

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** Od Redakcyi. — *Prace Oryginalne*: I. Hering, Ciała obce i złogi wapienne w jamach nosowych. — II. Dunin, Wypadek niedokrwistości złośliwej (dokoń.). — *Dział Sprawozdawczy*: Przyczynki do leczenia polipów usznych. — O pewnym rodzaju skurczu paradoksalnego. — Hysteroepilepsja u mężczyzn. — O działaniu naparu *Convallariae majalis*. — Kelsch i Kiener. — Stosowanie Kusso. — *Extractum Fabae Calabaricae*. — Stężony rozczyn kwasu fasilowego. — Papaina. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości miejscowe. — Z Cesarstwa. — Zagraniczne — Ogłoszenia.

## OD REDAKCYI.

Przyjemnie nam podzielić się z Czytelnikami wiadomością, iż liczbę współwłaścicieli i członków Redakcyi naszego pisma zwiększył prof. Hoyer.

## PRACE ORYGINALNE.

### I. CIAŁA OBCE I ZŁOGI WAPIENNE W JAMACH NOSOWYCH.

(*Rhinolity*).

Opisał Dr. **T. Hering**.

W miesiącu Wrześniu r. z. pani M. przyprowadziła mi dla porady dziewczynkę 4 letnią, dotkniętą od roku przewlekłym nieżytem, połączonym z odpływem ropnym, cuchnącym, czasami z krwią zmieszany. Dziecko, konstytucyi limfatycznej, przedstawiało wyraźne oznaki cierpienia żółtowego. Obok nieżytku nosa znalazłem zapalenie śluzotokowe łącznicy oka lewego, nieznaczny nieżyt gardzieli, z przerostem migdałów i lekki nieżyt oskrzeli. — Skóra pod lewym otworem nosa była zaczerwieniona, pokryta żółtymi strupkami, błona śluzowa nozdrzy — soczysta, obrzmiała i nieco bolesna. Powietrze przechodziło swobodnie przez lewą połowę nosa, podczas gdy przez prawą przedostawało się z pewną trudnością. Rozszerzyłem wewnątrz prawej jamy nosowej za pomocą wzienika i przekonałem się, że błona śluzowa jest siedliskiem przewlekłego nieżytku. Muszlę średnią i dolną znalazłem obrzmiałe i zaczerwienione, owrządzeń jednak żadnych dostrzedz nie mogłem. Zgłębnik przechodził swobodnie aż do gardzieli.

Po stronie lewej badanie było nieco trudniejszym, gdyż mała pacjentka, z powodu bólu, opierała się z całą energią wprowadzeniu wzienika. Spostrzegłem tylko, że wewnątrz jamy jest wazkie i zatkane gęstą, żółtawą i cuchnącą ropą. Zgłębnik wprowadzony niemal przemocą, wykrywał ciało jakieś, mniej

więcej na cał głęboko położone, trochę ruchome, z boku zaś tego ciała koniec zgłębnika wykazywał jedno miejsce, pozbawione okostnej, o powierzchni chropowatej.

Mając na względzie charakter wydzieliny, wygląd chorej, wreszcie rezultat badania zgłębnikiem, postawiłem rozpoznanie na próchnienie kości nosowych i oświadczyłem matce potrzebę wyjęcia owego ciała, które brałem za zmarwiałą muszlę nosową. — Dopiero w miesiąc później widziałem pacjentkę po raz drugi, przyslaną mi przez kolegę Ch wata, z którym wspólnie badanie chorej przeprowadzić mogłem.

Po zbadaniu zgłębnikiem postanowiliśmy przystąpić natychmiast do wyjęcia owego ciała. W tym celu wprowadziłem odpowiednie kleszczyki do nosa i po kilku próbach udało mi się roztworzyć je tak szeroko, że mogłem przedmiot jakiś, niezbyt twardy, silnie pochwycić i wreszcie, pomimo silnej obrony pacjentki, którą ledwie utrzymać było można, wydobyć na zewnątrz.

Był to guzik od kamasza, z masy rogowej wyrobiony, szeroki przeszło na 12 mm., opatrzony metalowem uszkiem. Krwawienie było nieznaczne i ustało po przestrzyknięciu nosa zimną wodą. Po wydobyciu kilku kawałków spróchniałej muszli przekonałem się za pomocą zgłębnika, że przegroda nosowa uległa w jednym miejscu próchnieniu. Zaleciłem przestrzykiwania słabym roztworem kwasu karbolowego, a po 3 tygodniach miejsca obnażone pokryły się ziarniną, wyciek ropny ustał i dziecko powróciło do zupełnego zdrowia.

Podług opowiadania pacjentki, guzik wprowadziła sobie ona do nosa przed rokiem, lecz z obawy kary przyznała się dopiero wtedy, gdy *corpus delicti* został wydobyty na zewnątrz.

**Drugi przypadek** ciała obcego w nosie dotyczy chłopca 14 letniego, Henryka R., którego pierwszy raz badałem d. 5 Grudnia r. z. Z anamnezy dowiedziałem się, że od 9 lat cierpi na nieżyt nosa, umiejscowiony tylko po stronie prawej. Towarzyszyły mu zatkanie tejże połowy i odpływ ropy cuchnącej, czasem ze krwią zmieszanej, tak jednak obfity, że w nocy plamił poduszki. Leczony od lat kilku bez żadnego skutku, dopiero w tym roku radził się w Krakowie Dr. O. który rozpoznał polipy nosa i kilka kawałków ziarniny pętlącą powymował. Widział go również i kolega Pieniążek, który przypuszczał, możliwość albo zmartwiałej kości, albo złogów wapiennych.

Badanie wzornikiem wykazuje po stronie lewej błonę śluzową nosa lekko zaczerwienioną, i trochę obrzmiałą. Po stronie prawej, skóra pod otworem nosowym jest obrzmiała, popękana, bolesna na dotyk.

W dolnym przewodzie nosowym błona śluzowa pokryta jest ziarniną i ropą, która wszystko przed okiem zakrywa. Zgłębnikiem natrafiłem na ciało, wypełniające jamę nosową, mało ruchome, twarde, które nie dozwala na wprowadzenie zgłębnika i mocno krwawi.

Na drugi dzień, w obecności kolegi A. Hertza, przystąpiłem do wyjęcia owego ciała. Za pomocą mocnych kleszczy polipowych, zgiętych w kolanko; wyjąłem z początku kilka kawałków złogów wapiennych, blaszkowatych, twardych, barwy brumatywnej, o powierzchni nie równej, drzewkowatej, o odłamie drobno-

ziarnistym, jednolitym, bez śladów jądra. Kawałki te z łatwością dawały się odłamać kleszczami od większego złoгу ruchomego, który za pomocą kleszczy nadaremnie skruszyć próbowałem.

Pokryte one były ziarniną krwawiącą, a wśród niej znajdował się jeden kawał wielkości dużego grochu, przyrosły do kawałka zmartwiałej kości. Po wyjęciu w ten sposób około  $\frac{1}{2}$  łyżeczki konkrementów i po zatamowaniu krwotoku, pozostała w głębi jamy nosowej jeszcze owa dość duża bryła ruchoma, twarda, którą przez nozdrza przednie przedostać dla jej wielkości nie mogłem.

Pacjent był operacją, odbyłą bez chloroformu, bardzo zmęczony, tak że wyjęcie reszty odłożyłem na dzień następny.

Dnia 8 z. m., udało mi się za pomocą grubego zgłębnika ową bryłę przepchnąć ku nozdrzom tylnym, w chwili jednak w której pochwycić ją chciałem z poza podniebienia, spadła ona do gardzieli, chory się zakrztusił i takową połknął... W dwa dni później odeszła ona z wypróżnieniem stolcowem, nie wywołując znacznijszego podrażnienia.

Po przestrzyknięciu nosa przekonałem się, że muszle: dolna i średnia zupełnie były zniszczone, błona śluzowa przegrody w jednym miejscu pozbawiona okostnej i pokryta ziarniną. Galwanokauterem przypaliłem wszystkie miejsca pokryte granulacjami i zaleciłem przestrzykiwania nosa słabym roztworem kwasu karbolowego. Po kilku dniach wydzielina zaczęła się zmniejszać i chory z odpowiednim przepisem, co do dalszego leczenia się w domu, Warszawę opuścił. Rozbiór chemiczny wyjętych rinolitów, dokonany przez kolegę Nenckiego Leona, wykazał że zawierały:

Części organicznych 20%.

Części nieorganicznych 80%.

Te ostatnie składają się :

Z zasadowego fosforanu wapna  $(Ca O)_2 PO_3$ .

Węglań wapna  $(Ca O)_2 C_2 O_4$ ,

Tlenku żelaza  $(Fe_2 O_3)$ .

Pacjent przed odjazdem przyznał się, że mając lat 4, wprowadził sobie do nosa guzik od kanapy, pokryty adamaszkiem, że lekarz jakiś próbował guzik ten wydobyć, lecz nadaremnie, tak że ciało które z nosa zepchnąłem do gardła, było prawdopodobnie owym przed 10 laty wprowadzonym guzikiem, otoczonym masą wapieną. Dwa te przypadki pod kilku względami zasługują na uwagę.

Co do pierwszego, to ze względu na wybitne objawy cierpienia żółzowego, cuchnący odpływ, łatwo było przypuścić albo próchnienie kości, albo prostą ozaenę. Od pomyłki uchroniło nas badanie zgłębnikiem, który wykazał obecność obcego ciała. Co do ozaeny, takowa w młodym wieku najczęściej zajmuje obie połowy nosa, podczas kiedy w naszym wypadku cierpienie było jednostronne. Przeciwno ozaenie przemawiała także wydzielina płynna i częste krwawienia z nosa.

W wypadku drugim, obecność granulacji szypułkowatych, pokrywających owe konkrementa wapienia, robiły wrażenie polipa i tylko badanie zgłębnikiem uchroniło od błędu. Jako zasadę zatem przyjąć należy, aby w każdym wypadku

jednostronnego cierpienia jam nosowych, któremu towarzyszy zatkanie nosa, wybadać jamy nosowe zgłębnikiem, przez co nieraz uchronimy się od pomyłki w rozpoznaniu.

---

SPOSTRZEŻENIA ZE SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

---

## II. Wypadek niedokrwistości złośliwej

(*Anaemia perniciosa progressiva*).

Podał Dr. **Teodor Dunin**, lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

---

(Dokończenie. — Patrz Nr. 1).

