

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH [Kobiet] w szpitalu św. Ducha.

O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.

Napisali

dr J. Pawiński, ordynator i dr Jadwiga Korzon, asystent oddziału.

Jak w gruźlicy—gorączka, w cierpieniach nerwowych — bezsenność, tak w chorobach serca i nerek obrzęki stanowią główny przedmiot skarg chorych. Stąd też i usuwanie podobnych objawów staje się ważnym celem zabiegów naszych, a środki ku temu służące są przez lekarzy-praktyków wysoko cenione. Leki moczopędne zyskały jeszcze na swej wartości w ostatnich kilkunastu latach, skoro dzięki pracom szkoły francuskiej, a zwłaszcza H. HUCHARD'a, przekonano się, że nie tylko w puchlinach, lecz i w wielu stanach chorobowych, zależnych od nieprawidłowej przemiany materii, diureza odgrywa bardzo ważną rolę. Niedawne spostrzeżenia kliniczne nad znaczeniem soli kuchennej w patogenezie obrzęków, nie uszczupliły bynajmniej wartości środków moczopędnych, przeciwnie wykazały nawet, że wspierają one działanie dyety bezsolnej lub małosolnej, ułatwiając eliminację różnych produktów nieprawidłowej przemiany pierwiastków [metabolicznych] na zewnątrz organizmu.

Aczkolwiek nie możemy się uskarżać na brak środków diuretycznych, to jednak wobec uporczywości niektórych puchlin, wobec kapryśnego, niepewnego oddziaływania ich na ten lub ów lek, każdy lek nowy witany jest z wielkim entuzjazmem. Przyczynia się niezawodnie do tego i szumna reklama o środku „niezawodnym“, przewyższającym „wszystkie dotychczas znane“, „bez żadnych działań pobocznych“, niezawsze jednak obietnice, wypowiedane przez rodziców chrestnych danego leku, ziszczają się.

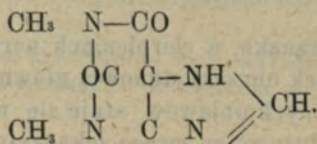
Niekiedy nowy lek działa tylko z początku pod wpływem jakby sugestyi, więc, jak się ktoś słusznie wyraził, należy się śpieszyć z jego zastosowaniem, gdyż po kilku tygodniach przestanie już działać.

I o t e o c y n i e, o której tutaj mówić zamierzamy, wyrażano się jako o idealnym leku moczopędnym, heroicznym, któremu dotychczasowe nie dorównują. Z poniżej przytoczonego przekonamy się, o ile podobne opinie są zgodne z rzeczywistością.

Lecz naprzód kilka słów o składzie i własnościach chemicznych teocyny.

T e o c y n a jest to biały, nieco gorzkiego smaku bezwonny krystaliczny proszek. Punkt jego topliwości jest 268° C. Rozpuszcza się łatwo w ciepłej wodzie, przy ciepłocie 15 — 18° C. w 180-u częściach, przy 37° C—w 85-u częściach wody. Łatwiej rozpuszcza się jeszcze w 1%-owym roztworze sody [NaHCO₃], bo w 64-ch częściach przy temperaturze 15 — 18° C, a w 39,5-u częściach przy 37° C. Z tego okazuje się, że teocyna jest o wiele łatwiej rozpuszczalna, aniżeli teobromina [1 : 1600].

Przy wyparowaniu z wodą chlorową pozostawia osad czerwony, który, pod działaniem amoniaku, przyjmuje kolor fioletowy. Ze względu na swój skład chemiczny należy do grupy d i m e t y l k s a n t y n ó w [zasad purynowych]. Prof. WILHELM TRAUBE ¹⁾ z Berlina otrzymał ją niedawno drogą sztuczną, syntetyczną z kwasu prusko-octowego. W stanie naturalnym, jako alkaloid [zasada roślinna], znajduje się w liściach herbaty chińskiej w bardzo małej ilości obok teiny. KOSSEL ²⁾ otrzymał ją przed kilku laty i opisał pod nazwą „*Theophyllinum*“⁴. Jest to zasada purynowa o następującym wzorze:



Wzór ten więc przedstawia również i skład t e o c y n y [1,3 dimetylksantyn].

Teocyna pozostaje w bliskim związku z kofeiną, która jest trimetylksantyną, w bliższym zaś jeszcze pokrewieństwie jest z teobrominą i paraksantyną, gdyż oba te ciała są także dimetylksantynami. Pierwsze z nich jest to 3,7 dimetylksantyn, a drugie 1,7 dimetylksantyn. Teofilina zaś, *resp.* teocyna jest, jak już powiedzieliśmy, 1,3 dimetylksantyn.

Jakkolwiek prof. W. TRAUBE był pierwszym, który zaczął otrzymywać teofilinę na szerszą skalę—drogą syntezy i wskazał drogę przygotowywania jej fabrycznie, to jednak nie może on być uważany za wynalazcę syntezy teofiliny. Zasluga ta należy się znanemu chemikowi EMILOWI FISCHER'owi i L. ACHOW'iu, którzy otrzymali ją syntetycznie jeszcze w r. 1895 z kwasu moczowego dimetylowego (*Dimethylharnsäure*).

Zanim przejdziemy do omówienia działania teocyny na ustrój ludzki, wypada nam przedewszystkiem zaznajomić się z badaniami na zwierzętach. Bez znajomości tychże nie podobna wyrobić sobie dokładnego pojęcia o istocie działania środka, o którym rzecz idzie.

Już SCHROEDER, zajmując się doświadczeniami nad działaniem diuretycznym ciał do grupy kofeiny należących, przyszedł do wniosku, iż teobro-

mina przewyższa własnościami moczopędnymi kofeinę, pod względem zaś oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy ustępuje jej miejsca. I rzeczywiście obserwacje kliniczne potwierdziły w zupełności dane, otrzymane w pracowni farmakologicznej, wskutek czego teobromina, *resp.* diuretyna, zyskała szerokie uznanie u lekarzy-praktyków.

Od czasu kiedy E. FISCHER w r. 1895 wykazał syntezę i budowę zasad purynowych i ich pochodnych, w pracowni SCHMIEDEBERG'a w Strasburgu zajęto się badaniem działania substancji pochodnych puryny. Rezultatem tego jest interesująca praca dra N. АСН'a „o moczopędnem działaniu niektórych derywatów puryny“³⁾.

Z grupy ksantyny autor robił doświadczenia na królikach nad następującymi ciałami:

- 1) *Coffeina* (1, 3, 7, *Trimethylxanthin*);
- 2) *Theobromin* (*Diuretin*)—(3, 7, *Dimethylxanthin*);
- 3) *Paraxanthin* (1, 7, *Dimethylxanthin*)—*Paraxanthin natrio salicylicum*;
- 4) *Theophyllin* (1, 3, *Dimethylxanthin*);
- 5) *Heteroxanthin* (7, *Methylxanthin*) — *Heteroxanthin natrio-salicylicum*;
- 6) *3 methylxanthin*;
- 7) *Xanthin* (2, 6, *Dioxyypurin*);
- 8) *Isocoffein* (1, 7, 9, *Trimethyl—6—8 Dioxyypurin*);
- 9) *Desoxycoffein* (1, 3, 7, *Trimethyl—2—oxy—1—6 dihydropurin*).

Z badań АСН'a okazało się, że u królików najsilniej moczopędnie działają dimetylksantyny. Z trzech zaś dimetylksantynów teobromina ma działać słabiej, niż teofilina i paraksantyna.

Teobromina (*Theobrom. natrio-salicylicum*) wstrzykiwana do żyły królika w małych dawkach 0,2—0,04, nie zwiększa diurezy, gdy tymczasem paraksantyna w tejże ilości działa już moczopędnie. Teofilina, wprowadzona do żyły w takiejże ilości, zwiększa także diurezę, wybitne jej jednak działanie występuje dopiero w większej dawce, t. j. 0,06 — 0,1 grm. Ilość wydzielanego moczu jest wówczas 30 razy większa, niż normalnie. Zdaniem АСН'a, moczopędne działanie trwa dłużej po wstrzyknięciu paraksantyny, aniżeli teofiliny. To samo spostrzegł autor po zastosowaniu jednego i drugiego ciała nie do żyły, lecz do żołądka—w dawkach 0,5 na kilo wagi zwierzęcia. Po 20-u godzinach paraksantyna działa jeszcze moczopędnie, gdy tymczasem wpływ teofiliny już się wyczerpuje w tym czasie.

Co się tyczy *maximum* działania moczopędnego, to przypada ono nie na paraksantynę, lecz na teofilinę. Po podaniu tej ostatniej *per os* w ilości 1,0 gram. było 116 cctm. moczu, podczas gdy normalnie—w tymże czasie bywa zwykle 10 cctm. Wskutek zastrzyknięcia do żyły udowej 0,05 grm. teofiliny, ilość moczu w pierwszych 10-u minutach wynosiła 12,4 cctm., gdy tymczasem oczekiwano tylko 0,45 cctm.

Zdaniem АСН'a, paraksantyna choć nie posiada tak silnego moczopędnego wpływu, jak teofilina, jednak zdaje się ją przewyższać pod względem trwałości działania.

Co się tyczy teobrominy [diuretyny], to na mocy dużej liczby doświadczeń okazało się, że *maximum* jej działania występuje po dawce 1,0, przy czem ilość moczu wynosi w pierwszych 3-ch godzinach 101 grm., gdy tymczasem normalnie dochodzi ona do 12,5. Po 6-u jednak godzinach, niekiedy nawet wcześniej, diureza zmniejsza się bez wyjątku.

Przy zastrzykiwaniu małych i średnich dawek diuretyny, lub czystej teobrominy do żyły udowej, nie zauważono zwiększenia diurezy, jak to bywa przy dwóch innych dimetylksantynach.

Działanie moczopędne monometylksantynów jest bez porównania słabsze, aniżeli dimetylksantynów; 3 metylksantyn posiada jeszcze pewien wpływ diuretyczny, heteroksantyn pozbawiony już jest w zupełności działania moczopędnego.

Badania nasze nad działaniem teocyny rozpoczęliśmy wkrótce po odczycie DRESER'a ⁴⁾, wygłoszonym na Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Karlsbadzie w 1902 r., zatem przed ukazaniem się artykułu prof. MINKOWSKIEGO z Kolonii o moczopędnych własnościach tego leku.

Ze spostrzeżeń naszych nad kobietami, dotkniętymi chorobami serca, nerek w okresie hiposystolii, okazało się, iż teocyna wywiera niezmiernie silne pobudzające działanie na ośrodkowy układ nerwowy, w części zaś i na kanał pokarmowy. Co się zaś tyczy moczopędnego działania, nie byliśmy w stanie wówczas, z powodu niedużej liczby obserwacji, zdać sobie należycie z niego sprawy, choć o diuretycznych własnościach środka tego nie można już było wątpić.

Wkrótce ukazał się artykuł prof. MINKOWSKIEGO ⁵⁾, który na mocy swych spostrzeżeń nad chorymi z wadami zastawkowemi serca, w okresie zastojów i cierpieniami nerek z puchliną, doszedł do wniosku, iż teocyna jest niezmiernie potężnym lekiem moczopędnym. U jednego z chorych po użyciu 0,4 grm. tego leku, dobowa ilość moczu po upływie 24-ch godzin doszła do 7600 cctm., w pozostałych przypadkach wynosiła około 4000—5000 cctm. Działanie uboczne było u chorych prof. M. nieznaczne i występowało tylko u niektórych z nich, ograniczało się zaś do podrażnienia błony śluzowej żołądka [nudności, wymioty, brak łaknienia], raz tylko jeden zauważył autor ten pobudzenie systemu nerwowego u pacjenta mocno obciążonego dziedzicznie.

