

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O operacjach celem usunięcia tyłozgięć macicy.

Podał

Dr. Heliodor Świącicki z Poznania.

Wykład miany na sekcji ginekologicznej Zjazdu lek. i przyrod. polsk.
w Krakowie. 1891 r.

Wiadomości i pojęcia nasze o prawidłowym położeniu macicy i racjonalnem leczeniu tyłozgięć macicy są od lat dopiero kilkunastu utrwalone i prawie ustalone. Jestto wielką zasługą jenańskiego prof. *B. S. Schultze*, że bezprześcannie występował słowem i piórem przeciw nauce *Clausiusa* o prawidłowym tyłopłożeniu macicy, wykazując, że naprzód pochylenie macicy odpowiada jedynie prawidłowym stosunkom. Dzisiaj wszyscy to bezwzględnie uznają a wycburgski kongres anatomów przed trzema laty udzielił nauce tej swą sankcję.

Kwestyja operacyjnego leczenia tyłozgięć macicy stała się w ostatnich kilku latach sprawą najwięcej omawianą. A jeżeli *Vedeler* ¹⁾ usilnie twierdzi, że tyłozgięcia nie mają anatomiczno-patologicznego znaczenia, lecz jedynie znaczenie anatomiczno-fizjologiczne, gdyż na 313 tyłozgięć zauważył 40% przypadków bez chorobowych objawów, a w pozostałych 60%, objawy chorobowe inną zupełnie miały podstawę i racjonalniej mogły być tłómaczone, to jak bądź faktem pozostanie, że są tyłozgięcia, które najprzykrzejsze wywołują objawy, zmuszając nas nawet do operacyjnego ich leczenia.

W większej części przypadków tyłozgięć macicy wystarcza nieraz sama tylko repozycyja i założenie tego lub innego krążka (ja przeważnie używam krążków *Thomasa*). Że jednakże nie zawsze postępowanie takie lecznicze wystarcza, dowodem słowa *Fritschę*, który powiada otwarcie,

¹⁾ Archiv. f. Gyn. Tom 28, zeszyt II.

że czasami łatwiejby było zrobić laparatomiję, jak tyłozgięcie wyleczyć za pomocą krążków. Są bowiem przypadki — mianowicie połączone z zrostami, — w których tyłozgiętej macicy ani zgłębnikiem, ani oburęcznie, ani nawet długotrwałym mięsieniem nie możemy reponować, a jeżeli się nam to wreszcie udało i założyliśmy odpowiedni krążek, to po krótkim już czasie macica mimo krążka przechyliła się ku wypukleniu kości krzyżowej i stan nieprawidłowy na nowo się wytworzył.

W takich razach, cóż innego pozostaje lekarzowi, jak że w sposób operacyjny tyłozgięcie macicy stara się usunąć. Wyraźnie powiadam, że stara się usunąć, a nie mówię, że usunie. Cały szereg bowiem metod i projektów, jakie w tej mierze proponowano i wykonywano, świadczą pewnie najlepiej, że nie zawsze wynik operowania jest zadowalniający i uwalniający chorą od jej cierpień.

Przy operacyjnem leczeniu tyłozgięć macicy rozróżniamy zazwyczaj metody operacyjne pośrednie i bezpośrednie. Do pośrednich zaliczamy: 1) usuwanie przedarc międzykroczą, opadnień i wypadnień pochwy i macicy, 2) zeszywanie głębokich przedarc szyjki, 3) wycięcie klinowate lub odcięcie szyjki pochwowej, 4) wyjęcie przez laparatomiję narośli, wywołujących tyłozgięcie macicy i 5) trzebieenie czyli kastracyję. Metod bezpośrednich również jest ilość znaczna. *Richelot* ¹⁾ polecał obnażenie tylnej powierzchni części pochwowej i tylnej ściany pochwy z następnem połączeniem ich przez szwy odpowiednie. Już *Schroeder* ²⁾ słusznie zauważył, że tę metodę tyłozgięcia nie usuniemy, bo wynik jej może być w najlepszym razie ten sam, jak gdybyśmy część pochwową przycisnęli lub zbliżyli do tylnej ściany pochwowej. Że zaś takim zbliżeniem wcale tyłozgięcia nie usuniemy, wiemy wszyscy o tem aż nadto dobrze. Jedynie może przy tyłopochyleniu, gdzie poruszalność ciała macicy w stosunku do szyjki jest zmniejszoną lub usuniętą, możeby metoda *Richelotowska* mogła być z korzyścią użyta, choć, co prawda, nie pojmujemy bardzo, jak można przy operacyi wybierać za punkt stały miejsce, które większą ma poruszalność od macicy samej.

Courty ³⁾ zmodyfikował metodę *Richelota* o tyle, że za-

1) L'union médicale N. 58 i 59, 1868.

2) Hand. der frauenkr. Lipsk, str. 173.