Przedewszystkiem więc zauważyć winienem, że do niedawnego czasu jeszcze samo pojęcie niedokrwistości postępującej złośliwej było bardzo luźne i mało określone. Pierwsi badacze (Biermer, Immermann, Quincke), zaliczali tu wszystkie wypadki, które przedstawiały pewien zbliżony do siebie obraz kliniczny, bez względu na przyczyny i sposób powstawania. A więc zaliczono tu te niedokrwistości, które powstają po porodzie, po długotrwałych rozwolnieniach, a nawet owrzodzeniach kiszek, ropieniach, co więcej—Schüle opisywał niedokrwistość postępującą złośliwą u obłąkanych, dotkniętych somatycznymi zmianami mózgu. Oczywiście przy takim pojmowaniu choroby, o której mówimy, nie było już żadnych granic pomiędzy nią, a zwykłą niedokrwistością i nie podobna było z niej robić jakiejś ściśle określonej patologicznej jednostki, w tym też duchu wystąpił Quincke<sup>1)</sup> i zażądał, aby niedokrwistość postępująca złośliwa tak prędko jak wprowadzoną została do patologii, tak też i z niej wyrugowaną była, a w pracy swej pokazał, że może być cały szereg przejść stopniowych od najcięższych do najłżejszych, wyleczalnych form.

Wkrótce potem wystąpił z pracą swoją Eichhorst. I on także zgadza się na to, że takie pojmowanie niedokrwistości złośliwej, jakie przyjął Biermer i Immermann jest niemożliwe, jeżeli bowiem organiczne cierpienia—jak np. rak ukryty żołądka—mogą przebiegać pod typem niedokrwistości złośliwej, gdzie więc jest racya robić z tych wypadków osobną chorobę. Ale jednocześnie zwraca on uwagę na to, i przekonywa krytycznym rozbiorem wszystkich spisanych do jego czasu wypadków, że są pomiędzy nimi i takie, gdzie ani w poprzednim stanie zdrowia, ani w warunkach życia nie można odnaleźć nic takiego, coby usprawiedliwiałoby rozwój podobnego ciężkiego zaburzenia w stanie krwi. A są to właśnie te wypadki, w których objawy niedokrwistości są najwyraźniejsze i w których zmiany w krwi najjaskrawiej są wyrażone, których więc nie można poczytać za wyższy stopień zwykłej przechodniej niedokrwistości. Wprawdzie, ściśle rzecz biorąc, i te wypadki są tylko objawem jakiegoś zabu-

---

<sup>1)</sup> Patrz szczegóły w wyżej cytowanej mej pracy.

rzenia, czy to w wyrobie czy w zużyciu krwi, ale warunki te raz są nieznanne a po drugie, działają wprost na krew, lub organa ją wyrabiające i dla tego winny stanowić osobną postać patologiczną, a mianowicie chorobę krwi. I różnica główna polega na tem, że kiedy w formach wtórnych przede wszystkim źródłem choroby jest nadmierne zużycie pierwiastków krwi, a później dopiero cierpią organa je wyrabiające, to przeciwnie w formach pierwotnych od razu ograniczony jest wyrób samej krwi i ograniczenie to odnosi się nie tylko do ilości, ale i jakości jej części składowych. Rzecz prosta, że takie pojmowanie choroby musiało zwrócić uwagę autorów na organa, uważane za źródła krwi, t. j. śledzionę, gruczoły limfatyczne i szpik kostny. Pierwsze z tych dwóch organów znane są już dawno, jako przyczyny znacznego stopnia niedokrwistości; niestety—obserwacje odnośne pochodzą z czasu, w którym badanie krwi nie było tak ściśle jak dziś dokonywane, nie możemy więc orzec, czy były to istotnie wypadki niedokrwistości złośliwej. Co do szpiku kostnego, to patologija jego od zbyt niedawna jest znana, aby na dawniejszych autorów coś w tym względzie liczyć można było. Wszelako, wkrótce potem jak niedokrwistość postępująca złośliwa zaczęła zwracać na siebie uwagę autorów, wzięto się do badania szpiku kostnego w tej myśli, że się w nim uda odkryć źródło choroby. Pierwsze dokładne poszukiwania nad szpikiem kostnym przy niedokrwistości złośliwej zawdzięczamy C o h n h e i m' o w i, który badał po śmierci wypadek, rozpoznany za życia przez B i e r m e r' a. Znalazł on szpik kostny mocno czerwonym, jednak bez wylewów krwi, a mikroskop wykazał brak komórek tłuszczowych, białe komórki, zbliżone do bezbarwnych komórek krwi, i najwięcej czerwonych tworów, z których jedne odpowiadały w zupełności czerwonym ciałkom krwi, inne były kuliste, lecz bez jądra, inne wreszcie posiadały wewnątrz jądra. C o h n h e i m zmiany te w szpiku kostnym poczytał za przyczynę niedokrwistości złośliwej i rzecz cała zdawała się zupełnie prawdopodobną, tem bardziej że podania jego sprowadzone zostały wkrótce przez O s l e r' a i G a r d u n' a, L i t t e n' a i innych. Atoli wkrótce kwestyją tą zajął się N e u m a n n <sup>1)</sup>. Już dawniej (1869 r.) zwracał on uwagę, że szpik kostny w chorobach przewlekłych, traci nieraz swe zwykle własności (tłuszcz), i z żółtego przemienia się na czerwony (*lymphoides*), zawierający wiele ciałek czerwonych, na rozmaitym stopniu rozwoju będących. Obecnie, po ogłoszeniu spostrzeżenia C o h n h e i m' a, powtórzył swe poszukiwania i przekonał się, że podobna zmiana szpiku kostnego ma miejsce we wszystkich tak ostrych jak i przewlekłych chorobach, które prowadzą do zubożenia krwi (tyfus, suchoty, rak). Oczywiście więc, że nie mamy tu do czynienia z pierwotnem, ale z wtórnem cierpieniem szpiku.

Prócz tego, niepodobniestwem jest uważać czerwony, że tak powiem embryjonalny szpik kostny, za wyraz zmniejszonej produkcji ciałek krwi; przeciwnie, w stosunku do zwykłego, żółtego, znajdujemy tu nadmiar wyrobu, który nie daje się wytłumaczyć inaczej, jak tylko dążnością szpiku do wynagrodzenia tych strat, jakie zkad innąd organizm ponosi. Dla tego też zdaniem N e u m a n n

---

1) Berl. Klin. Woch. Nr. 47, 1877 r.

na, wyżej przytoczone zmiany szpiku kostnego nie tylko nie są przyczyną niedokrwistości złośliwej, ale przeciwnie są rzeczą zbawienną i przyczyniają się do złagodzenia objawów; to też wypowiada Neumann przekonanie, że prawdopodobnie te wypadki niedokrwistości złośliwej, w której po śmierci znajdowano czerwony szpik, miały przebieg dłuższy i łagodniejszy.

W tej też hyperprodukcji znajduje Neumann przyczynę tak licznych ciałek, będących formami przejściowymi; nie dziwnego, powiada on, gdzie warsztat ma dużo obstalunków, tam obok dobrego musi i niewykończony produkować towar. Te badania Neumanna znalazły wkrótce zupełne potwierdzenie ze strony Litten'a i Orth'a <sup>1)</sup>, i cała sprawa powróciła do dawnego stanu. Wszelako badania nad szpikiem kostnym w niedokrwistości postępującej nie ustawały i obok wypadków bardzo sumiennie opisanych, w których sekcje żadnych zmian nie wykazały, zaczęły się mnożyć inne, w których szpik ulegał najrozmaitszym cierpieniom. Najciekawszym w tym względzie jest wypadek, opisany przez Litten'a w 1877 r. <sup>2)</sup>. Ponieważ rzuca on zupełnie nowe światło na chorobę i posłuży nam do poparcia naszych wywodów, podajemy go przeto w streszczeniu: Chora, w skutek długiego karmienia, wpadła w stan znacznego osłabienia. Badanie wykazuje wszystkie objawy niedokrwistości złośliwej, t. j. znaczną błądź obok dość silnie rozwiniętego pokładu tłuszczowego, szmery w sercu i żyłach, i wylewy na siatkówce. Krew zawiera bardzo mało, ale prawidłowych czerwonych ciałek i normalną ilość bezbarwnych. Po kilkunastu dniach pobytu w szpitalu, nagle badanie krwi okazuje znaczny przyrost ilości białych ciałek krwi i to przyrost tak znaczny, że wkrótce stosunek ich do czerwonych równa się 1:15. Obok tego chora doznaje napadów duszności, wśród których po kilku dniach życie kończy. Sekcja potwierdza istnienie białaczki (*leucaemia*) szpikowej, szpik kostny mianowicie zamieniony był prawie na ropną masę i składał się po większej części z białych ciałek, rozmaitej wielkości, gdy tymczasem śledziona i gruczoły limfatyczne nie przedstawiały żadnych zmian.

Nie ulega wątpliwości, że u chorej tej niedokrwistość złośliwa przeszła w białaczkę szpikową. Ale jaki związek istniał pomiędzy temi dwiema chorobami? Czy z samego początku szpik kostny był zmieniony w swej budowie i stał się przyczyną niedokrwistości, a później białaczki, czy też przeciwnie zrazu istniała niedokrwistość, która dopiero wtórnie pobudziła szpik do hyperprodukcji i tym sposobem stała się pośrednio punktem wyjścia dla białaczki? Litten skłania się do pierwszego przypuszczenia, gdy tymczasem Neumann <sup>3)</sup>, w obszernej pracy o białaczkę szpikowej, podnosi ten niezmiernie rzadki wypadek i twierdzi, że i tu pierwotne zubożenie krwi pobudziło szpik kostny do nieprawidłowej działalności, a tem samem, że niedokrwistość pociągnęła za sobą białaczkę. Ten sposób powstawania białaczki, zdaniem jego, nie stanowi wy-

1) Berl. Klin. Woch. Nr. 51 — 1877 r.

2) Berl. Klin. Woch. Nr. 19 i 20 — 1877 r.

3) Berl. Klin. Woch. Nr. 6 — 10 — 1878 r.

jątku, i wszędzie prawie przed pomnożeniem ilości białych ciałek krwi, chorzy już okazują wszystkie objawy wysoko posuniętej niedokrwistości.

