

GAZETA LEKARSKA.

I. BADANIA DOŚWIADCZALNE NAD BEZPOŚREDNIM WPŁYWEM DWUWĘGLANU SODU NA WYDZIELANIE SOKU ŻOŁĄDKOWEGO.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Od bardzo dawnych czasów w leczeniu chorób żołądka bywają używane środki ługowe, jużto jako lekarstwa, jużto w postaci wód mineralnych. W tej dziedzinie leczenia środki ługowe nie mniejszą cieszą się sławą, jak kwas solny i goryczki. Już na kilkanaście dziesiątków lat przedtem, zanim zaczęto doświadczalnie badać wpływ alkali na żołądek, empirya wykazała niezawodną skuteczność tych środków i odpowiednich wód mineralnych w rozmaitych chorobach żołądka. W starych dziełach znajdujemy nie tylko wskazania, ale i przeciwwskazania, oparte wyłącznie na objawach chorobowych, do stosowania środków ługowych w tych lub w owych chorobach żołądka. Dopiero pierwsze doświadczenia na tem polu badania wykonał sławny fizyolog CLAUDE BERNARD, który się przekonał, że u zwierząt małe dawki alkali pobudzają wydzielanie soku żołądkowego, duże zaś ilości sok żołądkowy zobojętniają. Ten pogląd CL. BERNARD'a na wpływ środków ługowych na wydzielanie soku żołądkowego został powszechnie przyjęty, wielokrotnie na zwierzętach sprawdzony i badaniami u ludzi uzupełniony. Jednakże nie wszyscy kliniści i farmakologowie są tego samego zdania, jakto poniżej zobaczymy.

Cała, dawniejsza, tycząca się tej kwestyi, farmakologiczna literatura jest streszczona w Farmakologii NOTHNAGEL'a i ROSSBACH'a ¹⁾, którzy o działaniu środków ługowych na żołądek wyrażają się w sposób następujący: „Węglan alkaliczny rozcieńczony, stosownie do ilości zażytej, zmienia się pod wpływem kwasu solnego na chlorek sodu, a pod wpływem kwasu mlecznego na mleczan sodu. Przy tym procesie zatem następuje związanie pewnej części wolnych kwasów żołądkowych, powstaje zobojętnienie soku żołądkowego. Często pod wpływem wewnętrznego użycia węglanów alkalicznych pojawia się pewna skłonność do większego wydzielania soku żołądkowego, tak, że nie można dojść w tych

¹⁾ Tłóm. polskie z r. 1883.

razach do zupełnego zubożenia soku żołądkowego, a przy długim używaniu tych soli otrzymujemy wynik wprost przeciwny zamierzonemu celowi, t. j. coraz obfitsze wytwarzania się kwasów żołądkowych. Małe zatem dawki bardzo często powiększają łaknienie i przyspieszają trawienie z powodu tego, że ciągle wytwarzający się chlorek sodu zbawiennie działa na trawienie i powiększa wydzielanie się soku żołądkowego“.

Przytoczenie powyższego uwalnia nas od cytowania bardzo obszernej, dawniejszej literatury, którą wzmiankowani autorowie uwzględnili i z której powyższy wniosek wyciągnęli. Przeczytawszy uważnie ten wniosek, widzimy, iż NOTHNAGEL i ROSSBACH sądzą: raz, że przy zbyt długim używaniu soli alkalicznych otrzymujemy coraz obfitsze wydzielanie się kwasów żołądkowych, a na innym miejscu czytamy znowu, że małe dawki powiększają wydzielanie się soku żołądkowego, co ma zależeć od wpływu ciągle wytwarzającego się z nich w żołądku chlorku sodu. Raz więc zbyt długie używanie ma powodować nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego, drugi raz ten sam skutek mają wywoływać małe dawki środków alkalicznych. Autorowie nie podają wyraźnie, co rozumieją przez zbyt długie używanie soli alkalicznych; z drugiej strony również nie podają, jakie to małe dawki mają sprowadzać pożądany skutek.

W najnowszej literaturze znajdujemy następujące poglądy na działanie środków ługowych na żołądek, poglądy, które mniej więcej odpowiadają wynikom badań CLAUDE BERNARD'a i ostatecznym wnioskowi, do jakich doszli NOTHNAGEL i ROSSBACH.

LEUBE ¹⁾ utrzymuje, że dwuwęglan sodu i zawierające tę sól wody mineralne nie tylko zubożniają nadmiar kwasu w żołądku, ale, co ważniejsza, pobudzają błonę śluzową żołądka do nowego i długotrwałego wydzielania soku żołądkowego, o czem przekonały autora własne badania u psów z przetoką żołądkową.

JAWORSKI ²⁾ badał wpływ wody i soli karlsbadzkiej na żołądek i przyszedł do wniosku, że małe dawki pobudzają narząd wydzielniczy do czynności, duże zaś dawki, lub zbyt długie stosowanie małych dawek upośledza czynność wydzielniczą żołądka. Do podobnych mniej więcej wyników, co JAWORSKI, doszedł WACADZE ³⁾, badając wpływ ługowych wód mineralnych: Essentukskiej i Borżomskiej na wydzielanie soku żołądkowego. Według tego autora, wzmiankowane wody nie tylko, że zwiększają wydzielanie soku żołądkowego, tak u zdrowych jak i u chorych [z wyjątkiem dotkniętych zanikiem i rakiem żołąd-

¹⁾ Krankheiten des Magens und Darms. 1878.

²⁾ Zobacz między innymi: O stosowaniu leczniczem nowej soli karlsbadzkiej i zachowanie się tejże w przewodzie pokarmowym. Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. KORCZYŃSKIEGO. Zeszyt XI. 1885.

Ueber die Wirkung des Karlsbader Thermalwassers auf die Magendarmfuction. Leipzig. 1885.

Ueber Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Thermalwasser. Wien. 1886.

³⁾ K woprosu o wlianii solono szchelocznykh mineralnykh wód [Essentukskoj Nr. 17 i Borżomskich] na otprawlenie żeludka i kislotnost' moczy u zdorovykh i bolnykh ludiej. Pietierburg. 1891.

ka], ale nawet wzmacniają inne czynności żołądka, mianowicie czynność ruchową i chłonniczą.

EWALD ¹⁾ nie przypisuje wodzie karlsbadzkiej szczególniejszego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego.

BOAS ²⁾ jest tego zdania, że małe dawki wód alkalicznych, alkaliczno-solnych i alkaliczno-słonnych pobudzają wydzielanie gruczołów żołądkowych, większe znoszą to wydzielanie; czyste zaś środki alkaliczne, według tego autora, powodują zubożenie nadmiernie kwaśnej zawartości żołądkowej i zmniejszenie, *resp.* zniesienie wydzielania soku żołądkowego.

ROSENHEIM ³⁾ nie przypisuje wodom alkalicznym szczególnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego, a czystych alkali używać radzi, jako środki paliatywne przeciwko zgadze i kwaśnym zwracaniom.

MATHIEU ⁴⁾ używa środków alkalicznych z jednej strony do zubożenia nadmiernie kwaśnej zawartości żołądka, a z drugiej strony przepisuje małe dawki dla pobudzenia wydzielania soku żołądkowego.

DEBOVE i REMOND ⁵⁾ używają alkali w bardzo dużych dawkach jedynie tylko w celu zneutralizowania odczynu kwaśnego zawartości żołądka.

BOUVERET ⁶⁾ sądzi, że środki ługowe w dużych dawkach nie tylko zubożniają nadmiernie kwaśną zawartość żołądka, lecz, że jednocześnie zmniejszają czynność wydzielniczą tego organu, w przypadkach, w których ta czynność jest chorobowo wzmożoną; w małych zaś dawkach, mianowicie w takich, w jakich znajdują się w wodach mineralnych, mają, według tego autora, pobudzać wydzielanie soku żołądkowego.

W ostatnich czasach zjawiły się dwie prace doświadczalne nad działaniem czystego dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego u ludzi; o pracach tych należy tutaj wspomnieć, jakkolwiek nie nowego nie przedstawiają, lecz potwierdzają tylko dotychczasowe w tej kwestyi poglądy.

DU MESNIL ⁷⁾ badał wpływ dwuwęglanu sodu i wody karlsbadzkiej na wydzielanie kwasu solnego w zdrowym żołądku u 8-miu kobiet, dotkniętych chorobami wenerycznymi. Ze swoich badań autor wyprowadza ten wniosek, że małe dawki dwuwęglanu sodu i woda karlsbadzka pobudzają w żołądku wydzielanie kwasu solnego, duże zaś dawki dwuwęglanu sodu zmniejszają wydzielanie tego kwasu.

LINossier i LEMOINE ⁸⁾ robili swe poszukiwania nad jednym tylko chorym, a do badań swych brali miazgę pokarmową, zwracaną przez tego chorego.

¹⁾ Die Krankheiten des Magens. Berlin 1838.

²⁾ Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten Leipzig. 1890—1893.

³⁾ Pathologie und therapie der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. Wien und Leipzig. 1891.

⁴⁾ Therapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestins. Paris 1893.

⁵⁾ Traité des maladies de l'estomac. Paris. 1893.

⁶⁾ Traité des maladies de l'estomac. Paris. 1893.

⁷⁾ Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Acidität des Magensaftes Gesunder D. med. Wochenschrift. 1892. Nr. 49.

⁸⁾ Contribution a l'étude de l'action des alcalins sur la digestion gastrique chez l'homme. Arch. gén. de Medecine. Juin. 1893.

Badania autorów nie są przekonywujące. Doszli oni do tego wniosku, że dwuwęglan sodu, przyjęty nie tylko w małych dawkach [0,5—2 grm.], ale nawet w dawkach stosunkowo dużych [5—10 grm.], tak przed, jak i po jedzeniu, pobudza wydzielanie soku żołądkowego.

Z powyższego widzimy, że niema zupełnej zgody w zapatrywaniach autorów na sposób działania środków ługowych w chorobach żołądka, i że prawie powszechne przypisywanie alkaliom własności pobudzających wydzielanie soku żołądkowego polega przeważnie na wynikach doświadczeń na zwierzętach i na rezultatach doświadczalnych badań u ludzi nad wpływem wód mineralnych alkalicznych. Zdaje się, iż nie potrzebuję bliżej uzasadniać tego zdania, że wnioski, wyprowadzone z jednego i z drugiego sposobu badań, nie mogą się wprost odnosić do zajmującej nas kwestyi, t. j. do wpływu środków ługowych na wydzielanie soku żołądkowego u ludzi. Co się tyczy szczególnie wód mineralnych alkalicznych, to skład ich jest bardzo złożony; różne czynniki mogą przy ich stosowaniu działać: i ciepłota i różne sole i kwas węglany; w żaden więc sposób nie można wnioskować o działaniu czystych środków ługowych ze sposobu działania wód mineralnych alkalicznych. Zresztą i co do tego nawet sposobu działania wód mineralnych alkalicznych na żołądek, to niema też zgody pomiędzy autorami i dla rozjaśnienia tej kwestyi potrzebne są dalsze, liczne i dokładne badania doświadczalne.

Ważniejsze już dla rozstrzygnięcia zajmującej nas kwestyi są badania z jednej strony DU MESNILA, a z drugiej LINOSSIER'a i LEMOIN'a, o których powyżej wspomnieliśmy, z których jednakże nie pozwolilibyśmy sobie wyprowadzić takich wniosków, jakie wyprowadzili ci autorowie.