Dalsze spostrzeżenia przeprowadzaliśmy w ciągu przeszło dwóch lat na liczonym materiale szpitalnym, przeważnie na kobietach, i w praktyce prywatnej, na mieście—przeważnie na mężczyznach. Kładziemy tu pewien nacisk na różnicę płci, gdyż działanie teocyny bywa nieco odmienne w jednym i drugim razie.

[C. d. n.]

11. Z PRACOWNI INSTYTUTU CHEMII LEKARSKIEJ WE LWOWIE.

Przyczynek do charakterystyki tak zwanej fosfatury.

Podał

W. Moraczewski [Karlsbad].

[Dokończenie.—Patrz Nr. 14].

A. B. Mocz normalny. Dyeta mieszana.

N 22,43; NH_4 1,02; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 1,011

Cl 8,96 : 35,4 = 0,2448

P 1,177 : $3\frac{1}{2}$ = 0,0760

S 1,574 : 16 = 0,0984

Ca 0,2857 : 20 = 0,0142

Mg 0,0702 : 12 = 0,0058

K 4,140 : 39 = 0,1062

Na 5,875 : 23 = 0,2554

$$\text{Cl} + \text{P} + \text{S} = 0,4192$$

0,0209%

$$\text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} = 0,3316$$

0,0190

Różnica = 0,0018

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 4:1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1:20.$$

B. C. Mocz normalny. Dyeta mieszana.

N 20,56; NH_4 0,684; $\text{C}_5\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3$ 1,115

Cl 10,13 : 35,4 = 0,2854

P 1,0807 : $3\frac{1}{2}$ = 0,0696

S 1,5892 : 16 = 0,0993

Ca 0,2643 : 20 = 0,0132

Mg 0,0819 : 12 = 0,0067

K 4,692 : 39 = 0,1203

Na 6,501 : 23 = 0,2826

Cl + P + S = 0,4543	0,0227%
Ca + Mg + K + Na = 0,4228	0,0211
	Różnica=0,0016

$$\frac{P}{Ca} = 4 : 1; \quad \frac{P}{N} = 1 : 20.$$

N. N. Podagra. Dyeta mieszana.

N 19,08; NH ₄ 0,420; C ₃ H ₄ N ₄ O ₃ 0,419
Cl 8,60 : 35,4 = 0,2422
P 1,238 : ³¹ / ₂ = 0,0798
S 1,440 : 16 = 0,0900
Ca 0,1064 : 20 = 0,0053
Mg 0,0996 : 12 = 0,0083
K 2,685 : 39 = 0,0688
Na 6,178 : 23 = 0,2686

Cl + P + S = 0,4120	0,0206%
Ca + Mg + K + Na = 0,3510	0,0175
	Różnica = 0,0031

$$\frac{P}{Ca} = 12 : 1; \quad \frac{P}{N} = 1 : 16;$$

W moczu wybitnie podagrycznym spotykamy nienormalnie wysoki stosunek fosforu do wapnia i różnicę między kwasami a zasadami tak samo niewielką, jak w naszych podagrycznych moczach. Niektóre z naszych zasadowych moczów miały po traktowaniu zasadami różnicę większą od napotykaną w moczach kwaśnych podagrycznych.

Z zestawienia przypadków podagry i porównania ich do moczów normalnych wynika, że mocze normalne zazwyczaj wykazują znacznie większą różnicę pomiędzy ilością jonów kwaśnych a zasadowych. W moczach normalnych stosunkowo mniej jest zasad, albo, jeżeli kto woli, stosunkowo więcej kwasów. Świadczy to albo o tem, że spalanie jest żywsze i kwaśne produkty spalania: fosfor, siarka i t. d. wydzielają się obficie, albo, jeżeli zwrócimy uwagę na zasady, że równowaga między kwasami a zasadami nie wymaga większego wydzielania zasad. W moczach kwaśnych albo spalanie jest mniej kompletne i kwaśnych produktów wskutek tego mniej, albo wskutek wytwarzania się kwasów organicznych zapotrzebowanie zasad jest większe i stąd wydzielanie zasad obfitsze.

Zestawienie przypadków		Dyeta	Równoważniki zasad na 100 (A)	Równoważniki kwasów na 100 (B)	B - A	B + A	$\frac{B - A}{B + A}$	P : Ca	P : N
VII.	Normaln.	Mleko	0,0208	0,0341	0,0133	0,0549	$\frac{1}{4}$	6:1	1:7
Sórb. 1.	Normaln.	Mięso	0,0118	0,0237	0,0108	0,0356	$\frac{1}{3}$	13:1	1:13
"	2.	"	0,0127	0,0247	0,0120	0,0375	$\frac{1}{3}$	8:1	1:13
"	3.	Mieszan.	0,0191	0,029	0,0018	0,0401	$\frac{1}{21}$	4:1	1:20
"	4.	"	0,0211	0,0227	0,0016	0,0438	$\frac{1}{28}$	4:1	1:20
"	5. Podagra	"	0,0175	0,0206	0,0039	0,0381	$\frac{1}{12}$	12:1	1:16
VIII.	Oksal.	"	0,0203	0,0245	0,0042	0,0448	$\frac{1}{10}$	3:1	1:14
IX.	Oksal. Diab.	"	0,0254	0,0290	0,0036	0,0544	$\frac{1}{15}$	4:1	1:14
X.	Podagra	"	0,0139	0,0172	0,0033	0,0311	$\frac{1}{9}$	3:1	1:9
XI.	Oksal.	"	0,0191	0,0230	0,0039	0,042	$\frac{1}{11}$	10:1	1:10
VI.	Zasad. Oks.	"	0,0143	0,0213	0,0070	0,0356	$\frac{1}{5}$	3:1	1:16
IV.	Fosf. kw.	"	0,0261	0,0276	0,0015	0,0537	$\frac{1}{35}$	3:1	1:9
V.	" zas.	"	0,0388	0,0425	0,0037	0,0813	$\frac{1}{22}$	5:1	1:15
I.	" zas.	"	0,0138	0,0173	0,0035	0,0311	$\frac{1}{7}$	5:1	1:10
II.	Fosfat. Cz. I	"	0,0139	0,0149	0,0010	0,0288	$\frac{1}{28}$	9:1	1:17
"	" II	"	0,0113	0,0142	0,0029	0,0255	$\frac{1}{6}$	8:1	1:13
"	" III	"	0,0126	0,0191	0,0065	0,0317	$\frac{1}{5}$	8:1	1:9
III.	" Cz. I	"	0,0129	0,0128	0,0009	0,0247	$\frac{1}{27}$	10:1	1:9
"	" II	"	0,0139	0,0188	0,0049	0,0327	$\frac{1}{6}$	7:1	1:15
"	" III	"	0,0153	0,0211	0,0055	0,0367	$\frac{1}{6}$	6:1	1:9

Że kwaśność moczu głównie powstaje z kwasów organicznych, o tem świadczą nie tylko nasze liczby, ale i wyniki, które otrzymał DRESER ¹⁾, oznaczając ilościowo kwaśność moczu. Jeżeli zatem wskutek zaburzeń jakichkolwiek organizm się zakwasza, to przez wiązanie zasadowych jonów więcej tychże jonów wydziela.

Rozumiemy teraz dlaczego dodanie alkaliów wpływa dodatnio na tego rodzaju sprawy.

Zestawiając wyniki badania moczków kwaśnych z fosfaturą naszego typu, przekonywamy się naocznie o pokrewności tych zaburzeń. Obie sprawy wykazują „słaby obrót“ w organizmie, w obu wydziela ustrój stosunkowo mało jonów, a najbardziej skąpo jonów kwaśnych. Fosfatura pod wpływem dodania zasad wykazuje zbliżanie się do normalnego wydzielenia, powiększa ilość jonów wogóle, a szczególnie ilość jonów kwaśnych.

Co fosfaturę różni zarówno od podagry, jak od fosfatury napadowej i fosfatury dziecięcej, to zachowanie się wapnia. Fosfatura wydziela bardzo mało wapnia przy normalnej, albo zwiększonej ilości fosforu.

SOETBEER chciał cyframi swemi wykazać różnicę wydzielenia kwasu moczowego, ale z cyfr jego wynika dużo innych zależności. Nie tylko uderza mniejsza ilość zasadowych jonów, ale wogóle mniejsza ilość jonów. W porównaniu z moczem normalnym w tych samych warunkach różnica w jonach zasadowych jest bardzo niewielka, jonów kwaśnych wydzielił zaś podagryk mniej niż jeden z użytych dla kontroli zdrowych. Wynik ten w zupełności potwierdza to, co nasze cyfry wykazały i więcej jeszcze zbliża fosfaturę do typu podagry, nie tylko przebiegiem klinicznym, ale i rodzajem przemiany materii.

Z e s t a w i e n i a .

1) Fosfatura chroniczna wykazuje nienormalne zmniejszenie się soli wapnia przy normalnych lub nadnormalnych ilościach fosforu. W przeciwieństwie do fosfatury u dzieci i fosfatury neurastenicznej, stosunek fosforu do wapnia jest wysoki, $P : Ca = 10,9, - 5$.

2) Pod wpływem podawania zasad zwiększa się wprawdzie wydzielenie jonów zasadowych, ale stosunkowo w znaczniejszym stopniu wzrasta ilość jonów kwaśnych, co odpowiada normalnemu wydzieleniu.

3) Fosfaturę cechuje skąpe wydzielenie jonów wogóle, a w szczególności jonów kwaśnych: chloru, siarki i fosforu, w czym fosfatura zbliża się do typu wydzielenia w podagrze.

4) Zestawienie wydzielenia w podagrze z wydzieleniem normalnem wykazuje stosunkowo skąpe wydzielenie jonów, a szczególnie jonów kwaśnych, które w moczu normalnym przeważają nad jonami zasadowymi więcej, niż w moczu podagrycznym.

5) Zasadowość fosfatury polega na wpływie amoniaku, kwaśność moczków kwaśnych—na wpływie kwasów organicznych.

¹⁾ DRESER. Beitr. Hofmeister. T. VI, Zesz. 5, str. 177.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 14].

Reasumując pokrótce powyższą historję choroby, otrzymamy, co następuje. 19-letni młodzieniec wskutek nieszczęśliwego skoku w kilka dni później zaczął doznawać silnego bólu w prawem kolanie oraz nie mógł oddawać własnowolnie moczu. Przy badaniu okazało się: porażenie prawej stopy i palców, osłabienie ruchowe całej kończyny prawej, poważne zaburzenia czucia na obu stopach [na prawej—wszystkich rodzajów czucia, na lewej tylko ciepłikowego, przyczem stwierdzić było można objaw rozszczepienia czucia] i na pośladku lewym w okolicy *anus*, osłabienie odruchu kolanowego i zupełne zniesienie obu odruchów ze ścięgna *ACHILLESA*, z których lewy później powrócił. Odruchy: brzuszny i jądrodrowy z obu stron bardzo żywe. Badanie elektryczne wykazało tylko obniżenie pobudliwości zarówno pośredniej, jak i bezpośredniej (*n. popliteus d.*, *m. peroneus long. dexter*) oraz zniesienie zupełne bezpośredniej pobudliwości farmaceutycznej [w 2-ch mięśniach *m. soleus dexter*, *m. tibialis anticus dexter*].