W zeszłym wreszcie roku opisał Gravit z<sup>1)</sup> dwa nowe i zupełnie niespodziewane wypadki zmian w szpiku kostnym przy niedokrwistości postępującej. U obu mianowicie chorych, zmarłych przy typowych objawach niedokrwistości złośliwej, znalazł on liczne guziki mięsaków w szpiku kostnym, obok rozlanego i złośliwego jego zapalenia. W pierwszym z tych wypadków choroba wybuchła po przebytych tyfusie i Gravit z przypuszcza, że w tym razie tyfus był pierwszą pobudką do rozwoju w szpiku kostnym zmian hyperplastycznych, które później doprowadziły do wytworzenia się mięsaków. W drugim podobnej przyczyny nie było. Wreszcie, rozbierając uważnie powyżej opisany wypadek Litten'a, Gravit z dochodzi do wniosku, że i tam prawdopodobnie było złośliwe zapalenie szpiku kostnego wraz z mięsakami, które istniały długo i z początku dawały obraz niedokrwistości, a później białaczki. Tem samem więc dopuszcza on możność powstawania niedokrwistości złośliwej, jako następstwa zmian w szpiku kostnym.

Oto jest wszystko, co wiemy o patologicznych zmianach w szpiku kostnym przy niedokrwistości postępującej złośliwej. Co się tyczy dwóch innych organów krwiotwórczych, t. j. śledziony i gruczołów chłonnych, to wiadomości nasze w tym względzie są bardzo szczupłe. Już wyżej wspomniałem, że t. z. wypadki *pseudoleucaemiae* (*caehexia lienalis*, *lymphosarcoma malignum*) pochodzą z czasów, kiedy obraz niedokrwistości postępującej nie był jeszcze znany; o ile więc te wypadki do niej odnosić należy, trudno jest wyrokować.

[Przed niedawnym czasem kol. Elzenberg (*Pam. Tow. Lek.* T. 76, 1880 r.) i kol. Matlakowski (*Medycyna* Nr. 48 i 49) opisali, pierwszy ze stanowiska anatomicznego, drugi — klinicznego, bardzo ciekawy wypadek *lymphosarcomatis*. Wszelako w opisie choroby kol. Matlakowski zwraca głównie uwagę na ciekawy fakt podniesienia się ciepłoty po stronie guza, gdy tymczasem inne objawy pozostały na uboczu, tak, że trudno jest rozstrzygnąć, o ile obraz choroby odpowiadał niedokrwistości złośliwej. W opisie znów anatomicznym brak wzmianki o stanie szpiku kostnego.]

Eichorst mocno powstaje przeciwko identyfikowaniu tych chorób z niedokrwistością złośliwą, która w czystym swym obrazie nie obejmuje powiększenia ani śledziony, ani gruczołów chłonnych. Stumpell<sup>2)</sup> opisuje wypadek niedokrwistości złośliwej, któremu towarzyszyło obrzmienie śledziony, powiększające się zawsze wraz z pogorszeniem ogólnego stanu chorej; wypadek ten oznacza on jako *anaemia splenica*.

W ostatnim znów czasie Weigert (*Virchow's Archiv.* B. 79, H. 2, 1880) opisał wypadek niedokrwistości złośliwej, przy którym po śmierci znalaziono obrzmienie gruczołów chłonnych, rozszerzenie odpowiednich przewodów i ich wypełnienie limfą, zbliżoną do krwi.

Jeżeli po tym krótkim, a dla zrozumienia mych własnych wniosków nie-

1) Virchow's Archiv. B. 76. 1879.

2) ref. w Centralblatt f. d. med. Wiss. Nr. 2 1878 r.

zbędnym, przeglądzie historycznym, powrócimy do naszego wypadku, to zobaczymy przede wszystkim, że zbliża się on do opisu Litten'a o tyle, że objawom niedokrwistości za życia towarzyszyły zmiany w szpiku kostnym, polegające na jego hyperplazji, i że liczba białych ciałek krwi, pod koniec życia wzrastać zaczęła. Natomiast różnica tych dwóch wypadków polega na zachowaniu się śledziony, która—normalna u chorej Litten'a—u mojej przedstawiała niższy rozwój tych zmian, jakie cechują śledzionę w białaczce.

A więc jak należy rozpatrywać te zmiany i ich stosunek do obrazu choroby? Czy mamy przyjąć, tak jak to robi Neuman n, że pierwotna niedokrwistość stała się przyczyną późniejszych zmian w szpiku, czy przeciwnie—przyjąć te ostatnie jako punkt wyjścia dla całej choroby? Już wyżej mówiłem o wątpliwościach, jakie Gravit z podniósł przeciwko opisowi Litten'a; twierdzi on mianowicie, że zmiany w szpiku były o wiele starsze i dłużej trwały, aniżeli objawy białaczki, które wystąpiły dopiero na parę dni przed śmiercią. Zarzut ten, zdaniem mojem zupełnie słuszny, usuwa interpretację Neuman n'a i zmusza nas do poczytania zmian w szpiku kostnym za przyczynę najpierw niedokrwistości, a później dopiero białaczki. Wreszcie poszukiwania tak samego Neuman na jak i późniejsze Litten'a i Orth'a, dokonane na 100 przeszło trupach zmarłych w skutek ciężkich wyniszczających chorób, pokazały że szpik kostny staje się czerwonym, obfitym w przejściowe komórki, ale nigdy nie bywa podobnym do ropy, tak jak to ma miejsce w białaczce. Gdyby tak istotnie rzecz się miała, w takim razie białaczka szpikowa powinna by być daleko częstszą chorobą i wikłać wszystkie cierpienia przewlekłe prowadzące do śmierci (rak, suchoty, cierpienia stawów). Tymczasem nie podobnego nie znajdujemy w etyologii białaczki, która napada ludzi najrozmaitszego wieku, konstytucyi i zajęcia. Zresztą, w moim wypadku należałoby przyjąć, że to wtórne działanie bezkrwistości wyraziło się i na śledzionie, która, jak powiedziałem, miała własności śledziony białaczkowej. Tymczasem jej powiększenie istniało z samego początku obserwacji, t. j. wtedy kiedy objawy niedokrwistości nie dosięgły jeszcze tak wysokiego stopnia, przy tem w poszukiwaniach swych ani Neuman n, ani Litten i Orth nie widzieli, aby w następstwie zubożenia krwi kiedykolwiek cierpiała śledziona. Nie wypadam więc jak tylko przyjąć, że źródłem niedokrwistości postępującej złośliwej mogą być w niektórych wypadkach pierwotne zmiany w szpiku kostnym; wypadki te stoją w bliskim związku z białaczką. To ostatnie twierdzenie nie zdziwi żadnego klinicysty. Istotnie obraz tych dwóch chorób jest tak do siebie zbliżony, że prócz badania krwi, nie ma ani jednego objawu, który by je odróżnić pozwolił. Same te zmiany krwi mają to w obu chorobach wspólne, że ilość czerwonych ciałek, tak tu jak i tam, znacznie jest zmniejszona. Żałować należy, że w znanych dotychczas wypadkach białaczki więcej zwracano uwagę na ilość i jakość ciałek białych, aniżeli czerwonych; przyszłe badania winny być skierowane ku określeniu formy i ilości tych ostatnich, aby ocenić czy i one przedstawiają te zmiany, tak charakterystyczne dla bezkrwistości postępującej złośliwej.

Jeżelibyśmy teraz chcieli rozwiązać pytanie, w jaki sposób opisane zmiany szpiku kostnego mogą wpłynąć na patologiczny stan krwi, to napotkamy na tru-



dnosci prawie niemożliwe do przewycięzenia. Przyczyną tego jest mała znajomość prawidłowych procesów tworzenia się krwi; wszak do dziś nie wiemy czy tylko szpik kostny czy też i śledziona i gruczoły chłonne biorą udział w wyrabianiu białych ciałek krwi; wszak nie wiemy zkad się tworzą czerwone. W takich warunkach fizjologiczna patologija zarówno białaczki jak i niedokrwistości złośliwej po za granice hipotez wyjść nie może. Najlepiej stosunek tych dwóch chorób i ich związek dał by się objaśnić, gdybyśmy przyjęli hipotezę Obratzowa<sup>1)</sup> o tworzeniu się krwi w szpiku kostnym. Według jego poszukiwań, zasadniczymi elementami szpiku kostnego są t. z. protoleukocyty, t. j. blade małe twory, z których drogą mnożenia się i barwienia powstają ciała czerwone (przy czem pomiędzy niemi stają t. z. przejściowe, czerwone z białym jądrem komórki); z drugiej strony twory te, doszedłszy do pewnego wieku, ulegają przemianom wstecznym, protoplazma ich staje się ziarnistą, jądro wyraźnie się oddziela i na tym stopniu rozwoju odpowiadają one białym ciałkom krwi.

W miarę tego, jak przemiany wsteczne posuwają się naprzód, łączą się one w większe komórki (*myeloplaxy*), a nakoniec zupełnie rozpadają. Jednym słowem, protoleukocyty albo się rozwijają i wtedy dają czerwone ciała krwi, albo ulegają przemianom wstecznym i dają twory, podobne do komórek limfoidnych. To przyjąwszy, można nakreślić następujący szemat zmian szpiku kostnego i ich wpływ na stan krwi: 1) tworzenie się protoleukocytów jest dla jakichbądź powodów wstrzymane i wtedy w szpiku kostnym powstaje w ogóle mniej składowych elementów krwi, czego następstwem bywa niedokrwistość; 2) protoleukocyty tworzą się w dostatecznej ilości, jednak nie dzielą i nie barwią się, lecz ulegają przemianom wstecznym i wtedy, tak szpik jak i krew nabierają własności białaczkowych. Utworzone tak w nadmiernej ilości białe ciała gromadzą się najprzód w szpiku i dopiero kiedy ilość ich znacznie wzrośnie, zaczynają przenikać do krwi.

Wreszcie, ta zmniejszona skłonność do przemiany protoleukocytów na czerwone krążki tłumaczyłaby nam zmniejszenie liczby tych ostatnich, jakie stale obserwujemy w białaczce.

Jeżeli wreszcie przyjmimy zmiany w szpiku kostnym, za przyczynę niektórych postaci niedokrwistości postępującej złośliwej, w takim razie jesteśmy upoważnieni do utworzenia nowej formy patologicznej, a która nosić będzie miano: *pseudoleucaemia myelogenica*, na wzór tego jak odróżniamy *pseudoleucaemia liensis* lub *lymphatica*.