Taki niepewny stan tej sprawy zachęcił mnie do wykonania własnych badań nad wpływem środków ługowych na wydzielanie soku żołądkowego, tembardziej, że, już zbadałem wpływ innych, może nawet mniej ważnych, najczęściej w lecznictwie chorób żołądka używanych środków. Przechodzę więc obecnie do opisu własnych badań. Z pomiędzy grupy środków ługowych do moich doświadczeń wybrałem ten, jaki najczęściej w lecznictwie bywa używany, mianowicie dwuwęglan sodu. Badania wykonywano na chorych, dotkniętych już to cierpieniem żołądka, już to chorobą kiszek [bez zajęcia żołądka], już też u dotkniętych chorobą całego przewodu żołądko-kiszkowego. Zanim przystąpiłem do doświadczeń, przedewszystkiem dokładnie zbadałem czynność żołądka, przyczem okazało się, że u pewnej części chorych czynność mechaniczna, wydzielanie soku i trawienie żołądkowe odbywały się prawidłowo, u innej zaś części chorych czynności te okazały się nieprawidłowemi, o czem uczynię wzmiankę przy opisie poszczególnych doświadczeń. Badania moje wykonywałem w rozmaitych okolicznościach i z rozmaitemi ilościami dwuwęglanu sodu, według planu następującego, który, jak mnie się zdaje, posiada wszelkie niezbędne warunki do ostatecznego rozstrzygnięcia kwestyi bezpośredniego wpływu dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego. Przedewszystkiem zająłem się zbadaniem wydzielania soku po wprowadzeniu do czczego żołądka roztworu dwuwęglanu sodu, w porównaniu z wydzielaniem soku w żołądku po wprowadzeniu doń wody przekroplonej. Następnie zbadałem

wydzielanie soku w żołądku trawiącym po wprowadzeniu przed jedzeniem roztworu dwuwęglanu sodu. Następnie zbadałem wpływ przez dłuższy czas przyjmowanego naczczo roztworu dwuwęglanu sodu na czynność wydzielniczą żołądka. Dalej zająłem się zbadaniem wydzielania soku w żołądku trawiącym po wprowadzeniu roztworu dwuwęglanu sodu bezpośrednio po przyjęciu pokarmu. Nakoniec zbadałem wpływ dwuwęglanu sodu, przyjmowanego przez dłuższy czas po jedzeniu, na wydzielanie soku żołądkowego. Zajmiemy się więc teraz opisem poszczególnych doświadczeń i przekonamy się, jakie wnioski wyprowadzić się z nich dadzą.

[C. d. n.]

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH CHOLERYCZNYCH W SZPITALU STAROZAKONNYCH.

II. DWIE SZCZEGÓLNE POSTACIE ZABURZEŃ NERWOWYCH PO CHOLERZE AZYATYCKIEJ.

Podał

Stanisław Pechkranc.

Cierpienia, występujące po choleryce azyatyckiej, jako choroby następcze, zajmują zazwyczaj narządy wewnętrzne, jak np. przewód pokarmowy, nerki i t. d.; nieraz owe cierpienia następcze tyczą się ogólnej przemiany materii — cukrzyca. Być może zresztą, że cukrzyca jest tylko skutkiem zaburzeń, wywołanych przez cholerykę w czynnościach trzustki. Nie mówimy tu o powikłaniach okresu odczynowego, w przebiegu którego rozmaite cierpienia układu ruchowego do szczególnych rzadkości nie należą, ale o chorobach następczych, które, nie datując od właściwego napadu cholerycznego lub okresu odczynowego, występują dopiero wówczas, gdy chorego uważać już można za zupełnie zdrowego. W tym ostatnim okresie zaburzenia w narządach ruchu stanowią, o ile nam wiadomo, zjawiska rzadkie. Z tego względu zasługują na uwagę 2 spostrzegane przez nas przypadki cierpień następczych po choleryce azyatyckiej, które odznaczają się krańcowo-przeciwnymi charakterami zaburzeń w czynnościach układu nerwowo-mięśniowego: w jednym przypadku mieliśmy do czynienia z rozległymi tępcowymi kurczami, w drugim — ze stanem paralitycznym całej prawie dowolnej muskulatury ciała. Przypadki te ciekawe są także z następujących względów: 1) stanowią dobrą ilustrację rozmaitego działania jednego i tego samego zakażenia [cholerycznego] na układ nerwowy; 2) zdolne są same przez się, bez względu na wystąpienie ich po choleryce, obudzić pewne zainteresowanie; 3) pierwszy przypadek przedstawia niejaki potwierdzenie naszych poglądów, wyrażonych w artykule: „Kilka słów o kurczach mięśniowych (*crampus*) w choleryce azyatyckiej“¹⁾, gdyż uczy nas, że infekcja choleryczna może w pewnej fazie swego działania wywołać obraz chorobowy, składający się li tylko z bardzo bolesnych i rozprzestrzenionych skurczów tonicznych. Przechodzę do opisu samych spostrzeżeń.

¹⁾ Patrz Nr. 35 Gaz. Lek. 1894.

Spostrzeżenie I. Fajga Zło..., lat 30 mająca, ze wsi Marki, przybyła na nasz oddział w nocy 16. VIII. r. b. Skarży się na osłabienie ogólne, rozwolnienie, silne pragnienie i kurcze w palcach kończyn dolnych. Już od 3-ch dni cierpi na rozwolnienie bez bólów brzucha. Chora ani razu wymiotów nie miała; dopiero na oddziale, po zażyciu pierwszego proszku bizmutu, po raz pierwszy wymiotowała. Przedtem nigdy nie cierpiała ani na rozwolnienie, ani na kurcze. W domu, z którego chora pochodzi, było kilka przypadków śmierci od cholery azjatyckiej.

Dnia 17. VIII. Ogólne wrażenie nie ciężko chorej. Tętno 68, fala średniej wielkości. Skóra ciepła i elastyczna. Język obłożony. Zupełny brak łaknienia. Pragnienie wzmożone. Wymioty w małej ilości wodniste. Stolce ryżowate, nieobfite. Brzuch mały, miękki, niebolesny. Mocz, oddany w nocy w niewielkiej ilości, nie zawiera ani białka, ani cukru. W płucach i w sercu nic szczególnego.

Dnia 18. VIII. Wymioty ustaly, rozwolnienie trwa, stolce ryżowate. Kurcze zjawiają się rzadziej, tylko w kończynach dolnych. Mocz w dostatecznej ilości, bez białka i cukru. Tętno dobre. Ogólny stan niezatrważający.

Dnia 19. VIII. Stolce płynne, trochę żółcią zabarwione. Kurcze zupełnie ustąpiły.

Dnia 22. VIII. Kał normalny. Uczucie osłabienia. Język czysty. Apetyt powraca. Przez 4 dni następne chora czuła się dobrze, była tylko trochę osłabioną.

Dnia 26. VIII. wypisała się.

Dnia 31. VIII. przybyła znów do nas ze skargą na bolesne kurcze. Tym razem chorą obserwowaliśmy wspólnie z doktorem GOTARDEM. Chora opowiada, że przez 4 dni czuła się jak najlepiej, pracowała przy gospodarstwie, jak zwykle, gdy w tym ni stąd ni zowąd dostaje w przeddzień przybycia do szpitala [30-tego VIII. po południu] kurczów w kończynach górnych i dolnych. Kurcze te, to ustępując na kilka lub kilkanaście minut, to na nowo powracając i wzmagając się, zniewoliły chorą do położenia się do łóżka.

Jakżeśmy już wyżej wzmiankowali, chora przed cholerą nigdy kurczów nie miała, czuła się zawsze w ogóle zdrową, tylko pięć lat temu miała raz krwotok gardlany [około $\frac{1}{2}$ szklanki krwi], po którym szybko się poprawiła. Ani przed krwotokiem, ani po nim nie kaszlała. Urodziła 5-ro dzieci, ostatnie 1 $\frac{1}{2}$ r. temu. Tylko troje dzieci żyje. Raz kilka lat temu poroniła.

Wygląd chorej prawie normalny. Tętno 76, słabe. Język obłożony. Brak łaknienia. Pragnienie niewielkie. Wymiotów i rozwolnienia niema. Stolce uformowane. Mocz oddaje mało i rzadko. Chora stęka, skarżąc się, że „nogi ciągną“, „serce puchnie“... Prócz tego chora doznaje od czasu do czasu takiego uczucia, jakby język był spuchnięty, przyczem w rzeczywistości język staje się grubszy i twardszy, powodując niewyraźną mowę. Badając dalej chorą, spostrzegamy tężcowe bolesne kurcze mięśni kończyn górnych i dolnych, najwięcej wyrażone na udach, ramionach, palcach rąk i nóg. Napięcie muskultury goleni i przedramion słabsze. Kurcze trwają parę minut i znikają, ale wkrótce nanowo powracają. Mięśnie twarzy również nie są wolne od kurczów: chora to mocno zaciska zęby, to wykrzywia usta. Sfera psychiczna zbo-

czeń nie przedstawia. W zakresie czucia lekka nadczułość ogólna. W sferze zmysłów żadnych zaburzeń nie znajdujemy. Źrenice średniej wielkości, oddziaływają dobrze na światło i akomodację. Pole widzenia nie zwężone. Odruchy kolanowe i ścięgien ACHILLES'a, odruchy skórne, funkcje pęcherza i odbytnicy normalne. Obrzęk stóp i dolnych części goleni niewielki [dawniej chora nigdy obrzęków nie miała; pierwszy raz zauważyła obrzęk po przebytej cholery, gdy powróciła do domu]. W okolicy wierzchołkowego uderzenia serca i w dolnej części mostka pierwszy ton nieczysty, z podmuchem. Drugi ton tętnicy płucnej nie wzmocniony. Wymiary opukowe serca nie powiększone. W płucach nic szczególnego. W moczu zaledwie ślady białka, cukru niema.

Dnia 1. IX. Po podskórnej wstrzyknięciu morfiny kurcze znacznie zmniejszyły się. Chora czuje osłabienie ogólne, zwłaszcza w nogach.

Dnia 2. IX. Wczoraj w nocy około godziny 10 tej chora znów dostała silnego napadu bolesnych kurczów we wszystkich kończynach, w mięśniach klatki piersiowej i w języku. Napad z kilkominutowymi przerwami trwał ze 2 godziny i ustał po wstrzyknięciu morfiny. Pozostało osłabienie i jakieś niewyraźne sensacje w nogach. Język obłożony, schnięcie w ustach.

Dnia 3. IX. Stolce zupełnie normalne. Uczucie drętwienia w nogach. Kurczów nie było. Obrzęk stóp mniejszy.

Dnia 4. IX. Osłabienie ogólne. Chora po raz pierwszy wstała z łóżka. Chód niepewny, bardzo wolny. Stoi z otwartymi oczami dobrze, przy zamkniętych oczach dostaje zawrotu głowy i pada. Gruba siła mięśni nie obniżona. Wczoraj w nocy przywieziono do nas półtoraroczne dziecko chorej w ciężkim stanie zamartwiczym, a dziś zrana 5-letnią córeczkę jej z wyraźnymi objawami cholery azyatyckiej.

Dnia 5. IX. Apetyt powraca. Język jeszcze obłożony białym nalotem. Osłabienie trwa. Przy siadaniu czasem zawrót głowy. Ilość moczu znaczna. Ani śladu kurczów. Obrzęk znikł.

Dnia 6. IX. Kurcze od dnia 1. IX. przestały niepokoić chorą, która dziś czuje się znacznie lepiej. Apetyt doskonały. Chora jeszcze przez cały tydzień pozostawała w szpitalu, nie mając przez cały ten czas ani kurczów, ani żadnych innych dolegliwości. Wypisała się razem z córeczką 13. IX.

