

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. **Prace oryginalne.** Z kazuistyki neuropatologicznej. Sclerosis lateralis amyotrophica. Podał Dr. B. Tetz. — **Streszczenia i wyciągi.** 89. Kilka spostrzeżeń bakteriologicznych, będących w związku z biegunką, występującą latem. 90. Zamknięcie światła kiszki wskutek zrostów i przegięcia. — **Krytyka i Bibliografia.** Najnowsze prace z elektrodiagnostyki i elektroterapii. Skreślił Dr. A. Rosenthal. — **Z międzynarodowego zjazdu lekarzy w Waszyngtonie.** (Ciąg dalszy). — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z KAZUISTYKI NEUROPATHOLOGICZNEJ.

## *SCLEROSIS LATERALIS AMYOTROPHICA.*

Podał **B. Tetz** lekarz szp. Staroz. w Lublinie.

Wymieniona w nagłówku forma chorobowa, do której przypadek poniżej opisany w mojem przekonaniu niewątpliwie należy, słusznie nie przestaje do dzisiaj interesować klinicystów. Głównie na to składają się: świeża nasza znajomość tej formy, jak i okoliczność, że daje ona obraz wybitny, dobrze w głównych swych rysach zaokrąglony, a co główne, pozostający w zupełnej zgodności z właściwemi temu cierpieniu zmianami anatomicznemi, znaczenie których dopiero w ostatnich czasach nauczyliśmy się oceniać. Że pomimo to, jak i pomimo, że mój przypadek przedstawia niektóre ciekawe szczegóły—tem bardziej, że nie jest mi wiadomem, czy literatura krajowa posiada oryginalną obserwację tego rodzaju—że pomimo to wszystko dopiero dzisiaj przystępuję do ogłoszenia przypadku, który szczęśliwy traf jeszcze w 1885 r. mi sprowadził, przyczyna tego leży po części w tem, że sądziłem iż będę mógł śledzić dalszy rozwój sprawy patologicznej. Dziś zaś, gdy od roku straciłem chorego z oczu, a nie przewiduję, abym miał kiedy możność obserwowania dalszych faz przebiegu cierpienia, uważam za właściwe nie zwlekać dłużej z ogłoszeniem przypadku <sup>1)</sup>.

Lebendiger Zoher lat 27, przebył przed 8 laty zimnicę, poczem zaczęło się objawiać u niego usposobienie do potów. Przed 1½ roku zaczął doznawać trzęsienia kończyn górnych, a w pół roku później osłabienia kończyn dolnych. *St. praesens* we Wrześniu 85 r. Stan bezgorączkowy, puls nie przyśpieszony; przyrządy jamy brzusznej i klatki piersiowej normalne. Ze strony nerwów mózgowych nie widać nieprawidłowych zjawisk. Wargi ust zdają się wszakże być zcieńczone, usta szerokie; w jamie ust nagromadza się (podczas mówienia) dużo śliny, czoło układa się w głębokie poprzeczne fałdy, podczas gdy twarz jest

<sup>1)</sup> Doszła mnie wiadomość, że chory podlega obecnie bardziej kompetentnej obserwacji, która być może w swoim czasie moją uzupełni i dalej ją poprowadzi.

bardziej gładka, bez wyraźnej mimiki. Daleko posunięty, rozległy zanik mięśni szyi, karku, tułowia, a zwłaszcza kończyn górnych, dotyczący niemal jednakowo wszystkich mięśni tychże kończyn począwszy od *deltoideus*, a skończywszy na małych mięśniach dłoni; wszakże *deltoideus* i mięśnie wyprostne u przedramion są przeważnie zanikłe. Paretyczny stan mięśni odpowiadający zanikowi. Gdy chory leżąc na boku chce usiąść, gwałtowny lecz bezowocny czyni przytem ruch tułowiem; gdy chodzi, górna połowa ciała kołysze się z boku na bok; głowę przytem trzyma najczęściej pochyloną w tył, rzadziej opuszczoną na piersi. Ramion podnosić nie jest w stanie. Chcąc np. włożyć czapkę na głowę, nachyla głowę w odpowiednią stronę i podrzuca za pomocą tułowia kończynę górną ku głowie, a choć mocno przy tem wysila się, zaledwie do skutku doprowadzić to potrafi. Odruchy wywołane ze strony okostnej i ścięgien w kończynach górnych, głównie w *M. biceps*, istnieją, lecz nie są silne; w mięśniu tym widać przytem fibrilarne drgania. Odżywianie mięśni kończyn dolnych nie jest upośledzone, odruchy kolanowe i stóp są nader żywe; przy biernych ruchach natrafia się na znaczny opór. Chód ciężki, bardzo fatygujący, niezgrabny, lecz nie ma cech charakterystycznych. Czucie u przedramion, rąk i kończyn dolnych zdaje się nieco być zmniejszone (nie czuje dotyku palcem lecz końcem igły); zmysł ciepła i mięśniowy zachowane; odruchy skórne znacznie zmniejszone. Działanie obu rodzajów strumieni elektrycznych na nerwy i mięśnie kończyn względnie zachowane. Wyraźnej (pareyalnej) reakcyi zwyrodnienia nie udało mi się stwierdzić (badane były *deltoideus* i małe mięśnie rąk).

Chory przebył pod obserwacją do połowy Listopada, przez który to czas stosowaną była z przerwami galwanizacja rdzenia pacierzowego, co odniosło skutek, iż chory lepiej zaczął chodzić, mniej przytem męczył się, mniej przrzucał tułów z boku na bok. Czucie w zupełności do normy wróciło; pod innymi względami stan pozostał bez zmiany. W lecie r. 1886 chory znów mi się przedstawił na czas zaledwie kilkudniowy, skutkiem czego nie mogłem przeprowadzić do końca bardziej szczegółowego badania ówczesnego stanu, zwłaszcza pod względem elektrodyagnostycznym<sup>2)</sup>. *Deltoideus* po prawej stronie całkiem bezczynny. Zginanie przedramienia słabe, lepsze po stronie lewej. *Triceps* stosunkowo dobrze funkcyonuje, również *supinator longus* i *brevis*. Prawą rękę trzyma lekko zgiętą, palce zgięte w stawach pomiędzy 1 a 2 falangą. Wyprostowywanie palców po części możebne w 2 i 3 palcu (dotyczy to wszakże pierwszych falang, lecz nie 2-iej i 3-iej). Ruch odsiebny jak i wyprostowanie dużego palca niemożliwe; zginanie palców możliwe. Lewej ręki wyprostowywanie utrudnione, pierwszych zaś falang lepsze jak po stronie prawej. Odsiebny ruch, wyprostowywanie dużego palca dobre, zaś 2-iej i 3-iej falangi innych palców niezupełne. Zgięcie głowy w tył niemożebne, podnoszenie łopatek i zbliżanie ich do linii środkowej dobrze się udają. Ruchy tułowia możebne po części (może podnosić coś z ziemi, gdy kolan nie zgina). Siła gruba mięśni kończyn dolnych zmniejszona (bardziej to widać podczas wyprostowywania). Odruchów plantarnych, mięśnia

<sup>2)</sup> Podczas tego drugiego okresu obserwacji zdjęto fotografie, przedstawione w fig. 3 i 4.

cremaster niema. Odruchy ścięgniste u kończyn górnych prawie żadne; czasem tylko zjawiają się bardzo słabe w *triceps dexter*. Stan odżywiania mięśni kończyn dolnych wyraźnie ucierpiał w stosunku do roku zeszłego. Odruchy kolanowe i stóp wyraźnie mniej żywe, aniżeli przed rokiem; podczas biernych ruchów natrafia się na mniejszy opór. Chodzenie dla chorego fatygujące, chód zawsze niezgrabny, trudno wszakże obiektywnie osądzić na czem to zależy. Podczas prób chodzenia, jakie chory przy mnie wykonywał, zaczął odrazu chodzić, dotykając podłogi tylko palcami, przyczem utrzymywał, że mu tak najwygodniej jest chodzić.



Fig. 3.