Zbytecznem jest rozwodzić się nad tem, że mamy tu do czynienia ze sprawą rdzeniową, a ze względu na nagły początek przychodzi nam od razu na myśl wylew krwawy do rdzenia. Wyżej wspomniane objawy pozwalają twierdzić, że zajęty jest najbardziej dolny odcinek rdzenia, t. j. jego dolna część lędźwiowa i część krzyżowa. Zajęcie ogona końskiego (*cauda equina*) wykluczamy głównie na tej zasadzie, że po tem ostatniem cierpieniu bywają zazwyczaj silne bóle w okolicy krzyża, w kroczu, w odbytnicy i t. d., że daje ono zwykle objawy obustronne, gdy tymczasem w naszym przypadku przewaga była po stronie prawej, wreszcie objawu rozszczepienia czucia, które stwierdzić było można w naszym przypadku, w cierpieniach ogona końskiego nie bywa. Chcąc dokładniej umiejscowić ów wylew krwawy, należy mieć na uwadze, co następuje.

Ze względu na zajęcie mięśni *tibialis anticus*, *peroneus*, *extensor digit. commun.*, jak również *soleus* i *tibialis posticus* z prawej strony [zupełna nieruch-

liwość prawej stopy i palców], ognisko zajmować winno rogi przednie w dolnych odcinkach lędźwiowych i górnych krzyżowych [od IV lędźwiowego do II krzyżowego]. Dalej, ze względu na granice zaburzeń czucia dotykowego i na zaburzenia w czuciu mięśniowym [z prawej strony] również zajęte są z prawej strony rogi tylne od V lędźw. do I krzyżowego. Dalej, ze względu na brak odruchu *ACHILLES*a i podszwowego z prawej strony, zajęte są tylne albo przednie rogi również z prawej strony, począwszy od I do III odcinka. Osłabiony jest również odruch kolanowy ze strony prawej, wobec czego należy przypuszczać, że ognisko sięga IV lędźwiowego odcinka, a być może uciska także na wyższe lędźwiowe [III i II]. Jeżeli weźmiemy teraz pod uwagę zaburzenia w czuciu cieplikowym, na pośladku i w okolicy *anus*, a w części ten fakt, że dotknięte są funkcje pęcherza i seksualne, to wypływa stąd, że zajęte są III, IV i V odcinki krzyżowe.

Przypadek nasz zasługuje na uwagę, jako jeden z nielicznych wogóle opisanych dotąd przypadków zajęcia *conus medullaris* [BERNHARD, ROSENTHAL, KOESTER, HIGIER, ZIEGLER, BREGMAN i niewielu innych], dalej, jako rzadszy jeszcze przypadek wylewu krwawego w tem miejscu rdzenia [RAYMOND, SCHIFF], zwłaszcza zaś ze względu na interesujący objaw rozszczepienia czucia. Jak już zauważyliśmy poprzednio, z prawej strony zaburzenia czucia były notowane na prawej stopie i dolnej części goleni prawej, gdzie dotknięte były wszystkie jego rodzaje. Miejsce to odpowiada V-emu lędźwiowemu i I-emu krzyżowemu odcinkowi rdzenia. Po stronie lewej dotknięte było wyłącznie c z u c i e c i e p l i k o w e [dotykowe i bólowe było zupełnie normalne]. Zaburzenia te dotyczyły lewej stopy i dolnej części goleni po tej samej stronie [V lędźwiowy i I krzyżowy odcinek, po części i IV lędźwiowy—według schematu SEIFFER'a], gdzie zniesione było czucie ciepła, oraz wewnętrznej części lewego pośladka i okolicy *anus*, gdzie zniesione było zarówno czucie ciepła, jak i zimna [miejsce to odpowiada mniej więcej dziedzinie inercyjnej 3-ch ostatnich odcinków krzyżowych].

Objaw rozszczepienia czucia uważany jest, jak wiadomo, za cechę charakterystyczną dla t. zw. hematomyelii centralnej, t. j. dla wylewów krwawych do szarej istoty rdzenia, a mianowicie do jej rogów tylnych. Predylekcyę wylewów krwawych do rogów tylnych stwierdził klinicznie i anatomicznie głównie MINOR, GOLDSCHIEDER zaś i FLATAU poparli wywody MINOR'a eksperymentalnie. I w naszym przypadku najwidoczniej zajęta jest przeważnie istota szara, na co skądinąd zresztą wskazuje wiotkie porażenie prawej stopy i palców, osłabienie odruchu kolanowego z prawej strony oraz brak obustronny odruchów ze ścięgna *ACHILLES*a [lewy odruch w przebiegu choroby powrócił]. Nasuwa się kwestya, dlaczego rozszczepienie czucia dotyczyło w naszym przypadku wyłącznie strony lewej i czy objaw ten objaśniany być tutaj może przez ognisko w rogu tylnym lewym.

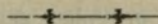
Z prawej strony na stopie i goleni, w oznaczonych na schemacie miejscach, dotknięte były wszystkie rodzaje czucia [nie wyłączając i dotykowego]. Wobec tego przypuścić należy, że ognisko obejmowało róg tylny z prawej strony

w tem miejscu, gdzie przechodzą drogi czuciowe dla dotyku i gdzie kończą się pierwsze neurony dróg czuciowych dla bólu, ciepła i zimna.

Oslabienie odruchu kolanowego z prawej strony oraz brak odruchu z prawego ścięgna ACHILLESA pozwalały przypuszczać 3 ewentualności: 1) zajęcie dośrodkowej części łuków odruchowych [korzeni tylnych]; 2) zajęcie ich obocznie [kolateralii], rozgałęziających się dookoła komórek rogu przedniego; 3) zajęcie samych komórek rogu przedniego; wreszcie 4) zajęcie korzeni przednich [odśrodkowej części łuku odruchowego]. Wobec stwierdzonego zajęcia istoty szarej rdzenia, najwięcej danych przemawia za przypuszczeniem, że łuki odruchowe dla PR i AR z prawej strony przerwane zostały w miejscu połączenia dośrodkowej części z odśrodkową, t. j. że przerwane zostały obocznie, idące od korzeni tylnych do komórek rogu przedniego; przeciwko zajęciu samego rogu przedniego lub części odśrodkowej łuku odruchowego przemawiałby zresztą brak zaników mięśniowych w prawej kończynie i brak odczynu zwyrodnienia. Otóż zdarzyć się mogło [i przypuszczenie to ma dużo prawdopodobieństwa], że to samo ognisko, wspomniane wyżej, natrafiło na przebiegające tędy na przestrzeni kilku odcinków włókna dla czucia ciepłikowego strony przeciwległej, pomijając włókna dla czucia bólowego tejże strony [jak wiadomo, większość autorów przypuszcza obecnie odrębność dróg ośrodkowych dla czucia bólowego i ciepłikowego], i w ten sposób objaśnić sobie można wyłączone zaburzenia czucia ciepłikowego po stronie lewej. Czynie zależnem to rozszczepienie czucia od zajęcia lewego rogu tylnego, byłoby, zdaje się, bardzo trudnem, w takim bowiem razie nie byłoby rzeczą zrozumiałą, dlaczego po tej samej stronie [lewej], wobec ewentualnego zajęcia rogu tylnego, nie było znaczących zaburzeń czuciowych na lewej stopie i goleni. W ostatecznym rezultacie na podstawie wywodów powyższych, wypowiedzieć można przypuszczenie, że w naszym przypadku ognisko krwotoczne obejmuje na przestrzeni od IV lędźwiowego do V krzyżowego odcinka wyłącznie istotę szarą, a mianowicie p r a w y róg tylny wraz z jego nasadą, natrafiając na obocznie łuków odruchowych dla odruchów kolanowego i dla odruchu ze ścięgna ACHILLESA ze strony prawej, oraz na krzyżujące się włókna dla czucia ciepłikowego, idące ze strony lewej. W pierwszych dniach choroby ognisko to uciskało najwidoczniej obocznie dla odruchu ze ścięgna ACHILLESA ze strony lewej, czem objaśnić sobie można jego brak przemijający.

[D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.



Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieł „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Bernu i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i Ph. PAGNIER'a].

[Dokończenie.—Patrz Nr. 14].

Elementarnym przepisem w psychoterapii jest: nieużywać wyrażenia „chory z urojenia“ (*malade imaginaire*), gdyż chorzy ci cierpią rzeczywiście, i lekarz nie powinien negować cierpienia, albowiem chory nabędzie przekonania, że się go nierozumie i lekceważy. Tymczasem chory daje się łatwo przekonać, że jego psychika może mieć wielki wpływ na oganizm i że na tej drodze może być uleczony.

Psychoterapia powinna chorego powoli doprowadzić do zapomnienia przyczyn swej choroby. Do tego dojść można, nadając nowy kierunek myślom chorego, zastępując jedno wyobrażenie drugim, silniejszym, lub rozkładając (*dissociant*) dane wyobrażenie i z jego pierwiastków budując inne i t. d., według mechanizmu zapomnienia, wyłożonego przez HÖRFFDING'a.

DÉJERINE i DUBOIS kładą wielki nacisk na potrzebę zbudzenia w chorym chęci wyzdrowienia. Wśród neurasteników i histeryków spotykamy jednego, który pomimo, że się radzi lekarzy i poddaje kuracyi, w gruncie rzeczy nie ma ochoty pozbyć się swych dolegliwości, robiąc sobie z nich poniekąd aureolę; są i tacy, którzy absolutnie nie wierzą w możność wyzdrowienia. Zarówno w jednych, jak i drugich trzeba przedewszystkiem obudzić gorącą chęć odzyskania zdrowia, oraz wiarę w możność wyleczenia, gdyż wtedy tylko można być pewnym rezultatów kuracyi.

Reedukacja w chorobach natury psychicznej, jak histerya, neurastenia i t. d., jest także jednym z ważnych czynników psychicznych. Reedukacyi podlegać mogą mięśnie, stawy, organy i funkcye psychiczne. Przy stosowaniu reedukacyi musimy zwrócić uwagę na to, czy dana czynność została po prostu zapomniana, czy przekształcona, spaczona. W paraliżu psychicznym jest utrata czynności przez zapomnienie; w płasawicy ruch prawidłowy został zastąpiony przez ruchy fałszywe i zbyteczne.

Zniesienie ruchów mimowolnych nie da się osiągnąć od razu; trzeba próbować zmniejszać ich natężenie i częstość. Ruchy te są wprawdzie automatyczne, lecz do pewnego stopnia automatyzm ten pozostaje pod kontrolą władz psychicznych wyższych. Przy leczeniu płasawicy, drżenia i t. d. DÉJERINE i jego adepci uciekają się do prób unieruchomienia. Gdy chory leży, namawia się go do skoncentrowania uwagi przez parę chwil na chore członki, próbując utrzymać je nieruchomo. Zwykle choremu udaje się przynajmniej zmniejszyć natężenie nienormalnych ruchów. Wtedy trzeba skostatować to skwapliwie, powinszować nawet pacjentowi, w celu wzbudzenia w nim wiary, że uleczenie jest najzupełniej możliwe. Istotnie, z chwilą gdy pacjent nabędzie tego przekonania, uleczenie staje się tylko kwestyą czasu. Ćwiczenia powyższe chorey musi następnie powtarzać stojąc, siedząc i t. d.