Streśmy teraz opisane spostrzeżenie. Chora, z wyraźnymi objawami cholery azyatyckiej średniego natężenia [choleryna], wraca do domu w stanie zupełnego zdrowia, czuje się tam zupełnie dobrze, nie doznaje żadnych dolegliwości w przeciągu 4 dni, gdy w tem bez żadnej widocznej przyczyny nagle występują bolesne kurcze mięśni, zajmujące w krótkim czasie [kilkanaście godzin] coraz to nowe terytorya, umiejscawiające się przeważnie w muskulaturze kończyn, lecz nie oszczędzające także mięśni tułowia [klatki piersiowej], twarzy i języka (!). Kurcze te trwają wszystkiego około 3 dni, ustępują widocznie działaniu morfiny i wreszcie zupełnie znikają. Dom, w którym chora mieszka, przedstawia prawdziwe ognisko choleryczne. Gdy dzieci chorej przywieziono do nas, z kurczów mięśniowych u matki nie pozostało już śladu. Młodsze dziecko chorej zmarło 8. IX przy objawach mocznicy. Choć chora, jako matka, mocno zmartwiła się śmiercią swego dziecka, to jednak zajście to

widocznego pogorszenia w przebiegu jej choroby nie wywołało: kurcze nie powróciły [uwaga ta nam będzie potrzebną później, gdy będzie mowa o sztucznym wywoływaniu kurczów mięśniowych u histeryczek]. Ani w anteceden-
cyach chorej, ani też przy badaniu przedmiotowym, prócz hyperestezji ogólnej, nie jesteśmy w stanie wykryć ani jednego objawu, który mógłby świadczyć o istnieniu w danym przypadku histeryi. Wzmiankowana nadszłość tłómaczy się łatwo stanem neurastenicznym, który się rozwinął w następstwie prze-
bytej poważnej choroby, lecz niepodobna położyć na karb neurastenii tych tak rozległych i tak wysokiego natężenia kurczów mięśniowych, jakich byliśmy świadkami, gdyż coś podobnego w neurastenii się nie przytrafia. Wracając do histeryi, rozbierzmy pytanie, o ile, pomimo braku jakichkolwiek objawów histeryi, prawdopodobnem jest przypuszczenie histerycznej natury opisanych przez nas kurczów tępcowych. Te ostatnie w histeryi zdarzają się dość często, lecz charakter ich jest zupełnie odmienny. Istnieje w histeryi pewien szczególny stan mięśni, któremu CHARCOT¹⁾ nadał miano „*diathèse ou état d'opportunité de contracture*“. P. RICHER, cytowany w wyczerpującem dziele o histeryi GILLES DE LA TOURETTE'a²⁾, mówi o tym stanie: „*il tient de la contracture en ce qu'il suffit souvent de la cause la plus légère pour la faire apparaître. J'ajouterai quelle disparaît de même.* Po większej części, jak to zresztą się dzieje z większością stygmatów histerycznych, chore nie domyślają się wcale, że istnieje u nich podobny szczególny stan mięśni. Niektóre jednak zwracają uwagę, że przy ruchach nagłych i gwałtownych, np. przy rzucaniu kamienia, ramię ma skłonność do pozostania w stanie przykurczonym w tem położeniu, które mu nadał wysiłek mięśniowy. U naszej chorej kurcze toniczne zjawiały się w stanie zupełnego spokoju, w łóżku, wówczas, gdy nie wykonywała żadnych nawet najlżejszych ruchów. Skłonność do przykurczeń bywa albo ograniczona do pewnej grupy mięśni, albo też rozlana. „*En y regardant d'un peu près, moi CHARCOT (loc. cit.), on reconnaît presque toujours que, du côté où cette contracture s'est développée, il existe une anesthésie plus ou moins nette, une douleur ovarienne, un certain degré de parésie, accidents relativement bénins, mais qui, tout pousse à le croire, ont précédé l'apparition de la contracture*“. W opisanym wyżej przypadku nie mieliśmy do czynienia ani z anestezją, ani z owaryalgią lub parezą. Istniała tylko ogólna przeculica i ogólne osłabienie, zależne, jak przypuszczamy, od przebytej cholery. Winienem tu jeszcze nadmienić, że u naszej chorej nie można było dowolnie wywołać tępcowych skurczów za pomocą jakichkolwiek rękoczynów, odwrotnie do tego, co ma miejsce przy „*état de contracture*“, gdzie skurcze łatwo jest wywołać za pomocą uderzeń, mięsienia i t. d.; przyczyną, wywołującą skurcze u histeryczek, bywają często afekty psychiczne [patrz wyżej: śmierć dziecka chorej]. W końcu zaznaczę, że te skurcze w histeryi nie wywołują bólów, jakie istniały w naszym przypadku; przynajmniej autorzy nie o tem nie wspominają.

1) Localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière. 13 leçon. 1876—1880.

2) Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Hystérie normale ou interparoxystique. 1891 r..

Do przyjęcia choroby nerwowej organicznej nie mamy żadnych podstaw; przeciwnie wszystko przemawia przeciw podobnemu przypuszczeniu: brak zaburzeń w czynnościach pęcherza i odbytnicy, a głównie zejście choroby. Może zatem dałoby się, zgodnie z wyrażonym już raz przez nas poglądem ¹⁾, zrobić przypuszczenie, że opisane wyżej kurcze zależne są od dalszego działania na układ nerwowo-mięśniowy zakażenia cholerycznego, *resp.* toksyn, pozostałych w ustroju po cholercie. Mielibyśmy w takim razie pewną analogię z działaniem na układ nerwowy innych zakażeń. Okoliczność, że w opisanym przypadku wpływ toksyn wyraził się w postaci kurczów mięśniowych, tłumaczyłaby się własnościami fizyologicznymi toksyn chłerycznych. Mówią w ostatnich czasach także o histeryi pochodzenia toksycznego, lecz wyżej wyłuszczyliśmy powody, dla których wahamy się z przyjęciem tej nerwicy w naszym przypadku.

Drugie spostrzeżenie, które poniżej podajemy, podobne jest do pierwszego tylko pod tym względem, że zaburzenie nerwowe wystąpiło także po cholercie i również wśród zupełnego zdrowia; lecz samo to zaburzenie ma charakter wręcz przeciwny.

Spostrzeżenie II. Dnia 18. VIII. w nocy przybył na nasz oddział Sz. . . Mek. . . , lat 13 mający, furman. Chory utrzymuje, że wymiotów i rozwolnienia nie miał, że zrobiło mu się źle, wskutek czego został odesłany do szpitala. Dawniej nigdy nie cierpiał na żadne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, również nigdy nie doznawał dolegliwości natury nerwowej. W rodzinie, o ile można wierzyć choremu, chorób nerwowych nie było i niema.

Dnia 19. IX. z rana chory narzeka na nudności i wymioty. Budowa prawidłowa, dość silna, odżywianie mierne. Sinica na twarzy, zwłaszcza na wargach i na dolnych powiekach, wyraźna. Gałki oczne głęboko osadzone. Ciepłota skóry nieco obniżona, skóra mniej elastyczna, aniżeli normalnie, zwłaszcza na tylnej powierzchni stóp. Tętno serca czyste, lecz słabe. Tętno 108, małe, regularne. W płucach nic nienormalnego. Język suchy, obłożony. Brzuch mały, miękki, niebolesny. Kał [z rana] twardy. Mocz oddaje w średniej ilości. Po południu zaczęło się rozwolnienie, a w kilka godzin, przy stopniowym wzmaganiu się wymiotów, stolce stały się ryżowatymi.

Dnia 21. VIII. wymioty zupełnie ustały, rozwolnienie znacznie mniejsze, wodniste.

Dnia 22. VIII. wieczorem rozwolnienie ustało. W ciągu kilku dni chory zupełnie przyszedł do siebie, łaknienie i siły powróciły.

Dnia 25. VIII. wypisał się zupełnie zdrowy. W przeciągu dwudniowego blisko pobytu w domu czuł się zupełnie dobrze, pracując, jeżdżąc i pijąc, jak zwykle.

Dnia 26. VIII. w godzinach popołudniowych zaczęło się rozwijać osłabienie, z początku w kończynach dolnych, następnie w górnych, w mięśniach szyjowych i karkowych, które, postępując stopniowo, zmusiło chorego wieczorem tegoż dnia do położenia się do łóżka; przytem chory żadnych bólów nie doznawał.

¹⁾ Patrz Nr. 36 Gaz. Lek. 1894.

Wieczorem, dnia 27. VIII. przybył znów do szpitala, na oddział Naczelnego lekarza, D-ra KINDERFREUNDA.

Nazajutrz, dnia 28. VIII. chory uskarża się na osłabienie ogólne, niemożność władania rękami i nogami i trzymania głowy prosto. Tegoż dnia chorego widzieli, prócz D-ra KINDERFREUNDA, D-rzy GROSTERN, WIZEL, ZALCMAN i ja. Chory stanowczo twierdzi, że stan podobny u niego po raz pierwszy w życiu wystąpił. Czy w rodzinie zdarzyło się kiedyś coś podobnego, nie może powiedzieć. Stan gorączkowy [38°]. Twarz blada. Płuca i serce zmian żadnych nie przedstawiają. Tętno 74, regularne. Język obłożony, wilgotny. Łaknienia niema. Brzuch mały, niebolesny, miękki. Zaparcie stolca od kilku dni. Oddawanie moczu prawidłowe. Mocz zmian nie przedstawia. Chory leży w łóżku nawznak, przyjął pozycyi siedzącej o własnych siłach nie może. Ruchy czynne w kończynach górnych i dolnych nie zupełnie zniesione, lecz bardzo mocno ograniczone: zaledwie wykonywa jakieś nieznaczne ruchy w stawie barkowym i biodrowym, ruchy palców u rąk i nóg bardzo niewyraźne. Jeśli posadzić chorego, to nie jest w stanie prosto utrzymać głowy, która przechyla się w tył lub na bok. Usta nawpół otwarte, opuścić dolnej szczęki nie może, zamyka usta dobrze. Język porusza się dość swobodnie, również i gałki oczne. Ruchy mimiczne zachowane. Chory, nie podtrzymywany w pozycyi siedzącej, pada na poduszki całym ciężarem, jak kłoda. Obrócić się na bok nie może. Akt oddechania i polykania zachowany. Mięśnie kończyn górnych i dolnych, szyjowe i karkowe wiotkie. Przy wykonywaniu ruchów biernych nie spotykamy żadnego oporu. Pobudliwość mechaniczna mięśni, być może, trochę osłabiona. Odruchy kolanowe i ścięgien ACHILLESA osłabione.

Badania elektrycznością nerwów i mięśni, z powodu krótkiego trwania obserwacji, nie przeprowadzono. Czucie skórne [dotyku, bólu...] w zupełności zachowane. Ani na przebiegu nerwów, ani w mięśniach nigdzie nie znajdujemy bolesności. Funkcye pęcherza i odbytnicy prawidłowe.

Dnia 29. VIII. Chory w nocy 28. VIII. zeszedł o własnych siłach z łóżka. Wszystkie ruchy czynne powróciły. Gruba siła mięśni nie pozostawia nic do życzenia. W sferze zmysłów i w stanie umysłowym chorego nie było i niema żadnych zбочeń. Przez dwa dni następne był zupełnie zdrow, a dnia 1. IX. wypisał się ze szpitala.

Przechodząc do rozbioru powyższego spostrzeżenia, muszę na samym wstępie zaznaczyć, że w dostępnej mi literaturze nie spotkałem się ani z jednym opisem podobnego cierpienia następczego po cholery.

Z objawów paralitycznych, występujących po cholery, wspomina się tylko o monoplegiach, paraplegiach i hemiplegiach. Co to było za cierpienie? W pierwszej chwili przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z wieloogniskowem zapaleniem nerwów, *neuritis multiplex*, z wyłącznem zajęciem nerwów ruchowych.

Przypuszczenie to zdawała się potwierdzać obecność gorączki, jakkolwiek niewielkiej [38°]. Słabe natężenie objawów ogólnych nie mogło przemawiać stanowczo przeciw podobnemu przypuszczeniu. Cierpienie wogóle bardzo przypominało opis porażenia ołowianego z przebiegiem ostrym (*paralysie saturnine à généralisation rapide*), jaki znajdujemy w pracy pani DEJERINE-KLUMPKE o za-

paleniu nerwów¹⁾. „*Dans cette forme la paralysie frappe par masse et en bloc tous les muscles d'une région et les réduit en très peu de jours à une impuissance absolue... D'autres fois la paralysie se généralise d'emblée, affectant soit une marche descendante, soit une marche ascendante [HEUGAS], envahissant rapidement du jour au lendemain et toujours en bloc et par masse, les muscles des membres, du tronc, de l'abdomen et du thorax. Le malade, dans le décubitus dorsal, est incapable de mouvoir un membre, incapable de manger seul, incapable de s'asseoir sur son séant etc.*“ Dalej jest mowa o częstem zajęciu mięśni międzyżebrowych, przepony, czego w naszym przypadku nie było. „*La paralysie devient rapidement une paralysie complète, mais rapidement aussi l'amélioration survient*“, lecz zupełne wyzdrowienie może przyjść do skutku dopiero po kilku tygodniach lub miesiącach.

Dalszy przebieg cierpienia zadał, jak widzieliśmy, kłam naszemu przypuszczeniu. Dodam tu jeszcze, że pierwszego dnia obserwacji można było także, wobec brak zmian czucia i wobec gorączki, myśleć o *poliomyelitis anterior acuta*.