3) Mal. de l'utérus II edit. Paris, str. 876.

miast szwów złączył obie ściany przyżeganiem, sposób dzisiaj słusznie puszczonej w niepamięć. Że metoda *Richelota* samemu wynalazcy nie bardzo wystarczała, dowodem wykład jego na przedostatnim francuzkim Kongresie chirurgów, w którym przedstawia nową metodę *Nicolétisa* ¹⁾. Przy metodzie tej odcina się szyjkę macicy a szypułę macicy tak się przez szwy ku tyłowi przymocowuje, że ciało i dno macicy muszą ku przodowi się pochylić. O ile mi wiadomo, nikt dotychczas metody tej nie próbował, dla tego o jej racjonalności trudno sądzić jaki wydać, chociaż odcinanie szyjki macicznej nie wydaje nam się rzeczą zbyt korzystną dla operowanej na później, gdy przechodzić będzie porody. *Loewenthal* ²⁾ polecał w przeciwieństwie do *Richelota* obnażenie przednich ust i przedniej ściany pochwy i następne złączenie ich szwami. Jest on zdania, że przez sztucznie wywołane opuszczenie macica, ani naprzód, ani w tył przechylić się nie powinna. I ta metoda dotychczas nie używana, czemu się wcale dziwić nie można, bo dla usunięcia tyłozgięcia wytwarzamy sztucznie opuszczenie, nie mając wcale gwarancyi radykalnego przez to wyleczenia chorej. *Freund* ³⁾ ze Strasburga, będąc jeszcze we Wrocławiu, wkładał gruby drut ołowiany w przednie usta maciczne a po kilku dniach, gdy drut wrósł w tkanekę ust, wkładał krążek *Hodgego* i przymocowywał drut do tylnej poprzecznej ścianki krążka. Wynik miał być dodatni. Macicę w taki więzienny sposób przymocowywać do krążka, nie uważamy za pomysł szczęśliwy, bo przy każdym wyjęciu krążka trzebaby drut z krążka nsuwać a nadto chorą taką zawsze należałoby mieć pod okiem, aby w razie zajścia w ciążę wyjąć druty z przednich ust macicznych. *Frank* ⁴⁾ z Kolonii, któremu swego czasu zarzucano *furore operativus*, oddzielał otrzewną z przedniej płaszczyzny macicy, również i z tylnej ściany pęcherza, zrobił w otrzewnie ku górze fałdę, przymocował ją przez podskórne podwiązki katgutowe tak, że powierzchnia rany pęcherza przylegała do przedniej obnażonej ściany macicy. W kilku przypadkach odpreparowywał *Frank* płat z przedniej ściany pochwy z podstawą ku górze i zagoił koniec płata z przednią

1) Traitement de la retrov. uter. Kongres w październiku, 1889.

2) Lageveränderungen des Uterus Heidelberg, 1872.

3) Monatschrift f. Geb., tom 32, str. 442.

4) Tagebl. S. Berl. Naturf. vers. 1886, str. 216.

ścianą macicy, które obnażył przez oddzielenie otrzewny. Jakie wyniki miał *Frank* przy tak skomplikowanych metodach, nie wiadomo, wynalazca milczy, pytam się, czy czyni to umyślnie? *B. S. Schultze* ¹⁾ usuwa zwroty przy tyłozgięciach macicy w głębokiej narkozie oburęcznie, kładąc 2 palce jednej ręki wysoko w odbytnicę, w danych razach na kilku posiedzeniach, a następnie reponuje macicę i zakłada krążek. Jeżeli się to nie udaje, proponuje *Schultze* przeciąć poprzecznie tylne sklepienie pochwy, zrosty macicy i jajników oddzielić delikatnie i następnie reponować. Późem poleca otrzewną jamy Douglasa i tylne sklepienie pochwy tak szwami skrócić, aby część pochwowa macicy skierowaną była ku tyłowi miednicy. *Schultze* przenosiłby taką metodę nad laparatomiję i następne przymocowanie macicy do brzucha, gdyż ta ostatnia metoda usuwa tyłozgiece, lecz nie wytwarza prawidłowego położenia. Gdyby skrócenie tylnych więzadeł samo nie wystarczało, trzeba by, zdaniem *Schultzego*, skrócić operacyjnie okrągłe więzadła maciczne a więc zrobić operację *Alquiègo*. I ta metoda, oprócz przez jedyne *Gottschalka* ²⁾ (ze skutkiem) wypróbowaną jeszcze nie została, a że *Schultze* sam nadmienia, że gdyby metoda jego niewystarczała, trzeba by innej użyć metody, zdaje nam się, że sam autor w radykalny skutek swej metody nie bardzo wierzy. Nadmieniamy, że podobny projekt przecięcia tylnego sklepienia i skrócenia tylnych więzadeł podtrzymujących (lig. suspens. post.), a więc fałd Douglasa polecał także lipski ginekolog. *Sänger* ³⁾. *Schücking* ⁴⁾ z Pymontu przymocowuje przednią ścianę macicy do pochwy, przeprowadzając odpowiednio skrzywioną zagiętą igłę z jedwabiem przez przednią ścianę macicy i przednie sklepienie i związawszy oba końce nitki, z których jeden wygląda z ujścia zewnętrznego a drugi z przedniego sklepienia. Podług metody *Schückinga* operowali *Zweifel* i inni, zaprowadzając różne modyfikacje a wyniki dotychczasowe są korzystne. I rzeczywiście metoda *Schückingowska* ma pewne zalety. Najpierw czas operacji jest bardzo krótki, operacja sama nie sprawia chorej prawie żadnych boleści, tak że ją nawet i bez znieczu-

1) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn, tom IV, str. 42.