Obok tego muszą się odbywać ćwiczenia ruchów normalnych, stopniowo coraz bardziej skomplikowanych. W niektórych przypadkach przy leczeniu ruchów mimowolnych (*tics, myoclonie, crampes professionnelles*) prof. DUBOIS postępuje inaczej niż prof. DÉJÉRIN. Nie stosuje on kinesiterapii, poprzestając najczęściej na psychoterapii. Według niego, nie należy przykuwać uwagi chorego do nienormalnego ruchu, i dlatego nie wymaga on żadnego wysiłku woli, działając tylko na stan psychiczny chorego i nie wystawiając go na próby, niezawsze pomyślne. Metoda ta jednak da się stosować głównie w tych przypadkach, w których wyraźnie można odnaleźć genezę ideową lub uczuciową ruchu. Kinesiterapia zaś powinna mieć zastosowanie tam, gdzie widzimy ruch bardziej automatyczny, gdzie geneza ideowa nie da się wysledzić, lub też gdy intelligencja chorego jest słabo rozwinięta. Niekiedy obie metody dadzą się skombinować, co wymaga wielkiego taktu i wielkiej zręczności lekarza.

Reedukacja ruchów normalnych oparta jest na zasadzie, że w y o b r a ż e n i e nie przedmiotu wytwarza w nas tendencję wykonywania ruchów, które pierwotnie były skojarzone z wrażeniem, przez dany przedmiot wywołanem. Jednostka normalna może, rozumując, zapobiedz przejściu wyobrażenia w czyn, ale może, również zapomocą rozumowania, wzmocnić to wyobrażenie i czyn dany wykonać. Widzimy tutaj znów wpływ kontroli wyższych centrów psychicznych; pobudzić i wzmocnić tę kontrolę może psychoterapia, — nigdy zaś sugestya.

Przykład gra wielką rolę w reedukacji i jest najlepszym środkiem do wywołania pożądanego ruchu u chorego. Lekarz musi kilka razy powtórzyć pewien ruch, dopóki chory dokładnie go nie zrozumie i nie utwali w pamięci. Drugim sposobem kształcenia ruchów są ruchy bierne pacjenta. Kontrola wzrokowa jest czynnikiem bardzo ważnym; ruch wykonany przy zamkniętych oczach nie jest zupełnie dokładny, wzrok zaś uzupełnia zmysł mięśniowy i poprawia niedokładności.

Próby kształcenia ruchu powinny być krótkie, zwłaszcza z początku; należy je przytem przerywać, zanim zmęczenie da się uczuć, pod wpływem zmęczenia bowiem ruchy stają się coraz mniej dokładne, co zniechęca chorego i wywołuje zwątpienie w uleczenie.

Reedukacja ruchów daje rezultaty nie tylko w przypadkach właściwej neurozy.

Często w razie parezy organicznej udaje się zapomocą ćwiczeń przywrócić pacjentowi ruch, drogą zastępstwa włókien nerwowych. Tym właśnie sposobem otrzymuje się doskonałe rezultaty przy kształceniu ruchów u tabetyków. Tam, gdzie umysł i wzrok nienaruszony, gdzie niema zaniku mięśni i zbyt wielkich zmian w czuciu, tam możemy z pewnością osiągnąć doskonały skutek przez reedukację.

Reedukację stosuje się również do ruchów oddechowych, do funkeyi przewodu pokarmowego i t. d. Pewna chora, która od 10-u lat zrzuciła pokarmy po każdym jedzeniu, pod wpływem psychoterapii pozbyła się tej dolegliwości w ciągu kilku dni. Chęć wyzdrowienia była u niej tak wielka, że z początku połykała wymioty byle dotrzymać przyrzeczenia danego lekarzowi i sobie.

Trudno określić, kiedy chory może być uważany za wyleczonego. Pewność w tym kierunku jest nam dana raczej przez pewną sumę spostrzeżeń, aniżeli przez jakiś znak specjalny. Przedewszystkiem konstatuje się, że objawy, które zniewoliły pacjenta do szukania porady, zostały usunięte. Zniknęły parezy, skurcze, drgania, znieczulenia, przeczulenia i t. d. Stwierdza się zwiększenie siły mięśniowej i wagi pacjenta, co dowodzi lepszego odżywiania organizmu.

Zniknięcie objawów patologicznych nie jest jednakże identyczne z uleczeniem. Kryterium uleczenia leży właściwie w zmianie intelektu, całości kształtu umysłowości pacjenta. Jeżeli uwaga, zmysł krytyczny się wzmogły i są normalne, jeżeli wszelkie idee bezpodstawne zostały opanowane i nawet zapomniane, — wtedy można uważać chorego za uleczonego. Wychodzący ze szpitala osobnik powinien zapamiętać dokładnie rady i wskazówki, otrzymane w czasie choroby, ażeby służyły mu one drogowskazem w danym życiu. W ten sposób nauczy się on kierować sobą, lekarz stanie się dla niego zbyt czynnym, co właśnie powinno być usiłowaniem psychoterapeuty. W samowychowaniu bowiem chorzy powinni szukać lekarstwa na swoje cierpienia, a zdrowi — środka ochronnego przeciwko nerwowości. To samowychowanie niech się zacznie od małych rzeczy, np. od niezwracania uwagi na drobne dolegliwości, którym i zdrowy człowiek nieraz podlega. By być zdrowym i szczęśliwym, powinno się odwracać uwagę od siebie samego, a skierowywać ją za bliznich, kształcąc w sobie uczucia altruistyczne; dewizą zaś człowieka niech będzie: panowanie nad sobą.

Dr E. Dembicka [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. O. Schifone. O wpływie znaczniejszych rezekcyi czaszki i twardej opony mózgowej na budowę i czynność kory mózgowej.

Autor przeprowadził liczne badania na zwierzętach [psach] w celu przekonania się: 1) czy, po rezekcyi czaszki i *durae matris* na znacznej przestrzeni, następuje stale wzrost pomiędzy miękką powłoką czaszkową a korą mózgową; 2) jakie zachodzą zmiany w nowowytworzonych tkankach po operacji i po jakim czasie następuje wzrost ostateczny; 3) jak się przytem zachowuje kora mózgowa i jakie są następcze zaburzenia czynnościowe; 4) czy brak powłoki kostnej i twardej opony mózgowej prowadzi za sobą przepuklinę mózgu.

Technika operacyjna była następująca: po odpowiednim przygotowaniu pola operacyjnego i uspieniu zwierzęcia, dokonywano cięcia skóry półkulistego [wypukłością zwróconego ku linii środkowej]; po odsunięciu skóry wraz z tkanką podskórną przecięto mięsień w okolicy skroniowej w kierunku cięcia skór nego aż do kości i oddzielono go możliwie wraz z okostną od kości. Po zrobionej trepanacji i usunięciu kości, wycięto część opony twardej aż do brzegu otworu kostnego, unikając zranienia opony miękkiej. Wtedy zwykle mózg wystaje się ponad otwór czaszkowy, lecz delikatny ucisk wystarcza do utrzymania go w pierwotnym położeniu. Następnie łączy się zapomocą szwu mięsien z brzegiem kości, *resp.* okostnej, układając go w pierwotnym położeniu. Wreszcie nakłada się szew na skórę. O ile nie nastąpią powikłania, jak otoczenie krwawienie, uszkodzenie mózgu, opony miękkiej, silne i długotrwałe wstrząśnienie mózgu lub też zakażenie pola operacyjnego, należy spodziewać się dobrych wyników zabiegu tego.

Doświadczenia nad czynnością układu nerwowego po tej operacji były dokonane według metod LUCIANI'ego, SEPPILLI'ego i RONCALI'ego. Zwierzęta były najskrupulatniej badane; sekcyja była dokonywana u różnych psów w róż-

nych okresach pooperacyjnych: najwcześniej w 2 dni po operacji, a najpóźniej po upływie 9-u miesięcy.

Na mocy 25-u doświadczeń autor otrzymał wyniki następujące:

1) Tylko u 3-ch psów wystąpiły napady padaczkowate zaraz po operacji i w przeciągu pierwszych dni.

2) U żadnego psa nie stwierdzono zaburzeń ruchowych i czuciowych, przy niezmiennem usposobieniu zwierzęcia i dobrem odżywianiu.

3) Sekcja wykazała zrost pomiędzy korą mózgową a powłokami czaszki. Mózg nie był obrzękły ani się wypadł. Żadnych zmian w tkance mózgowej gołem okiem nie stwierdzono; otwór czaszkowy był zmniejszony przez nowo utworzoną tkankę kostną.

Materyał, który posłużył do spostrzeżeń drobnowidzowych, pochodził ze skrawków kory mózgowej oraz miękkiej tkanki, tworzącej sklepienie czaszki w okresach czasu od 48-u godzin do 9-u miesiący po dokonanej operacji.

Z badań tych autor wysnuwa wnioski następujące:

1) Pierwsze zrosty pomiędzy korą mózgową a pęczkami mięśni występują w pierwszych tygodniach po rezekcji czaszki; początkowo widać w nich delikatne pętlice naczyń, otoczone młodą tkanką łączną, które łączą się z naczyniami miękkiej opony mózgowej.

2) Po 15-u dniach tworzą się na całej przestrzeni ściśle zrosty z nowo powstałej tkanki łącznej, która rozrasta się w następstwie bujania jąder sarkolemy zniszczonych włókien mięśniowych, z poprzednio istniejącej tkanki między pęczkami a włóknami mięśni, wreszcie z emigrujących leukocytów.

3) Po tym czasie tkanka łączna przybiera cechy tkanki włóknistej, bliznowatej, która w rodzaju grubej opony pokrywa korę mózgową i zrasta się z nią przy pomocy naczyń, które znowu przeobrażają się w dość grube postonki.

4) Po pierwszym miesiącu sprawa zablizniania się ostatecznie jest zakończona.

Co się tyczy samej kory mózgowej, to pierwsze zmiany zauważono w pierwszych tygodniach, w miarę zrastania się kory mózgowej i tkanki okołoczaszkowej. W tym okresie zmianom ulegają druga i trzecia warstwa kory mózgowej, t. j. duże i małe komórki piramidalne. Części mózgu, znajdujące się dokoła powierzchni zrosłej, nie ulegają widocznym zmianom.

Pomiędzy elementami zmienionymi spostrzegamy jednak prawidłowe, co naprowadza na myśl, że: 1) pewien bodziec, wywołujący te zmiany, działa nierównomiernie, 2) że elementy nerwowe różnie zachowują się względem tego rodzaju wpływów.

W 10 dni po operacji wybitniejsze zmiany występują w warstwie z drobnymi komórkami piramidalnemi, niż z większemi. Piramidalne komórki małe są wtedy okrągłe, nie posiadają wypustek, barwią się słabo; substancja chromatyczna protoplazmy zredukowana jest do niewielu ziarenek, otaczających masę jądrową. Jądro podlega najmniejszym zmianom, zachowuje swoją postać kulistą i wielkość normalną; jąderko znajduje się w zwykłym swoim miejscu. Po 20-u dniach od operacji komórki piramidalne mają postać kulistą, nie posiadają wypustek, ich substancja chromatyczna albo zupełnie zanika, albo też w niewielkiej ilości pozostaje na obwodzie komórki; jądro leży odśrodkowo, jąderko zaś w niektórych komórkach zupełnie zanika.