Wobec szybkiego zjawienia się i jeszcze szybszego zniknięcia objawów porażenia mimowoli nasuwa się myśl o histeryi. W tej nerwicy, obok częstego występowania monoplegii, paraplegii i hemiplegii, możliwe jest i porażenie wszystkich czterech kończyn. Nierzadko zdarza się widzieć w histeryi szczególny stan mięśni, zwany niemocą mięśni, amyostenia, która, jak mówi GILLES DE LA TOURETTE (*loc. cit.*), „*est fréquemment l'avantcoureur de la paralysie, dont, en somme, il est l'essence même*“. Objawu tego należy szukać, gdyż chory rzadko wskazuje na niego; zdarza się jednak czasem, że chory sam zwraca uwagę lekarza na słabość w górnych lub dolnych kończynach i t. d. Podług P. RICHER [cyt. przez GILLES DE LA TOURETTE'a] „*l'amyosthénie subit des alternatives d'aggravation ou de décroissance sous l'influence de causes variées... Les émotions vives l'augment, et elle se transforme parfois graduellement en véritable paralysie*“. Postać amyostenii, zajmująca wszystkie 4 kończyny, zdarza się o wiele rzadziej, aniżeli postać hemiplegiczna. „*Dans ces cas on constate également que les muscles de la nuque et du cou sont atteints, la tête semblant trop lourde pour les épaules et pouvant être ballottée d'un côté à l'autre à des degrés d'intensité variable*“. Opis ten przedstawia ludzące podobieństwo do wyżej naszkicowanego obrazu chorobowego. Lecz u tegoż autora czytamy, że w amyostenii jeszcze częściej, niż przy *diathèse de contracture*, zdarzają się zaburzenia czucia skórniego [zwłaszcza znieczulenie] w obrębie dotkniętych mięśni. W naszym przypadku nie tylko, że nie było znieczulenia lub jakichkolwiek innych zaburzeń w zakresie czucia, lecz w ogóle nie było żadnych objawów histeryi. Z tego względu nie bardzo skłonni jesteśmy uważać opisane wyżej cierpienie za histeryczne. Przypominamy tu, że chory gorączkował, choć ta okoliczność nie przewawia stanowczo przeciw histeryi, w przebiegu której występowanie gorączki nie jest rzadkiem.

Przypadek nasz ma jeszcze niejaki podobieństwo do postaci klinicznej, opisanej po raz pierwszy przez HARTWIG'a w r. 1874, a u nas przez GOLDFLA-

¹⁾ Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier. 1889

MA¹⁾ i PUŁAWSKIEGO²⁾ w r. 1890. Postać ta, zwana „peryodycznym rodzinnym porażeniem“, polega na okresowym występowaniu napadów porażenia, obejmującego zwykle wszystkie kończyny, tułów i mięśnie szyi [bez zajęcia mięśni, unerwionych przez nerwy czaszkowe] i trwającego od kilku godzin do kilku dni. Każdy napad, wzięty oddzielnie, przypomina cierpienie naszego chorego tak brakiem zaburzeń czucia i umiejscowieniem porażenia, jak i sposobem występowania [zazwyczaj w ciągu kilku godzin] i znikania objawów porażenia. Napad cechuje się znakomitą obniżeniem lub zupełnym zniesieniem pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów (*Cadaverreaction*) oraz pobudliwości mechanicznej [idymuskularnej], osłabieniem lub znikaniem odruchów; wszystkie te zaburzenia po przejściu napadu zupełnie się wyrównują [zjawisko to stanowi *unicum* w neuropatologii]. W naszym przypadku badania elektrodiagnostycznego, dla krótkotrwałości obserwacji, nie dokonano. Prócz tego, o ile się dowiedziałem od matki chorego po wypisaniu się tego ostatniego ze szpitala, nikt podobno w rodzinie nie był dotknięty takim paraliżem [u samego chorego od dnia wypisania się do 14. IX napad nie powtórzył się]. Okoliczności te powstrzymują nas od zaliczenia naszego przypadku do omawianego cierpienia. W każdym razie rozwiązanie tej kwestyi wymaga dalszej bardzo długiej obserwacji chorego.

Naszem zdaniem, mieliśmy prawdopodobnie do czynienia ze sprawą natury toksycznej, stanowiącą następstwo zakażenia cholerycznego. Wobec zupełnego braku zaburzeń w zakresie czucia, funkcji pęcherza i odbytnicy, skłonni byliśmy do przypuszczenia takiej patogenezy opisanego wyżej cierpienia: toksyny choleryczne, działając na układ nerwowy, wywołały przemijające porażenie zakończeń nerwowych w mięśniach [lub, być może, samych mięśni], podobnie, jak to ma miejsce przy otruciu kurarą. Nikogo zapewne dziwić nie będzie ograniczenie w naszym przypadku porażenia wyłącznie do sfery ruchowej, gdyż to same zjawisko spotykamy i po innych sprawach zakaźnych [difteryt, tyfus], także po niektórych chorobach ustrojowych [cukrzyca] i otruciach [np. ołowiem].

¹⁾ Patrz pracę GOLDFLAMA: „O niezwyklej postaci peryodycznego rodzinnego porażenia, powstałego prawdopodobnie na tle samootrucia“. Odbitka z Krob. Lek. 1891 r. GOLDFLAM pierwszy zebrał w tej pracy literaturę tego przedmiotu.

²⁾ Gaz. Lek. 1890. Nr. 40 i Gazette hebdomadaire, Novembre. 1890.

III. PRZYCZYNEK DO NAUKI O PADACZCE JACKSON'A.

[Rzecz czytana na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego d. 5 i 19 czerwca r. b.]

Podali

A. Wizel i K. Rychliński.

— 3 —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 38].

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmyslo- wej.	Intelligen- cyi.	Narządów wewn.		
FOUQUIER. Gaz. d'Hôpit. 1842.	—	ż.	Napady padacz- kowe i kurcze.	Bóle głowy z nateżeniem ku nocy.	—	—	<i>Dys- pnoe.</i> Bicie serca.	Śmierć od u- daru mózgo- wego. Autor sądził, że miał do czy- nienia z hi- steryą	Duża torbiel napeł- niona krwią w środ- ku prawej półkuli. Mały guzik w tyl- nej górnej części prawej strony móz- gu.
PETRINA. Klin. Beiträge zur Locali- sation etc. Prager Vierteljahrsschrift. 1877.	35	m.	Drgawki naj- pierw w lewej ręce, następnie w lewej nodze i lewej poł. twarzy bez utraty świa- domości, kontrak- w lewych koń- czynach. Drgaw- ki bolesne.	Bóle głowy w okolicy czoła. W le- wych kończy- nach zmie- niane czucie. Na twarzy i tułowi z le- wej strony zmniejszone czucie.	Utrata siły wzrokowej z lewej strony	Od czasu do czasu utrata mo- wy.	—	Pobudli- wość ciek- tryczna w lewej ręce zmuniejszona.	<i>Glioma</i> wielkości jabłka w ciemienio- wymzrązie. Ucisk górnej części <i>gyr.</i> <i>praecentr.</i> W lewym wzgorzku ocznym mała torbiel.
MORELLI. Sperimentale. 1879.	10	ż.	Drgawki w pra- wej górnej koń- czynie i w dolnej bez utraty przy- tomności. Ruchy pląsawiczne w prawej ręce po napadzie drga- wek.	Bóle w pra- wej górnej kończynie.	—	—	—	—	Grzeź w środku <i>gyr postcentralis</i> , za- chodzący eokolwiek naprzód. <i>Corp. striat.</i> nie rozmiękczone.
REMAK. Arch. f. Psych. 1875.	70	ż.	Napady utraty przytomności i mowy. Niedow- ład prawej poł. twarzy i ręki. Noga wolna. Drgawki w oby- dwóch połowach twarzy, i tylko w prawej ręce.	—	—	Otępienie. Niemota.	Roz- siane guzy rako- wate w wą- trobie i ner- kach.	—	Guz w środku <i>gyr.</i> <i>praecentr.</i> i tylnej części 2-go zawoju czołowego. Drugi guz [wielkości orze- chalaskow.] w głów- ce prawego <i>corp.</i> <i>str.</i> Rak.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyj.	Narządów wewn.		
ROSENTHAL. Wiener Med. Presse. 1878.	17	m.	Drgawki w prawej ręce, rozszarżające się na pr. połowę twarzy. obie te okolice później niedowładne.	Bóle głowy. Zawroty. Ból w prawej ręce.	—	—	—	Wymioty.	W środku gyr. praecentr. sin. gruzel.
MAHOT. Bullet de la soc. anat. 1876.	40	m.	Napad apoplektyczny i ogólnych drgawek. Niedowład prawej ręki. Drgawki w prawej pół. twarzy i w pr. nodze. Przytomność zachowana.	—	—	Lekkie zakłócenie mowy. Utrata inteligencyj.	—	Od czasu do czasu wymioty.	W środku gyr. praecentr. sin. glioma.
GLYNN. Brit. med. Journ. 1878	13	—	Drgawki w lew. pół. twarzy, ręce i barku. Lewa ręka słabsza ręka na chwilę staje się sztywną, w nodze lew. kilka ruchów wolnych.	—	Zanik nerwów ocznych. Gluchota od 5 tygodni.	—	—	—	Duży guz w białej substancji z prawej strony, obejmujący głębie brózdy ROLAND'a w górnej części.
BISWANGER. Arch. f. Ps. 1881.	48	m.	Napady drgawek zaczęły się od pr. ręki i rozszerzały się na nogę. Z chwilą dojścia drgawek do łokcia utrata świadomości. Niedowład twarzowy pr. Bezwład pr. górnej i niedowład dolnej.	—	—	—	—	—	Miejsca rozmiękzone zajmowały okolice gyr. praecentr. i podstawę 1-go czołowego zawoju. W centr. semiovale w zrazie czołowym torbiele wypełnione brunatnym płynem.
RUSSEL. Progres med. 1884.	23	m.	Chory odrazu dostał niedowład twarży pr. ograniczenia ruchów dowolnych w górnej praw. kończ. Wykręcenie głowy na prawo z zezem zbieżnym. Przejściowe kurcze w m. sternocleidomast. z prawej. Drgawki w zginaczach i m. pronat. prawej ręki.	—	—	—	—	—	Zapalna sprawa w oponach w bliskości gyr. pariet. et front. ascend. sin. Zrost durae matr. na przestrzeni 3-4 ctm z brzegiem sutura fronto-pariet. Nastrzyknięcie i zrost pia z mózgiem. Wyraźnie chlebotańskie w okolicy gyr. front. sec. et praecent. W białej subst. około 30 grm. ropy, w okolicy gyr. praecent.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.				Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.	
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyi.			Narządów wewn.
CONSTANT. Gaz. med. 1836.	22 m.	m.	Napady padaczki, bezwład i kontraktura z prawej strony.	—	—	—	—	Ogólna gruźlica.	<i>front. II et III</i> do zawoju krzywego i na 1/2 ctm. od bocznej komory. Ognisko oddzielone od powierzchni kory warstwą zdrowej białej substancji 4 ct.. W lewym wzgórku ocznym grzeźel. Otaczająca tkanka rozmięczona. <i>Hydrocephalus</i> .
FRIEDREICH Loc. cit.	44 ż.	ż.	Zgrzytanie zębami. Niedowład lewych kończyn Język i języczek na lewo. Drgawki w lewej porażonej połowie twarzy.	Gwałtowne bóle głowy, przeważnie z lewej strony. Czuć w lewych kończynach osłabione, w nich uczuwała chora bóle.	Zez lewego oka. Amblyopia. Żrenica z lewej strony więcej rozszerzona. <i>Lagophthalmus sin.</i>	Mowa powolna. Inteligencya cokolwiek zamroczona.	—	Choroba trwała 5 miesięcy.	W prawym wzgórku ocznym <i>sarcoma</i> wielkości kurzego jaja. Wzgórza czworacze zupełnie ściśnięte.
SEELIGMÜLLER. Festschrift Halle 1873.	5 m.	m.	Lewostronny bezwład po drgawkach.	—	—	—	—	—	W prawym wzgórku ocznym grzeźel wielkości orzecha.
MOUTARD MARTIN. Union medic. 1868.	23 m.	m.	Utrata przytomności po spadnięciu, później częste drgawki w lewej ręce.	Bóle głowy w czołowej i potylicowej częściach. Nienormalne poczucie w kończynach.	Prawa żrenica szersza. Siła wzroku zmniejszona.	Pamięć słaba. Trudność przymówieniu. Bezsilność mężka.	—	Śmierć w 2 miesiące od początku. Przyczyna upadnięcia na tył głowy.	W <i>Corp. striat. sin.</i> rak rozszerzający się aż do mózdzku.
GEDGE. Br. med. Jour. 1869.	22 m.	m.	Kurcze. Drgawki w prawej połowie ciała.	Bóle głowy.	<i>Neuritis optica.</i>	—	—	Wymioty. Nudności.	W przednim rogu i przed <i>corp. striatum sin. glioma</i> . Wszystkie tkanki na dnie 3-iej komory wciągnięte w proces.
RUSSEL. Med. Times. and. Gaz. may 1873.	—	—	Drżenie. Napady padaczkowate.	—	Krótkowzroczność. Mruganie powiekami. Żrenice rozszerzone.	<i>Echolalia.</i>	Szybkie czerwienienie się policzków i rąk. Zaburzenia w oddawaniu moczu	—	Między obydwoma <i>corp. str.</i> i wzgórka mi ocznemi <i>sarcoma</i> , obejmująca i lewą komorę.
(HUGLINKS JACKSON). The Br. Med. Journ. 1873.	8 m.	m.	Drżenie w prawej ręce. Napady padaczki ogólnej. Napady padaczkowate tężcowe.	Bóle głowy.	<i>Nystagmus.</i>	—	—	Wymioty.	Guz w <i>corp. str. sin.</i> i <i>crus cerebri sin.</i> Mózdzek, <i>most. etc.</i> normalne.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.				Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.	
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyj.			Narządów wewn.
POOLEY. KNARP's Archiv. 1877.	55	—	Napady epileptoidalne od 6 lat.	—	<i>Hemianopsia lat. sin.</i> Pole widzenia przy pierwszym egzaminie normalne. Nagle występowała <i>hemianopsia sin. lat.</i> , która następowała powoli. Oznaki afazyj.	Omamy wzrokowe. Napady szaleństwa.	—	—	Zupełne rozmięczenie wzgórka ocznego lewego i białej subst. naokoło. Wzrost potylicowym lewym <i>gumm.</i> 12—30 mm. z rosniętą z pia. Prawa boczna komora silnie rozszerzona.
ROSENBACH. Saint. Pet. Med. Woch. 1883.	34	ż.	Napady epileptoidalne.	—	<i>Hemianopsia lat. sin.</i>	<i>Aphasia amnestica.</i> Zaburzenia Intelicyj z objawami zwiększonego ciśnienia mózgowego.	—	—	Rozmięczenie zewnętrznej strony wzgórka ocznego. Guz w tylnej części tego wzgórka. Zanik <i>tracti optici sin.</i> i nerwu ocznego prawego. Rozmięczenie <i>corp. str. et caps. int.</i>
RAYMOND et ARTAND. Gaz. med. de Paris. 1883.	47	ż.	W 1883 r. napad drgawek w ramieniu i nodze i połowie twarzy z lewej strony. Odrzucanie głowy w prawą stronę. Naza-jutrz afazyja i bezwład języka.	—	Zez zbieżny prawostronny.	—	—	—	2 ogniska: 1-e zajmowało <i>corp. str. caps. ext. lobus parietalis. post.</i> 2-gie <i>nucle. lenticul. i caps. int.</i> dochodziło do <i>gyr. praec. i pariet. asc.</i> i do 3-go zawoju czółowego. <i>Gyr. Broca i insula</i> nietknięte.
OEBEKE. Berl. klin. Woch. 1880.	50	m.	Przed 3 miesiącami udar apoplektyczny, po którym pozostał lewostronny bezwład, później napady drgawek w tej bezwładnej połowie ciała Od dzieciństwa napady ogólnej padaczki.	—	—	—	—	—	Prawa boczna komórka i <i>corp. striatum</i> zmienione w żółtą masę. <i>Th. opt.</i> zawierał torbiel wielkości grochu, wypełnioną ciemno-krwistą masą.
HENOCH. Berl. klin. Woch. N. 13. 1864.	1	1/4	Bezwład prawostronny twarzy i prawej ręki. Od czasu do czasu drgawki szczególnie w porażonych częściach.	—	Spojrzenie nieruchome. Gałka oczna ku wewnątrz odwrócona. Prawa źrenica szersza. Siła wzroku niezmieniona.	Senność.	Gruźlica w lewym płucu. Wy-mioty. Tętno z początku	Śmierć nastąpiła w 5 tygodni po 1-szym objawie ze strony mózgu.	<i>Pia</i> pokryta mętnym płynem. <i>Exsudat</i> i ziarnina na podstawie. Ostry obrzęk, okrągły gruzel wielkości połowy bobu w lewym tylnym wzgórku.