2) Centr. f. Gyn. 1889. Nr. 35—37.

3) Centralblatt f. Gyn. Nr. 3, 1888.

4) Centr. f. Gyn. 1888, Nr. 12.

lenia poprzedniego można wykonać. Następnie nie drażnimy wcale narządów sąsiednich, nie otwieramy otrzewny, macica po operacji pozostaje poruszalną. Czy jednakże metoda ta niema i stron ujemnych? Sądzę że tak. Jeżeli są np. silne zrosty w jamie Douglasa, których sposobem Schultzego usunąć nie można, to użycie w tych razach metody *Schückinga* jest niemożliwe. Tak samo wykonać jej nie można przy stanie zapalnym przyczepek lub przy zwężeniach pochwy. Nadto nie można wykluczyć możliwości, że przy metodzie tej możemy obrazić pęcherz lub wsuwające się między pęcherz a macicę jelita. W kilku przypadkach obrażeń pęcherza, nie było co prawda złych następstw, ale nie jest to dowodem, aby nastąpić nie mogły. Wreszcie dzisiaj przewidzieć nie można, czy zlepienie ciała macicy z przednią fałdą otrzewny jest w możliwości na długie lata utrzymać macicę w naprzód pochyleniu. To też o wartości metody Schückinga dopiero za lat kilka sąd ostateczny wydać będzie można.

Zmarły przed kilku laty młody gynecolog berliński *Rabenau* ¹⁾ używał w 6 przypadkach tyłozgięcia typowej rezekcyi przedniej ściany szyjki macicznej. W 2 przypadkach wynik operacji był problematycznej natury, w 4 ch innych prawie żaden. Nie ma ona też żadnej racyi bytu, jak to już z resztą *Fraenkel* ²⁾ i *Saenger* ³⁾ wykazali. *Caneva* ⁴⁾ a w ostatnich czasach *Assaky* ⁵⁾ z Bukaresztu przymocowują dno reponowanej macicy do przedniej ściany brzucha bez poprzedniego otwarcia otrzewny. Niebezpieczeństwo obrażeń pęcherza i jelit jest tutaj za wielkie, aby metoda ta mogła uzyskać sobie uznanie.

Metoda Aliquiego ⁶⁾ i Aleksandra polega, jak wiadomo, na skróceniu okrągłych wiązadeł. Chociaż niektórzy metodę tę wychwalają a *Alexander* nawet „słowem honoru“ ręczy, że jeżeli po kilku tygodniach od operacji macica pozostała w naprzód pochyleniu, w żadnym takim przypadku nigdy już nie przychodzi do recydywy w czasie późniejszym, my nie byliśmy wynikami operacji tej wcale zachwy-

1) Berlin. Kl. Wochensch., 1886, Nr. 18.

2) Deutsche med. Woch., 1886, Nr. 45 i 46.

3) Centralblatt f. Gynec., 1888, Nr. 2.

4) Handbokoof gyn. Operations, London, 1887, str. 413.

5) Now. lek., 1890, str. 488.

6) Bulletin de l'Academie de méd., 1884.

zeni i w czterech przypadkach naszych był wynik ostateczny niepomyślny. Że z wynikami mymi, przemawiającymi przeciw metodzie *Alquié'go* nie stoję na uboczu, dowodem podobne zdania o metodzie tej, wypowiedziane przez *Reida*, *Küstnera*, *Sängera*, *Tischendorfa* i innych a *Winckel* i *Paget* są nawet z teoretycznych względów przeciwni tej metodzie. Nie tu miejsce i czas po temu obszerniej o metodzie tej mówić i o jej modyfikacjach np. modyfikacji *Kelloga* ¹⁾, chciałem tylko zauważyć, że odszukanie rozdzielných nieraz włókien okrągłego wiązadła jest rzeczą wcale nie tak łatwą i że w jednym np. moim przypadku mimo usilnych i długotrwałych starań wcale prawego wiązadła odszukać nie mogłem. Rozumiem i pojmuje też jak najzupełniej, że *Keith* i *Croom* godzinę a nawet półtóry godziny szukać musieli, szerokie wiązadło, nim na nie wreszcie natrafili a *Stawiański* tak samo jak ja nie mógł wiązadła wcale odnaleźć. Następnie trudno nieraz oznaczyć, o ile w danym razie należy wiązadło skrócić. Za wiele, nie dobrze, za mało bez celu. Że wreszcie metody *Alquié'go* użyć wcale nie można przy zrostach macicy, ostrych zapaleniach około macicznych i u zbyt tłustych kobiet, łatwo zrozumiemy. Ale i u osób szczupłych operacji tej robić prawie nie warto, bo przy cienkich pokrywach brzusznych zazwyczaj i okrągłe wiązadła są cienkie i wcale tej nie posiadają siły, jaka jest potrzebna, aby macicę w prawidłowem utrzymać na-przód pochyleniu.