Przy większem powiększeniu i na preparatach zabarwionych błękitem metylenowym, występują zmiany w komórkach nerwowych o wiele subtelniej; należy więc rozpatryć: 1) komórki, 2) chromatyczną substancję protoplazmy, 3) zmiany protoplazmatyczne, 4) jądro i jąderko.

1) Komórka nerwowa traci swój kształt swoisty, piramidalny, wypustki znikają częściowo lub całkowicie; komórka przybiera postać kulistą lub jajowatą, wreszcie pod wpływem zmian patologicznych znacznie powiększa się.

2) Barwa komórki zależy od ilości chromatyny, bądź przez tworzenie się nowych ziarenek, bądź przez zwiększenie się liczby już istniejących; Nissl. nazywa taki stan komórki piknomorfny. Jeżeli komórka barwi się słabo i ilość substancji chromatycznej zmniejsza się, wówczas jest ona w stanie apiknomorfny, czyli w okresie chromatolizy.

3) Wypustki komórek nerwowych podlegają tym samym zmianom, a mianowicie w niektórych komórkach częściowo lub zupełnie zanikają lub są bardzo cienkie z mniej lub więcej wyrażoną chromatolizą.

4) Jądro, w postaci kuli, występuje w środku ciała komórki, zawiera sieć, która albo słabo albo wcale się nie barwi. W środku jądra jest jąderko, które silnie się barwi na niebiesko. Jądro niezawsze podlega zmianom, miewa jednak kształt jajowaty lub bywa małe, zanikłe, pozbawione właściwej otoczki.

Przy drobnowidzowem rozpatrywaniu zmian, zachodzących w komórkach nerwowych, zwrócono szczególną uwagę na obfite, okrągłe, silnie zabarwione elementy, które, albo pozostają na brzegu komórek, robiąc większe lub mniejsze zagłębienia lub wnikają w masę protoplazmatyczną, ćwiartują komórkę i doprowadzają do szybkiego zniszczenia. Nie ulega wątpliwości, że to są fagocyty i że komórki nerwowe tak, jak wszelkie inne komórki w naszym ustroju podlegają fagocytozie; pierwiastki te noszą nazwę neuronofagów. Czy jednak neuronofagi powstają z wędrujących leukocytów, czy z komórek neuroglii, nie stanowczego powiedzieć nie można, gdyż poglądy różnych badaczy w tej sprawie jeszcze się nieustaliły.

Pierwsze zmiany w neuroglii dają się zauważyć w 10 dni po operacji.

Komórki neuroglii powiększają się, protoplazma ich pęcznieje, barwi się silniej i występuje wyraźniej, komórka przybiera postać kulistą, traci połączenia z włóknami, które stopniowo giną i staje się samoistną. Następnie liczba poprzednio istniejących komórek zwiększa się przez bezpośredni podział lub karyokinezę. Świeżo powstałe komórki są okrągłe, z dużym jądrem, bogate w chromatynę, a więc silnie barwiące się.

Trzy są przyczyny, powodujące zmiany histologiczne w korze mózgowej:

1) Długotrwałe drażnienie, które wywiera tkanka okołoczaszkowa, na delikatną tkankę nerwową.

2) Obfity napływ leukocytów do substancji nerwowej.

3) Zaburzenie w obiegu limfy i krwi podczas zrostu i zablizniania oraz ucisk, jaki wywiera zrost na tkankę nerwową.

Na podstawie szczegółowych badań dochodzi autor do wyników następujących:

1) Większy lub mniejszy wykrój czaszki i twardej opony mózgowej nie może być zastąpiony nowotworzącą się tkanką kostną; na brzegach wytworzonego przez rezekcję otworu wyrasta nowa kość, która powstaje z okostnej, z tanki szpikowej śródkościa i po części z twardej opony mózgu.

2) Część powierzchni półkuli mózgowej, pozbawiona osłony kostnej, zrasta się z miękką tkanką okołoczaszkową, zrost ten początkowo jest delikatny, słaby i bogaty w naczynia, a w końcu włóknisty, mocny i bardzo trwały.

3) Ta nowowytworzona tkanka, ma początkowo budowę młodej tkanki łącznej, bogatej w naczynia i drobne komórki, następnie przybiera budowę tkanki włóknistej, która w tym miejscu pod postacią szerokiej błony jakoby zastępuje usuniętą oponę twardą, w czym z czasem bierze udział i bogata w naczynia opona mózgowa i górna warstwa mózgu.

4) Do tworzenia się tej włóknistej, bliznowatej tkanki służą: pierwiastki opony mózgowej miękkiej, komórki neuroglii, warstwy podoponowej i sarkomemy wszystkich zdegenerowanych i uszkodzonych pęczków mięśniowych.

5) Elementy nerwowe kory mózgowej ulegają mniej lub więcej wyraźnym zmianom. Zmiany te występują wyraźniej w górnych warstwach i w niektórych miejscach następuje zupełny zanik nawet elementów nerwowych.

6) Pomimo istniejącej blizny i zmian w tkance nerwowej nie zauważono ani padaczkowych napadów, ani zmian ruchowych i czuciowych, o ile gojenie się odbywało się bez powikłań.

7) Drgawki padaczkowe zdarzały się tylko w razie ciężkiego przebiegu pooperacyjnego, jak przy dużym krwisteku (*haematoma*), który wywierał ucisk na błonę, przy ropnem zapaleniu opon mózgowych, mózgu i t. d.

8) U zwierząt, przy aseptycznym przebiegu gojenia się, nawet w razie rezekcyi czaszki i twardej opony mózgowej na znacznej przestrzeni, nie było przepukliny mózgowej.

BEREZOWSKI jest zdania, że, o ile operacja przebiega aseptycznie, nie są uszkodzone opony mózgowe (*pia et arachnoidea*), to napady epileptyczne nie następują.

SCHIFONE, BEREZOWSKI i BIAGIS przysli do wniosku, że nawet przy rezekcyi znacznej powierzchni kości czaszki przepuklina mózgowa nie następuje, o ile ciśnienie wewnątrzczaszkowe z jakiegokolwiek przyczyny nie podnosi się, i o ile leczenie rany będzie prowadzone aseptycznie. Przyczyny wzmiankowanej przepukliny mogą być mechaniczne i zapalne. Do mechanicznych należą: obrzęk, ropień mózgu, krwiak, zwiększona ilość cieczy w komorach mózgowych; do zapalnych zaś: zapalenie mózgu i opon mózgowych.

Na mocy powyżej zaznaczonych badań autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Usunięta część kości i opony twardej nigdy nie ulega regeneracji w miejscu tem wytwarza się gruba tkanka włóknista, ściśle łącząca skórę z substancją mózgową.

2) Zrosty, powstające po operacji, wytwarzają w górnych warstwach kory mózgowej szereg zmian, które obejmują wszystkie części składowe; ostatecznie powstaje częściowy zanik elementów nerwowych i zastąpienie ich przez neuroglie.

3) Pomimo zrośnięć i stąd wynikłych obrażeń kory, nie zauważono nawet po długim przeciągu czasu żadnych zmian czynnościowych, ruchowych i czuciowych u operowanych zwierząt.

4) Zrosty pooperacyjne bliznowate nie są przyczyną napadów padaczkowych o ile leczenie i operacja są prowadzone aseptycznie.

5) Po znacznych nawet rezekcyach czaszki nie zauważono przepukliny mózgu, o ile nie ma przyczyny mechanicznej albo zapalnej.

6) Rezekcyja czaszki i twardej opony mózgowej, bez względu na jej rozmiary, nie jest operacją niebezpieczną w skutkach, gdyż po prawidłowo przeprowadzonej operacji i przy odpowiednim leczeniu następczem tkanka nerwowa nie ulega zmianom poważniejszym.

W. Rydzikowski.

53. Fasal. Przypadek choroby Darier'a.

Chorobę tę po raz pierwszy opisał DARIER w 1889 r. pod nazwą „*Psorospermose folliculaire vegetante*“, i prawie jednocześnie, niezależnie jednak od DARIER'a opisał ją WHITE pod nazwą „*Keratosis follicularis*“. Wykwity w tem cierpieniu przedstawiają się w postaci małych trwałych guziczków, z których dawniejsze pokryte są ciemnoszarymi, mocno przylegającymi strupkami, posiadającymi rodzaj wyrostków, wchodzących w odpowiednie zagłębienia guziczków.

Przy mikroskopowem badaniu znajdujemy wzmocnienie naskórka, wakuole w warstwie MALPIGIUSZA i charakterystyczne ciała jednolite lub też ziar-

niste z otoczką o podwójnych konturach, znajdujące się w *stratum Malpighi*, które DARIER nazywa „*corps ronds*“, a położone w warstwie rogowej i pozbawione otoczki nazywa „*grains*“. Ciałka te DARIER przyjął za psorospermy, które, jako *protozoa*, wywołują powyższe cierpienie. Później jednak BOWEN wyjaśnił, iż psorospermy DARIER'a są to zmienione twory nablonkowe. Również BOECK, BURRI, MIETHKE i inni wykazali, iż t. zw. psorospermy są to niernormalne produkty keratynizacji. Sam DARIER w 1896 r. zmienił swoje pierwotne zapatrywania na „psorospermy“ i uznał je za zmienione komórki warstwy MALPIGIUSZA, a sprawę chorobową za anomalię keratynizacji tych komórek. Późniejsi badacze uzupełniali obraz chorobowy, jak BOECK, który zauważył, iż cierpienie występuje głównie na bardzo pocących się miejscach skóry, FABRY, który opisał cierpienie błony śluzowej i inni. Doctor uważa chorobę DARIER'a za odmianę *ichthyosis vulgaris*, od której różni się tylko lokalizacją i guziczkami; w dwóch swoich przypadkach, klinicznie w zupełności odpowiadających chorobie DARIER'a, nie znajdował on „*corps ronds*“, ani „*grains*“, które zresztą według JOSEPH'a i NEISSER'a nie odgrywają decydującej roli w rozpoznaniu tej choroby; ciała te RAVOGLI znajdował i w innych chorobach skórnych, UNN'a, BURRI i MIETHKE przy *cornu cutaneum*, EHRMANN przy *pemphigus foliaceus vegetans*. Jeżeli więc ciała DARIER'a nie mają być może istotnego znaczenia dla rozpoznania choroby, to jednak ze względu na właściwy sobie obraz kliniczny choroba DARIER'a nie może być zaliczoną do *ichthyosis*.

Przypadek, spostrzegany przez FASAL'a, dotyczy 34-letniego pacjenta, u którego cierpienie rozpoczęło się w dzieciństwie i rozwinęło się głównie w 21-ym — 23-im roku życia.

Na całym ciele, głównie, twarzy, szyi, kończynach znajdujemy wykwity w postaci oddzielnych lub też grupy guziczków, twardych, wielkości łebka od szpilki do ziarnka prosa, formy stożkowatej lub też płaskiej, z których dawniejsze są pokryte strupkami, składającymi się z żółtawej suchej masy, miejscami tłustej.