Nie byłoby to zresztą nic nowego, francuzcy bowiem autorzy termin ten już wprowadzili do nauki.

Wypadek, którego opis powyżej podałem, należałby do tego okresu, w którym białe ciała, nagromadziwszy się w szpiku, poczynają przenikać do krwi. Z drugiej wszelako strony, należy przyjąć że i samo tworzenie się protoleukocy-

---

<sup>1)</sup> K morfolożii obrazowania krowi w kostnom mozgie, 1880 r. Centralblatt f. d. med. Wiss. Nr. 24. 1880 r.

tów było ograniczone i ztąd obraz tak znacznej niedokrwistości, poprzedzającej białaczkę.

Te wreszcie formy, w których po śmierci znajdowano szpik czerwony, polegałyby nie na zaburzeniu w wytwarzaniu się krwi, lecz na jej nadmiernem zużyciu. Zadaniem przyszłych poszukiwań będzie—wykazać, czy w etyologii wypadków tej kategorii nie znajdują się przyczyny, któreby na takie zubożenie wpłynąć mogły.

Rzecz prosta, że cały ten podział, którego szemat nakreśliłem, oparty jest na hipotezie; tyle wszelako dodać winienem, że i Neumann <sup>1)</sup> cofnął swe pierwotne zdanie i obecnie twierdzi, że tworzenie się czerwonych ciałek idzie niezależnie od białych, i że te ostatnie nie są źródłem dla pierwszych.

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 3. PRZYCZYNEK DO LECZENIA POLIPÓW USZNYCH.

Przez Prof. Politzera z Wiednia.

(Zur Behandlung der Ohrpolypen von Prof. Dr A. Politzer).

Leczenie operacyjne polipów usznych, biorących zwłaszcza swój początek w górnem zagłębieniu jamy bębenkowej, lub też w jamce wyrostka sutkowego (*antrum mastoideum*), napotyka znaczne trudności i rzadko daje pomyślny rezultat, gdyż nie można osiągnąć narzędziem samego początku, tj. korzenia nowotworu. Nawet kilkakrotne wycięcie polipa, o ile to jest w możności, rzadko powoduje zanik pozostałej reszty, która buja znów prędzej lub wolniej, tak, że to częściowe wycięcie ma na celu jedynie usunięcie przeszkody dla odpływu ropy z głębi ucha.

Wszelkie próby wywołania zaniku ziarniny i polipów, wyrastających z ucha średniego i zewnętrznego, przez wkraplanie w ucho steżonych roztworów soli ołowiu, żelaza, lub miedzi, jako też skrapianie tych wybujałości *tinctura opii* lub *jodii*, pozostają po większej części bez skutku. Co gorsza, to to, że użycie przez czas dłuższy wyżej wymienionych środków, powoduje szybszy wzrost tych wybujałości, gdyż sole mineralne osadzając się w przewodzie usznym i łącząc się z wydzieliną ropną, powodują drażnienie i skutkiem tego rozrost i skłonność do bujania tak w skórze, jak i w błonie śluzowej ucha średniego. Oprócz tego, jak uczy doświadczenie, nagromadzenie się osadu po za polipem, powoduje często gwałtowne zapalenie, które się może rozszerzyć na ścianki kostne ucha średniego, a ztąd na kości czaszki.

Daleko lepiej i pewniej działają środki żrące, jak: *argentum nitricum in subst.*, *liq. ferri sesquichl.*, ciasto cynkowe, kwas chromny, żar galwanokaustyczny i t. p.; lecz dla ich zastosowania potrzeba już być specjalistą chorób usznych, a i temu często trudno jest osiągnąć punkt wyjścia wybujałości, gdy otwór w błonie bębenkowej jest bardzo mały, lub też gdy nastąpiły znaczne zrosty błony bębenkowej z jamą bębenkową, a wybujałości wychodzą z boku jamy bębenkowej.

---

<sup>1)</sup> Berl. Klin. Woch. S. 133. Nr. 10. 1878 r.

Do praktycznego zatem lekarza, posiadać środek, którego użycie w większości przypadków powoduje zanik wybujałości usznych, bez żadnych szkodliwych następstw ubocznych, jest rzeczą wielkiej praktycznej wartości, i zasługuje ze wszech miar na uwagę, Takim środkiem jest *spiritus vini rectificatus*.

C. Hassenstein z Getyngi, zalecał w nowszych czasach wyskok dla zniszczenia pasożytów roślinnych, które się niekiedy rozwijają w uchu zewnętrznym, przy tak zwanej *otitis mycosa*. Irzeczywiście w tych przypadkach działa on wybornie. Następnie, przy chronicznych ropieniach z przewodu usznego, zalecał go Löwenberg i Weber-Liel. Jakkolwiek i w tych przypadkach działa on dobrze, to jednak, według Politzer'a, stoi niżej co do działania od kwasu borney, zalecanego przez Betzold'a i od stężonych roztworów lapisu, zalecanych przez Schwartza.

Znakomite za to są rezultaty leczenia *spirito vini rectific.*, w tych przypadkach ropienia z ucha średniego, w których nastąpiło już wytworzenie się ziarniny i polipowych wybujałości w przewodzie słuchowym zewnętrznym, na błonie bębnekowej i w jamie bębnekowej.

Z dwuletniego swego doświadczenia w używaniu alkoholu przy wybujałościach usznych, daje Politzer następujące streszczenie:

Co się najpierw tyczy samego zastosowania, to należy najpierw wydzielić ropną z ucha średniego, przez wdmuchiwanie powietrza (założywszy kateter w trąbkę Eustachijusza, *p. spr.*), przepędzić do przewodu usznego zewnętrznego i następnie wymyć ucho, za pomocą szpryki, ciepłą wodą. Po oczyszczeniu przewodu usznego kulką waty, przechylając na bok głowę chorego, wlewamy, za pomocą łyżeczki od kawy, w przewod słuchowy alkohol nieco ogrzany, i pozostawiamy takowy w uchu przez 10 do 15 minut. W większości przypadków wywołuje to w uchu nieznaczne uczucie ciepła, rzadko silne palenie lub mocny ból. Ból ten jest jednak zwykle krótkotrwały i dokuca jedynie w pierwszych dniach leczenia. Jeżeli ból jest bardzo silny, należy z początku rozcieńczyć spirytus pół na pół wodą. To wkraplanie trzeba powtarzać trzy razy dziennie, gdy zaś wybujałości ulegną znacznemu skurczeniu, wkrapla się dwa razy dziennie, a nakoniec raz na dzień. Skutkiem działania alkoholu, wybujałości, które się odznaczają mocno-czerwoną barwą, bledną znacznie i stają się szaro-czerwonawe, która to barwa zależy od ścięcia się śluzu i białka na ich powierzchni. Przy dłuższem działaniu alkoholu, takowy przenika w powierzchowne warstwy wybujałości, skutkiem czego zawartość drobnych naczynek ścema się, co powoduje następcze kurczenie się tkanki.

Działanie alkoholu nie jest jednak zależne od histologicznej budowy wybujałości. Wprawdzie polipy miękkie, o komórkach okrągłych, częściej i prędzej ulegają zanikowi, jak twarde włókniaki, lecz i te ostatnie znikają często bez śladu po dłuższem użyciu alkoholu. Jako dowód znakomitego działania alkoholu, przytacza autor kilka przypadków z własnej praktyki, z których niektóre zasługują na uwagę.

U 28-letniego mężczyzny, po 4-letniem trwaniu wycieku z ucha, wytworzył się polip w jamie bębnekowej, który dwukrotnie był operowany, lecz mimo to chory skarżył się na ciągły wyciek z ucha oraz ból i ciśnienie w odpowiedniej części głowy. Wkraplania ściągające, przypalanie lapisem, alunem, żarem galwanicznym i jodyną, wszystko było bezskutecznem. Przy badaniu, znaleziono na błonie bębnekowej po za wyrostkiem młotka, owalne zagłębienie, z którego sączyła się ropa. W górnej części tego zagłębienia, wybujałość, wielkości ziarna konopnego, która, jak się okazało przy badaniu zgłębnikiem, brała swój początek z po za pierścienia błony bębnekowej. Po siedmiokrotnem użyciu alkoholu, wybujałość ta skurczyła się, wyciek z ucha ustał i bóle głowy znikły. Słuch po wyleczeniu nie ucierpiał i od roku nie było powrotów choroby.

Inne przypadki, podane przez autora, są również pouczające. Dobrze zwłaszcza mają działać wkraplania alkoholu w tych przypadkach, w których następuje obfite bujanie ziarniny na błonie śluzowej ucha średniego i ziarnina ta wydobywa się na zewnątrz przez otwór w błonie bębenkowej. Te cierpienia odznaczają się uporczywością w przebiegu i leczeniu. W przypadkach takich najlepiej działają wstrzykiwania z wody ciepłej przez kateter do ucha średniego i wkraplania alkoholu. Wyleczenie następuje po kilku tygodniach lub miesiącach.

Chociaż w wielu przypadkach następuje dosyć szybkie wyleczenie, trzeba jednak pamiętać, że w większości przypadków, leczenie alkoholem musi być prowadzone przez kilka tygodni, nawet kilka miesięcy, aby spowodować zanik wybujałości. Dopiero gdy po kilku tygodniach nie ma rezultatu, należy leczenia tego zaniechać.

Leczenie polipów i wybujałości usznych za pomocą alkoholu, nie ma tych niedogodności, które posiadają inne sposoby leczenia, a ma jeszcze prócz tego tę ważną zaletę, że może być zastosowane nie tylko przez specjalistę, lecz przez każdego lekarza.

Wskazania zatem do użycia alkoholu, przy polipowych wyrosłach w kanale słuchowym, są następujące:

1) Dla usunięcia resztek polipowych w przewodzie słuchowym zewnętrznym, na błonie bębenkowej, a zwłaszcza w jamie bębenkowej, których nie można usunąć na drodze operacyjnej.

2) Przy wypełnieniu ziarniną przewodu słuchowego zewnętrznego i gdy takowa rozrosła się na błonie bębenkowej.

3) Przy nadmiernym rozroście błony śluzowej ucha średniego.

4) W przypadkach: w których z powodu przeszkód mechanicznych w przewodzie słuchowym zewnętrznym, nie można usunąć polipa na drodze operacyjnej.

5) Można i należy spróbować, tego sposobu leczenia, u chorych bardzo trwożliwych i u dzieci, u których leczenie operacyjne często jest niemożliwe lub też operacja musi być dokonana pod chloroformem.