Pomówmy teraz o laparotomii i przymocowaniu macicy do opon brzusznych, czyli o *hysteropeksyi* lub *ventrofik-sacyi*. Z różnych metod przymocowania macicy do pokryw brzusznych wymieniam następujące: I. *Przymocowanie macicy do brzucha i wycięcie zarazem przyszczepków macicy*: 1) Wszycie w ranę brzuszną szypułki podwiązkowej (*Koeberlé*, *Keith*, *Schroeder*, *Saenger*), wszycie obydwóch szypułek (*Henning*, *Sänger*), 2) Przyszycie do brzucha szypułki podwiązkowej (*Kelly*, *Olshausen*) lub obydwóch szypułek (*Saenger*, *Olshausen*, *Klotz*). II. *Przymocowanie macicy do pokrywy brzucha*. 1) Przyszycie różków macicznych do przedniej ściany brzusznej (*Saenger*, *Korn* i *Emil Bode*). 2) Przyszycie dna macicy do brzucha (*Leopold*, *B. S. Schultze*,

¹⁾ Ann. of. gynec., Styczeń 1889. Modification in the technique of Alexanders operation.

Schramm, Lawson Tait). 3) Przyszyć jajowodu w ranę brzucha, ustalenie macicy przez sączone szklany przy leczeniu rany bez osłony (*Klotz z Drezna*).

Moje doświadczenia, jakie przy hysteropeksyi zrobiłem w ten sposób, że operacyja sama wcale nie jest trudna, że ze wszystkich metod, powyżej przytoczonych, najracjonalniejszy wydaje mi się sposób *Leopolda*, polegający na przymocowaniu dna macicy z głębokimi szwami do ściany brzusznej. Górny szew zakładałem przed wejściem jajowodu do dna macicy, trzeci poniżej wejścia jajowoda środkowy między górnym a dolnym szwem. W wysokości dna nie odkrobywałem błony surowiczej nożem, jak to poleca *Leopold* a mimo to wynik był każdym razem pomyślny i macica pozostawała w naprzód - pochyleniu. W jednym przypadku moim wywołała hysteropeksyja przez kilka tygodni po operacji objawy nie korzystne ze strony pęcherza, później jednakże takowe czasami ustawały i tylko przy peryjodzie dawały się o tyle we znaki, że chora bardzo często musiała mocz oddawać. Tutaj jednakże nie chce wcale przesądzać, że powodem tych dolegliwości ze strony pęcherza była hysteropeksyja, bo tyczyło się to pacjentki hysterycznej κατ' ἐξοχήν, u której zresztą objawy, wywoływane zwykle tyłozgięciem macicy i po dokonanej hysteropeksyi (po poprzednim oddzieleniu palcami i nożem błon rzekomych w jamie Douglasa) mało, a nawet *prawie wcale się nie zmniejszyły*. W tym właśnie przypadku miałem naoczny dowód słuszności zdania *Leopolda* ¹⁾, że nie zawsze hysteropeksyje i w ogóle operacyjne leczenie tyłozgięć dobre i dodatnie dają wyniki i dawniejsze usuwa cierpienia. Wskazywania do operacyjnego leczenia tyłozgięć trzeba więc *bardziej więcej może jak dotychczas ścieśniać*, nie podpisując jednakże tem samym za daleko sięgających zapatrywań *Vedelera*, o których na początku wspomniałem.

Na zakończenie i na uzupełnienie tematu mego wypada mi wspomnieć o kilku mniej znanych metodach lub projektach operowania tyłozgięć. I tak *Praeger* ²⁾ z Kamienicy poleca dno macicy nie jako szwem katgutowym do ścian otrzewny zawiesić, aby przeciwdziałać ciągnieniu, na które jest wystawioną przymocowana macica. *Czerny* używa nie jedwabiu, lecz katgut. Czy to korzystne, wątplię, choćby

¹⁾ Deutsche med. Wochenstr., 1891.

²⁾ Cent. f. Gynaec., 1890, Nr. 16.

dla tego, że znany mi jest przypadek *Zweifla*, gdzie katgut był mimo na pozór dokładnego odjąłowania powodem zakażenia. *Polk* usuwa zrosty macicy, a macicę zmusza do naprzd pochylenia przez sącdek lub przy pomocy metody *Alquiègo*. *Küstner* polecał na fryburgskim kongresie gynecologów zrosty w jamie Douglasa usuwać za pomocą żegadła, któreby zarazem oświecało w głębi pole operacyjne. Najnowszą wreszcie metodę, bo dopiero przed 2 tygodniami w *Zeischrift f. Geb. u. Gyn.* ogłoszoną, podał b. asystent *Schroedera* *Dr. Schratz*, lekarz wojskowy w Surabaja na Jawie. Na materyjale wojskowym (na Jawie wolno żołnierzowi mieć żonę, która, gdy zachoruje, idzie do lazaretu wojskowego na stację dla kobiet) operował *Schratz* tyłozgięcie w ten sposób: Pod kątem rozwartym robił on cięcie na międzykroczu tak, że szczyt kąta skierowany był do pochwy. Poczem odpreparowywał płat ten aż prawie do tylnego sklepienia pochwy a schwyciwszy go w 2 cążki *Richeletowskie* przeciął go w podłużnym kierunku, zwijając następnie każdą połówkę płata około cążków i w prawą i w lewą stronę. W tylnem sklepieniu uwydatnia się teraz dno tyłozgiętej macicy, *Schratz* robi nacięcie podłużne sklepienia, oddziela zrosty i macicę reponuje, łącząc ostatecznie odpreperowane przedtem płaty pochwy. Kilkanaście w ten sposób operowanych przypadków dobre dawało wyniki.