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekeya mózgu wykazała.	
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyi.	Narządów wewn.			
ANNUSKE v. GRÄFE'S. Arch. 1873.	29	ż.	Napady drgawek padaczkowych. Prawostronny niedowład twarzy. Ciężenie do upadania w tył. Niepewny chód.	Bóle głowy w tyle. Zawroty.	<i>Neuritis optica duplex.</i> Utrudnione posuwanie, oczów na lewo.	Zmniejszona inteligencya.	—	60 później 120. Od czasu do czasu gorączka.	Wymioty.	<i>Glioma corporis quadrig.</i> W tyle work. Guz usadowił się na górnej zewnętrznej powierzchni lewej nóżki mózdzku do mostu. Obrzęk wszystkich komór.
FUCHS. Heidelberg Annalen Bd. X. Hft. I.	13	m.	Napady drgawek w lewej ręce, później bezwład w niej.	Silne bóle w lewej ręce. Bóle głowy.	Szum w uszach.	—	Gorączka hektyczna. Skrofuły. Gruźlica płuc.	Śmierć nastąpiła w czasie napadu padaczki.	Galaretowaty wyсіk na podstawie mózgu. W moście 2 gruzelki wielkości orzecha. Otaczająca tkanka rozmięczona. Między <i>dura et arachnoidea</i> na podstawie dwa serowate wzniesienia.	
BURKHARDT. Schweizer Zeitschrift Bd. II. H. 2. 1840.	40	m.	Prawostronny bezwład. Napady padaczki w bezwładnych kończynach.	—	—	Utrata pamięci.	Silna czkawka.	—	Jeden gruzel we wzgórzu ocznem. Drugi w prawy <i>pes. pedunculi sin.</i>	
BROADBENT. Clin. Soc. Frans. 1872.	65	m.	Podrywania w lewej ręce, nadzwyczaj silne napady drgawek w lewych kończynach i twarzy. Połowiczny bezwład.	Uczucie zimna i drętwienia w lewej ręce. Bóle głowy.	Kierowanie galek ocznych na prawo.	—	Białko w moczu.	—	Duży guz na całym zrazie potylicowym, drugi mniejszy w górnej części wschodzącego zawoju ciemieniowego.	
HALLOPEAU. Gaz. med. 1874.	18	ż.	Napady padaczki w lewej ręce i w lewej poł. twarzy. Od czasu do czasu niedowład lewej ręki. Często utrata przytomności.	Bóle głowy z lewej strony większy. Chora często krzyczy.	<i>Strabismus ext. dext. Pto-sis dext.</i> Rozszerzenie źrenic. <i>Nystagmus.</i> <i>Neuritis opt. duplex.</i> Ślepotą.	Śpiączka.	Gruźlica płuc. Wymioty.	—	Serowate ognisko wielkości orzecha laskowego w mózdzku, podobneż ognisko w pons.	
CHURCH. Bd Med. Journ. 1868.	49	m.	Lewostronny bezwład. Napady padaczki kończyn lewych.	—	—	—	Cukromocz.	—	Jeden guz w prawem wzgórzu ocznem. Drugi w <i>pes. ped. dextr.</i> <i>Glioma.</i>	

Obserwacya.	Wiek.	Płeć.	Objawy ze strony sfery.					Uwagi.	Sekcyja mózgu wykazała.
			Ruchowej.	Czuciowej.	Zmysłowej.	Inteligencyj.	Narządów wewn.		
BRAMWELL. Edinb. med. Journ. 1879.	5	m.	Napady ogólnej padaczki (z przewagą jednak po lewej stronie) Bezład lewostronny.	Bóle głowy.	<i>Neuritis opt. duplex. Strabismus d. int.</i> Później zanik nerwów ocznych.	<i>Stupiditas</i>	—	Szkarlatyna. Wymioty.	W prawym <i>gyr. angularis</i> , w lewym <i>corp. striatum</i> i na powierzchni lecz nie w pasie ruchowym oddzielne gruzelki.
VIRCHOW. Krankhafte Geschw. S. 658.	49	m.	Prawostronny niedowład z wychudnięciem. Drgawki w prawych kończynach.	Bóle głowy.	—	—	—	—	Jeden grzeźel w lewym wzgórzu ocznym, drugi wielkości grochu przechodzi przez tkankę pokrywającą zstępujący róg i trzeci nieco nazewnątrz od poprzedniego. Powiększenie wzrostka szyszkowego. Wzgórza czworaczne spłaszczone.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 5 —

84. D-r Alfred Neumann. Przyczynek do leczenia operacyjnego przepukliny przeponowej.

29-letni nałogowiec nazajutrz po obfitej libacji uczuł nad ranem mocny ból brzucha z lewej, po jakimś zaś czasie i z prawej strony pępka. Liczne lawatwy pozostały bez skutku, tymczasem stan chorego pogarszał się szybko; odwieziony do szpitala niebawem zaczął wymiotować kałem. Wśród bezwzględnych przygotowań do operacji stwierdzono u chorego dość mocne wzdęcie brzucha, bolesnego na ucisk ponad pępkiem i z prawej strony tegoż; przyspieszenie tętna i oddechu, znaczne obniżenie się ciepłoty ciała, brak kału w odbytnicy, wreszcie znaczną ilość indykanu w moczu.

Przypuszczając niedrożność głębiej położonych jelit, N. przeciął [w narkozie eterowej] powłoki brzuszne w smudze białej, odstąpiwszy na szerokość dłoni powyżej pępka. Po otwarciu jamy otrzewnowej i wygarnięciu pewnej ilości mętnego surowiczego płynu zauważono w tejże obok braku sieci i okrężnicy poprzecznej znaczne wzdęcie pętlic jelita cienkiego, którego zaczerwieniona i obrzmiała błona surowicza klaczkami włóknika pokrytą była, oraz nieznaczne przekręcenie się żołądka dokoła osi podłużnej z krzywizną większą, skierowaną ku przodowi. Szczegółowe obejrzenie jelita cienkiego niedrożności ze strony tegoż nie wykryło, natomiast można było stwierdzić skurczenie

się pustej kątnicy esowatej i okrężnicy zstępującej, jak również wydatne napięcie krezki okrężnicy poprzecznej; wreszcie na wysokości lewej krzywizny okrężnicowej N. wyczuł w przeponie otwór okrągławy, wielkości marki, o brzegach ostrych, lecz gładkich. W tym otworze gubił się kawałek jelita; z przeciwległej zaś prawej strony tegoż wraz z szerokim na palec pasmem sieci odchodziła mocno wzdęta okrężnica poprzeczna, u prawej krzywizny okrężnicowej kończąca się. Rozpoznano więc wówczas przepuklinę przeponową, a badanie wrót tejże [przyczem do jamy opłucnowej wskaziciel prawie do połowy długości tegoż wprowadzonym został] wykazało, że przez lewą część owego otworu przedostała się do jamy piersiowej część okrężnicy, której odcinek doprowadzający wraz z częścią sieci do prawego obwodu dziury szeroko i mocno był przyrośnięty. W jamie lewej opłucnej leżała dokoła kopuły przeponowej w postaci wieńca na 50 ctm. długa i mocno wzdęta pętlica kiszki, mająca w środku zwiniętą w kłębek sieć większą. Po podwiązaniu i przecięciu zrostów między siecią i przeponą, nacięto lewy brzeg otworu i wyciągnięto wraz z siecią uwięźnięte jelito, sam zaś otwór wypchano gazą, poczem wycięto przekrwioną i w zatory obfitującą sieć, wreszcie zaszyto powłoki brzuszne z pozostawieniem u góry szpary, przez którą przesunięto do jamy otrzewnej pasmo gazy. Jeszcze podczas operacji chory oddawał wymioty kałowe, zmarł zaś wieczorem tegoż dnia.

Na oględzinach pośmiertnych przekonano się, że otwór ów, do lewej jamy opłucnowej prowadzący, znajdował się na wysokości VI żebra na środkowej linii pachowej w odległości 4 ctm. od miejsca przyczepu przepony. Zgrubiałe i mocno zaczerwienione ściany zaciśniętego odcinka okrężnicy poprzecznej usiane były szaro-zielonej barwy ogniskami i w miejscach tych jelito było niezwykle cienkie. Poza tem znaleziono objawy ropnego zapalenia otrzewnej.