E. Modrzejewski.

(*Wiener Medizinische Wochenschrift*. Nr. 31. 1880.)

#### 4. O PEWNYM RÓDZAJU SKURCZU PARADOKSALNEGO.

Podał Dr. **A. Rosenthal**.

(Prof C. Westphal. Ueber eine Art paradoxer Muskelcontraction).

*Arch. f. Psych. u. Nerv. X Bd. 1 H.*

Zjawisko to, zauważone przez Westphala przy rozmaitych chorobach układu nerwowego, polega na tem, iż mięsień, będąc przez zbliżenie jego punktów przyczepu biernie skróconym, ulega skurczowi; biernie więc skrócenie, zwiotczenie (*Erschlaffung*) mięśnia, działa tu jako bodziec, ztąd skurcz ten w samej rzeczy paradoksalnym być może. Najlepiej zjawisko to zauważyć można na m. piszczelowym przednim (*m. tibialis anticus*), na którym też najczęściej występuje. Jeśli stopę poziomo leżącego chorego szybko i silnie sprowadzimy do stanu zgięcia grzbietowego (*Dorsalflexion*), widzimy, iż stopa, pozostawiona sama sobie, pozostaje nadal w nadanej jej pozycji, nie powracając natychmiast, pod wpływem ciężkości, do właściwego jej położenia. Zwracając wtedy uwagę na ścięgno m. piszczelowego przedniego, widzimy że zazwyczaj, w chwilę po dokonaniem zgięciu

grzbietowem, nagle wydatnie występuje i pozostaje w naprężeniu; położenie stopy jest też, odpowiednio do działania mięśnia skurzonego ksobnem. Stopa w tem położeniu pozostawać może kilka minut, raz pozostawała przez 27 minut niezmienną, poczem opada stopniowo lub z przestankami, do właściwego jej położenia. Usiłowanie sprowadzenia stopy z nadanego jej, a w skutek skurczu m. piszczelowego przedniego umocnionego zgięcia grzbietowego, do przeciwnego zgięcia podeszwowego (*Plantarflexion*), napotyka na mniej więcej silny opór. Jeżeli każemy choremu dowolnie wykonać zgięcie grzbietowe, to w niektórych razach stopa pozostaje zgiętą po ustaniu działania pobudzenia woli. Przepuszczenie strumieni stałych przez mięsień skurczony, nie sprowadza za sobą zwiotczenia. Uderzeniem ścięgna nigdy nie zdarzało się wywołać skurczu m. piszczelowego przedniego. Prócz m. piszczelowego przedniego, zauważyć można skurcz paradoksalny częścięj na m. wyprostnym palucha, jako też wyprostnych innych palców, jeśli takowe poddamy biernemu zgięciu grzbietowemu. Również wybitnie wystąpił raz skurcz ten w zginaczach kolana (m. dwugłowy uda).

Zjawisko skurczu paradoksalnego, może być jedno- lub też obustronne. Zjawisko kolanowe (*Patellarphänomen*), może przytem zachowywać się prawidłowo, lub też może go nie być, co zaś do skurczów klonicznych stopy (*Fusszittern*), przy grzbietowem jej zgięciu, to zwykle ich niema, gdyż stopa pozostaje nieruchomo zgiętą, niekiedy tylko zauważono nieznaczne drżenie podczas wykonywania zgięcia grzbietowego. Czuć skóry kończyn dolnych po części prawidłowe, po części zmniejszone; odruchy skórne nie wzmożone. Stosunkowo często skurcz paradoksalny spostrzeganym był jednocześnie z występowaniem dowolnych, rytmicznych, jakby w takcie po sobie następujących ruchów stopy (zgięcie grzbietowe i podeszwowe, ruch ksobny i odsiebny). Gdy zjawiska te w przebiegu choroby znikały, lub zmniejszały się, znikał zazwyczaj też skurcz paradoksalny. W ogólności były to stany paralityczne kończyn dolnych, przy których Westphal skonstatował skurcz paradoksalny. Nie było w tych wypadkach sztywności mięśni (jak przy tak zwanem spastycznym porażeniu rdzeniowem lub wieloogniskowej sklerozie), jednak często, choć nie zawsze, napotymano tu na lekki opór przy biernych ruchach w stawach kolanowym i stopowym.

Wypadki, w których skonstatowano skurcz paradoksalny, dotychczas nie podlegały oględzinom pośmiertnym. Klinicznie rozpoznawane one były jako wiąd pacierzowy (*Tapes*), choć istniały przytem objawy (osłabienie ruchu prócz ataksyi), pozwalające przypuszczać, iż cierpienie rdzenia nie ograniczyło się jedynie pęczkami tylnymi. W innych wypadkach, rozpoznano wieloogniskową sklerozę, choć obraz kliniczny nie odpowiadał wzorowi, podanemu przez Charcot'a, brakowało bowiem objawów takich, jak: zeszywnienie mięśni, drżenie przy ruchach dowolnych i t. p. Dalej skonstatował Westphal opisywany objaw w niektórych wypadkach *Paralysis agitans*; w niektórych wreszcie wypadkach obraz kliniczny nie odpowiadał znanym dotąd zbiorowiskom objawów.

Wyżej wspomiano, iż w wypadkach, w których skonstatowano skurcz paradoksalny, zeszywnienie mięśni nie miało miejsca. Godnem jest jednak uwagi, iż w pewnym szczególnym skomplikowanym wypadku, w którym objaw ten miał miejsce i na kończynach górnych, w przebiegu choroby pojawiło się czasowo zeszywnienie mięśni, tak kończyn górnych jak i dolnych. Ztąd Westphal stawia pytanie: czy w niektórych wypadkach sklerozy wieloogniskowej, już we wczesnym okresie nie można dowieść istnienia skurczu paradoksalnego niektórych mięśni. Stwierdzenie tego faktu przydałoby takie same znaczenie opisywanemu zjawisku dla wieloogniskowej sklerozy, jakie ma brak zjawiska kolanoowego dla rozpoznania wiądu pacierzowego:

Przy badaniu opisywanego zjawiska, należy zachować pewne ostrożności aby nie przyjść do błędnych wyników. Niektóre bowiem osobniki nie są zdolne,

zachowywać się bez czynnego współdziałania przy wykonywaniu na nich ruchów biernych; ztąd ruch czynny mógłby być brany za wynik ruchu czysto biernego. W tym celu badanie należy sprawdzać na innych stawach, kilkakrotnie je powtórzyć oraz odwrócić uwagę badanego.

Wyrzec dziś zdanie co do istoty opisywanego zjawiska, zdaje się być przedwczesnem. Czy ma tu miejsce nagle zmiana naprężenia (rozprężenie) mięśnia, działająca jako bodziec? lub też czy działa rozprężenie jako bodziec na twory nerwowe, leżące na pograniczu ścięgna i mięśnia? Czy podrażnienie ma miejsce na drodze odruchowej, czy bezpośredniej? Wszystkie te pytania pozostać muszą nie rozstrzygniętymi; zarówno jak niezdecydowanym — według Westphala — jest fakt, czy skurcz, spowodowany rozciągnięciem mięśnia lub uderzeniem ścięgna, powstaje drogą odruchową, czy też bezpośrednią?

Skurcz paradoksalny jest zjawiskiem wprost przeciwnem zjawisku kolano-wemu, dla tego, iż podstawą ostatniego jest podrażnienie w skutek rozciągnięcia (*Dehnung*), pierwszego zaś — podrażnienie w skutek zwiotczenia (*Erschlaffung*) mięśnia. Różnica polega również i na tem, iż przy nagłym rozciągnięciu mięśnia (lub uderzeniu ścięgna), następuje jednorazowy skurcz, gdy tymczasem w skurczu paradoksalnym trwanie tegoż jest mniej więcej dłuższe. Godnem jest też uwagi, iż mianowicie przy rozciągnięciu m. piszczelowego przedniego, przez silne zgięcie podeszwowe lub uderzenie ścięgna tegoż, nigdy nie otrzymuje się skurczu mięśnia, w tych nawet wypadkach, w których odruchy ścięgniaste są nader wybitne, gdy z drugiej strony na tym właśnie mięśniu spostrzegamy najwybitniej skurcz paradoksalny; tego ostatniego nie zauważymy znowu na m. trójgłowym łydki (*Triceps surae*), gdy przez nagle zgięcie podeszwowe sprowadzimy go biernie w stan zwłoczenia, natomiast, zarówno jak na m. piszczelowym tylnym i łydkowym (*Pero-neus*), z łatwością otrzymuje się skurcz w skutek rozciągnięcia lub uderzenia ścięgna Achilles'a. Toż samo odnosi się do mięśni wyprostnych i zginaczy goleni, na tyle przynajmniej, iż w mięśniu trójgłowym uda (*Quadriceps femoris*) przez silne bierne wyprostowanie lub hyperekstensję goleni, nie otrzymuje się skurczu paradoksalnego, gdy mięsień ten przez rozciągnięcie *resp.* uderzenie jego ścięgna, jak wiadomo, najlepiej odpowiada skurczem.

Czy w istocie pewne (antagonistyczne) mięśnie w obu tych kierunkach zachowują się odmiennie, czy więc tu pewne mechaniczne lub fizjologiczne stosunki mają pewne znaczenie — rozstrzygnięcie tego Westphal pozostawia przyszłości.