Tyle o dotychczasowych metodach i projektach operowania tyłozgieć macicy, metodach, mających wiele dodatnich, ale również wiele i stron ujemnych.

Co, Mości Panowie, mówicie na następujący projekt operowania tyłozgieć macicznych, zastrzegam się, że to tylko projekt i nic więcej.

Jeżeli chodzi a tyłozgięcie bez zrostów w jamie Douglasa, wtedy zrobićby można nacięcie w przednim sklepieniu i takowe wypełnić odjąłowaną gazą, maczaną w *wysokoku*. Reponowaną macicę przytrzyma i utwali w tej pozycji, wytwarzające się wskutek wyskokiem nasączonego tamponu *zapalenie zlepiające*. Przy tyłozgięciach, połączonych ze zrostami w jamie Douglasa zrobićby wypadało cięcie poprzeczne w tylnem sklepieniu, wypełniając następnie jamę takim samym tamponem po poprzednio dokonanej repozycji i tamponując zwykłą watą przednie sklepienie, aby część pochwową zbliżyć ku tyłowi. Część ta macicy również przez zapalenie adhezywne zostałaby tutaj utrwalo-

ną. Metoda taka tę miałaby, sędzę, dodatnią stronę, że utrzymałaby mogła macicę w prawidłowem położeniu a nadto ciało macicy nie straciłoby swej poruszalności, co np. przy hysteropeksyi jest wprost niemożliwe. Dla czego użyłbym tamponów, maczanych właśnie w wysokoku? Oto dla tego, że wyskok ma znakomite własności wytwarzania w krótkim stosunkowo czasie zapalenia z bujaniem reparacyjnem tkanek, tak jak np. ma to miejsce przy marskości wątroby, nerek, serca i t. d., właśnie działalność patologiczna taka, jaka przy przytrzymaniu macicy w prawidłowem położeniu wielkiej być może doniosłości. Sędzę, że użycie wysokoku w tych razach dobre oddałoby nam usługi, tak jak podobno dobrze działa wyskok, wywołując rozrostowe zapalenie przy różnych przepuklinach, które przez to zmniejsza a nawet takowe usuwa. Użyć sztucznie wytworzonego rozrostowego aseptycznego zapalenia do leczenia tyłozgień macicy może nie jest rzeczą nie racyjonalną. Przeglądając literaturę, zauważyłem, że *Saenger* ¹⁾ w r. 1880 proponował nacięcie tylnego sklepienia i wypełnienia go gazą jodoformową, w celu wywołania także adhezywnego zapalenia. Widocznie więc, że myśl ta już pokutowała, o ile zaś mój projekt lepszy lub gorszy od projektu *Saengera* przesądzać bynajmniej nie myślę, gdyż tutaj jedynie odnośnie leczone przypadki mogłyby sprawę tę rozstrzygnąć.

Z pracowni farmakologicznej prof. Ł. I. Thumasa
w Warszawie.

O WPLYWIE MIĘSIENIA NA SZYBKOŚĆ WCHŁANIANIA. PRZYCZYNEK DO FIZJOLOGII MIĘSIENIA

napisał

Józef Zawadzki.

Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dokończenie).

Przedewszystkiem działanie mięsienia zależy może od podrażnienia nerwów czuciowych obwodowych, które odrochowio działa na naczynia i serce i tą drogą wywołuje szybsze wchłanianie. Liczne doświadczenia dowodzą, jaką rolę odgrywa podrażnienie tego rodzaju na naczynia i serce. *Nauman, Rohrig, Heidenhain, Wolkenstein, Mantegazza, Falk, Vigouroux,*

¹⁾ Centralblatt f. Gynaec., Nr. 3, 1888.

Cl. Bernard, Wasiljew, Brown-Sequard i Tholosann, Manassein, Istamanow i Nowicki podają nam pod tym względem liczne fakty, nieulegające wątpliwości. Nie wykluczoną jest również możliwość bezpośredniego podrażnienia nerwów ruchowych, które, wywołując skurcze mięśni, mogą przyczynić się tą drogą również do szybszego wchłaniania, pod wpływem wreszcie mięsienia mogą zachodzić pewne zmiany w ściankach naczyń i w ten sposób właśnie może mięsienie wywierać swój wpływ na wchłanianie. Nasuwa się wreszcie myśl, że mięsienie działa wprost mechanicznie, jakby wtłaczając do naczyń limfatycznych płyn pod skórę wstrzyknięty.

Każde z tych przypuszczeń w spostrzeżeniach dawniejszych badaczy może znaleźć sobie pewien punkt oparcia, należało zatem drogą doświadczalną przekonać się o ile rzeczywiście mogą nam one objaśnić obserwowane zjawiska. Przedewszystkiem zająłem się rozwiązaniem pytania, o ile mięsienie działa jako środek drażniący nerwy czuciowe skóry, ewentualnie jako odruch od ich podrażnienia. W tym celu uciekłem się do kokainy, która, jak wiadomo, posiada wybitne własności znieczulające tego obszaru, w który została wprowadzoną. Doświadczenia w tym kierunku robiłem w sposób następujący. Psu wagi 7000 grm. wstrzykiwałem pod skórę 0,06 grm. cocaini muriatici, po upływie 10 minut znieczulenie było zupełne, ani na uklócia, ani na inne wpływy bolesne pies nie reagował, wtedy powtórnie badałem u psa odruchy: pozostały one takimi samymi, jak przed wstrzykiwaniem kokainy. Wstrzyknąwszy wtedy psu pod skórę zwykłą dawkę strychniny, kończynę poddawałem mięsieniu lub nie, przy końcu mięsienia również badałem czucie skóry i zawsze otrzymywałem wynik ujemny: kokaina nie okazywała działania podczas całego przebiegu mięsienia.