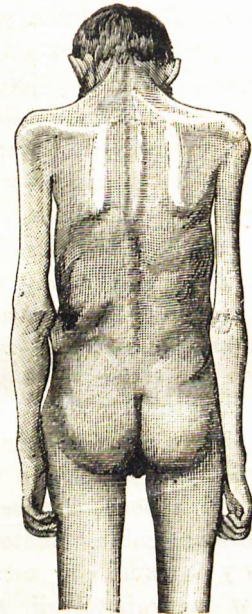


Fig. 4.

**Rozpoznanie.** W opisanym przypadku u mężczyzny lat niespełna 30 w przebiegu czasu stosunkowo niedługiego występują dwie grupy objawów: zanik mięśni górnej połowy ciała, zwłaszcza kończyn górnych i stan paretyczny ze znacznym podniesieniem odruchów ścięgnowych u kończyn dolnych. Objaw pierwszego rodzaju świadczy o zaniku dużych komórek w przednich rogach szarej substancji rdzenia; zбочenia zaś ze strony kończyn dolnych, stanowiące tak zw. skurezową parę, uważane bywają za wyraz z wyrodnienia bocznych pęczków rdzenia. Wspomniane zaś dwa rodzaje zmian, rozwijające się dosyć szybko, przeważnie u mężczyzn pomiędzy 25—45 rokiem życia, stanowią podstawę anatomiczną obrazu klinicznego opisanego po raz pierwszy w 1869 r. przez CHARCOT pod nazwaniem: *Sclérose latérale amyotrophique*.— Wprawdzie już w 1874 r. CHARCOT ogłosił dosyć dokładną pracę o tej formie

choroby; wszakże dopiero poszukiwania FLECHSIG'A, wyświełające różne drogi dla wpływów nerwowych w rdzeniu prowadzące, pomiędzy innymi i te, któremi przechodzą w nim impulsa ruchowe pochodzące z mózgu, umożliwiły bliższe pojmowanie w mowie będącej choroby. Odnosi się to do tak zw. piramidalnych bocznych lub takichże przednich pęczków zstępujących wzdłuż rdzenia w bocznych *resp.* przednich jego sznurkach, jako dalszy ciąg tak zw. toru koro-mięśniowego czyli piramidalnego, biorącego swój początek w ośrodkach psychomotorycznych kory mózgowej. Boczne pęczki zawierają włókna, które się skrzyżowały w piramidach rdzenia przedłużonego; przednie istnieją w razie, jeżeli część włókien pozostała nie skrzyżowana; jedne i drugie łączą się z dużymi komórkami przednich rogów. Przy *sclerosis lateralis amyotrophica* sprawą chorobową, polegającą na zaniku włókien nerwowych z następczym rozrostem tkanki łącznej, dotknięty jest cały tor ruchowy czyli koro-mięśniowy na większej lub mniejszej rozległości. Z jednej strony bowiem stale dotknięte są zwyrodnieniem piramidalne boczne *resp.* przednie pęczki na całej długości rdzenia, czasem zaś i części wyżej—w kierunku ku ośrodkom—położone. Wyrazem zaś tej zmiany w pęczkach są: stan paretyczny mięśni (bez ich zaniku) i objawy skurczowe (podniesienie odruchów, zwiększony opór, tak zw. skurczowy chód). Z drugiej strony następuje przy *sclerosis lateralis amyotrophica* zanik komórek przednich rogów, a skutkiem ustania ich troficznego wpływu, zanik przednich korzeni rdzenia—zapewne i odnośnych włókien pni nerwowych obwodowych, co nie łatwo się daje stwierdzać—i mięśni, okazujących stopień porażenia odpowiedni ich zanikowi. Jako zmiana zupełnie jednoznaczna z zanikiem komórek przednich rogów następuje w późniejszych okresach choroby zanik jąder położonych w rdzeniu przedłużonym, mających takiż troficzny wpływ na biorące od nich początek nerwy ruchowe twarzy, języka, przełyku. Z powodu że wspomniane zmiany anatomiczne umiejscawiają się przy chorobie w mowie będącej wyłącznie w torze ruchowym, bywa takowa zaliczana do form tak zw. w neuropatologii systematycznych, ograniczających się do pewnych tylko części rdzenia, odróżniających się od innych budową i funkcją.

Przebieg cierpienia bywa takim, że najprzód w ciągu czasu stosunkowo nie długiego rozwija się znaczny, rozległy zanik mięśni kończyn górnych obok wzmocnienia w nich odruchów ścięgniowych; niedługo potem występują pareza i objawy skurczowe ze strony kończyn dolnych, podczas gdy zanik mięśni rozwija się w nich późno i w stopniu słabym. Pod koniec następują objawy bulbarne, porażenie języka, twarzy, przełyku; również w późniejszych okresach—lecz niekiedy tylko—kontrakturny w ramionach i w rękach.

Wracając do naszego przypadku, znajdujemy pomiędzy nim a tylko co skreślonym typowym obrazem w mowie będącej choroby zgodność co do znanych nam etyologicznych momentów (wiek, płeć), widzimy ten sam szybki rozwój i takie samo chronologiczne ugrupowanie się głównych objawów, zaniku mięśni kończyn górnych i skurczowej parezy dolnych, każących bezwarunkowo upatrywać w tym przypadku też same anatomiczne zmiany, zanik komórek przednich rogów i sklerozę piramidalnych pęczków. Wobec więc, podnosimy to z naciskiem, tożsamości leżące w osnowie naszego przypadku i choroby

w mowie będącej sprawą anatomo-patologiczną, niektóre odrębności właściwe tamtemu, mogą go uczynić bardziej ciekawym, pouczającym, lecz nie powinny nas zachwiać w rozpoznaniu w nim przypadku *sclerosis lateralis amyotrophica*. Odrębność podrzędną przedstawia w naszym przypadku okoliczność, że chociaż zanikiem dotknięte są wszystkie mięśnie kończyn górnych, mięsień *triceps* zwłaszcza stosunkowo mniej ucierpiał aniżeli zginacze przedramion, również że *supinator longus* i *brevis* lepiej się zachowały, stosunki odwrotne od tych, jakie zwykle bywają przy chorobie w mowie będącej. Brak objawów bulbarnych, zapowiadających się zresztą, o ile się zdaje, w mięśniach innerwowanych przez dolny n. twarzowy, również stanowi odrębność mniejszego znaczenia, gdyż chory, gdy go widział po raz ostatni, nie znajdował się jeszcze w tak późnym okresie, w jakim owe objawy do wyższego stopnia rozwoju dochodzić zwykły. Najbardziej godną uwagi odmianę przedstawia nasz przypadek pod względem odruchów ścięgniowych w kończynach górnych, znaczne wzmocnienie których ma być patognomiczne dla *sclerosis lateralis amyotrophica*; u nas one były nie silne, a później nawet zaledwie spostrzegalne. Ponieważ zanik komórek przednich rogów wyłącza istnienie wszelkich odruchów, a tembardziej wzmocnionych w odnośnych włóknach mięśniowych, zatem występowanie tych ostatnich przy *sclerosis lateralis amyotrophica* tłómaczą tem, że degeneracya bocznych pęczków poprzedza zanik komórek przednich rogów. Potwierdza to istotnie zachowanie się przy chorobie w mowie będącej kończyn dolnych, w których odruchy ścięgniowe nader bywają żywe, podczas gdy zanik mięśni zaledwie istnieje. Że taka kolej objawów, a zatem i odnośnych zmian anatomicznych, odpowiada rzeczywistości, że przy tem cierpieniu odruchy są wzmocnione do czasu rozwinięcia się znacznego zaniku komórek przednich rogów, czyli może lepiej się wyrażając, że odruchy wzmocnione słabną w miarę postępu zaniku owych komórek, o tem też przekonywa dotychczasowy przebieg naszego przypadku. Wspomniane odruchy podczas pierwszego okresu obserwacji wprawdzie nie wzmocnione, lecz dające się wykazać, w rok później całkiem prawie znikły. Odpowiednie zmiany przez ten rok zaszły w kończynach dolnych; wraz z zaczynającym się uwydatniać zanikiem mięśni są stosunkowo mniej żywe odruchy kolanowe i stóp, zmniejsza się opór podczas ruchów biernych. Słaby stopień odruchów w kończynach górnych jest więc w naszym przypadku dowodem daleko posuniętego zaniku komórek przednich rogów, zaczem też przemawia tak znaczny zanik mięśni tych kończyn. Przedtem, w początkach rozwoju sprawy, odruchy te zapewne i u naszego chorego były wzmocnione.