W końcu, kilka uwag sprawozdawcy, z powodu powyżej opisanego zjawiska. Badając rozmaitych chorych nerwowych, co do możliwości wywoływania w nich pomienionego zjawiska, otrzymałem wyniki następujące. Z 5-ciu badanych tabetyków u żadnego nie otrzymywałem skurczu paradoksalnego; dziwi mnie to, iż otrzymywał je Westphal, choć pomiędzy moimi wypadkami były i takie, w których podejrzwać można było skombinowane cierpienie pęczków rdzenia; warunek podany przez Westphala. Z innych chorób rdzenia, zanotuję tu dwa wypadki *Sclerosis lateralis amyotrophicae*, w których odruchy ścięgniaste znacznie były wzmocnione, a przy zgięciu grzbietowem stopy, otrzymuje się z obu stron kloniczne skurcze stopy (*Dorsalklonus, Fussphänomen*); nie otrzymuje się zaś skurczu paradoksalnego. W jednym przypadku ostrego zapalenia rdzenia, przy podniesionych odruchach ścięgniastych bezwładnych kończyn dolnych, nie otrzymałem zjawiska o którym mowa. Co do chorób mózgu, to w jednym przypadku porażenia połowiczego, w skutek apopleksji mózgowej, przed dwoma laty powstałej, w którym odruchy ścięgniaste porażonych kończyn (*Quadriceps femoris, Triceps brachii, Flexores manus*) były znacznie wzmocnione, otrzymałem na chorej stopie wyraźny skurcz paradoksalny; w drugim podobnym przypadku, od pół roku trwającym, w którym wyżej wspomniane objawy były słabiej wyrażone, skurcz paradoksalny okazał się również mniej wydatnym; w trzecim świeżym wypadku skurczu paradoksalnego

nie otrzymałem. Dodatkowo wyniki okazały się: 3) w wypadku ogólnego rozdrażnienia nerwowego, na podstawie alkoholistycznej (bezsenność, obawa przestrzeni, *Agoraphobia*, *Paraesthesiae*), w którym odruchy ścięgniste były nieco wzmocnione, skurcz paradoksalny wyraźnym był na obu stopach. 4) W przypadku *Hypochondriac* (hallucynacje, wyobrażenia przymuszone — *Zwangsideen*), objaw ten skonstatowałem na jednej stopie. 5) Od lat kilku *abusus in Baccho*. Drżenie nóg i rąk. Odruchy ścięgniste wzmocnione. Przemijające przykurczenia stawów. Kilkakrotne napady epileptyczne (*Sclerosis disseminata?*). Skurcz paradoksalny wyraźny na obu stopach. Podane powyżej wyniki były kilkakrotnie sprawdzane i okazały się stałymi. Choć liczba badanych przezemnie chorych nie jest dostateczną dla wyprowadzenia wniosku ogólniejszego, jednakże ośmielam się wypowiedzieć następujące przypuszczenia: 1) zjawisko skurczu paradoksalnego nie uzyska znaczenia rozpoznawczego, równoznacznego z odruchami ścięgnistymi; 2) dowodzi ono wzmoczonej pobudliwości mięśniowej i odruchowej, lecz bywa tylko w tych wypadkach, w których wystąpieniu jego nie stoją na przeszkodzie kloniczne skurcze stopy; 3) dla wiądnicy rdzenia zjawisko to nie jest charakterystycznym.

## 5. Hystero-epilepsia u mężczyzn.

Długo powątpiewano o istnieniu hysterii u mężczyzn, co było naturalnym wnioskiem pojęcia, iż punktem wyjścia tego cierpienia jest macica (jak to zresztą pokazuje sama nazwa: hysteryja, od *ὕστερα* (macica), spolszczona na maciennictwo). Pojawiły się w prawdzie w prassie lekarskiej pojedyncze opisy przypadków hysterii u mężczyzn i ilość ich obecnie jest dość znaczną; większości jednak można zarzucić brak dokładnego podania szczegółów cierpienia. Wolnym od tego zarzutu jest przypadek świeżo ogłoszony przez Bourneville'a i d'Olier'a (Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme. Progrès médical, 1880, Nr 47, 48), którego podajemy opis treściwy.

13-letni chłopiec wszedł do oddziału Dra Bourneville, w szpitalu Bicêtre w Paryżu. Z wywiadów dowiedziano się, że chory pochodzi z rodziny neuropatycznej. Do 10-go roku życia oddawał mimowolnie mocz (*incontinentia urinae nocturna*). Z powodu cierpienia żółtowego, przepędził 15 miesięcy w szpitalu dla dzieci żółtawych w Berck nad morzem, gdzie często ulegał przestraszowi, siostry bowiem miłosierdzia, aby przeszkodzić rozmowom prowadzonym w nocy w sypialniach, kaźaly od czasu do czasu przechodzić przez salę ludziom odzianym w białe prześcieradła. Niedługo potem zaczęły pojawiać się „napady nerwowe“. Przy badaniu chorego znaleziono wszystkie narządy zdrowe, zbroczeniem dotknięta była tylko sfera ruchu i uczucia. Prawa połowa ciała jest nieczuła (*hemianaesthesia dextra*); zniesionemi są wszystkie rodzaje uczucia (ból, dotyku, ciepłoty i t. d.). Prócz skóry utraciła czucie i błona śluzowa jamy ust. Prócz uczucia ogólnego dotknięciem jest i czucie specjalne po stronie prawej (zmniejszenie ostrości widzenia, fałszywe odróżnianie barw (*dyschromatopsia*), zniesienie słuchu, powonienia i smaku). Tak samo jak u kobiet hysterycznych i u opisywanego chorego, jednocześnie ze znieczuleniem pewnych miejsc ciała, inne odznaczają się nadmierną czułością. Najwyraźnijszem jest ono na wysokości ciemienia (środek szwu czołowo-ciemieniowego); inne znajdują się na wysokości wyrostków ciernistych 5-go kręgu grzbietowego, 3 i 4-go lędźwiowego, w okolicy biodrowej lewej i w 3-ciem międzyżebrow (z obu stron) na wysokości linii, przechodzącej prostopadle przez brodawkę sutkową. Co do zaburzeń w sferze ruchu, to te objawiały się napadami drgawek, przychodzącymi w różnych odstępach czasu, niekiedy kilka razy dziennie. O ich częstotliwości świadczy najlepiej to, iż np. w Styczniu (1880) było ich 128, w Lutym 114. Drgawki te nie różniły się niczem od drgawek, cechujących hysteryję u kobiet. Pojawiały się albo nagle, albo były poprzedzane zwiastunami (*aura*): ból gwałtowny w stronie prawej, świsty w uszach, uczucie kuli, wstępującej z okolicy żeber fałszywych lewych ku gardzieli (*globus hystericus*), uczucie palenia w okolicy ciemienia, widzenie płomieni przed oczami. W samym napadzie można było odróżnić, jak i w napadzie hystero-epilepsji u kobiet, 3 okresy: 1) podobny do epileptycznego (*période épileptoïde*), odznaczający się drgawkami tonicznymi i klonicznymi, jak zeszywnieniem, mniej lub więcej znacznem, całego ciała, drganiem pewnych mięśni [jak twarzy, powiek, gałki ocznej (nystagmus)]; 2) okres wielkich ruchów

dokonywanych bądź całem ciałem (wygięcie ciała u góry, tak, że opierając się tylko na głowie i piętach, tworzy ono z połamaniem łuk, czasami o dużej nawet krzywiznie), bądź pewnymi częściami (zakreślanie młynków rękami, naprzemian zginanie i wyprostowywanie górnej lub dolnej połowy ciała); 3) okres majaczenia (p. délirante): chory krzyczy gwałtownie, wymawia pewne zdania, gestykułuje rękami, twarz wyraża ból, radość, lub przestach. Potem chory uspakaja się, przychodzi do przytomności, aby wkrótce zasnąć na krótki czas. Po przebudzeniu się, oprócz uczucia znużenia, nie przedstawia nic nieprawidłowego. Ciepłota podczas napadu nie przekracza normy. Zaburzeń w sferze moralnej, tak częstej u hysterycznych, u chorego, o którym mówimy, nie było.

Podczas całorocznego pobytu w szpitalu, chory przedstawiał wciąż te same objawy czuciowe; ruchowe zaś tem się różniły, iż nie zawsze napad był tak zupełny, jak dopiero co opisany. Tak samo jak u kobiet, dotkniętych hysteryją, niekiedy istniały dwa pierwsze okresy, innym razem tylko pierwszy (tak że napad był wtedy brany, przez nieznających się, za epileptyczny). Dalej, za tożsamością cierpienia w danym przypadku z hysteryją kobiet, przemawia: 1) iż napad hystero-epilepsji można było wywołać dowolnie przez lekki ucisk jednego z wymienionych wyżej miejsc, obdarzonych zwiększonym czuciem (zones hysterogènes), a szczególnie miejsca na ciele, a przeciwnie, silny ucisk tegoż miejsca przerywał napad. Napad hystero-epilepsji, wywołany w ten sposób, nie różnił się niczem od dowolnego. Jak jeden, tak i drugi, można było wielokrotnie przerwać przez wdechanie azotanu amylu. Ucisk na jądra nie miał żadnego wpływu. 2) Zmiany wywołane przez środki, powodujące czucie (agent esthésiogènes), przykładanie blaszek metalowych lub dużego magnesu na miejsca znieczulone, powodowało powrót czucia ogólnego i specjalnego na stronie nieczulej, a znieczulenie połowy ciała przedtem zdrowej (transfert). Objawów hypnotyzmu nie można było wywołać.

Opisane objawy hystero-epilepsji ustąpiły zupełnie po długim leczeniu zimną wodą (hydroterapia).

W przypadku tym stwierdzono wpływ niekorzystny hysteryl na odżywianie i wzrost ustroju. Podług Queteleta (Anthropométrie, str. 117 i 418) w wieku, jaki przedstawiał nasz chory, wzrost fizjologiczny jest 46 mm., a przybytek na wadze 4 kilogr. rocznie, gdy tymczasem chory podczas pobytu przez rok w szpitalu urósł na 0,03 mm., a na wadze zyskał tylko 300 grammów.

Niniejszy przypadek o tyle jest ważnym, iż potwierdzając możność istnienia hysteryl u mężczyzny, wskazuje nadto iż objawy tego cierpienia są identyczne u obu płci. W. Gajkiewicz.

## 6. Troicki. O działaniu naparu (*infusum*) *Convallariae majalis* w organicznych cierpieniach serca. (*Wracze* Nr 47).

Autor zwraca uwagę, że u chorych z wadami serca, a szczególnie lewego ujścia żylnego, nieraz pomimo istniejącej zupełnie dobrej kompensacji, rozwija się nie zmierna wrażliwość nerwowa, która nie tylko zmienia dotychczasowy charakter osoby, ale nie pozwala jej nawet zająć się najdrobniejszą robotą. Chorzy tacy doświadczają napadów ciągłego bicia serca, są wrażliwi na najmniejsze przeciwności, robią się mizantropami i zniechęconymi do życia. W takich wypadkach autor widywał znakomite skutki po użyciu *inf. convallariae majalis* (ex gr. X—Unc. vj.—Cztery łyżki dziennie); uspokaja ono znakomicie układ nerwowy, prócz tego reguluje burzliwą działalność serca. Czasami naparstnica z jakimś narkotykiem także okazuje się skuteczną, ale wtedy należy go dawać w dawkach wysokich, co jak wiadomo, nie zawsze jest bezpieczne; stanowczo więc oddać należy pierwszeństwo *convallariae*. Co się tyczy niekompensowanych wad serca, to działanie tego środka mniej jest widoczne; w każdym razie i tu w razie potrzeby może korzystnie zastąpić naparstnicę. T. D.