Naturalnie, przed doświadczeniem zawsze robiłem doświadczenie kontrolujące bez kokainy.

Oto wyniki niektórych doświadczeń. (*Ob. tab. IV*).

Z powyższej tablicy widzimy, że w doświadczeniu kontrolującym po wstrzyknięciu pod skórę strychniny możemy zauważyć wzmożenie się odruchów po upływie 16', po mięsieniu po 8' t. j. o 50% prędzej. Jeżeli poprzednio przed strychniną wprowadzimy pod skórę kokainę zauważymy znaczne przyspieszenie wchłaniania, gdyż działanie strychniny występuje już po 11'—13', podczas gdy bez kokainy po 16' t. j. o 19%—31% szybciej. Skoro jednak zaczniemy mię-

sić miejsce wstrzyknięcia, zauważymy, że szybkość wchłaniania zostaje taką samą, jak bez kokainy, innemi słowy *kokaina nie wpływa na szybkość wchłaniania przy mięsieniu*. Z powyższych doświadczeń wysnuć możemy wniosek że *działanie mięsienia na wchłanianie nie zależy od podrażnienia nerwów czuciowych obwodowych, że te ostatnie pozostają nań bez wpływu*.

T A B L I C A IV.

Nr. Doświadczenia	Waga psa w grm.	Warunki doświadczenia	Dawka kokainy i strychniny	Działanie	Czas zjawienia się działania po wstrzyknięciu
I (kontrolujące)	7000	bez mięsienia	2 mlgrm. strych. + 15 cm. ³ roztw. solnego	wzmōż. odruchów	po 16'
		5' mięsienie	taż sama	znaczne wzmōż.	po 8'
II	7000	bez miesienia	0,06 grm. cocaini muriatici po 10 minutach 2 mglr. strych. nitr. + 15 ctm. ³ 0,20/0 rozt. soli kuchennej	słabe wzmōżenie odruchów	po 13'
		5' mięsienie	taż sama	słabe wzmōżenie odruchów	po 9'
III	7000	bez mięsienia	taż sama co w dośw. II	słabe wzmōżenie odruchów	po 11'
		5' mięsienie	taż sama	słabe wzmōżenie odruchów	po 8'

Rozpatrując powyższą tablicę, musimy zwrócić uwagę na fakt nader ciekawy, mianowicie, że kokaina, wstrzyknięta przed strychniną, znacznie osłabia działanie tej ostatniej: w doświadczeniu kontrolującym bez mięsienia widzimy po wstrzyknięciu strychniny znaczne wzmōżenie odruchów, po mięsieniu nawet słabe drgawki, w doświadczeniach zaś z kokainą ani razu nawet po mięsieniu, które jak wiemy znacznie wzmagą działanie, nie mogłem zauważyć znacznego wzmōżenia odruchów. Czemu należy przypisać taki wpływ kokainy na działanie strychniny, czy bezpośrednio kojącemu wpływowi tej pierwszej na szarą substancję rdzenia, czy też pobudzającemu jej działaniu na hamujące ośrodki

mózgu, czy wreszcie innym jakim czynnikiem trudno mi w chwili obecnej rozstrzygać stanowczo dla braku odpowiednich doświadczeń. Nim je wykonam na tem miejscu zaznaczam tylko ten fakt ciekawy, posiadający ważne znaczenie przy leczeniu otrucia strychniną.

Czy jednak prócz wyżej przytoczonych nie możemy jeszcze wysnuć innych wniosków z doświadczeń z kokainą? Rzeczywiście, prócz działania na nerwy czucia kokaina wpływa na naczynia, ztąd też z powyższych doświadczeń możemy wysnuć wniosek co do zachowania się mięsienia przy zwężeniu naczyń.

Już w pierwszych latach po wprowadzeniu w użycie kokainy, *Köller*, *Weber*, *Frost* i w. in. zauważyli, iż po wprowadzeniu tego środka do łącznicy występuje niedokrewność miejscowa, toż samo na innych błonach śluzowych stwierdzili *Zaufall*, *Blumensfeld* i in.

Wprowadzając kokainę pod skórę, *Feinberg* widział niedokrewność mózgu, a *Anrep*, *Vulpian* i *Wasserzug* widzieli silne zwężenie naczyń, tylko *Moso* twierdzi, iż kokaina paraliżuje naczynia i wywołuje ich rozszerzenie, i on jednak widział to zjawisko przy podawaniu dużych dawek, przy małych i w jego doświadczeniach występowało zwężenie tętnic. Prócz tego *Wasserzug* zauważył podniesienie ciśnienia tętniczego i przyspieszenie tętna. Czy zależy to od działania kokainy na ośrodek naczynioruchowy, jak chce *Danini*, czy też od bezpośredniego wpływu tego środka na same naczynia (*Wasserzug*) w danym wypadku dla mnie jest kwestyją drugorzędną, najważniejsza, iż fakt zwężenia naczyń po wstrzyknięciu kokainy nie ulega już żadnej wątpliwości.