Przy różniczkowem rozpoznaniu wykluczenie cierpienia, mającego ze *sclerosis lateralis amyotrophica* wspólne niektóre zmiany i objawy, mianowicie postępowego zaniku mięśni nie przedstawia, o ile sądzę, trudności. Za tą formą przemawiać by mogły niektóre szczegóły: jak że oszczędzać ona zwykła mięsień *triceps*, jak to u nas stosunkowo do innych miało miejsce, dalej początek sprawy w prawej kończynie górnej, bardziej też zanikiem dotkniętej, głównie zaś o zaniku postępowem myślęby kazał brak wzmocnionych odruchów ścięgniowych u kończyn górnych. Wszakże stanowczo takie przypuszczenie odprzec nakazują: daleko szybszy, aniżeli to bywa przy tej ostatniej chorobie, roz-

wój zaniku, okoliczność, że zanik bardziej jednostajnie, bez wyboru, dotknął wszystkich mięśni kończyn górnych, nareszcie i przede wszystkim pazeza i skurczowe objawy ze strony kończyn dolnych, bezwarunkowo świadczące o leżącym w ich podstawie zwyrodnieniu piramidalnych pęczków. Daleko więcej ma nasz przypadek objawów wspólnych z tak zw. *Pachymeningitis cervicalis hypertrophica*. Brak silnych bólów początkowych jak i widocznej przewagi funkcji nerwu promieniowego względem zwykle dotkniętych przy tem cierpieniu nerwów łokciowego i pośrodkowego (*medianus*), brak porażenia pęcherza, wszystko to mówi przeciw tej formie choroby. Toż samo mniej więcej da się powiedzieć o możliwości przypuszczenia w naszym przypadku zapalenia lub nowotworu w części szyjnej rdzenia pacierzowego.

### STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

89. H. TOMKINS. **Kilka spostrzeżeń bakteriologicznych, będących w związku z biegunką, występującą latem \***). (*Some Bacteriological observations in connection with Summer Diarrhoea*). Już oddawna sanitarne komisye w Anglii zwracały uwagę, że cyfry, wykazujące śmiertelność na biegunkę w dnie letnie, są zbyt wielkie. Naprzykład, w ciągu trzech ostatnich letnich miesięcy roku przeszłego, na jedną tylko Anglię przypada 15,900 przypadków śmierci na biegunkę. Lubo zbadaniem tej kwestyi zajmowali się tacy mężowie, jak D-rzy POWER, BALLARD, KLEIN i CASH, jednak w zupełności jej nie wysświetlili. Przypuszczano, że gorąco, wilgoć, niewłaściwe pokarmy, sztuczne karmienie, macierzyńska niedbałość, nieprzepuszczalny grunt, nieczyste powietrze, organiczne wylizy etc., powodują to cierpienie. Chociaż niewątpliwie powyższe warunki mogą odgrywać i odgrywają pewną rolę w powstawaniu biegunki, nie są one jednak bezpośrednią, wywołującą to cierpienie, przyczyną.

Rozwiązaniem tego pytania zajął się dr. TOMKINS, oficer zdrowia w Leicester (czyt. Lyster), mieście, leżącym nad rzeką Soar. Miasto to ze względu na ilość zachorowujących i ilość ofiar, jakie biegunka za sobą pociąga, przedstawia nader obszerne pole do spostrzeżeń nad tem cierpieniem.

Okoliczność, iż biegunka w jednej części miasta przedstawiała łagodny, a w drugiej złośliwy charakter, najglówniej zwracała uwagę autora. Pośmiertne badania, dokonane na 200 trupach zaraz po śmierci (wyjątek stanowi 5 przypadków, gdzie badanie przeprowadzono już po upływie sześciu godzin) nie doprowadziły go do żadnych wyników, tak że do patologicznego zarysu tego cierpienia zgoła nie nowego nie można było dorzucić. Oto jakie otrzymano wyniki. Śledziona, wątroba, nerki i t. d. były w stanie prawidłowym; u niektórych trupów znaleziono gruczoły kreskowe nieco powiększone i to nie wszystkie. Największe zmiany—jak tego należało się spodziewać—istniały na błonie śluzowej kiszek, lecz zmiany te zupełnie różne były od tych, jakie spotykamy przy durze brzuszonym. Zapalne zmiany rozciągały się wzdłuż prawie całego kanału pokarmowego i najsilniej zaznaczały się w grubych kiszkiach; w kilku nawet trupach znaleziono porozrzucone owrzodzenia kiszek.

W celu upewnienia się o obecności drobnoustrojów przedsięwzięto badania różnych narządów i otrzymano:

Z krwi (dobytej z serca), jak również i z śledziony nie można było otrzymać żadnej hodowli; natomiast z gruczołów kreskowych, nerek i owrzodzeń kiszek takowa się udała. Sama hodowla prowadzona była z niezbędną do tego ostrożnością na gelatynie, jako najlepiej nadającej się do tego celu przy

\*) Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy w Manchester.

№ 20 C.; przytem zauważono, że rozwój drobnoustrojów, stosownie do tego z jakiego miejsca rozprowadzana była hodowla, był nie równy; mianowicie, najprędzej rozwijała się hodowla wzięta z kiszki, tak że po upływie trzech dni cała gelatyna stawała się płynną i przepelnioną drobnymi ustrojami. Chociaż hodowla, wzięta z nerek i gruczołów kreskowych, postępowała powolniej, jednak po upływie tygodnia różnic pomiędzy temi hodowlami nie można było wykazać. Badania drobnowidzowe stwierdziły tożsamość hodowli i wykazały, że to są laseczniki, które, w porównaniu z lasecznikami cholery azjatyckiej, są od nich krótsze i cieńsze. Gelatyna we wszystkich przypadkach oddziaływała mocno alkalicznie. Najcharakterystyczniejszą cechą tych hodowli był silny nieprzyjemny zapach, który nawet jeszcze w 40 a nawet w 50 pokoleniu z równą występował siłą.

Większego znaczenia są wyniki otrzymane przy badaniu powietrza. To ostatnie do rozbioru było zaczerpnięte z ulic niżej położonych, a także z ponad ścieków tychże ulic. Okazało się, że w jednym metrze sześciennym powietrza mieściło się 2,000 do 5,000 lub 6,000 niższych ustrojów; ostatnie liczby otrzymywano, gdy do rozbioru powietrze było czerpane z ponad ścieków, podczas gdy w powietrzu, wziętem z miejsc lepiej przewietrzanych, wyżej położonych, znajdowano od 60 lub 80 do 800 lub 900 drobnoustrojów w jednym metrze sześciennym. Hodowla tych ostatnich postępowała jeszcze wolniej, aniżeli w krwi z nerek i gruczołów kreskowych. Za to hodowla drobnoustrojów dobytých z powietrza z ponad ścieków rozwijała się nader prędko. Gelatyna zupełnie tak samo stawała się płynną i wydzielala ten sam przenikliwy zapach, wprawdzie w nieco lżejszym stopniu. Hodowla tych drobnoustrojów, (które okazały się takimiż samymi lasecznikami, jakie wykrywał drobnowidz w hodowlach wziętych z kiszki, nerek etc.), wprowadzona do zdrowego ustroju powodowała zawsze biegunkę.

Na mocy powyższych faktów Autor wnioskuje, że biegunka jest cierpieniem, zależnem od swoistych niższych ustrojów, na poparcie czego przytacza następujące dane:

1) Obecność swoistych ustrojów we krwi tkanek które przyjmują udział w tem cierpieniu.

2) Sztuczna hodowla tych drobnoustrojów, otrzymanych poza obrębem ustroju.

