'go. Zmarły znany jest ze swych prac nad fizjologią wątroby. Przedstawił „Physiologie d. Nerwensystems” „Lehrbuch d. Physiol.” „Zuckerbildung in d. Leber u. Diabetes”. „De l'inflammation et de la circulation” etc.

— **Sir John Eric Erichsen**, b. profesor chirurgii w University College Hospital w Londynie. Zmarły w r. 1866, w dziele swem „On railway and other injuries of the nervous system”, pierwszy zwrócił uwagę na zaburzenia ustroju nerwowego, wskutek wypadków kolejowych i stworzył w ten sposób pojęcie „Railway-spine.”

— **Sir George Murray Humphry**, profesor chirurgii w Cambridge.

## NADEŚLANO DO REDAKCYI.

**D-r H. Frenkel:** Compte Rendu annuel du Service Med. du Bureau de Bienfaisance à Lyon. (Odb. z „Lyon Méd.” 1896.



## SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. D-r Kazimierz Niedzielski. Rak odbytnicy, (ciąg dalszy), 929.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrza. 378. O. Heubner (Berlin). W kwestyi etiologii i rozpoznania zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych, 938.—379. P. Fürbringer (Berlin). Śmiertelne zapalenie opon mózgo-rdzeniowych i ostra rzeżączka, 940.—380. D-r F. Kiefer (Berlin). Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zarazką epidemicznego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i gonokokkiem, 940.—381. A. Habel (Zurich). O znaczeniu wyprysku wargowego przy rozpoznaniu różniczkowym ropnego zapalenia opon mózgowych od gruźliczego, 942. — 382. O przekłuciu lędźwiowem (Lumbalpunktion), 942.—383. D-r C. Daper (z Kissingen). O wpływie wód, zawierających sól kuchenną (Kissingen, Homburg) na przemianę materyi i o dyecie przy piciu wód, 945. — 384. Prof. M. Proust (Paryż). O żywieniu chorych na dnę, 946. — 385. D-r A. Erlenmeyer. O chemicznej metodzie leczenia morfizmu, 950.

II Choroby nerwowe. 386. P. Flechsig. O ośrodkach asocjacyi w mózgu człowieka, 951.

III. Choroby wieku dziecięcego. 387. Jarre V. O znaczeniu badania ust przy wyborze mamki, 957. — 388. Wilhelm Koenig. O udziale nerwów mózgowych w porażeniach mózgowych u dzieci i o porażeniu wrzekomo-opuszkowem u dzieci, 959.

IV. 389 — 395. Wiadomości pomniejsze, 960.

Odcinek, 962. — Bibliografia, 967. — Kronika bieżąca, 972.

---

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

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

**A P T E K A**

**i Skład Wód Mineralnych**

**NATURALNYCH**

wprost ze źródeł sprowadzanych

**M. Barcza**

w Warszawie, Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne  
świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specyjal-  
ne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach  
w użycie wprowadzone.

---

**Apteka i Skład Wód Mineralnych**

*Naturalnych*

wprost ze źródeł sprowadzanych

pod firmą

**Dr. T. Heinrich**

W WARSZAWIE,

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b istniejące.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne  
naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa  
specyjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich  
czasach w użycie wprowadzone.