Strupek taki posiada stożkowaty czopek, który wchodzi w odpowiednie zagłębienie guziczka; niekiedy zagłębienie takie odpowiada ujściu torebki włosowej. Miejscami (*mamilla sin.*, *axilla sin.*) wykwity się zlewają i tworzą większe ogniska, pokryte tłustawą seboroiiczną masą. Drobnowidzowe zmiany były następujące: w warstwie rogowej naskórka stwierdzono tworzenie się szerokich kolumn, przenikających w rozszerzoną sieć MALPIGIUSZA, nieznaczne nacieczenie *cutis* i prawie zupełny zanik brodawek; znajdował też autor „*corps ronds*“ w kolumnach rogowych i w „*stratum granulosum*“ i nieliczne „*grains*“ w górnych warstwach naskórka.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXIV Z. 1*).

J. Rosenberg.

54. Kraus. Szczególna postać gruźlicy skóry i zarazem przyczynek do nauki o zlogach wapiennych w skórze.

Gruźlica skóry wystąpić może w najrozmaitszej postaci; szczególną postać przedstawia przypadek, spostrzegany przez autora. Dotyczy on 15-letniej pacjentki wątłej, anemicznej, nieco kaszlącej; cierpienie rozpoczęło się $\frac{1}{2}$ roku temu. Obecnie na lewym przedramieniu widzimy guziki, w skórze siedzące, twarde, niebolesne, ruchome, skóra prócz pigmentacji nie przedstawia żadnych innych zmian. Na środku zewnętrznej strony lewego ramienia znajduje się guziczek wielkości małego grochu, położony w głębszych częściach skóry, twardy, niebolesny, skóra na nim jest zupełnie normalna. W wewnętrznych organach, prócz zaostrego nieco oddechu w prawym wierzchołku, żadnych zmian nie znaleziono. Przypuszczano *sarcomata* i zastosowa-

no leczenie arsenikiem. Dla potwierdzenia jednak rozpoznania przeprowadzono badanie histologiczne owych guzików.

Otóż okazało się, iż guz taki leży na dolnej granicy *cutis* w przestrzeniach, otoczonych zbitą tkanką łączną, mniej więcej okrągłych, rozmaitej wielkości, zawierających bezkształtne masy, które w zupełności lub częściowo je wypełniają. Zabarwienie tych mas hematoksyliną, a także dodanie do nich kwasu solnego przekonało autora, iż składają się one z CaCO_3 . Pochodzenie tych wapiennych złogów w skórze stało się jasnym po zbadaniu histologicznem małego guziczka, znajdującego się na lewym ramieniu. Okazało się, iż składa się z gruzelków z licznymi komórkami olbrzymimi i ze zmianami wstecznymi — zserowaceniem.

Wobec tego wyniku badania wstrzyknięto chorej w celu rozpoznawczym 5 mgr. tuberkuliny Koch'a, poczem ciepłota podniosła się do 38,7, objawy w prawym wierzchołku stały się wyraźniejsze, a na prawem ramieniu i przedramieniu, jak również, jak lewem ramieniu i przedramieniu w okolicy wyciętego guziczka wystąpiło zaczerwienie i obrzmienie. Ogólna i miejscowa reakcja, otrzymana po wstrzyknięciu tuberkuliny, usunęła naturalnie wszelkie wątpliwości co do gruźliczej natury guzów.

Mamy więc w spostrzeganym przypadku do czynienia z niezwykle postacią gruźliczego cierpienia skóry z oddzielnymi, rozrzuconymi ogniskami, które przeszły w zwapnienie. Cierpienie najpewniej rozpoczęło się *in strat. subcut.*, jako gruźlicze nacieczenie, sprawa w dalszym ciągu przeszła na *cutis*, poczem nastąpiła przemiana wsteczna w postaci zwapnienia.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis 1905. T. LXXIV Z. 1.*)

J. Rosenberg.

55. Nobl. Pozostałości syfilityczne, dotychczas jeszcze nie spostrzegane.

Pod nazwą „*circinäre Scrotalatrophia*“ NOBL opisuje po raz pierwszy przez siebie spostrzegane zmiany posyfilityczne, pozostające na przedniej i bocznych powierzchniach moszny. Zmiany te — to zanikająca skóra w formie okrągłych lub łukowatych plam, jakby oszlifowanych, z połyskiem jedwabiu. Wspomniane plamy powstają ze zlania się wielokątnych fasetek, o oszlifowanej jakby powierzchni, wgłębionych w stosunku do otaczającej skóry. Na brzegach tych figur zmniejsza się raptownie normalne nawarstwienie nabłonka. Przy rozciąganiu skóry moszny wspomniane figury znikają, nie pozostawiając spostrzegalnych dla oka śladów.

Jako podstawę anatomiczną tego zjawiska NOBL w 9-ciu histologicznie zbadanych przypadkach miał możność stwierdzić stan zanikowy brodawek skóry; były one zanikające i zawierały resztki nacieczenia specyficznego. NOBL również stwierdził zmniejszenie się ilości barwika i znaczne ścięczenie nabłonka nad zanikającymi brodawkami.

Autor badał 150 przypadków przymiotu, nie przedstawiających podczas badania widocznych objawów tego cierpienia, a tymczasem zjawisko mosznowe dało się konstatować u 27 chorych, *resp.* w 18%.

Zarażenie syfilisem miało miejsce przed 2 — 20 laty. Z wspomnianych 27 przypadków u 18-u chorych od początku choroby do powstania zmian masznowych upłynęło 2 — 5 lat, u 8 chorych 5 — 11 lat i w jednym przypadku upłynęło nawet 20 lat.

(*Bericht des VIII. dermat. Kongresses in Sarajewo 1904 r.*) A. Zaleski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

19. Kalomelol. Kalomel rozpuszczalny.

Kalomelol znajduje się w takim samym stosunku do zwyczajnego nierozpuszczalnego kalomelu, jak kolloidalne, rozpuszczalne w wodzie srebro [kollargol] do zwykłego nierozpuszczalnego srebra. Jest to proszek szary, prawie bez żadnego smaku i zapachu, nierozpuszczający się w wysokoku, eterze, benzolu, rozpuszczający się natomiast w zimnej wodzie [mniej więcej w stosunku 1:50], z którą tworzy płyn, podobny do mleka. Kalomelol zawiera 75% kalomelu, co odpowiada 66% rtęci. W handlu znajduje się maść przygotowana z kalomelu t. zw. *Unguentum Heyden mitius*, zawierająca 30% rtęci. Maść ta wciera się bardzo dobrze i pozostawia na skórze bardzo nieznaczną białą powłoczkę; nie brudzi wcale bielizny i na tem przedewszystkiem polega jej wyższość w porównaniu z szaruchą. Dr GALEWSKY (*München. medic. Wochenschr. 1905. N. 11*) stosował kalomelol pod rozmaitemi postaciami u 50-u chorych na syfilis z objawami drugorzędowymi. Wyniki jego spostrzeżeń są następujące:

1) Maść z kalomelolem (*Ung. Heyden*) można zalecać do wcierania we wszystkich przypadkach, w których chodzi o przeprowadzenie łagodnej kuracji rtęciowej w formie nierażącej, lub kiedy chorzy lękają się szaruchy.

2) Maść z kalomelolem powinna być stosowana również u osób z wrażliwą skórą, a także w przypadkach idyosynkrazji do rtęci, kiedy o wcieraniach szaruchy nie może być mowy.

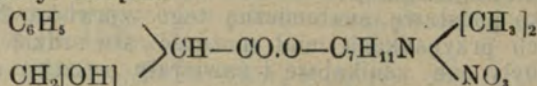
3) Maść z kalomelolem jest również dobrym środkiem do niszczenia miodoweszek (*pediculi pubis*).

4) Kalomelol można stosować również wewnętrznie w pastylkach po 0,01 z dodatkiem *Opium* [pastylki takie również znajdują się w handlu].

5) Do miejscowego leczenia wykwitów syfilitycznych i stwardniałych gruczołów najlepiej jest używać pudru, składającego się z równych części kalomelolu i krochmalu, oraz mydła i plastra, zawierającego kalomelol (*Kalomelol-Salicyl-Seifen-Trikoplast* i *Kalomelol-Pflastermull*).
W. Breszel.

20. Eumydrina, zamiana atropiny w terapii chorób żołądka i kiszek.

Eumydrina, azotan-metyl-atropina



jest to biały proszek krystaliczny, bez zapachu, łatwo rozpuszczający się w wodzie i wysokoku, z wielką zaś trudnością — w eterze i chloroformie. G. HAAS próbował tego środka w terapii chorób żołądka i kiszek i na podstawie swych prób zaleca go do użytku. W porównaniu z atropiną i preparatami beladony eumydrina ma posiadać tę wyższość, iż 1) stosować ją można nawet w przypadkach idyosynkrazji względem atropiny i beladony; 2) zarówno jednorazowe, jak i dobowe dawki eumydriny mogą być większe, nie wywołując nieprzyjemnego działania ubocznego; 3) niebezpieczeństwo zbiorowego [kumulacyjnego] działania jest niewielkie i wreszcie 4) eumydrina nie ulega zmianom, czego nie można powiedzieć o przetworach beladony. Eumydrinę stosował autor w proszkach, pigułkach, roztworze i czopkach po 0,001—0,0025 — 0,004, 3—4 razy dziennie.

Wskazania dla eumydriny te same, co i dla atropiny i beladony.

(*Die Therapie der Gegenw. 1905. N. 5*).

W. Breszel.

21. O wpływie przetworów salicylowych na nerki.

W 25-ciu przypadkach rozmaitych cierpień gośćcowych, leczonych przeważnie salicylanem sodu, QUENSTEDT przeprowadził systematyczne badanie moczu. Badań wszystkich zrobiono 200. Na zasadzie swych badań autor przychodzi do następujących wniosków. Przy stosowaniu przetworów salicylowych w zwykłych średnich dawkach po krótkim przeciągu czasu występują objawy podrażnienia narządów moczowych, trwające dopóty, dopóki stosujemy salicyl; po zaprzestaniu podawania salicylu objawy owe ustępują szybko. Prawie zawsze autor spostrzegł w moczu komórki nabłonkowe dróg moczowych. Białko autor znalazł 110 razy, wałeczki — 96. Białe ciała krwi również znajdowały się w moczu dość często; rzadziej krążki czerwone.

(*Die Therapie der Gegenw.* 1905. N. 3).

W. Breszel.

ODCINEK.

Działalność Sanatorium Otwockiego w walce z gruźlicą.

Odczyt, wypowiedziany d. 8-go lutego r. b. w sekcji gruźliczej Tow. Hyg. Warszawskiego

przez

WEADYSEAWA WROŃSKIEGO.