3) Zapadanie na biegunkę zdrowego ustroju, jeżeli do niego zostaną wprowadzone powyższe drobnoustroje.

4) Wreszcie obecność tych samych niższych ustrojów w chwili zupełnego rozwinięcia się biegunki.

(Lancet, August 20—1887). J. Drzewiecki.

90. HAELE. **Zamknięcie światła kiszki wskutek zrostów i przegięcia.** Podług autorza przegięcie kiszki wskutek zrostów tej ostatniej ze ścianą otrzewnej, lub narządami w małej miednicy, wcale nie rzadko może być przyczyną zupełnego zamknięcia światła kiszki. Autor zebrał 7 przypadków tego rodzaju zamieszczone w różnych czasopismach, a do nich dodaje i swoje spostrzeżenie. Siedliskiem tych zrostów dających powód do przegięcia kiszki prawie zawsze była miednica, i przedewszystkiem w niej się znajdujące narządy jak macica i pęcherz, co właśnie zupełnie odpowiada częstym ograniczonym zapaleniom otrzewnej w tych miejscach. Prawie zawsze przegięciu ulegała pętla cienkiej kiszki w pobliżu jej przejścia w grubą, co zgadza się z tem, że dolne pętli cienkich kiszki opuszczają się do małej miednicy i bezpośrednio stykają się z wyżej wymienionemi narządami. Zrosty, które zwykle bywają mocne, włókniste i ograniczają się do małej przestrzeni kiszki, mogą unieruchomić tę ostatnią i być powodem jej przegięcia albo przy wejściu do małej miednicy, albo już w niej samej; to ostatnie częściej ma miejsce. Zamknięcie światła w takich warunkach

autor objaśnia nie tylko za pomocą stosunków mechanicznej natury, ale dla pewnych przypadków przyjmuje jeszcze i wpływ zaburzeń czynności kiszki na tle nerwowem, szczególnie w tych razach, gdzie objawy zamknięcia nagle wystąpiły. Rozpoznanie dokładne obecności przegięcia kiszki, jako bezpośredniej przyczyny zamknięcia światła kiszki, jest prawie niemożliwe. Przypuszczać go można w tych przypadkach, w których np. u młodych kobiet, które dawniej przebywały ograniczone zapalenia otrzewnej, nagle po krótszem lub dłuższem trwaniu zaparcia stolca, występują objawy zamknięcia światła kiszki. Leczenie tutaj jest naturalnie takie samo, jak i przy innych postaciach, t. j. gdzie enemy Hegar'a i przemywania żołądka pozostają bez skutku, tam należy bezzwłocznie przystąpić do otworzenia jamy brzusznej.

(*Revue de Chir. Nr. 1—1887*) A. G-z.

## KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

### Najnowsze prace z elektrodyagnostyki i elektroterapii.

Skreślił Dr. A. Rosenthal.

W ostatnich pięciu latach pojawiło się mnóstwo prac w dziedzinie elektrodyagnostyki, które naukę tę w nową wprowadziły fazę. W naszej literaturze natomiast gałąź ta wiedzy w zupełnem jest zaniedbanie. Bezwątpienia oddziaływa to ujemnie na właściwe stanowisko tej gałęzi wiedzy z jednej strony, z drugiej w dziedzinie praktycznej pozwala chorym przechodzić różne metody leczenia, dopóki nieuleczalność choroby przekonywa nareszcie ich i lekarzy o bezskuteczności strumienia elektrycznego. Niejednokrotnie bowiem spotkać się można z chorymi, u których zastosowane były niezliczone środki i metody, jedno drugiem przeciwne, zanim chory bez polepszenia i z zadawnioną już chorobą dostaje się do elektroterapii, który mu też niezawsze jest w stanie okazać właściwą pomoc. Dzieje się to zarówno na prowincyi jak i u nas, tam z powodu pewnego sceptycyzmu z jednej, a zbytniego zaufania do własnych poglądów i metod leczenia z drugiej strony. Pod tym względem zagranica o wiele nas wyprzedziła: zarówno bowiem publiczność szuka pomocy u właściwych specjalistów, jak niemniej lekarze podtrzymują i ułatwiają usiłowania chorych; u nas zależy to częstokroć od dobrej woli lekarza, u którego chory szuka pomocy. Okoliczności te tłumaczą potrzebę zaznajamiania ogółu lekarskiego z postępami tej gałęzi terapii.

Najważniejszą zdobycz w dziedzinie elektrodyagnostyki stanowi stworzenie jednostki elektrycznej oraz galwanometru absolutnego. Oba te odkrycia nauka zawdzięcza pracom elektryków francuzkich, podjętych na międzynarodowym zjeździe elektryków w r. 1881 w Paryżu. Do tego czasu badania elektrodyagnostyczne nie miały stałej normy porównawczej; różnorodna bowiem budowa przyrządów elektrycznych, niestałość strumieni w tychże i t. p. czyniły niemożliwem określenie siły prądu wedle ilości użytych elementów oraz wprowadzonych jednostki oporu SIEMENS'A. Obecnie prace naukowe na polu elektrodyagnostyki mają o tyle tylko znaczenie, o ile oznaczonym przy nich jest bezwzględne natężenie strumienia, wskazywane przez galwanometr bezwzględny. Według wskazówek ZIEMSEN'A zbudował pierwszy EDELMANN absolutny galwanometr poziomy w 2-ch różnych wielkościach i według zaświadczenia STINTZING'A, GESSLER'A i innych okazuje się użycie jego najbardziej celowem przy dokładnych badaniach elektrodyagnostycznych. W przeciwstawieniu do powyższego przyrządu zbudował HIRSCHMANN również abso-



lutny astatyczny galvanometr pionowy, który według C. W. MÜLLER'A odpowiada również wszystkim wymaganiom zarówno fizykalnym jakoteż lekarskim, przyczem użycie jego jest o wiele wygodniejszym przy praktycznym zastosowaniu. Za pomocą tego przyrządu może być ściśle zmierzone natężenie prądu, wynoszące od 0,5 do 20 M. A. (*Milli Ampère*). Przy użyciu galvanometru bezwzględnego należy zachowywać pewne ostrożności dla osiągnięcia jednakowych wyników. Wymiary obu elektrod winny być zawsze też same, gdyż przy zbyt wielkiej gęstości strumienia przy tem samym natężeniu prądu zmniejsza się; elektroda obojętna pozostawać winna na tem samym miejscu. W celu przekonania się o dokładności galvanometru należy takowy od czasu do czasu poddać sprawdzeniu, gdyż przy częstem użyciu stosunki przewodnictwa w przyrządzie tym podlegają zmianom.

Kilka prac poświęcono ściśtemu zbadaniu oporu w przewodnictwie ciała ludzkiego. JOLLY <sup>1)</sup> podobnie jak GÄRTNER znalazł początkowy opór bardzo znacznym (40000—15000 S. E.). Działaniem strumienia opór szybko zmniejsza się. U różnych ludzi i na różnych okolicach skóry tego samego osobnika opór w przewodnictwie bywa niejednakowym. Zaznaczyć należy, iż początkowy opór skóry dłoni i podeszew jest nieznacznym (30—40000 S. E.) że jednak opór w tych miejscach działaniem strumienia mniejszemu ulega zmniejszeniu (do 28000 S. E.) i tym sposobem bywa tu wyższym aniżeli na innych częściach ciała, co stwierdza codzienne doświadczenie. Siedliskiem oporu jest naskórek, przyczyna zmniejszenia jego leży w katarforycznym przesiąknięciu naskórka a także w rozszerzeniu naczyń i zwiększonym wydzielaniu potu, spowodowanem działaniem strumienia. ERB zauważa, iż dane wykazane przez GÄRTNERA i JOLLY jakkolwiek zajmujące, nie mają jednak wielkiego znaczenia w praktyce: używamy bowiem nie strumieni minimalnych ani też chwilowych, mamy więc przy krótkiem zastosowaniu już do czynienia ze zmodyfikowanym oporem w przewodnictwie skóry. Odnośnie do wpływu strumieni przerywanych na opór skóry STINTZING i GRAEBER <sup>2)</sup> znaleźli, iż przy słabych i średnich strumieniach jakich zwykle w celach rozpoznawczych używamy opór w przewodnictwie nie ulega żadnym zmianom, przy bardzo zaś silnych strumieniach zmniejszenie oporu bywa nieznaczące i o wiele mniejsze aniżeli przy stosowaniu słabych strumieni stałych. Nie należy więc przy użyciu strumieni przerywanych zwracać uwagi na opór przewodnictwa, zarówno też przy badaniu czucia skóry strumieniem przerywanym.