W przypadku tym miano więc do czynienia z wrzekomą przepukliną przepony, oraz z brakiem wrodzonym w tejże, za czem anatomiczne stosunki i gładkie brzegi otworu, oraz brak poprzedzającego jakiegokolwiek bądź urazu przemawiają niezbitcie. Wynikłe z częstych błędów w dyecie i związanych z tem wymiotów wzmożone ruchy robaczkowe zapędziły sieć blisko otworu, przez który, dzięki ujemnemu wewnątrz-piersiowemu ciśnieniu, przy wdechu ta ostatnia wraz z częścią okrężnicy do opłucnej zwolna przecisnąć się zdołała.

Z punktu widzenia klinicznego N. odróżnia następujące odmiany przepukliny przeponowej: 1) przypadki, w których otwór w przeponie jest bardzo duży, przenikające zaś przezeń do klatki piersiowej trzewa nie wywołują żadnych dolegliwości, za życia pozostają nierozpoznane i dowodów do zabiegów nie nastęrczają wcale; 2) przypadki, w których wnętrzności, wypełniając prawie całą jamę opłucnej, wywołują objawy zakłócenia czynności życiowej tychże, oraz objawy ucisku i przemieszczenia narządów klatki piersiowej. Operacji dokonuje się wtedy albo a) od strony jamy opłucnowej—cięciem płatowem i rezeckją żeber torując sobie doń drogę, przyczem ze względu na wytworzenie się uciskowej zapaści płuca, metody tej obawiać się nie ma przyczyny, albo b) przez laparatomię, osobliwie przy przepuklinach większych, albo wreszcie c) odpro-

wadzenia zaciśniętych trzew dokonywa się po otwarciu obu jam, co tam zwłaszcza miejsce mieć musi, gdzie między trzewami i powierzchnią dolną przepony istnieją obszerne zrosty, lub gdy po dokonaniu laparatomii odprowadzenie uwięźniętego jelita nie udaje się; 3) trudno przed zabiegiem rozpoznawane względnie małe braki w przeponie, w których przemykający się przezeń niewielki odcinek jelita łatwo uwięźnąć może. W tych razach brak objawów ze strony klatki piersiowej przemawia na korzyść stosowania laparatomii, w przeciwnym bowiem razie, posuwając się od strony klatki piersiowej, narażamy się bez potrzeby na możliwość wywołania odmy piersiowej; tej ostatniej drodze jedynie wtedy pierwszeństwo oddać należy, gdy przez uraz otworzoną została opłucna lub gdy w tejże, wskutek zgorzeli zaciśniętej pętlicy, nagromadził się wysięk, albo gdy powstały objawy otoku ropno-powietrznego, oraz w przypadkach istniejącego otworu w tylnych odcinkach przepony, wtedy bowiem dokładne rozejrzenie się w stosunkach anatomicznych i odprowadzenie trzew staje się o wiele łatwiejszem.

Po odprowadzeniu trzew zaszycie otworu lub pokrycie tegoż płatem, z mięśniowej warstwy brzucha wytworzonym, bezwarunkowo dokonywanem być winno.

(*Deutsche medicin. Wochenschr.* 1894, 33).

K. Niedzielski.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 4 IX. 1894.

Prof. PRZEWOSKI przedstawia: a) dwa przypadki chrząstniaków; b) przypadek nieprawidłowości miesięczkowych, zakończony śmiercią; c) zmiany anatomiczno-patologiczne w narządach płciowych kobiet przy dyzenterji; d) czarne serce. Przypadki te będą ogłoszone w *Gazecie Lekarskiej*.

W dyskusji KRYSIŃSKI odnośnie do pierwszego przypadku zgadza się z prelegentem co do budowy chrząstki, zaznacza jednak, że preparaty drobnowidzowe w warunkach, w jakich są przedstawione, nie mogą być przekonywającymi, gdyż ziarnistość, jaką w nich widać, jest sztuczna; nie może być ona produktem chrząstki, ponieważ niektóre ziarenka leżą luźno pomiędzy komórką a otoczką. Co do 2-go przypadku, K. podziela pogląd mówcy z tą jedynie modyfikacją, że u chlorotyczek istnieje normalnie niedorozwój naczyń, które z łatwością mogą pękać. Trwanie krwawienia aż do śmierci mogło zależeć od skrzepu, znalezione-go we wnętrzu macicy, który, jako ciało obce, mógł drażnić i podtrzymywać krwotok. Krwawienia takie K. widział przy chorobie WERHOLFF'a, której objawy [wybroczyny] można było przy sekcyi z łatwością przeoczyć. Co do 3-go przypadku, K. nadmienia, że zajęcie pochwy przy dyzenterji spostrzegał dość często.

HEWELKE zaznacza, że w ostatnim zarysie czasopisma „*Wracz*“ w przeglądzie literatury francuskiej umieszczonym jest opis przypadku, w którym u 13-letniej dziewczynki przy pierwszej miesiączce było tak silne krwawienie, że zaledwie zdołano chorą uratować. Objawy te objaśniono hemofilią. Co do

przechodzenia sprawy dyfterytycznej przy dyzenteryi z kiszki grubej na pochwę, to H. sądzi, że zarazek może przechodzić nie tylko *per continuitatem*. Opisane są bowiem przypadki analogiczne przechodzenia np. *bacterii coli communis* z kiszki grubej do pęcherza moczowego drogą naczyń krwionośnych albo chłonnych.

Wice-Prezes SOKOŁOWSKI przytacza przypadek analogiczny do miesiączki śmiertelnej, obserwowany wspólnie z TOMASZEWICZ-DOBRSKĄ, BORYSOWICZEM i NEUGEBAUEREM. Była to chlorotyczka, która miewała obfite długotrwałe [6—8 dni] miesiączki; podczas miesiączki trwającej 12 dni chora zaczęła blednąć. W narządach płciowych żadnych zmian wówczas nie wykryto. Przy wzrastającym wciąż upadku sił chora ta zmarła; śmierć była zagadkową, gdyż w żadnym z narządów zmian nie wykryto, a we krwi nie było zmian, wskazujących na leukemię. Sekcyi nie robiono.

W odpowiedzi prof. PRZEWOSKI zgadza się ze zdaniem KRYSIŃSKIEGO, że w przypadku długotrwałej miesiączki skrzep mógł podtrzymywać krwawienie. Co się zaś tyczy drogi szerzenia się sprawy chorobowej, jaką podaje HEWELKE, to w danym przypadku P. nie uważa ją za możliwą; możliwą by była tylko przy przetoce lub przy bezpośrednim drażnieniu.

Posiedzenie kliniczne z d. 18 IX, 1894.

NEUGEBAUER przedstawia przypadek zwężenia pochwy po cholereze.

W dyskusyi prof. BRODOWSKI zaznacza, że tego rodzaju wypadki mogą się zdarzać w takich razach, gdy się rozwija tyfoid choleryczny, który jest właściwie zakażeniem następczem. Przy takich następczych zakażeniach rozwijają się zapalenia dyfterytyczne na rozmaitych błonach śluzowych, w kiszkach, w żołądku, a pomiędzy innymi i na błonach śluzowych części płciowych u kobiet. W każdym przypadku tyfoidu cholerycznego u kobiet błona śluzowa macicy, a niezbyt rzadko błona śluzowa pochwy, szczególnie górna jej połowa, znajduje się w stanie mocnego przekrwienia i rozpulchnienia, nadto pokrytą bywa znaczną ilością śluzu mętnego, czasami nawet krwią zabarwionego. Jest to właściwie ostre kataralne zapalenie tej błony. Otóż z takiego zapalenia może się rozwinąć zapalenie dyfterytyczne. W przypadku, przedstawionym przez NEUGEBAUERA, musiało mieć miejsce właśnie zapalenie dyfterytyczne, które widocznie w pewnej części pochwy doszło do znaczniejszego stopnia, sięgało daleko głębiej i na tem miejscu po odejściu zmartwych tkanek musiało nastąpić zwężenie wskutek ściągnięcia się blizny.

Następnie STEINHAUS w imieniu swoim i MARKUSFELDA miał odczyt p. t.: „Przyczyna śmierci i zmiany w ustroju królików przy przegrzewaniu ich uszu.“ Rzecz ta ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusyi MAYZEL zaznacza, że dla dokładności obrazu zmian krwi w przytoczonych doświadczeniach, byłaby pożądaną wiadomość o zachowaniu się ciałek bezbarwnych krwi [leukocytów], a to głównie ze względu na pochodzenie tak zwanych „blaszek“ krwi (*Blutplättchen*). W przedstawionych preparatach MAYZEL nie widzi stanowczych dowodów, iż naczynia są wypełnione „blaszkami“ krwi, mianowicie: czy to są istotnie „blaszki“, lub też tylko produkty roz-

padu ciałek czerwonych i t. d.. Wobec tego, że zmiany zachodzące we krwi w przytoczonych doświadczeniach dotyczą głównie ciałek czerwonych, zdawałoby się prawdopodobniejszym, że twory, opisywane jako „blaszki krwi“, mają swe źródło w ciałkach czerwonych, ulegających zmianom i rozpadowi. Może ta kwestya dałaby się łatwiej rozstrzygnąć badaniem krwi w świeżym stanie, lub ściśle postępując według wskazówek HAYEM'a i BIZZOZERO'a, aniżeli za pomocą barwienia preparatów uprzednio utrwalonych, ogrzewanych i t. d.

W odpowiedzi STEINHAUS zaznacza, że ciała białe zmian nie przedstawiały, a twory jako płytki przezeń przedstawione, posiadają wszystkie dla nich charakterystyczne cechy w myśl poglądów EBERTH'a.

Prof. BRODOWSKI, zgadzając się najzupełniej z poglądem prelegentów, że zamulenia żył we wskazanych narządach nastąpiły wskutek wytworzenia się płytek krwi i przekrwień, jako skutku samozatrucia tych zwiorząt substancjami jadowitymi wytworzonymi wskutek przegrzania. Nadto prof. B. zwraca uwagę, że S. i M. należąc, o ile się zdaje, do tych badaczy, którzy nie przypuszczają istnienia płytek krwi jako stałej jej części składowej, a mając pewne dowody rozpadu znacznej ilości krążków krwi, do objawów którego odnieść należy pojkiocytozę, nie przychyliłi się do zdania tych autorów, którzy tworzenie się płytek krwi wyprowadzają z obumierania krążków czerwonych. Wreszcie prof. B. zaznacza i tę okoliczność, że S. i M., znając pracę EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a i godząc się na podane przez nich tłumaczenie powstawania namułów przeważnie z płytek krwi, w tem znaczeniu nie postarali się o wytłumaczenie powstawania tych namułów w swoich doświadczeniach.

W odpowiedzi prof. BRODOWSKIEMU, STEINHAUS zaznacza przedewszystkiem, że kwestya powstawania płytek krwi ostatecznie nie jest rozstrzygniętą; wyprowadzają je z czerwonych i z białych ciałek krwi. STEINHAUS nie wyklucza możliwości ich powstawania z czerwonych ciałek krwi, wydaje mu się to jednak mało prawdopodobnem; raczej skłonny byłby do przypuszczenia, że płytki powstają wskutek pewnego rodzaju krystalizacji białka, jak to przypuszczają niektórzy nowsi badacze odnośnie do włóknika. Co się zaś tyczy objaśnienia powstawania trombozy, to objaśnienie jej w duchu EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a napotyka na trudności w tem, że nie mamy tutaj żadnej podstawy do przypuszczenia obrażenia ścian naczyń, niezbędnego według EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a przy powolnem krwiobiegu do powstawania trombozy. Zwolniony prawie do zupełnego zatrzymania bieg krwi w żyłach przy chemicznych zmianach we krwi, wywołujących nagromadzenie się w niej płytek może stanowić dostateczne objaśnienie trombozy w przedstawionych w odczycie doświadczeniach.

Prof. BRODOWSKI odpowiada, że obrażenie ścian według EBERTH'a i SCHIMMELBUSCH'a może polegać tylko na nieznacznem wyprowadzeniu ich ze swego położenia, np. na niewielkim ucisku, który wystarcza do wywołania we krwi t. zw. wirów, a na wiry te EBERTH i SCHIMMELBUSCH kładą największy nacisk przy powstawaniu tych namułów. Otóż w przypadkach STEINHAUSA i MARKUSFELDA miało miejsce i przekrwienie zastoinowe i zwolnienie krwiobiegu; zarówno wskutek zmian w samym świetle naczyń istniały wszelkie warunki do powstawania takich wirów.