## 7. Kelsch i Kiener. O sekrecyi błony śluzowej i powstawaniu cylindrów w nerkach w stanie zdrowia i choroby.

(*Gaz. méd. de Paris*, Nr 49, 1880).

Autorzy, z których pierwszy od dawna już pracuje na polu patologii chorób nerkowych, różnią trzy rodzaje cylindrów: hyalinowe, woskowe i ziarniste. Odnosnie do ich powstawania, doszli oni do wniosków: 1) Sekrecja substancji hyalinowej i koloidalnej, jest zjawiskiem normalnem. Jakoż kanaliki ciała Wolffa zawierają kropelki hyalinowe, które niekiedy zlewają się w wałeczki; toż samo



przedstawiają nerki u zarodków wielu zwierząt ssących, w których prócz tego nieraz widzieć można komórki, posiadające wewnątrz pęcherzyki, wypełnione masą hyalinową. U dorosłego człowieka zdarza się to bardzo rzadko, jednakże, po błędach w dyjele, można u ludzi zupełnie zdrowych widzieć w moczu wałeczki szkliste. Rozmaite patologiczne warunki, jak napływ krwi, zastój żylny, stany zapalne zwiększają silnie to wytwarzanie się masy hyalinowej, przy czem w razie przekrwienia, przeważają wałeczki szkliste, w ostrem zapaleniu — woskowe, a w przewlekłym — ziarniste. Z tego widać że wytwarzanie się masy hyalinowej, *resp.* cylindrów, nie jest ani objawem patologicznym, ani też nie zależy od białkomoczu. Prawdopodobnie proces ten należy porównać do tego, jaki ma miejsce w rozmaitych błonach śluzowych, i tak; wiadomo, że nabłonek cylindryczny błony śluzowej nosa pokryty jest u zarodków ciałami hyalinowemi; toż samo ma miejsce na błonie śluzowej szyjki macicznej, toż samo wreszcie znalazł R a n v i e r w przewodach gruczołów potowych. Należy przypuścić, że nabłonek gruczołów rurkowatych, posiada tę samą własność co błona śluzowa, t. j. własność wydzielania masy hyalinowej, zbliżonej do śluzu. W nerkach własność ta, dość wyraźna u zarodków, niknie w okresie dojrzałym i zwiększa się znów pod wpływem spraw patologicznych, ułatwiających przesycaenie się komórek osoczem (*plasma*) krwi. 2) Taka sekrecyja nabłonka wpływa szkodliwie na jego stan. Jakoż, w razie długotrwałego przekrwienia, zastoju, lub zapalenia, nabłonek nerkowy przedstawia liczne pęcherzyki, wypełnione masą hyalinową lub koloidalną. W końcu, komórki pękają, masa się wylewa do światła kanalika, a same komórki zanikają, lub ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu. Jednem słowem cylindry moczu powstają w skutek zwiększonej działalności komórek, pod wpływem obfitszego dopływu pierwiastków odżywczych.

T. D.

## 8. Stosowanie Kusso (*Wiadom. farmac. Listop.*).

Pół uncyi sproszkowanego kwiatu kusso, nalewa się jedną uncją gorącego oleju rącznikowego (*Ol. Ricini*), poczem dodaje się dwie uncje wrzącej wody i mać się. Następnie płyn powyższy zarabia się z żółtkiem na emulsyję i dodaje kilka kropel jakiego olejku aromatycznego, zaś choty, który przedtem powinien przez kilkanaście godzin powstrzymać się od jedzenia, winien płyn tak p zgotowany wypić od razu.

## 9. Schaefer. Extractum Fabae Calabaricae jako środek przeciwno zwątleniu kiszek.

(*Berl. klin. Woch., Nr 51, 1880 r.*)

Autor próbował działania wyciągu bobu kalabarskiego w kilku wypadkach znacznego zwałtlenia kanału pokarmowego, objawiającego się uporczywym zaparciem stolca, wzdęciem brzucha, wiatrami i bólami. We wszystkich wypadkach rzeczony środek (*Extr. fab. Calab.* 0,05, *Glycerini* 10,0, t. j. grj — *Unc. iij*, co trzy godziny 6 kropel), przyniósł prędką ulgę, następowały obfite stolce i wszystkie dolegliwości znikły. Autor tłumaczy ten skutek fizyologicznem działaniem bobu kalabarskiego, który, jak doświadczenia pokazały, wprowadza kiszki w stan tężcowego podrażnienia. Na te własności leczenia już dawniej zwrócił uwagę S u b b o t i n.

T. D.

## 10. Stężony rozczyn kwasu fenilowego (*Wiadom. farmac.*).

Jak wiadomo, kwas fenilowy bardzo trudno rozpuszcza się w wodzie, dlatego też w aptekach używają rozczynu alkoholowego, który posiada tę niedogodność, że rozproszony wodą czyni płyn mlecznym. Przy opatrunkach często na tem zależy, aby posiadać stężoną wodę fenilową bez przymieszki alkoholu. Do tego celu używają mieszaniny równych ilości kwasu fenilowego i gliceryny, taka mieszanina, pomimo dodania dowolnej ilości wody, daje płyn klarowny.

## II. Papaina, albo pepsyna roślinna.

W mowie, komunikowanej niedawno akademii nauk w Paryżu, prof. Wurtz i Bouchut powierdzają poprzednie doniesienie o trawiącej roli papainy. Przekonali się oni, że papaina działa daleko prędzej i pewniej jak wszystkie pepsyny; przytem nie tylko rozpuszcza ona białko, ale nawet zamienia je na prawdziwe peptony, które mogą być absorbowane i assimilowane.

T. D.

## TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

*Posiedzenia: 21 Grudnia 1880 (administracyjne) i 4 Stycznia 1881 (wyborcze).*

*Biblijoteka Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.* Na posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, odbytem w d. 21 grudnia 1880 r., ze sprawozdania biblijotekarza, Dra Kościńskiego, o stanie biblijoteki w r. 1880, dowiedzieliśmy się, iż takowa znajduje się w kwitnym stanie. W ciągu ostatnich 10 lat, przybyło do niej dzieł daleko więcej, niż poprzednio zebrać ich zdolano w okresie półwiekowego istnienia Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Do r. bowiem 1871 było dzieł 4600, dziś liczba ta wzrosła do 10,350. Z biblijoteki tej, będącej w większej części darem członków Towarzystwa, korzystać zaczynają i osoby do Towarzystwa nie należące, znajdujące tam dzieła, jakich gdzieś indziej napróżno szukały. Przy sposobności przypominamy Kollegom z powinności, iż biblijoteka z wdzięcznością przyjmuje książki wszelkiej treści.

Nowi członkowie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Na temże posiedzeniu wybrano na członków czynnych Towarzystwa Kollegów: Matlakowskiego i Liebkinda z Warszawy; na członków związkowych: Dra Erlickiego i Mendelzona z Petersburga, Dra Wiedmanna ze Lwowa i Obtułowicza z Turka (Galicyja). Dwaj ostatni, jako członkowie zagraniczni, wedle obowiązującej ustawy, muszą być zatwierdzeni przez General-Gubernatora Warszawskiego.

Komitet do wypracowania projektu kodeksu etyki lekarskiej. Na wzmiankowanym posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, wybrani zostali do komitetu tego: Hoyer, Brodowski Włodzimierz, Szokalski, Tyrchowski, Gajkiewicz, Orłowski, Fritsche, Gepner, Klink, Markiewicz, Dobrski, Baranowski; a na zastępców: Kondratowicz, Nussbaum, Dunin, Kosciński, Kościński.

Urzędnicy T. L. W. na r. 1881. Dnia 4 Stycznia r. b. odbyło się pierwsze posiedzenie Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego, na którym wybierano urzędników Towarzystwa na rok 1881. Zostali, prezesem: Hoyer Henryk, wiceprezesem Orłowski Władysław, sekretarzem dorocznym Gajkiewicz Władysław.

## WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Na rok bieżący, podobnie jak dwóch poprzednich lat, redakcyja „Medycyny“ wydała kalendarz, którego drugą część stanowi „Rocznik Medycyny Polskiej“. Rocznik ten zawiera w sobie streszczenie wszystkich prac polskich, wydanych od Lipca 1789 do Lipca 1880 r., i daje nam dokładny obraz ruchu, jaki panuje w naszej literaturze lekarskiej. Nie potrzebujemy dodawać, że jest to jedno z najużyteczniejszych wydawnictw lekarskich, za którą Redaktor „Medycyny“ istotnie zdobyć sobie winien prawdziwą wdzięczność świata lekarskiego. Dzięki Rocznikowi, dziś już nikt, piszący po polsku, nie będzie narażony na możliwość zapomnienia o pracy, we własnym wydanej języku, czego uniknąć do tego czasu było prawie niemożliwe. Prócz tego, daje nam Rocznik ciekawe wskazówki co do tego, jakie gałęzie wiedzy lekarskiej najwięcej u nas są uprawiane i którzy z lekarzy do postępu naszej nauki się przyczyniają. I tak, dowiadujemy się, że we wspomnianym okresie 107 autorów ogłosiło 178 prac z zakresu medycyny. Z tego wypadła na fizyologiję praca 1, na chemiję lekarską—2, farmakologiję—8, anatomiję patologiczną—3, patologiję ogólną—3, terapiję ogólną—2, patologiję i terapiję szczegółową—52, chirurgiję—30, akuszeryję i gynecologiję—16, pedyjatrię—3, okulistykę—8, syfilidologiję i dermatologiję—18, medycynę sądową—13, wreszcie higienę i policyję lekarską—28. Co się tyczy piszących, to Królestwo Polskie dostarczyło autorów 50, Galicyja—35, Cesarstwo Rosyjskie—8, W. K. Poznańskie—5 wreszcie inne kraje Europy—7. Prócz tego pisało w dziennikach lekarskich 3 osoby z po za fachu lekarskiego (2 chemików i 1 dentysta). Z pomiędzy 56 lekarzy z Królestwa wypadła na prowincyję 13, a na Warszawę 37. Szczególniej ciekawe są cyfry, którzy z pomiędzy lekarzy warszawskich najwięcej przyczyniają się do postępu naszej wiedzy lekarskiej. I tak, z pomiędzy 30 członków uniwersytetu, piszących po polsku (13 professorów i 17 asystentów, laborantów), ogłosiło swe prace 11 osób, t. j. professorów 3 (23% ogólnej liczby professorów), asystentów i laborantów 8 (50% ogólnej liczby). Szpitale cywilne, liczące (po odrzuceniu osób wchodzących w skład uniwersytetu) 9 lekarzy naczelnych 28 ordynatorów i lekarzy miejscowych (ogółem 37 osób), dostarczyły tylko 5 autorów (12% ogólnej liczby), pomiędzy którymi 2 naczelnych lekarzy. Reszta prac warszawskich wypadła na lekarzy praktycz-

nych, będących w służbie wojskowej. Na zakończenie tego rocznego obrachunku dodać winniśmy, że oba pisma poświęcone higienie, tj. Dwutygodnik Medycyny Publicznej i Zdrowie, we wspomnianym okresie czasu wychodzić przestały.