Przy ocenianiu działania fizyologicznego strumieni elektrycznych odgrywa rolę nie tylko siła prądu lecz też gęstość czyli skupienie jego, na co ERB już w pierwszym wydaniu swego dzieła zwraca uwagę. Gęstość strumienia jest w prostym stosunku do siły jego, w odwrotnym do wymiaru poprzecznego

elektrody ( $D = \frac{J}{Q}$ ). Wynika z tego, iż gęstość strumienia przy niezmiennie sile prądu zmienia się wraz z poprzeczną elektrody. Z tego powodu dla jednolitości badań dyagnostycznych ERB zaproponował stałe użycie t. zw. elektrody normalnej wielkości 10 kw. ctm. (w postaci okrągłej o wymiarze 3,5 ctm., w kwadratowej 3,3 ctm. długości) Natomiast STINTZING uznał za praktyczniejszą mniejszą elektrodę wielkości 3 kw. ctm. (okrągłą o powierzchni wypukłej, wymiar 2 ctm.). Elektrode zaś obojętną używa St. w postaci płyty wielkości 72 kw. ctm. (której boki mają długość 12 i 6 ctm.). Nieodzowne używanie stałej elektrody wynika jeszcze ztąd, iż według STINTZING'A przy

1) Untersuchungen über den elektr. Leitungswiderstand des menschl. Körpers 1884.

2) Der elektrophysiologische Leitungswiderstand des menschl. Körpers und seine Bedeutung für die Elektrodiagnostik. Deut. Arch. f. kl. Med. 1886.

zwiększeniu poprzeczniicy elektrody gęstość strumienia w nerwie zmniejsza się w nieznanym stosunku. Reakcyę np. która występuje przy 10 kw. ctm. i sile prądu 1 M. A., nie następuje w tej samej sile przy podwójnym wymiarze elektrody w razie podwójnej siły prądu; nie można powiedzieć, iż reakcyja powstaje tu przy sile prądu 0,1. Potrzeba więc normalnej elektrody jest widoczną.

Wynalezienie nowych dokładnych przyrządów elektrycznych dało powód do zbadania pobudzalności mięśni i nerwów u ludzi zdrowych. Badania w tym względzie podejmowali BERNHARDT, EULENBURG, ERB—przyczem wyniki ich prac dokonanych przy niejednakowych warunkach różnią się jedne od drugich. Najdokładniejszą w tym przedmiocie jest praca STINTZING'A<sup>3)</sup>. Ostatni używał dużego galwanometru EDELMANN'A oraz swej normalnej elektrody wielkości 3 kw. ctm. i skreślił u 58 zdrowych ludzi siłę prądu potrzebną dla wywołania pierwszego skurczu przy zamknięciu strumienia (KaSZ). Skurcze powstające przy odmykaniu strumienia jako mniej stałe nie były przedmiotem badania. Co do faradycznej pobudzalności znalazł on różnicę w odległości cewek u różnych osobników równą 20–30 mm., pomiędzy prawą i lewą stroną ciała 10–15 mm.; cyfry te jednak nie mają ogólnego znaczenia. O wiele ważniejszymi są dane pobudzalności nerwów pod wpływem prądu stałego, przyczem St. określił zarówno cyfry maksymalne, minimalne jakoteż średnie niemniej wyższą różnicę obu stron ciała. Przytoczę tu niektóre cyfry:

N. Facialis	min. 1,0	max. 2, 5	MA. śred. 1,75	Różnica 1, 3
N. Frontalis	" 0,9	" 2, 0	" " 1,45	" 0, 7
N. Accessorius	" 0,1	" 0,44	" " 0,27	" 0,15
N. Medianus	" 0,3	" 1, 5	" " 0, 9	" 0, 6
N. Ulnaris	" 0,2	" 0, 9	" " 0,55	" 0, 6
N. Radialis	" 0,9	" 2, 7	" " 1, 8	" 1, 1
N. Peronaeus	" 0,2	" 2, 0	" " 1, 1	" 0, 5
N. Tibialis	" 0,4	" 2, 5	" " 1,45	" 1, 1

Cyfry te otrzymane przy badaniu znacznej liczby zdrowych osobników przedstawiają nam pobudzalność nerwów w granicach normalnych wahań. Gdy więc przy badaniu otrzymamy cyfry wychodzące po za obręb powyższych, winniśmy je uważać za wyraz stanu patologicznego.

GÄRTNER<sup>4)</sup> wychodząc z założenia, iż opór w przewodnictwie skóry pod wpływem strumienia stałego ulega zmianom sądził iż zwykle badanie elektrodyagnostyczne o tyle jest niedokładnem, iż pomiędzy osiągnięciem minimalnego skurczu mięśnia a odczytaniem uchylenia igły magnetycznej w galwanometrze upływa pewien większy lub mniejszy odstęp czasu, w ciągu którego opór przewodnictwa uległ zmianom. Z tego powodu zastosował on do badań swych osobną ściśle do ciała przylegającą elektrodę, do zamykania prądu używał waha-dła, a jako galwanometr, bussolę WIEDEMANN'A, na której 1 ctm. skali odpowiadał 1 MA. Jednakże cyfry przez niego osiągnięte nie różnią się od powyższych otrzymanych przez STINTZING'A. E. REMAK<sup>5)</sup> radzi przy badaniach rozpoznawczych doprowadzić przedewszystkiem strumień (przy pomocy reostatu) do 0,5 MA., a sprawdziwszy za pomocą odmykania i zamykania, iż skurcz nie następuje, powtórzyć toż samo przy 0,75 lub 1 MA. i t. d. R. uważa metodę tę za wymagającą mniej czasu i wykonalną przy stosowaniu każdego galwanometru.

<sup>3)</sup> Ueber elektrodiagnostische Grenzwerthe. Deut. Arc. f. kl. Med. Bd. 39. H. 1 i 2. 1886.

<sup>4)</sup> Ueber eine neue Methode der elektrodiagnostischen Untersuchung. Wiener med. Jahrbücher 2 i 3. 1885.

<sup>5)</sup> Eine einfache elektrodiagnostische Methode quantitativer galvan. Erregbarkeitsbestimmung. Neur. Cent. 1885. 13.

Dane co do zmian ilościowych pobudzalności elektrycznej znajdujemy również w pracy STINTZING'A. Nieznaczne wzmoczenie pobudzalności galwanicznej znalazł St. w przypadkach ostrego zapalenia rdzenia oraz wjadu pacierrzowego. W przypadku rdzeniowego zaniku mięśniowego postępującego stwierdził on znaczne wzmoczenie pobudzalności galwanicznej w nerwach i mięśniach kończyny górnej i dolnych. Reakcyę tą wyrażoną była nawet w tych częściach w których nie stwierdzono jeszcze czynnościowych zaburzeń, stanowiła więc pierwszą oznakę stanu chorobnego. Zmniejszenie pobudzalności elektrycznej St. stwierdził w wielu przypadkach cierpień zarówno ośrodkowych jako też mięśniowych, niemniej zmniejszenie pobudzalności obok odczynu zwyrodnienia przy cierpieniach nerwów obwodowych. Niejednokrotnie spostrzegał zmniejszenie pobudzalności galwanicznej obok zniesionej reakcyi faradycznej. Jako rzadkość wreszcie przytacza przypadek reumatycznego porażenia n. twarzowego, w którym jakiś czas pobudzalność galwaniczna była zniesioną, faradyczna zaś w niektórych mięśniach była niższą (i leniwą).