Smutny był los suchotnika przed 50-u laty. Zamykano go zwykle na całą zimę w pokoju, którego okna nie tylko że się nigdy nie otwierały, ale nadto były szczelnie opatrzone wołokiem lub watą, by najmniejszy przewiew zewnętrznego powietrza nie miał tu dostępu; pokój ogrzewany był silnie, a chorego przykrywano starannie, aby się, broń Boże, nie zaziębił. Wiecznie potniejący chory kaszlał i odpluwał w porozstawiane wszędzie spluwaczki, napełnione piaskiem, wdychając duszne i zanieczyszczone wyziewami powietrze swej sypialni; gdy zaś dusił się z braku powietrza, podawano narkotyki, aby mu ulżyć choć trochę; karmiono go skąpo, ze względu na gorączkę, która miała być przeciwwskazaniem do obfitego odżywiania, nie żalując wzamian mocnych rosółów i ekstraktów mięsnych. Większość lekarzy uważała każdego gruźliczego pacyenta za skazanego z góry na śmierć, suchoty bowiem uważano powszechnie za chorobę nieuleczalną; to też lekarz z ciężkiem sercem odwiedzał takich chorych, nie wierząc w rezultaty swej interwencji. Pierwsi anatomo-patologowie rzucili promień światła na ten ponury obraz: dowodzili oni, że często na sekcjach znajdują niewątpliwe dowody zupełnie zabliźnionej gruźlicy, lecz dopiero genialny BREHMER, stworzywszy swój szczegółowo obmyślany system higieniczno-dyetycznego leczenia gruźlicy, zdołał powoli przełamać poprzednie mniemania lekarzy i dowieść w praktyce, że gruźlicę płuc wyleczyć można. Wkrótce BREHMER, WOLF, DETTWEILER, ZIEMSEN w Niemczech, CHARCOT, JACCOUD, PETER, GRANCHER we Francji, WILLIAMS w Anglii — i wielu innych opisali długi szereg przypadków wyleczenia gruźlicy płuc. Wrażenie, wywołane tym przewrotem w terapii, było wielkie. „Nikt nie ma pojęcia o tem szczęściu suchotnika, gdy opuszcza on swój duszny i zakażony pokój, aby przebywać na świeżem powietrzu i słońcu, kto nie doświadczył na sobie skutków dobroczynnych tej zmiany“, mówi o sobie DOWENBERG ¹⁾. „Żaden z przewrotów w terapii chorób wewnętrznych, których przeżyłem nie mało, nie wywarł na mnie tak głębokiego i radosnego wrażenia, jak zastosowanie metody

BREHMER'a w leczeniu gruźlicy płuc" — powiedział do mnie prof. BARAŃOWSKI. Niech nam to służy pociechą i umocnieniem w ciężkiej walce z tak potężnym wrogiem, jakim jest gruźlica.

W lipcu r. z. sanatorium BREHMER'a, założone w 1854 r., obchodziło 50-lecie swojego istnienia. Dr SOKOŁOWSKI, jeden z pierwszych współpracowników BREHMER'a, przyjmując udział w tej uroczystości, będącej niejako wyrazem uznania świata lekarskiego dla zasług BREHMER'a i jego metody, stwierdza, że wśród uczestników jej znajdowali się również niektórzy z dawniejszych, a nawet bardzo dawnych pacjentów zakładowych, dając najwymowniejsze świadectwo stałego i długotrwałego wyleczenia suchot²⁾. Pomimo że w ciągu tych ostatnich lat 50-u zjawiały się bardzo nieraz entuzjastycznie przyjmowane nowe metody leczenia gruźlicy, jakoby specyficzne, że wymienię tu leczenie gruźlicy tuberkuliną KOCH'a, surowice MARAGLIANO i MARMORKA, hetol LANDERER'a, organoterapia [glandulen], leczenie promieniami ROENTGEN'a i światłem,—to jednakże metody te nie potwierdziły w praktyce pokładanych w nich nadziei, gdy metoda BREHMER'a wywalczyła sobie stale coraz większe uznanie, a rezultaty jej stwierdzone już zostały na tysiącach chorych. Świadomość uleczalności suchot, rezultaty otrzymywane w sanatorium BREHMER'a, oraz przeświadczenie o kolosalnych spustoszeniach, jakie sprawia gruźlica wśród społeczeństw nowożytnych, bo śmiertelność z gruźlicy jest większa niż śmiertelność z wszystkich innych chorób zakaźnych razem wziętych, doprowadziły do uznania gruźlicy za klęskę ogólnospołeczną i sprawiły, że w całej Europie w ostatnich dziesiątkach lat podjęto energiczną walkę z gruźlicą. Pojęto bowiem, że aby walczyć z gruźlicą, z tym straszonym wrogiem, którego ofiarą pada przeszło milion osób rocznie w samej Europie, który szerzy we wszystkich warstwach społecznych nędzę i długotrwałe cierpienia, należy nie tylko dać możność odpowiedniego leczenia tysiącom chorych, ale i podnieść ogólną zdrowotność przez przeprowadzenie najszerszych reform higieniczno-sanitarnych, oraz podniesienie dobrobytu i oświaty ludowej. Pierwszeństwo w przeprowadzeniu ulepszeń higienicznych, w dążeniu do możliwie sprawiedliwego rozwiązania kwestyi socyalnej przypada Anglii, w zakładaniu zaś ludowych sanatoryjów—Niemcom i Szwajcaryi. Dziś ruch ten rozszedł się już po całej Europie. W walce tej, wypowiedzianej gruźlicy, wzięły udział państwa i społeczeństwa w szeregu najrozmaitszych instytucyi i stowarzyszeń. Tak np. w Niemczech potworzyły się liczne prywatne komitety i związki, w celu zakładania sanatoryjów dla niezamożnych chorych, do których następnie przyłączyły się instytucje rządowe lub publiczne i, złączywszy swe usiłowania w jedno stowarzyszenie centralne w Berlinie, zdołały stworzyć tak liczną sieć sanatoryjów ludowych, że dziś już w Niemczech około 6000 biednych suchotników ma możność bezpłatnego leczenia się w tych wysoce humanitarnych instytucjach. Za daleko odbiegłbym od tematu, gdybym usiłował choć szkiecowo przedstawić to wszystko, co dotychczas działo się na polu walki z gruźlicą na Zachodzie Europy, tembardziej, że kwestya ta niejednokrotnie była już szczegółowo przedstawiana u nas, a jako utrwalona w naszej literaturze, jest łatwo dostępna dla każdego, zainteresowanego tą sprawą. Przejdę więc od razu do przypomnienia pokrótce tego, co już działo się u nas na tem polu.

Ruch przeciwgruźliczy u nas jakkolwiek powoli, jednak stale i coraz szerzej się rozwija. Pierwiastkowo popularyzowali u nas ideę sanatoryjnego leczenia i nawoływali do zakładania sanatoryjów dla chorych piersiowych—SOKOŁOWSKI³⁾, DOBRZYCKI⁴⁾, HERYNG⁵⁾, CHEŁMOŃSKI⁶⁾, JAWORSKI⁷⁾, JARUNTOWSKI⁸⁾, LUTOSTAŃSKI⁹⁾, ZIELENIEWSKI¹⁰⁾ i STERLING¹¹⁾. Powstanie Tow. Hygien. i utworzenie się w niem sekcyi gruźliczej pod przewodnictwem tak wytrawnego znawcy tej sprawy, jak dr SOKOŁOWSKI, zogniskowało w nim rozproszone usiłowania. Przewodniczący sekcyi szpitalnej tegoż Towarzystwa, dr

DUNIN w 1898 r. powołał społeczeństwo do założenia pierwszego u nas sanatorium dla niezamożnych chorych; jednocześnie z tem wezwaniem dr DUNIN i SOKOŁOWSKI złożyli pierwsze znaczniejsze ofiary na ten cel. Od tego czasu dr DUNIN z wytrwałą energią dążył do raz wytkniętego celu, studyując sanatoria zagraniczne, wypracowując wraz z p. LILPEM plany sanatorium, propagując myśl swoją w licznych artykułach dziennikarskich i osobnych broszurach¹²⁾, a jednocześnie wciąż zabiegając o składki na cel tak ważny. Trudy te i zabiegi wkrótce już zostaną uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż sanatorium w Rudce jest dziś na ukończeniu. Nadto dr CHROSTOWSKI zdołał pozyskać 15 morgów lasu na podmiejskie sanatorium w okolicach Józefowa pod Warszawą.

IX Zjazd przyrodników i lekarzy, zorganizowany w 1900 r. w Krakowie, utworzył sekcję, poświęconą sprawie gruźlicy i zdołał zainteresować cały nasz świat lekarski doniosłą sprawą walki z gruźlicą. Na ogólnem publicznem posiedzeniu tego Zjazdu prof. BARANOWSKI wygłosił swój piękny odczyt p. t.: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“¹³⁾, wzywając w gorących słowach całe nasze społeczeństwo do ciężkiej, ale owocnej walki z gruźlicą, oraz wskazując program tej walki u nas.

Jednocześnie starano się poprawić los suchotników naszych w szpitalach, co przychodziło z trudnością, ze względu na zupełne odsunięcie spraw szpitalnictwa od lekarzy i społeczeństwa. Pierwsze usiłowania w tym względzie podjął dr DOBRZYCKI jeszcze w 1875 r., opracowawszy projekt przerobienia szpitala w Mieni na lecznicę dla chorych piersiowych. Dopiero w 1879 r. lecznicę tę otwarto; jednakże mogła ona być czynną zaledwie w ciągu 4-ch letnich sezonów. Projektu dr DOBRZYCKIEGO zamienienia tejże lecznicy na sanatorium dla biednych suchotników nie przyjęto. W ostatnich latach dr SOKOŁOWSKI urządził przy swym oddziale w szpitalu św. Ducha leżalnię na świeżem powietrzu dla chorych gruźliczych; po wzniesieniu nowego szpitala Dz. Jezus także leżalnię utworzyli dla swoich oddziałów drzy CHEŁMOŃSKI, DUNIN i JANOWSKI, a w szpitalu Starozakonnym drzy FREUDENSON i LUBLINER. W Łodzi dr STERLING postarał się o utworzenie specjalnego oddziału dla gruźliczych chorych przy szpitalu imienia POZNAŃSKICH, którego to oddziału kierownikiem pozostaje dotychczas.

Wreszcie w Mińsku Litewskim przy szpitalu Tow. Dobroczyńności ma powstać w roku bieżącym niewielki oddział, specjalnie urządzony dla biednych suchotników, organizowany przez dra I. OFFENBERGA.

Nie zaniedbano popularyzowania wśród społeczeństwa naszego sposobów zapobiegania i leczenia gruźlicy przez wydanie szeregu odpowiednich broszurek¹⁴⁾; rozprzestrzeniano dość już szeroko w różnych instytucjach publicznych znaczki „nie pluć na podłogę“ — z instycyatywy dra SOKOŁOWSKIEGO. Jednocześnie z tym ruchem społeczeństwo nasze coraz więcej uświadomiło sobie potrzebę ogólnie - higienicznych urządzeń, które oddziałują równocześnie jako środek zwalczania gruźlicy, i starało się przeprowadzać je w czyn. Ważną tu rolę odgrywają: Tow. kolonii letnich w Warszawie, Łodzi i Radomiu, wysyłające dzieci niezamożnych rodziców do miejscowości zdrowotnych, dzieci zaś zożzowate do Ciechocinka i Solca. Podobną rolę odgrywają kąpiele ludowe, mieszkania higieniczne dla robotników im. WAWELBERGA, instytut higieny dziecięcej bar. LENVALA, ogrody RAUA, oraz najmłodsza z tych instytucji t. z. „Kropla mleka“ utworzona w Warszawie i Łodzi. Dla zamożnych chorych gruźliczych powstało w końcu 1902 r. sanatorium w Zakopanem, pozostające pod umiejętnem kierownictwem małżonków DZUSKICH, założone z wielkim nakładem przez kapitalistów polskich w celu uchronienia naszych chorych od potrzeby szukania zdrowia w cudzych krajach,

a urządzone pod każdym względem wzorowo. Tym sposobem do istniejących już: uzdrowiska letniego w Sławucie i sanatorium Otwockiego — przybyło nam pierwsze sanatorium górskie.