STEINHAUS zaznacza, że jeżeli przyjmować obrażenie ścian naczyń w tak ogólnem znaczeniu, to niewątpliwie miały one miejsce i w doświadczeniach jego i MARKUSFELDA; obrażenia te mogą służyć jako czynniki, objaśniające powstawanie trombozy w tych przypadkach.

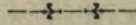
BIERNACKI jest zdania, że płytki pochodzą z czerwonych krążków krwi, że większość ich na preparatach przedstawia się w postaci mikrocytów, t. j. czerwonych ciałek wolnych od plazmy. Z drugiej zaś strony nie można przeczyć, aby część ich nie pochodziła również z białych ciałek krwi. Nadto B. nie przypuszcza, aby wszystkie zmiany przy przegrzewaniu zależały od zmian we krwi; prawdopodobnie następują również zmiany w tkankach naturalnie za pośrednictwem krwi.

BORYSOWICZ mówił o sposobach, ułatwiających wyluszczenie macicy przez pochwę. W tych razach, kiedy część pochwowa jest zupełnie zniszczoną przez nowotwór, B. stosuje z dobrym skutkiem tampon z gazy jodoformowej, w środku którego przyszyte są dwie grube nitki, każda o 2 długich końcach. Tampon taki wprowadza się do rozszerzonego kanału szyi macicznej, poczem zaszywa się sklepienie pochwy za pomocą szwu ciągłego, pozostawiając mały tylko otworek, przez który przechodzą 4 końce nitki przyszytych do tamponu. Przez pociąganie za te nitki osiągnąć można obniżenie macicy. Drugie ułatwienie przy wyluszczeniu macicy przez pochwę przy zakończeniu samej operacji polega na tem, że ligatury wiązadłowe, których bywa po 3 lub 4 z każdej strony, poczynając od najwyższej pary, przekłada kolejno prawe na lewą, lewe zaś na prawą stronę i obie grupy ligatur po wzajemnem skrzyżowaniu ich oddaje asystentom do pociągania w strony przeciwne, wskutek czego powierzchnie wiązań ponad kikutami zetkną się ze sobą i zamkną jamę brzuszną, kikuty zaś wejdą pomiędzy powierzchnię pęcherzowo-odbytnicową. W celu utrwalenia zbliżenia się wiązań B. przykrywa kikuty podłużnym tamponem z gazy jodoformowej, a skrzyżowane ligatury wiązuje parami na jego powierzchni. (Autoreferat).

CIECHOMSKI jest zdania, że macicę przy nowotworze szyi i części pochwowej nieraz bardzo trudno jest ściągnąć za pomocą odpowiednich narzędzi z powodu kruchości tkanek, dotkniętych nowotworem jak, również sąsiadujących z nim; sądzi zatem, że i zeszyte owych tkanek poniżej tamponu z gazy nie będzie trwałe i przy lada pociągnięciu nitki łatwo rozerwać się może. Co do zamknięcia jamy otrzewnej po usunięciu macicy, to już MATLAKOWSKI przed 7-u laty wiązywał ze sobą ostatnią parę podwiązek, a więc nałożonych na trąbki, wreszcie dokładnem tamponowaniem zapobiegał w zupełności wypadaniu sieci, jelit i jajników. CIECHOMSKI za jego przykładem postępował w ten sposób z tą jednak różnicą, że wiązał nie 4 nitki razem, a tylko 2 górne [po jednej z każdej strony]; wówczas bowiem powierzchnie przecięcia szypuły musiały skierować się ku pochwie. Poza tem dokładne tamponowanie pomiędzy niżej leżącymi szypułami uważa za zupełnie wystarczające bez uciekania się do wiązania na krzyż reszty podwiązek jak to radzi BORYSOWICZ, zresztą obawiałby się ześlizgnięcia którejkolwiek podwiązki, co łatwo zdarzyć się może podczas jej pociągania.

W odpowiedzi BORYSSOWICZ zaznacza, że zszywa sklepienie zdrowe, jeżeli zaś sklepienie jest kruche, do operacji nie przystępuje. Sposób zszywania, przez siebie podany, B. stosował w 2-ch przypadkach. Ligatury nie wszystkie krzyżuje, mianowicie nie krzyżuje tych, z których krwawienie jest niebezpieczne. Tampon po rozluźnieniu B. wysuwa 6—7 dnia razem z opatrunkiem, a ligatury zwykle wychodzą 10—11 dnia.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



Kilka słów odpowiedzi kol. Z. Kramsztykowi na krytykę mojej pracy p. t. „Logika Medycyny”. [Gazeta Lekarska Nr. 37].

SZANOWNY REDAKTORZE!

Ile razy zdarzało mi się czytać poważnie nawet prowadzone polemiki naukowe, zawsze dochodziłem do przekonania, że zwykle w nich chodzi o jakieś zasadnicze nieporozumienie. Obaj polemizujący zwykle mają słuszość, każdy jednak ze swojego punktu widzenia. Właściwie krytyk zawsze powinien wyszukać punkt wyjścia autora: powinien najprzód zrozumieć, czego tenże chce dowieść, o czym chce pisać i dopiero z tego punktu widzenia rozpatrywać dzieło. Inaczej nieporozumienie jest nieuniknione. Tak się też i stało z krytyką mojej pracy. Kol. KRAMSZTYK pojmuje logikę medycyny „jako rozbiór logiczny najogólniejszych pojęć z patologii i terapii ogólnej” i z tego punktu widzenia krytykuje poglądy, przezemnie wypowiedziane. Ja zaś pisałem o logice medycyny jako ogólnej metodologii nauk lekarskich, ogólne zaś pojęcia z patologii i terapii zostawiłem zupełnie na uboczu. Mnie chodziło o metodę, o formalną stronę nauki; kol. KRAMSZTYKOWI o pojęcia, o treść: nic więc dziwnego, że z tak różnego punktu zapatrywania się poglądy nasze muszą być niezgodne. Nazwa logiki jest tak często nadużywana, że każdy piszący o tym przedmiocie musi zakres swej pracy omówić; tak też i ja zrobiłem, wskazując wyraźnie w tytule, o czym pisać zamierzam. Wymagać więcej od autora nad to, o czym on pisze i o czym chce pisać, stawiać mu inny zakres, niż ten, który sobie autor nakreślił, nie jest wcale zadaniem ścisłej naukowej krytyki.

Wychodząc z takiego odrębnego punktu widzenia, krytyk stawia mi pierwszy zasadniczy zarzut, że praca moja jest „raczej wykładem logiki ogólnej, ilustrowanym przykładami specjalnymi, aniżeli wykładem logiki, przystosowanym do medycyny”. Myśl ludzka ma swoje pewne stałe prawa. Każdy człowiek uogólnia, poznaje, doświadcza i wnioskuje. Wszystkie te czynności odbywają się podług pewnych zasadniczych praw, które są wspólne wszystkim ludziom tak: prostakowi niewykształconemu, jak i uczonemu badaczowi.

Uogólnienie naprzykład klasyfikacyjne nie jest, jak chce kol. KRAMSZTYK, tylko właściwe dla zoologa i botanika, systematyzującego okazy przyrody, lecz jest właściwością ogólną umysłu ludzkiego. Nie moglibyśmy poznać świata i wszystkich jego zjawisk bez uogólnienia klasyfikacyjnego. Małe dziecko od czasu, jak poczyną poznawać, już w swym słabym umyśle bezwiednie uogólnia i klasyfikuje spostrzeżenia. Co więcej, cały nasz język, którym się posługujemy, jest wyrazem takiej klasyfikacji. Czemże są takie wyrazy, jak: dom, kamienica, chałupa, jak nie pewnymi ogólnymi znakami, obejmującymi całe szeregi szczegółowych spostrzeżeń. A zatem bez uogólnienia klasyfikacyjnego niema poznania w całości ani okazów, ani zjawisk świata zewnętrznego bez względu na to, czy okazem będzie jakieś zwierzę lub minerał, a zjawiskiem ruch lub choroba. Klasyfikacja więc jest właściwą wszystkim

opisom naukowym, całemu poznaniu człowieka i nie dla tego, jak autor mylnie twierdzi, że ma niekiedy „istotną podstawę w naturze“, lecz dlatego, że ma istotną podstawę w prawach naszego umysłu. W naturze niema gatunków, niema klas, ani poddziałów — istnieją tylko osobniki, klasy zaś są wytworem koniecznym, bez którego nie byłoby wcale poznania.

Jeżeli w fizyce klasyfikacja niema znaczenia, to dlatego, że fizyka nie opisuje zjawisk, lecz bada ich wzajemny związek przyczynowy; wszędzie zaś, gdzie do nauki wchodzi opis, poznanie pojedynczych okazów, klasyfikacja musi mieć miejsce. Nawet astronom, jeżeli chce opisywać ciała niebieskie, musi używać takich ogólnych działów [klas — gatunków], jak: planety, komety, gwiazdy, mgławice i t. p.. Czemuż zresztą są w opisach astronomicznych owe gwiazdozbiory, jeżeli nie klasyfikacją *sui generis*? I patologia opisowa nie może stanowić wyjątku z ogólnego prawa poznania opisowego. Nie rozumiem, dlaczego kol. KRAMSZTYK odmawia układowi anatomico-patologicznemu, ogólnie dziś używanemu w patologii, nazwy klasyfikacji; wszak to jest najtypowszy obraz t. zw. przyrodzonej klasyfikacji, stosowanej we wszystkich naukach przyrodniczych, opisowych.

Odrzucając zupełnie klasyfikację, kol. KRAMSZTYK do oryginalnych dochodzi wyników. Niema podług w patologii opisowej gatunków chorobowych, istnieją tylko pojedyncze przypadki chorobowe. Proponuje więc, żeby opis choroby w podręczniku patologii szczegółowej był wiernym opisem jednego przypadku. Mojem zdaniem, taki podręcznik nie miałby żadnej zupełnie wartości. Jeden przypadek tej samej choroby może tak wybitnie różnić się od drugiego, że bez wskazówek o wszystkich takich różnicach nie tylko nic by się nauczyć nie można było, ale wprost na takiej zasadzie jak najbledziej rozpoznawać.

Lecz skończmy z klasyfikacją i przejdźmy do innych działów czynności myślenia. Powiedziałem poprzednio, że każdy człowiek doświadcza, a dodam jeszcze: szczegółowa analiza najzwyczajszego doświadczenia przekonywa nas, że sprawa ta odbywa się również podług pewnych praw [metod zgodności, różnicy i t. p.]. Prawa te odnaleźć także można drogą analizy i w najskomplikowańszem doświadczeniu naukowym. A zatem podstawowe prawa i tu są jednakowe. Istnieje jednak pewna różnica w stosowaniu tych praw oraz w rezultatach stąd otrzymanych. Różnica ta zależy od jakości zjawisk badanych — stąd wynika, że w jednej nauce otrzymujemy drogą metod doświadczalnych bezwzględnie pewne rezultaty, w innej mniej pewne, potrzebujące sprawdzenia. W jednej nauce doświadczalnej dość jest stosować jedną tylko metodę zgodności lub różnicy, żeby otrzymać pewne rezultaty, w innych używać musimy całej kombinacji metod doświadczalnych i t. d.

Jednem słowem: zasadnicze podstawy myślenia i badania naukowego są jedne i te same; istnieją tylko pewne różnice w ich stosowaniu. A zatem logika ogólna musi być podstawą logiki stosowanej — w stosowanej logice muszą być tylko wskazane wszystkie te różnice, jakie wyniknąć mogą wobec różnej jakości badanych zjawisk. Tak też i ja uczyniłem.

Nawet samo rozpoznanie lekarskie, jako metoda, nie jest czemś właściwem tylko medycynie. Każdy człowiek rozpoznaje przedmioty świata zewnętrznego na zasadzie podstawowego prawa poznawania, mianowicie na zasadzie upatrywania podobieństwa i różnicy. Stąd wynikają dwa główne sposoby rozpoznawania lekarskiego: 1) przez odnajdywanie podobieństwa i 2) przez t. z. różniczkowanie. Te główne metody spotykamy również i w naukach przyrodniczych, opisowych. Znajdujemy tam nawet i tablice różniczkowe przy niestałych cechach i rozpoznawanie przez wykluczenie przy braku wyraźnego podobieństwa. I tu więc spotykamy zasadniczą jedność myśli ludzkiej. Różnice, jakie tutaj niewątpliwie są i jakie wynikają z jakości rozpoznawanych zjawisk, były przezemnie wszędzie notowane. Kol. KRAMSZTYK sam to przyznaje w postaci następującego zarzutu: „autor często musi zaznaczać, że rozmaite pojęcia logiczne ważne dla innych działów, dla patologii nie mają znaczenia.“ Najzupełniejsza prawda, lecz to było koniecznem w podręczniku logiki stosowanej.