Reassumując dane dotyczące elektrodiagnostyki widzimy, iż mają one znaczenie przy ocenianiu cierpień dowolnego przyrządu ruchowego. Jeśli znajdziemy tylko ilościowe zmiany pobudzalności elektrycznej, możemy ztąd wnioskować o zmianach chorobowych ruchowych przewodów nerwowych oraz mięśni. Odczyn zwyrodnienia wskazuje zwyrodnienie mięśnia i wyklucza cierpienie ośrodkowe (mózg i rdzeń). Jakkolwiek przypuszczenie, iż odczyn zwyrodnienia wyklucza cierpienie czysto mięśniowe nie utrzymuje się w obec nielicznych przypadków tego objawu przy pierwotnym zaniku mięśni (SCHULTZE), to jednak zupełny odczyn zwyrodnienia dowodzi niewątpliwie zmian chorobowych w nerwach obwodowych, łączących przednie rogi rdzenia kręgowego z mięśniami. Stopień odczynu zwyrodnienia nie służy za wskazówkę ani miejsca ani też rodzaju zбочenia; okresem odczynu odpowiadają okresy zwyrodnienia mięśni.

(d. n.)

## Z międzynarodowego zjazdu lekarzy w Waszyngtonie.

(Ze sprawozdania łaskawie nam nadesłanego przez czasopismo amerykańskie: *Medical Record*).

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 46).

**III. Patologia ogólna.** 1) Dr. AUSTIN FLINT. Gorączka, jej przyczyny, istota i racjonalne leczenie. Autor zwraca przede wszystkim uwagę na to, iż należy bezwarunkowo wystrzegać się głodzenia chorych. Badania przedsiębrane w tym celu wykazały, iż człowiek, ważący 140 funtów, wydziela 13,444 jednostek ciepła; ciepło to powstaje wskutek utleniania i spalania wprowadzonych do ustroju pokarmów, w razie zaś, gdy ilość ich jest niedostateczną, następuje zanik tkanek, utrata tłuszczu i t. p. Wiadomo, iż podczas każdej gorączki rozwój ciepła nieprawidłowo się zwiększa, w następstwie czego tłuszcz i tkanki podlegają nader szybkemu zużyciu i występuje obawa śmierci głodowej, jeśli nie dostarczymy ustrojowi dostatecznego pożywienia. U ludzi zdrowych głównymi produktami sprawy gorzenia oprócz wydzielin stałych są woda i kwas węglany. Autor robił na sobie samym próby, które wykazały, iż w ciągu 33 godzin wydzielał o 46 uncji wody więcej, niż przyjął, nie ulega zatem kwestyi, iż woda w ustroju tworzy się z połączenia tlenu z wodorem, przyczem rozwija się niezbędne dla ustroju ciepło; podczas gorączki natomiast ilość jednostek ciepła niepomrotnie się zwiększa, bez odpowiedniego zwiększenia się ilości wody, co powoduje stałe pragnienie i suchość skóry u gorączkujących. Leczenie winno polegać na zewnętrznym stosowaniu zimna i podawaniu do wewnątrz środków zniżających ciepłotę, oraz na odpowiednim odżywianiu chorego. Mleko, buljon i potrawy mączne należy podawać w for-

mie łatwo strawnej i wystrzegać się nadmiaru pożywienia. Wyskok stanowi również znakomity środek odżywczy, gdyż zawiera w formie łatwo spalnej wszystkie składniki, niezbędne w stanie gorączkowym do wytwarzania się ciepła, a tem samym przyczynia się do wzmocnienia ustroju. Wszelkie zarzuty przeciwko podawaniu wyskoku uważać należy za bezpodstawne; ilość dobową dla dorosłego wynosić winna 8 - 10 uncyi, przyczem autor nie spostrzegał nigdy objawów towarzyszących nadmiernemu używaniu trunków.

2) Dr. J. KÖRÖSI. Znaczenie szczepień ochronnych. Autor odróżnia pojęcie śmiertelności (*mortalitas*) od prawdopodobieństwa skonu (*letalitas*); pod pierwszym rozumie szanse, według których umrzeć może każdy człowiek, drugie zaś oznacza szanse śmierci dla chorych. Stosownie do tego podaje śmiertelność ospy 1%, prawdopodobieństwo zaś skonu 60%—70%. Wyniki badań, dokonanych w 20,000 przypadków w Peszcie i innych miejscowościach Węgier, wykazały, iż prawdopodobieństwo skonu dla szczepionych wynosi 8%, dla nieszczepionych 13%. Przy takim zaludnieniu, jakie jest w Stanach Zjednoczonych, szczepienie ospy zachowuje rocznie przy życiu 120,000 ludzi, podczas gdy ilość dzieci zmarłych wskutek chorób skórnych, spowodowanych szczepieniem wynosi nie więcej niż 300. Dla tego też autor zaleca gorąco dokonywanie szczepienia.

3) Dr. WHITMARSH (Londyn). Szczepienie i metoda PASTEUR'A. Autor utrzymuje, iż jakkolwiek szczepienie nie zapobiega stanowczo ospie, w każdym razie znakomicie zmniejsza niebezpieczeństwo. Podczas gdy przed 40-tu laty w Anglii 60% ludności nosiło na twarzy ślady przebytej choroby, dzisiaj spotyka się takich zaledwie 1%. Przechodząc do metody PASTEUR'A podaje W. dokładny opis przygotowywania osłabionego jadu i narzędzi używanych przy szczepieniu. Wątpliwą jest rzeczą, czy w przypadkach leczonych w pracowni Pasteur'a miano rzeczywiście do czynienia z wściekliczną, dla tego też trudno ocenić wartość leczniczą tej metody. PASTEUR wywołuje u królików chorobę, którą nazywa wściekliczną. Dr. C. A. LEALE (New-York), który wi dział rocznie około 20,000 chorych dzieci, nadmienia, iż nie spostrzegał nigdy jeszcze wściekliczny, jakkolwiek setki tych dzieci podlegały różnemi czasy pokasaniu przez psy.

**IV. Fizjologia.** 1) Dr. Richard CATON (Liverpool). O zjawiskach elektrycznych w szarej istocie mózgu. Główne punkta tej pracy są następujące: a) W szarej istocie zwojów mózgowych krążą prądy elektryczne. b) Gdy działalność kory mózgowej wzmaga się wskutek działania leków odurzających, lub przed śmiercią, siła prądów się zwiększa; po śmierci zaś prądy słabną i stopniowo znikają. c) W częściach kory mózgowej, które zawiadują specjalnemi funkcjami, podczas wykonywania tych funkcji powstaje wsteczne wahanie się prądów. d) Powstawanie takiego wstecznego wahanian się prądów w pewnej części kory podczas wykonywania pewnej funkcji wskazuje, iż część ta jest ośrodkiem dla danej funkcji. e) Części kory, zawiadujące ruchami pewnych mięśni, zawiadują jednocześnie czuciem części sąsiednich.

2) W. D. HALLIBURTON (Londyn). Stężenie pośmiertne w porównaniu z krzepnieniem krwi. Autor dowodzi, iż stężenie pośmiertne jest wynikiem działania zaczynu, podobnego do tego, jaki powoduje tworzenie się włóknika we krwi. Zaczyn jednak mięśniowy nie jest identycznym z zaczynem włóknika, ponieważ ani pierwszy nie może spowodować krzepnięcia krwi, ani drugi ścinania się myozyny.

**V. Choroby krtani.** 1) Dr. E. F. INGALS. Przewlekły gościecowy nieżyt krtani. Cierpienie to, jakkolwiek znane od dawna nie jest dokładnie opisane. Występuje ono zazwyczaj jednocześnie z gościcem stawowym i bywa często bardzo uporczywe; widziano przypadki, w których zajęta była tylko

kość podjęzykowa i tylna część krtani. Objawy stanowią: bóle, które mogą po kilku dniach ustępować i potem powracać, chrypka lub bezgłos i obrzmienie stawów chrząstek nalewkowych. Leczenie polegać winno na stosowaniu wdechów środków ściągających, na podawaniu salicylanu sodu, jodku potasu, alkalijów i oleju starzeńsi (*ol. Gaultheriae*).