W roku bieżącym zawiązuje się Towarzystwo przeciwgruźlicze Warszawskie, od lat kilku projektowane przez prof. BARANOWSKIEGO, drów DUNINA i SOKOLOWSKIEGO i im też zawdzięczające swe powstanie. Cele tego Tow. są bardzo rozległe i obejmują niemal wszystko, co możemy dziś przedsięwziąć w walce z gruźlicą: zakładać więc ono może sanatoria dla suchotników, oraz dla dzieci gruźlicznych i zolżowatych; zakładać kolonie rolnicze dla chorych opuszczających sanatoria, ambulatorya bezpłatne dla leczenia gruźliczych chorych, po miastach; zamierza opiekować się rodzinami chorych, znajdujących się w zakładach Towarzystwa; będzie pobudzać do pracy naukowej nad gruźlicą i popierać ją, starać się o zapobieganie szerzeniu się gruźlicy i t. d. Widzimy więc, że są to zadania bardzo szeroko zakreślone i bardzo poważne, to też nie wątpimy ani na chwilę, że każdy, kto odczuwa obowiązki społeczne przystąpi bez wahania do tego Towarzystwa, albowiem z gruźlicą, jako wrogiem powszechnym, powinni walczyć wszyscy, aby walka mogła być rzeczywiście skuteczną.

Szerokie reformy w dziedzinie higieny społecznej, częściowo jedynie przeprowadzone zostały w Warszawie, która, uzyskawszy wodociągi i kanalizację, zdołała wykazać ogólne zmniejszenie się śmiertelności, jak również zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy. Tak, według statystyki dr. POLAKA¹⁵⁾, który zebrał dane, dotyczące się śmiertelności z suchot płucnych w Warszawie od r. 1877 — 1899 włącznie, gdy w pierwszych 4-ach latach tego okresu śmiertelność z suchot wahała się w granicach od 401 — 430 na 100 tys. mieszkańców, w ostatniem rozpatrywanem czteroleciu zmniejszyła się bardzo znacznie, wynosiła bowiem 215 — 248 na 100 tys., t. j. spadła poniżej przeciętnej śmiertelności z gruźlicy, wynoszącej 3 na tysiąc.

[C. d. n.]

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 28 marca r. b.

I. BORZYMOWSKI przedstawił: 1) rzadki okaz guza sieci, wielkości dwóch głów dorosłego człowieka, wyjęty u 18-letniej dziewczyny, której przed dwoma laty usuwano już guz, przeszło 20 funtów ważący, z części kiszki grubej.

2) Komplet patronów i kul, używanych przez armię rosyjską w teraźniejszej i tureckiej kampanii, przez armię niemiecką i japońską, oraz kule dum - dum, express i kilka wyjętych w ostatnich tygodniach w klinice szpitala Ś-go Ducha.

3) Uproszczony sposób podawania szczypeków hemostatycznych, wprowadzony przez B. w klinice szpitala Ś-go Ducha. Sposób ten polega na tem, że operator ma na śródreżu lewem opaskę gumową, pod którą trzyma sześć szczypeków podczas operacji.

4) B. przedstawił chłopca 15-letniego ze zmiążdżoną stopą, któremu usunął wszystkie kości metatarsalne przed pół rokiem; stopa jest znacznie krótsza od zdrowej, nie straciła jednak swego kształtu i chory o kiju chodzi, nieznacznie kulejąc.

II. BARTKIEWICZ przedstawił okaz raka u królika; raka tego otrzymał przez, zaszczepienie tkanki rakowatej ludzkiej na wątrobie zwierzęcia. Wynik dodatni po szczepieniu, rozrost guza i przerzuty udało się osiągnąć prawie we wszystkich doświadczeniach. Tkanekę rakowatą stwierdzają preparaty drobnowidzowe.

III. KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek częściowego porażenia splotu barkowego typu Erb'a.

Chory, lat 34, został uderzony ostrem narzędziem w kark po lewej stronie piątego kręgu szyjowego. Wyjście rany tuż po lewej stronie krtani, znaczna utrata krwi. Rana po kilku tygodniach zagoiła się, zaraz jednakże po wypadku wystąpiły następujące objawy: chory nie może podnosić lewej ręki w ramieniu do góry, odprowadzać jej ku zewnątrz, nie może wykonywać w lewym ramieniu ruchów rotacyjnych, nie może zginać przedramienia, zwracać przedramienia i kiści ku górze (*supinatio*). Zdolność rozginania przedramienia zachowana, choć nieco osłabiona, osłabiona także *pronatio*. Pozostałe ruchy u lewej kiści są zachowane. Porażone zatem zostały następujące mięśnie: *mm. supraspinatus, infraspinatus, teres minor, subscapularis, teres major, deltoides, biceps, brachialis internus, coracobrachialis, supinator longus et brevis*, w mniejszym stopniu — *m. triceps* i *pronator teres*. Wszystkie powyższe mięśnie uległy zanikowi, wystąpiła reakcja zwyrodnienia, stwierdzono brak pobudliwości na dotyk, ból i ciepło w obrębie zewnętrznej części ramienia, środkowej przedniej części ramienia i górnej środkowej przedniej części przedramienia.

Uległy zatem porażeniu następujące nerwy: *nn. supraspinatus, subscapularis, axillaris, musculocutaneus* i pewne gałązki *n. radialis* i *n. mediani*.

Porażenie tak różnorodnych gałązek pni nerwowych w lewej kończynie górnej objaśnić można jedynie, przyjąwszy w danym przypadku porażenie górnej części splotu barkowego typu Erb'a. Rokowanie niepomyślne.

IV. TRZCIŃSKI T. wygłosił rzecz: „O zapobieganiu sprawom parasyfilitycznym“. Autor na wstępie zaznaczył, że pogląd FOURNIER'a o ścisłym związku przyczynowym między wiałem a uprzednio przebyłym przymiotem, zyskał już dziś ogólne uznanie klinicystów. Oprócz dowodów, czerpanych ze statystyki, na korzyść tego zapatrywania świadczyć liczne obserwacje kliniczne. Co się tyczy paraliżu postępowego, to tu oprócz infekcji przymiotowej grają rolę: dziedziczność, nadużycia, przewlekłe zatrucia i długotrwałe, a ciężkie traumaty moralne. Jest rzeczą niezmiernie ważną, dla czego jeden syfilityk ulega cierpieniom parasyfilitycznym, inny zaś nie. Autor od lat wielu zwracał uwagę na przebyte leczenie specyficzne w przypadkach parasyfilisu z notorycznym przymiotem w anamnezie i zawsze mógł stwierdzić niedostateczną kurację przymiotową w początkowych okresach. Że staranne i długotrwałe leczenie wczesnego syfilisu zabezpiecza od parasyfilisu w późniejszym okresie, dowodzą historie 30-u leczonych przez autora syfilityków, którzy od lat 16-u do 11-u są w ciągłej jego obserwacji, i do obecnej chwili są wolni od wszelkich podejrzanych w tym kierunku objawów. Autor sądzi, że pod tym względem minął już dla tych chorych termin prekluzyjny. Podobnie na czas występowania parasyfilisu zapatruje się i FOURNIER, uzbrojony w wyniki obserwacji 2600 przypadków wiału. Autor kończy postawieniem kategorycznego postulatu, że normalna kuracja przeciętnej postaci wczesnego przymiotu zawiera w sobie 7 — 8 okresów wcierań, że lekceważenie sobie tego wymagania pociąga za sobą możliwości parasyfilisu w późniejszym życiu chorego.

Ign. Landstein.

Wiadomość bieżąca.

— Wobec grożących nam epidemii ze Wschodu (cholery) i z Zachodu (nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), dla których rozwoju głód i nędza—tak rozwielenione obecnie w kraju naszym—wytwarzają najodpowiedniejsze podłoże, nieodzownem jest wspólne porozumienie się lekarzy z Królestwa w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racjonalnego postępowania. Jedynym sposobem skutecznego załatwienia tej naglącej, a ważnej sprawy byłoby zwołanie wiecu lekarzy w Warszawie w jak najkrótszym czasie. Towarzystwo Hygieniczne tutejsze z założenia swego powinno ująć tę sprawę w swe ręce. Nie wątpimy, iż koledzy z prowincyi tłumnie przybyliby do Warszawy celem wzięcia udziału we wszechstronnem rozważeniu jednej z najważniejszych obecnie spraw społecznych.

— „Wracz“ w Nr. 13 podaje, iż według posłuchów, zarządzającym oddziałem chirurgicznym w nowym miejskim szpitalu dziecięcym w Petersburgu został wybrany drogą konkursu prof. uniwersytetu Warszawskiego W. W. MAKSIMOW. [Prof. M. jest obecnie naczelnym lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie].

— Izba deputowanych w Brukseli 127 głosami przeciw 5-u zawotowała prawo, zabraniające wyrobu, wwozu, kupna i sprzedaży absyntu.

— Przed rokiem obszernie mówiliśmy [№ 14 Gaz. Lek. z 1904 r.] o promieniach N, wykrytych przed dwoma laty przez prof. BLONDLOT'a z Nancy. Zdawało się, iż sekret transmisji nerwowych zostanie wyjaśniony, gdyż prof. CHARPENTIER i BRISSAUD mieli stwierdzić, iż i ośrodki nerwowe są także źródłem tych promieni N i to tem obfitszem, iż czynność układu nerwowego jest żywsza. Naturalnie, iż mnóstwo fizyków, fizyologów i t. d. wzięło się do sprawdzania entuzyastycznych twierdzeń pierwszych eksperymentatorów, a że wyniki ich były różne, czasem wręcz przeciwne jedne drugim, redakcja „Revue scientifique“ w listopadzie r. z. odwołała się do profesorów fizyki wszystkich uniwersytetów francuskich. Wynik tej ankiety był zabójczy dla promieni N, gdyż ani jeden z badaczy nie mógł się przekonać o ich istnieniu. Kwestyę tę wiernie odzwierciadla odpowiedź prof. MONODER'a z Lyonu, przedrukowana w Nr. 14 tygodnika „Lyon médical“ pod nagłówkiem „Oraison funèbre des rayons N“ z „Revue scientifique 19 novembre. 1904“, w której powiada on, „iż miłość prawdy zmusza go otwarcie do odpowiedzi, iż promienie N nie istnieją“. Wątpliwe dlań jest, dla czego by tylko 6-u eksperymentatorów z Nancy „posiadało wrażliwość siatkówki dość znaczną, aby zobaczyć to“, co okazało się nieuchwytnie dla setek fizyków i fizyologów z Francyi, Anglii, Niemiec, Włoch i t. d. Zdaniem M. „les expérimentateurs nancéiens se sont laissés induire en erreur, tantôt pour n' avoir pas su se mettre suffisamment à l'abri de l'action des rayons calorifiques obscurs, tantôt pour ne pas s'être défié de l'intervention de ce que Helmholtz a appelé la lumière propre de l'oeil — lumière que j'ai attribuée à une opto-vibrescence de la rétine, comparable à une sorte de phosphorescence subjective, et qui m'a servi à édifier une théorie entièrement physique des images consécutives—d'autres fois enfin, pour avoir négligé quelque cause latente d'inexactitude“. Nad tymi więc promieniami N, jak je ktoś nazwał „rayons de la suggestion“, trzeba zaśpiewać: *Requiescant in pace!*

Доввол. Цензурою Варшава, 7 апрѣля 1905. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wl. Gajkiewicz.