— W szpitalu Śgo Łazarza zaszyły pewne zmiany w obsadzeniu posad lekarskich, o których Czytelników naszych zawiadomić pospieszamy. Do połowy r. 1879 było w szpitalu, oprócz naczelnego lekarza, trzech ordynatorów: 1 starszy, 1 młodszy, 1 nadetatowy. Etat starszego ordynatora wynosił 750 rs. rocznie, młodszego 450. Ponieważ już oddawna dawała się uczuć potrzeba jeszcze jednego ordynatora, a Rada miejska dobroczynności publicznej nie mogła, czy nie umiała wynaleźć odpowiedniego funduszu na wynagrodzenie takowego, postanowiono skorzystać z podania się do uwolnienia starszego ordynatora, Dra Kaczkowskiego, i summę 1200 rs. (pensję obu ordynatorów) rozdzielić na trzy, a mianowicie 500 rs., 400 rs. i 300 rs. Projekt ten przesłany do ministerjum, zyskał potwierdzenie. Starszym ordynatorem zamianowano, Kol. Klinka, który przed 4 laty otrzymał w szpitalu drogą konkursu posadę ordynatora młodszego, Kol. Ruckera (który poprzednio był lekarzem szpitala starozakonnych), zamianowano pierwszym młodszym ordynatorem, na miejsce zaś drugiego młodszego ordynatora z pensją 300 rs., ogłoszono konkurs, lecz konkurs ten nie doszedł do skutku. Nadetatowym ordynatorem jest już od lat przeszło 10 Kol. Diehl. Mniemaliśmy, że skoro tylko utworzą trzecią posadę płatną w szpitalu, Rada miejska zamianuje na to miejsce Kol. Diehla . . . ale ogłoszono konkurs. Gdy konkurs nie doszedł do skutku, p. Inspektor szpitali cywilnych, jak to z bardzo dobrego wiemy źródła, przedstawił na 2-go młodszego ordynatora Dra Diehla, ale dla nieznanych nam bliżej powodów potwierdzenie dotychczas nie nastąpiło.

— Za staraniem kuratora szpitala żydowskiego, w zakładzie rzezonym ma być urządzony oddział dla biednych chorych i kalek nieuleczalnych; dotychczas znajdowali tu przytułek jedynie starcy i sieroty zdrowe. Z początku znajdzie pomieszczenie w zakładzie tylko dwanaście osób nieuleczalnych, sześciu mężczyzn i tyleż kobiet. W miarę jednak powiększania się funduszków, oddział pomieniony rozszerzonym będzie.

(Gaz. Polska).

## WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

— Przed niedawnym czasem była pomieszczona w gazecie *Wracz*, że w szpitalu miejskim w Odessie, administracja postanowiła, z powodu ogólnej drożyzny produktów żywności, dawać 25% wody do wszelkich zup, a porcje mięsa o ile możności zastępować sosami i makaronami.

Obecnie czytamy we *Wraczełnych wiadomościach*, że i w szpitalach w Kazaniu, z powodu nadzwyczajnej drożyzny, postanowiono wszystkie porcje pozmniejszać; tak np. zamiast 1 funta chleba dają chorym  $\frac{3}{4}$  funta.

I u nas w Warszawie, pomimo, że od lat kilku cena wszystkich produktów niepomniernie wzrosła, wolno tylko użyć 13 kop. na dzienne żywienie chorego. Rada miejska nie podnosi tej summy już od lat kilku. W przyszłości szczegółowiej kwestyję tę rozberzemy.

— W r. 1881 będzie w Petersburgu wychodzić nowe pismo lekarskie, poświęcone przeważnie hydroterapii, balneoterapii, klimatoterapii, leczeniu kumysem, gimnastyką lekarską (massaż) i t. d. Będzie to miesięcznik, wychodzący pod redakcją Dra E. Lewisa i Dra Gałanina i kosztować będzie 9 rs 50 kop. rocznie. Tytuł pisma: *Wiestnik wodoleczenia i russkich mineralnych wod.*

## WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— W roku bieżącym prof. Vulpian w Paryżu skończył swe pięcioletnie urzędowanie jako dziekan wydziału lekarskiego. Professorowie, oceniając jego niezmiernie zasługi, jednoznacznie wystosowali do niego petycję o pozostanie na zajmowanym urzędzie przez następne pięć lat. Dzienniki lekarskie twierdzą, że w żadnym okresie czasu, wydział lekarski nie zyskał tyle, co za czasów Vulpiana. I tak, personel wykładowych i pomocników powiększony został o 127 osób (z 125 na 252), ustanowiono nowe kliniki (chorób umysłowych, dziecięcych, syfilitycznych i ocznych), stworzono 10 wykładów dodatkowych, urządzono ćwiczenia praktyczne z medycyny sądowej, przebudowano prawie wszystkie kliniki i dodano do nich odpowiednie pracownie. Budżet wydziału literalnie podwojony został (z 588,000 fr. na 1,106,000).

— Wydział lekarski w Wiedniu zajęty jest obecnie obsadzeniem dwóch posad po zmarłych niedawno prof. Hebrzei Dumreicherze. Na miejsce pierwszego komisya zaproponowała znanego oddawna ze swych prac naukowych prof. Kaposiego, tymczasem najniepodziwlaniej podniosły się przeciw niemu głosy i zarzuty, które podobno nie wspólnego z nauką nie mają i wstyd tylko przynoszą wydziałowi. Cała sprawa jeszcze nie jest skończona. Na miejsce, opróżnione po Dumreicherze, wydział ma na widoku dwóch kandydatów, t. j. albo prof. Alberta, albo prof. Czerny'ego, obu bardzo znanych już chirurgów.

— W Niemczech kwestya dopuszczenia wychowañców szkół realnych do sluchania medycyny wciąż jeszcze stoi na porzadku dziennym. Większa część uniwersytetów oświadczyła się przeciwko temu i wyraziła życzenie, aby przyszli sluchacze medycyny otrzymywali wykształcenie humanitarne, tak samo jak ci, którzy mają uczęszczać na inne wydziały. Inaczej wydziały lekarskie zamieniają się na szkoły specyjalne, co, rzecz prosta, nie wyjdzie na dobre nauce. Minister oświecenia, v. Puttkamer, życzenia te podziela i zaręcza, że rząd dziś nie myśli o dopuszczeniu realistów do sluchania medycyny, a raczej ma na celu zreformowanie gimnazjów.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Za Redaktora odpowiedzialnego Dr. Wł. Gajkiewicz.

## OGŁOSZENIA.

### SYROP CHRZANO-JODOWY

#### SIROP DE RAIFORT IODÉ.

Preparowany na zimno przez Grimault.

Jest to ściśle połączenie jodu ze sokiem z roślin antyskorbutycznych: rzerzuchy, chrzanu, wazręchy i wodnej koniczyny, nieczułych na działanie krochmalu. Nieszkodliwość tego przetworu dla żołądka i wnętrzości powoduje, że jest najwięcej używanym ze wszystkich mieszanin syropowych, składających się z jodku potassu i jodku żelaza i czyni go cennym środkiem dla medycyny w chorobach dzieci, jakoto: strupy na ciele niemowląt, limfatyczność i suchoty.

Syrop chrzano-jodowy używanym jest w Paryżu na wielką skalę, jako środek zastępnący tran, wydobywany z wątroby dorsza, nie wywołując najmniejszej nudności.

Każda łyżka stołowa równa się 5 centigrammom jodu; dawka przepisywana dla dzieci jest łyżka stołowa rano i wieczór, a dla dorosłych 2 — 4 łyżek.

### PASTYLKI

przeciw cierpieniom piersiowym z soku sałaty głowistej i wawrzynosiwnu  
pp. Grimault i Cie w Paryżu.

Pod postacią wybornego cukierka, spożywanego z przyjemnością przez dzieci, zarówno jak i przez osoby dorosłe, pastylki te zawierają dwa pierwiastki najbardziej ze wszystkich środków leczniczych usmierzające, a nie szkodliwe. Używane są z powodzeniem przeciw kaszłom, niezłym, słabościom piersiowym, katarom, grypie, chrypee, cierpieniom gardlanym, zapaleniu kanałów oddechowych i kokluszowi.

### SPRYCOWANIE Z ROŚLINY MATICO

P. GRIMAULT et Cie Aptekarzy w Paryżu, 8, ul, Vivienne.

Przygotowane z liści drzewa, rosnącego w Peru, leczy szybko i niechybnie rzeżączki najoporeczniejsze i zastarzałe. Apteka Grimault et Comp. dla lekarzy, którzy mają zwyczaj zapisywać balsam kopajwy za pomocą klejowatości, przygotowuje pigułki z esencji Matico i balsamu kopajwy.

Pigułki te, nie tylko, że zawsze skutkują w jak najkrótszym czasie, ale nawet nie mają tyle nieprzyjemnej woni balsamu kopajwy.

Dla uniknienia licznych fałszerstw i naśladownictwa, żądać należy aby stempel rządowy francuzki, koloru niebieskiego, stosownie do prawa z 26 Listopada 1873, marka fabryczna i podpis, GRIMAULT et COMP. znajdowały się na jednej etykiecie.

W Warszawie dostać można u pp. drogistów. Mrozowskię, Gullę i Spisną, oraz w składach materyjałów aptecznych pp. L. Ziemińskiego, K. Lilpopa, L. Bernsteina.

Довдлено Цензурою, Варшава, 26 Декабря 1880 г. Druk K. Kowalewskiego, Królewska № 23.