2) Dr. W. E. CASSELBERRY (Chicago). Leczenie brodawczaków krtani. Leczenie polega na wydalaniu nowotworu, do czego służą kleszcze, skrobaczka lub przyżeganie. Małe guziki najlepiej usuwać zapomocą kleszczyków, które tem są lepsze, im budowa ich jest prościejsza. Przy guzach większych kleszcze nie są odpowiednie, gdyż nie jesteśmy w możności wydalić na jednym posiadzeniu całego nowotworu, zapalenie następuje nie pozwala na szybkie powtórzenie rękożynu, a przez ten czas guzik rośnie i powraca do dawnych rozmiarów. Dr. COHEN (Filadelfia) używa przy małych brodawczakach gąbki, zwłaszcza gdy znajdują się one poniżej strun lub na strunach głosowych. Dr. LENNOX BROWN postępował w ten sposób przez lat 20, od czasu jednak gdy razu pewnego gąbka wpadła do dróg oddechowych i wywołała poważne powikłania, oddaje pierwszeństwo pętli drucianej. Opisując różne brodawczaki, okazał B. rysunek, przedstawiający położenie i wielkość narośli znajdującej się w krtani Następcy tronu pruskiego. Dr. INGALS zaleca stosowanie kwasu chromnego na zgłębniku i dokładne niszczenie nim nowotworu.

3) Dr. CARMALT JONES (Londyn). Zachowanie się nagłośni podczas łykania. Według pojęć dotychczasowych, nagłośnia, jako przykrywka krtani utwierdzoną jest u podstawy języka i prostym ruchem ku tyłowi przykrywa krtani i pozwala na przejście pokarmów do przetyku. Dr. J. dowiódł, że pojęcie to nie jest zupełnie dokładne, gdyż wskutek bodźca, jaki stanowią pokarmy i wskutek działania mięśni brzezi nagłośni układają się w ten sposób, iż obejmują górną część krtani i ściśle do niej przylegają. Cofanie się ku tyłowi języka przy polykaniu nie może tego powodować, gdyż nawet przy zaciśnięciu języka pomiędzy zębami lub przy trzymaniu go w palcach łykanie odbywa się swobodnie, zależy zaś ono głównie od działania mięśni gardzieli. Dr. PORTER (St. Louis) opisał przypadek, w którym oddalił większą część nagłośni, a mimo to chory mógł łykać dosyć swobodnie.

(dok. n.)

W. Szumlański.

## Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

**Krajowe.** W Sobotę dnia 12 b. m. otwarty został 6-ty przytułek dla rodzących przy ulicy Dobrej pod N-rem 12. Przytułek ten w niczem się nie różni co do liczby łózek, urządzenia etc. od pięciu takichże Instytucji już dzisiaj istniejących. Co prawda, o działalności tych przytułków niewiele wiemy, gdyż lekarze będący ich kierownikami nieogłaszają żadnych sprawozdań.

— Dowiadujemy się iż Ambulatorium dla chorych na gardło w szpitalu Ś-go Rocha z wyjazdem kolegi HERYNGA zostało zamknięte, ale powód tego faktu nie jest dla nas zrozumiały. Laryngologów w naszym mieście nie brak i każdy z nich z największą gotowością podjąłby się bezpłatnego udzielania porad takim chorym w miejscowości, do której pacycenci od tyłu lat przyzwyczajali się uczęszczać. Wyrządziła się przez to krzywda chorym tej okolicy miasta, którym odjęto pomoc lekarską na swoje dolegliwości, krzywdę zrobiono lekarzom, których pozbawiono jednego pola obserwacji, niepowetowana krzywda stała się wreszcie dla nauki, bo przecież ze szpitala Ś-go Rocha wyszedł na świat cały szereg poważnych prac naukowych. Ponieważ za skasowaniem pomienionego Ambulatorium nie a nie nie przemawia, miejmy nadzieję, że Rada Dobr. publicznej uwzględni istotne potrzeby tego rodzaju chorych i napowróć Ambulatorium w szpitalu Ś-go Rocha otworzyć poleci.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące cztery temata do nagród konkursowych z funduszu imienia ś. p. D-ra Adama HELBICHA, już w roku zeszłym w pismach lekarskich podane:

1) „O znaczeniu i wartości klimatu swojskiego w leczeniu suchót płucnych“ z terminem do d. 31 Grudnia 1887 roku.

2) Opisać pod względem lekarskim i krytycznie porównać zdrojowiska słono-siarczane i solanki jodowo-bromowe krajowe, jako to Busk, Ciecchocinek, Druskieniki, Iwonicz i inne z terminem do dnia 31 Grudnia 1888 r.

3) „Zmiany chemiczne moczu w przebiegu suchót płucnych“, z terminem do dnia 1 Kwietnia 1888 roku.

4) „Określić drogą kliniczną wartość leczniczą mięsienia (*massage*) z terminem do dnia 31 Grudnia 1888.

Za każdą z powyższych prac wyznaczoną jest nagroda po rs. 150. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Prawo ogłoszenia drukiem rozprawy uwieńczonej zastrzega sobie Towarzystwo Lekarskie.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Szokalski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości publicznej, że na zasadzie ustawy o nagrodach konkursowych z funduszu stałego imienia Tytusa CHŁUBIŃSKIEGO, Doktora medycyny i chirurgii, byłego profesora kliniki terapeutycznej i członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, przyznana będzie jedna nagroda konkursowa w kwocie 240 rs.

Do konkursu przyjmowane będą prace oryginalne, niemniej niż pięć arkuszy druku zawierające, wydane w ciągu lat czterech, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. w przedmiotach odnoszących się do nauk lekarskich lub pomocniczych, z wyłączeniem rękopismów i wydawnictw pism peyodycznych.

Dziela nadsyłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) lub też składane być mogą na posiedzeniu Towarzystwa za pośrednictwem jednego z jego członków. Termin prekluzyjny do nadsyłania dzieł do konkursu oznacza się do dnia 1 Kwietnia 1888 roku. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *Dr. Szokalski*.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące temata do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez śp. D-ra Walentego Koczorowskiego:

1. Nowy temat: „Wykazanie na zasadzie własnych badań: pochodzenia, morfologicznych różnic i fizyologicznej roli białych ciałek (leukocytów)“ z terminem do dnia 1 Listopada 1888 roku.

*Uwaga.* Należy przynajmniej u jednego gatunku z ciepłokrwistych i jednego ze zimnokrwistych zwierząt dokładnie określić różnice białych ciałek we krwi, limfie, gruczołach limfatycznych, śledzionie, szpiku kostnym i t. p. pod względem ich rozmiarów, zewnętrznej formy, składu morfologicznego, ruchów amebowych, powinowactwa do różnych barwników i t. d. i ile możności wyjaśnić ich sposób powstawania i udział w sprawach życiowych organizmu.

2. Temata już poprzednio ogłoszone, jako to:

a) „Obecny stan wiedzy o wściekłości u ludzi w ogólności i o leczeniu zapobiegawczem tejże choroby metodą Pasteur'a w szczególności“ z terminem do dnia 31 Marca 1888 r.

b) „Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody Wiślanej“ temat z zeszłorocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca 1888 r.

c) „Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu pewnej danej miejscowości jak np. w szpitalu, teatrze, sali szkolnej, na targu i t. p. w mieście Warszawie (temat z zeszłorocznego konkursu pozostały, termin ostateczny przedłuża się do dnia 31 Marca 1888 r.)

d) „Określić udział mikroorganizmów w sprawie gnicia ciał białkowatych, a mianowicie:

Czy gnicie ciał białkowatych jest możliwem bez udziału mikroorganizmów i w jakich warunkach.

Czy gnicie ciał białkowatych zależy od jednego szczególnego rodzaju mikroorganizmów (*Bienstock*), czy też zależy od działania rozmaitych mikroorganizmów.

Czy do gnicia ciał białkowych wystarcza jeden rodzaj mikroorganizmów, czy też do tego potrzeba współdziałania kilku ich rodzajów (*Flügge*).