Otóż, wszędzie w całej swej pracy starałem się najpierw wskazać zasadniczą jedność praw myślenia i badania naukowego oraz wskazać, o ile te zasadnicze prawa uleż mogą zmianie w badaniu zjawisk patologicznych. I tym sposobem powstał podręcznik logiki ogólnej, nie tylko ilustrowany specjalnymi przykładami, lecz i przystosowany do zadań nauk lekarskich. Że sąd o tym podręczniku a głównie o jego układzie wypadł tak surowo w krytyce kol. KRAMSZTYKA, to głównie należy przypisać zupełnie odrębnemu pogładowi krytyka na zadanie logiki w ogóle, a logiki medycyny w szczególności. I rzeczywiście nie widział; cały bowiem wierzchołek góry widok ten mu zasłaniał. Otóż i my z kol. KRAMSZTYKIEM na podobieństwo tych podróżynych zaczęliśmy analizować pracę umysłową lekarza: kol. KRAMSZTYK doprowadził analizę do „takich rozdziałów: pojęcie choroby, przyczyna, anamneza, badanie, rokowanie, wynajdywanie wskazań lekarskich i t. p.“ i tu się zatrzymał; ja zaś poszedłem dalej i z pojęcia choroby doszedłem do podstaw klasyfikacji, z przyczyny do metody doświadczalnej, z anamnezy i badania do zasad rozpoznawania, z rokowania do metody dedukcyjnej, z wynajdywania wskazań lekarskich do zasad analizy i syntezy i t. d. I sprzeczamy się obecnie, że każdy co innego widzi. Czy słusznie?

Kiedyś, bardzo dawno temu słyszałem następującą przypowieść. Dwaj podróżni wybrali się w podróż na górę: jeden z nich wszedł na wierzchołek, drugi zatrzymał się w połowie drogi i obaj z tych miejsc, gdzie przystanęli, zaczęli rozprawać o widzianych krajobrazach i powstał z tego wielki spór. Jeden twierdził, że tam w dole są takie a takie miasta, takie a takie jeziora, rzeki; drugi wołał, że tego nie widzi, że to nie prawda. I rzeczywiście nie widział; cały bowiem wierzchołek góry widok ten mu zasłaniał. Otóż i my z kol. KRAMSZTYKIEM na podobieństwo tych podróżynych zaczęliśmy analizować pracę umysłową lekarza: kol. KRAMSZTYK doprowadził analizę do „takich rozdziałów: pojęcie choroby, przyczyna, anamneza, badanie, rokowanie, wynajdywanie wskazań lekarskich i t. p.“ i tu się zatrzymał; ja zaś poszedłem dalej i z pojęcia choroby doszedłem do podstaw klasyfikacji, z przyczyny do metody doświadczalnej, z anamnezy i badania do zasad rozpoznawania, z rokowania do metody dedukcyjnej, z wynajdywania wskazań lekarskich do zasad analizy i syntezy i t. d. I sprzeczamy się obecnie, że każdy co innego widzi. Czy słusznie?

Władysław Biegański.

Wiadomości bieżące.

— Wobec ujemnych stron laparotomii, jakimi są długotrwałe zdrowienie chorych, możliwość pęknięcia szwu nałożonego na powłoki brzuszne, zrosty kiszek i sieci, niedrożność kiszek i t. p., proponuje DUEHRSEN nowy sposób operowania, który nazwał „*coeliotomia vaginalis*“ i który wypróbował w 24 przypadkach, zawsze z pomyślnym wynikiem. Operacja ta polega na otwarciu jamy brzusznej przez sklepienie przednie pochwy, i jest nierównie bezpieczniejsza, niż laparotomia, ponieważ odbywa się na zewnątrz otrzewnej. DUEHRSEN usuwał w powyższy sposób podśluzowe i mięszone mięśniaki trzonu macicy, wielkości pięści, wydobywając macicę przez ranę w sklepieniu pochwy i wyluszczając całkowicie guzy, po przecięciu ściany macicy; przy pomocy tegoż samego sposobu operowania leczył autor ruchome, zarówno jak i umocowane, a nawet połączone z wypadnięciem, tyłozgięcia macicy, mianowicie przyszywał dwoma szwami trzon macicy do brzegów rany pochwowej (*vaginofixatio intraperitonealis*). (*Deut. med. Woch.* 24. 1894). W. Ż.

— Zarządzającym Kliniką Dyagnostyczną w tutejszym Uniwersytecie na miejsce prof. THUMASA, złożonego chorobą, naznaczony został D-r ZIENIEC, docent patologii i terapii szczegółowej.

— Z oddziału dla chorych cholerycznych w szpitalu starozakonnym. Od dnia 16. IX do d. 22. IX włącznie chorych przybyło 6, wyzdrowiało 7, zmarł 1.

Ogólna liczba od początku funkcyonowania oddziału w r. b. wynosi 446; z tych wyzdrowiało 275, zmarło 161.

Nowoprzybyli chorzy w liczbie 3 pochodzą z Warszawy z następujących ulic: Nowo-Karmelicka Nr. 16, Nowo-Miła 39, Nalewki Nr. 43.

Z Pragi przybyło 2 chorych: ulica Żąbkowska N-ra 4 i 19. Z m. Szydłowca 1 chory.

Przypadków podejrzanych w tym tygodniu nie mieliśmy.

Między przybyłymi 6 chorymi była 1 kobieta, mężczyzn 5.

Podług wieku chorzy grupują się w sposób następujący:

	Nowoprzybyłych		
	Przybyło	Wyzdrowiało	Zmarło
Do 10 lat włącznie było	0	0	0
Od 11—20 lat	1	0	0
Od 21—40 „	2	0	0
Od 41—60 „	2	0	0
Powyżej 60 „	1	0	0
Razem	6		0

Najmłodszy chory ma lat 19, najstarszy — 63. Obaj są na obserwacji.

Ruch chorych podług dni był następujący:

Dnia	Z nowoprzybyłych		
	Przybyło	Wyzdrowiało	Zmarło
16. IX.	0	0	0
„ 16	3	0	0
„ 18	2	0	0
„ 19	0	0	0
„ 20	0	0	0
„ 21	1	0	0
„ 22	0	0	0
Razem	6	0	0

Z przybyłych przed dn. 16. IX wypisało się w tygodniu sprawozdawczym 7, zmarł 1.

Do chronologicznej tablicy śmiertelności, umieszczonej w jednym z poprzednich sprawozdań, możemy obecnie dodać jeszcze jedną grupę [8-a] z 50 chorych, w której zejść śmiertelnych było 15 [30%], gdy w 1-szej grupie było ich 31 [62%].

Warszawa, dnia 22. IX. 1894 r.

St. Pechkranc.

— Docent prywatny D-r L. PFEIFFER w Monachium mianowany został profesorem Higieny w Rostoku.

— 66 kongres lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Wiedniu od 24—30 września r. b.

— Prof. MAUTHNER mianowany został następcą STELLWAG'a, jako profesor i dyrektor kliniki ocznej w „Allgemeines Krankenhaus“ w Wiedniu.

— Wyszła, jako oddzielna odbitka z „Nowin Lekarskich“, praca D-ra WACŁAWA SOBIEŃSKIEGO, docenta Farmakologii w Marburgu, p. t. „O leczeniu cholery“. Autor poddaje najprzód ścisłej krytyce badania, dotyczące etyologii cholery i występuje przeciwko wstrzykiwaniu wielkich ilości hodowli spiryllów cholerycznych do żył lub do otrzewnej, zwłaszcza w roztworach dla ustroju nie tylko nie obojętnych, lecz i wprost nadzwyczaj trujących. Przechodząc do części terapeutycznej, autor szczegółowo rozbiiera metodę CANTANI'ego. Enteroklizy CANTANI'ego, według zdania SOBIEŃSKIEGO, nietylko nie mogą ograniczyć rozmnażania się spiryllów cholerycznych w kiszkaach, lecz i również nie mogą czynić nieszkodliwym jadu cholerycznego, a natomiast gdyby w ten sposób mogły powstać związki z garbnikiem, to i one w kiszkaach, aczkolwiek nierozpuszczalne, uleżą mogą wessaniu. Również autor odmawia wszelkiej racyi bytu hypodermoklyzom CANTANI'ego w obec tego, że one nawet niezbyt uzasadnionemu wskazaniu, polegającemu na wydaleniu z ustroju toksyn i usunięciu zwiększonej koncentracji krwi, zadość nie czynią. Następnie autor wykazuje

szkodliwość kalomelu, nieskuteczność antyseptyków jelitowych, bezzasadność metody CHAZUBIŃSKIEGO i t. d. i kończy swe wnioski ustępem następującym: „Wobec dotychczasowego braku środków, któreby posiadały jakieśkolwiek uzasadnienie przy chole-rze, najlepiej pozostawić chorobę naturalnemu przebiegowi i ograniczyć się do podania ciepłych lub chłodnych napojów, do bronienia od utraty ciepła i pobudzania krwiotoku na drodze odruchowej przez lekkie podrażnienie skóry, a także rozcieranie chorego“. W pracy tej, barwnie i krytycznie napisanej, czytelnik znajdzie wiele cennych uwag w sprawie nader interesującej. Broszurka jest do nabycia w księgarni Paprockiego.

— **Komitet Kasy Wsparcia** podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych wzywa niżej wymienionych byłych studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego o wskazanie miejsca obecnego zamieszkania, a mianowicie: pp. Wróblewskiego Adama, byłego studenta medycyny kursu IV z r. 1883/4, Góreckiego Ananiasza Władysława, kandydata medycyny z r. 1885 i Jeżewskiego Antoniego, byłego studenta medycyny kursu IV z r. 1887/8.

Uprasza przytem Komitet pp. lekarzy, którzy by wiedzieli o miejscu zamieszkania wymienionych osób, o łaskawe nadesłanie ich adresów do Kancelaryi Komitetu w Warszawie: ulica Niecała Nr. 7.

Członek Komitetu, zarządzający Kasą Wsparcia.
D-r J. Rogowicz.

Wspomnienia pośmiertne.

Dnia 21 b. m. po krótkiej chorobie zmarł JAN KAROL KOWALEWSKI, właściciel znanej drukarni w Warszawie. Od lat kilkunastu łączyły nas bardzo bliskie stosunki ze ś. p. KOWALEWSKIM, gdyż w jego drukarni, która od dawna stała się niejako specjalnie lekarską, drukujemy i Gazetę naszą i wszystkie inne nasze wydawnictwa. Zналиśmy nieboszczyka, jako człowieka zacnego, pracowitego, dbałego o dobro powierzonych mu wydawnictw, a co najważniejsza — jako wielce troskliwego o los pracujących w jego zakładzie.

Serdecznie nam żal człowieka, który w najlepszym okresie swego życia z nami się rozstał; bolejemy z całego serca nad wdową, dziećmi i najbliższą rodziną, którym tak nagle zgasł, których tak strasznie osierocił.

Cześć jego pamięci!

Dnia 8 b. m. zmarł jeden ze znakomitszych uczniów TRAUBE'go prof. OSKAR FRAENTZEL, przeżywszy lat 56. Pierwsza głośniejsza praca zmarłego dotyczyła komórek zwojowych, w której udowodnił, że komórki te otoczone są śródbłonkiem. W roku 1867 wstąpił na oddział TRAUBE'go w Charité, skąd wyszły jego prace o przebiegu gorączki przy tyfusie powrotnym, o enteronomii przy *ileus*, o zastosowaniu atropiny przeciwko potom u suchotników itd. W r. 1869 FRAENTZEL objął zarząd oddziału wewnętrznego w szpitalu „Augusta-Hospital“ w Berlinie, w r. 1870 habitował się, a w r. 1875 otrzymał godność profesora nadzwyczajnego; wzbogacił on literaturę cennymi pracami z dziedziny chorób serca i płuc. Do cenniejszych prac jego należą: „*Entstehung von Herzhypertrophie und Dilatation der Herzventrikel durch Kriegsstrazen*“, „*Galloprhythmus*“, choroby opłucnej [w podręczniku ZIEMSEN'a], badania nad leczeniem gruźlicy i t. d. Ostatnia jego praca p. t. „*Klinik der Herzkrankheiten*“ jest dziełem klasycznym.