Na zasadzie tego z tablicy IV widzimy, że przy zwężeniu naczyń (wskutek wprowadzenia kokainy) mięsienie działa jak przy normalnych naczyniach, czyli, że zwężenie naczyń nie wpływa na działanie mięsienia.

Rodzi się teraz pytanie, jak działa mięsienie przy rozszerzeniu naczyń. Aby odpowiedzieć na to pytanie przecinałem u psa nerw kulszowy (w którego okolicy zawsze były robione doświadczenia) i tym sposobem nie tylko pole działania pozbawiałem wpływu nerwu naczynioruchowego, ale wywoływałem bezwład kończyny, niszcząc przewodnictwo ruchowe.

Doświadczenia, podjęte w tym kierunku, nie wiele się

różnią od ogólnego typu poprzednich doświadczeń. Przed doświadczeniem właściwym wykonywałem kilka doświadczeń kontrolujących, przeciąwszy następnie nerw kulszowy, w miejscu wyjścia z miednicy, przy zachowaniu wszelkich przeciwnych ostrożności i po uprzednim znieczuleniu nerwu kokainą, przystępowałem do doświadczeń.

Z doświadczeń tych dla przykładu wybieram następujące:

T A B L I C A V.

Nr. Doświadczenia	Waga psa w grm.	Warunki doświadczenia	Dawka strychniny	Działanie	Po jakim czasie od chwili wstrzyknięcia	Czas po przecięciu nerwu
kontrolujące	7400	bez mięsienia	1,5 mlgrm. strychn. nitrici	wzmoż. odruchów	po 25', 30'	
		5' mięsienie	taż sama	silne wzmoż. odruchów	po 6', 11'	
Po przecięciu nerwu kulszowego.						
I	—	bez mięsienia	taż sama	wzmoż. odr.	po 15'	tego samego dnia
		5' mięsienie	" "	znaczne wzmożenie odruch.	po 10', 12'	na 2 dzień
II	—	bez mięsienia	" "	wzmoż. odr.	po 10', 13	na 4 dzień
		5' mięsienie	" "	" "	po 11'	" 5 "
III	—	bez mięsienia	" "	wzmoż. odr.	po 12', 16'	" 9 "
		5' mięsienie	" "	" "	po 12', 16'	" 10 "
IV	—	bez mięsienia	2 mlgr. str.	wzmoż. odr.	15'	po 15 dniach
		5' mięsienie	" "	" "	12'	" 17 "
V	—	bez mięsienia	" "	wzmoż. odr.	po 13', 18'	" 20 "
		5' mięsienie	" "	" "	po 8'	" 22 "
VI	—	bez mięsienia	" "	wzmoż. odr.	po 15'	" 35 "
		5' mięsienie	" "	drżawki	po 12'	" 37 "

Nr. Doświadczenia	Waga psa w grm.	Warunki doświadczenia	Dawka strychniny	Działanie	Po jakim czasie od chwili wstrzyknięcia	Czas po przecięciu nerwu
VII	—	bez mięsienia	2,5 mlgrm.	wzmóż. odr.	po 15'	na 43 dzień
VIII	—	bez mięsienia	2,5 mlgrm.	wzmóż. odr.	po 18'	" 45 "
		5' mięsienie	" "	wzmóż. odr.	po 12'	" 47 "
IX	—	bez mięsienia	" "	wzmóż. odr.	po 16'	" 48 "
		5' mięsienie	" "	wzmóż. odr.	po 8'	" 50 "

T A B L I C A VI.

Nr. Doświadczenia	Waga psa	Warunki doświadczenia	Dawka strychniny	Działanie	Po jakim czasie wystąpił odruch	Dzień po ne-urotomii
kontrolujące	5000	bez mięsienia	1,5 mlgrm.	wzmóż odr. drgawki	po 13' po 11'	

Po przecięciu nerwu kulszowego.

I	5000	5' mięsienie	1,5 mlgrm.	wzmóż. odr. drgawki	po 10' po 15,	tegoż dnia
		bez mięsienia	" "	drgawki	po 24'	na 2 dzień
II	—	bez mięsienia	" "	wzmóż. odr. drgawki	po 7' " 13'	po 3 dniach
		5' mięsienie	" "	wzmóż. odr. drgawki	" 7' " 13'	po 4 dniach
III	—	bez mięsienia	" "	drgawki	po 13,	po 10 dniach
		5' mięsienie	" "	drgawki	po 10'	po 12 dniach
IV	—	bez mięsienia	" "	drgawki	po 14'	po 14 dniach
		5' mięsienie	1 mlgrm. strychniny	drgawki	po 6'	po 16 dniach
V	—	bez mięsienia	2 mlgrm.	drgawki	po 20'	po 20 dniach
		5' mięsienie	" "	drgawki (śmierć.)	po 11'	po 22 dniach

Z powyższych doświadczeń dojść można do następujących wniosków.

1) Po przecięciu nerwu resp. oddzieleniu ośrodka naczynioruchowego i ośrodków ruchu wessanie następuje znacznie prędzej, niż przed przecięciem, mianowicie o 39⁰/₀—40⁰/₀.