Jeżeli okaże się, że gnicie ciał białkowych może zależeć od kilku rodzajów mikroorganizmów, w takim razie zbadać, o ile to będzie możliwem, czy wytwory rozkładu przy działaniu różnych mikroorganizmów na jedno i toż samo ciało białkowe powstałe, są jedne i też same, czy też różne.

Przekonać się czy mikroorganizmy gnilne są zarazem zawsze chorobotwórczemi, czy też te dwie właściwości całkiem nie idą z sobą w parze; termin ostateczny dnia 31 Marca 1888 r.

Za każdą z powyższych pięciu prac, stosownie do woli w testamentonie śp. D-ra Koczorowskiego wyrażonej, wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowiąć będą własność autorów.

Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych ferm konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały, *Dr. Szokalski*.

— W celu zapobieżenia tworzeniu się krost ospowatych *resp.* szpecących blizn na twarzy, różne już dotąd zalecano środki, które świetnemi i pewnemi wynikami poszczycić się nie mogą. Do liczby środków, jakie największą cieszą się sławą, zaliczyć należy: smarowanie twarzy obojętnemi tłuszczami, collodium, jodyną, obmywania roztworem kwasu karbolowego, sublimatu, także przecinanie krost i przypalanie ich kamieniem piekielnym, różne wreszcie maski na twarz, lub stałe okłady z zimnej wody. Jakkolwiek ostatni sposób zdaje się wydawać najlepsze rezultaty, jednak nie zawsze może być zastosowany, bądź dla tego, że nie każdy chory znieść może dobrze zimne okłady, bądź dla tego, że jest kłopotliwym i wymaga ciągłych starań koło chorego.

Mając często sposobność spotykania się z choremi na ospę w staromiejskiej dzielnicy, przekonałem się, że kalomel, jako puder, zastosowany na twarz, nie tylko nie dopuszcza grudkom (*papulae*) rozwijać się w pęcherzyki (*vesiculae*) — (na miejscach nie przypudrowanych powtarzały się i pęcherzyki i krosty) —, lecz użyty nawet wtedy, gdy się już rozwinęły pęcherzyki lub krosty powoduje prawie natychmiastowe ich przysychanie i tym sposobem uprzedza tworzenie się blizn. Jak w tych razach działa kalomel i dla czego tak działa, nie biorę na siebie faktu tego wyjaśniać. Przypuszczać jednak należy, że prawdopodobnie w tych razach występuje kilka czynników, być może, że w części kalomel, jako taki, w części chlornik rtęci lub też może sama rtęć merkurjalna, — na które to części składowe kalomel się pod wpływem światła rozkłada, — swój wpływ wywierają, bądź bezpośrednio zabijając drobnoustroje, bądź przeszkadzając ich dalszemu się rozmnażaniu.

W moich przypadkach do pudru używałem kalomelu *per se*, pudrując delikatnie nim twarz, a następnie posypując ją zwykłym pudrem, lub też przepisywałem go z krochmałem w stosunku 20% — 30%. Przypuszczam, że zamiast kalomelu można także użyć z korzyścią i *hydrargyrum oxydatum rubrum*. Ze względu, iż wtrępujemy w celach leczniczych kalomel do oczów, o takowe przy pudrowaniu nie może być żadnej obawy. *J. Drzewiecki*.

**Zagraniczne.** Fyzyk miasta Wiednia wydał w postaci grubego tomu obszernie sprawozdanie ze swej działalności, w latach: 1885 i 1886. Sprawozdanie to zawiera mnóstwo nadzwyczaj interesujących rzeczy i dyskutuje nad kwestyami pierwszorzędnej wagi. Krytyka ocenia je nadzwyczaj pochlebnie. Przy tej okazji niech nam wolno będzie rzucić pytanie, dlaczego my w Warszawie takich sprawozdań nie mamy. Już nieraz o nie się upominaliśmy, ale jak dotąd bezskutecznie.

— *Dr. GODFREY z Balham*, opisuje interesujący przypadek dodatkowego zastąpienia (*Superfoetatio*). Pani H. 29-letnia, wezwała go do swojego czwartego porodu. Po nieznacznym bólu porodowym G. znalazł w pochwie macicznej płód  $3\frac{1}{2}$  miesięczny, który bez żadnej trudności dał się wydobyc. Miejsce nie wyszło. Macica pozostała tak dużą jak była przedtem i można było słyszeć bicie serca drugiego płodu. Bóle porodowe ustały i powróciły dopiero po czterech dniach, przyczem urodziło się dziecko nieżywe, siedmiomiesięczne, ważące  $4\frac{1}{2}$  fun. Miejsce większe wyszło same bez trudności; miejsce pierwszego dziecka, o wiele

mniejsze, było ręką przez D-ra G. wydobyte. Pacjentka wkrótce przysła do zupełnego zdrowia.

— Paryzka „*Société de Biologie*“ zajmowała się w ostatnich czasach kwestyą terapii choroby morskiej. Dr. DUPUY twierdził, iż choroby morskiej dostają bardzo łatwo osoby mające żołądek rozszerzony. Jako środek bardzo skuteczny przeciwko pomienionej chorobie, Dr. D. zaleca antypyrynę zadawaną na parę dni przed mającą się odbyć podróżą morską.

— Dr. MAYS zaleca teinę przeciwko neuralgii w następującej formie:

Rp. Theini

Natri benzoici ana 3,75

Natri chlorati 0,6

Aq. dest. 30,0.

M. D. S. 3—20 kropel naraz zażyć.

-- *Pediculi pubis* dają się wytepić przez jednorazowe użycie eteru siarczanego, który tę przed chloroformem przedstawia wyższość, iż nie drażni w tym stopniu co ten ostatni skóry.

— Dr. G. W. MAJOR protestuje przeciwko nadużyciu roztworu soli kuchennej w postaci przepłókiwania nosa, a do oczyszczania jamy nosowej za najlepszą uważa następującą formę:

Rp. Ac. carbol. 0,05

Boracis 0,20

Natri carbon. 0,20

Glycerini 4,0

Aq. dest. 25,0.

M. S.

— Wdechania krwi odwłóknikowanej. Hiszpański lekarz, dr. ESCORILEADA ogłosił w piśmie „*Genio Médico-quirúrgico*“ przypadek niezwyklej bezkrwistości z upartemi zaburzeniami żołądkowemi, w którym zastosowanie wdechów z mięszaniny, zawierającej 80 części odwłóknikowanej krwi z wołu i 20 części 75% roztworu chlorku sodu, spowodowało po czterech dniach polepszenie. Jednocześnie stosowane były oblewania morską wodą. Notatkę o tym przypadku zamieściło także pismo *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Zmarli. W Kijowie zmarł Dr. Er. MERING, profesor uniwersytetu i dyrektor kliniki terapeutycznej. Urodzony pod Drezdnem w r. 1822, ukończył fakultet lekarski w Lipsku, w r. 1845, poczem zaproszony został na ordynatora szpitala wojskiego w gubernii Połtawskiej. Działalność profesorską swoją rozpoczął w Kijowie, gdzie w r. 1851 wykladał medycynę państwową. W r. 1865 zmarły objął kierownictwo kliniki terapeutycznej wydziałowej, przyczem wykladał także historię medycyny.

— Dr. Bernard KRAUS umarł d. 28 Października w Wiedniu. Był on założycielem i długoletnim kierownikiem wielce poczytnego czasopisma wiedeńskiego: „*Allg. Wiener Medizinische Zeitung*“.

### Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 46. ZAGÓRSKI. Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych. KARIŃSKI. Samobójstwo czy morderstwo. ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882 (c. d.).

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 46. M. JAKOWSKI i MATLAKOWSKI. O twardzieli nosa (*Rhinoscleroma Hebrae*) (c. d.). WRÓBLEWSKI. Gruźlica gardzieli (dok.). MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia (c. d.).

Sprostowanie. W N-rze 46 w artykule z międzynarodowego zjazdu, zakradł się błąd, na str. 762 w wierszu 15 od dołu zamiast *krzepu* winno być *krupu*.

REDAKTOR I WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakcyi: Aleja Jerozolimska N 80.