2) Jeżeli po przecięciu nerwu wykonywać będziemy mięsienie łapy, w którą wstrzyknęliśmy strychninę, z łatwością zauważymy, iż szybkość działania w ciągu pierwszych dni po przecięciu jest tak samą jaką przed przecięciem.

3) Porównywając szybkość wchłaniania po przecięciu nerwu bez mięsienia i po mięsieniu, widzimy, iż w ostatnim tym przypadku przyspieszenie nie jest tak wielkie, jak przed przecięciem. Przed przecięciem przy mięsieniu wygrywa-
liśmy na czasie 30⁰/₀—50⁰/₀, po przecięciu u tych samych psów przyspieszenie wynosi zaledwie 25⁰/₀—38⁰/₀ (w ciągu pierwszych dni po operacji).

4) Co się tyczy siły działania musimy zauważyć, że zarówno przed jak i po przecięciu powstaje ona bez zmiany i że mięsienie wzmacnia działanie strychniny, niż przed przecięciem nerwu.

5) Rozpatrując dane, otrzymane w ciągu następnych dni po przecięciu, widzimy, że szybkość wchłaniania wzmacnia się ciągle (po 4 dniach wchłanianie następuje już po 10', a nawet po 7'), następnie jednak szybkość zmniejsza się, ale jednak w jednym z doświadczeń nawet po 48 dniach jest większą, niż przed przecięciem nerwu. Porównywając stosunek szybkości wchłaniania bez i po mięsieniu widzimy, iż przyspieszenie wchłaniania po mięsieniu z początku ciągle się zmniejsza (po 4 dniach—10⁰/₀) (prawidł. 50⁰/₀), (po 9 dniach 0⁰/₀) stan taki trwa około 10 dni do 2 tygodni, następnie zaś mięsienie psów wpływa na przyspieszenie wchłaniania po 15 dniach od chwili przecięcia o 20⁰/₀, po 20 dniach o 35⁰/₀ i z nieznacznymi wahaniami po 48 dniach mięsienie zaczyna przyspieszać wchłanianie o 50⁰/₀. W innym doświadczeniu (tabl. VI.) stan taki następuje szybciej bo po 2 tygodniach, a następnie mięsienie przyspiesza więcej jeszcze wchłanianie, niż prawidłowo. Siła działania po mięsieniu nie wzmacnia się, jak to miało miejsce przed przecięciem nerwu, nawet po długim od przecięciu przeciągu czasu i dopiero pod koniec doświadczenia (dośw. w tabl. VI.) można było tę własność mięsienia spostrzedz. Tu również muszę zaznaczyć, iż zwiększenie się szybkości wchłaniania pod wpływem mię-

sienia (po przecięciu nerwu) występowało wtedy, gdy funkcja kończyny zaczęła wracać t. j. gdy nerw zrastał się zupełnie.

6) Rozpatrując szczegółowo obie przytoczone tablice szczególnie zaś V-tą, gdzie doświadczenie trwało bardzo długo, możemy zauważyć jeszcze jeden fakt nader ważny dla fizjologicznego i terapeutycznego działania strychniny, mianowicie *stopniowe przyzwyczajanie się psa do strychniny*. Już po 8 krotnem podaniu tego środka w ilości 1,3 mlgrm. w ciągu 2 tygodni nie tylko nie zauważyliśmy kumulacyjnego działania tego środka, ale przeciwnie działanie tej samej dawki było tak słabe, iż trzeba było zwiększyć ją o $\frac{1}{3}$, t. j. do 2 miligrm., toż samo należało uczynić z tą ostatnią dawką po upływie następnych dwóch tygodni.

Tym sposobem, pomimo przyznawanego przez wszystkich działania kumulacyjnego strychniny, do strychniny jak i do morfiny przy długim użyciu w pewnych odstępach czasu można się przyzwyczaić i aby wywołać poprzedni skutek trzeba zwiększać dawkę stopniowo.

Czy to zależy od stopniowego przyzwyczajania się ośrodków, na które działa strychnina, czy stopniowego ich zwyrodnienia z powodu ciągłych podrażnień — trudno mi rozstrzygać na tem miejscu, zwracam tylko uwagę na ciekawe to spostrzeżenie nie tylko dla farmakologii, ale i terapii, gdyż strychninę stosujemy właśnie w małych dawkach w ciągu długiego czasu.

Zwróćmy się teraz do teoretycznej oceny powyższych faktów.

Przedewszystkiem rodzi się pytanie, jakie zmiany zachodzą w kończynie, w której przecięto nerw kulszowy.

Jeden z pierwszych, którzy wykonywali podobne doświadczenia *G. Nasse* zauważył w części powyżej przecięcia obniżenie ciepłoty, poniżej zaś znaczne jej podwyższenie. Spostrzeżenie to potwierdzili *Schiff i Cl. Bernard*, a *Tarchanow, Putzeys, Bernstein* i in. dowiedli, iż dzieje się to dzięki rozszerzeniu naczyń, powstającemu po przecięciu nerwu i zmniejszającemu się po kilku dniach. Między innymi wspomnieni badacze doszli do wniosku, iż podrażnienie po kilku dniach również podwyższa ciepłotę i rozszerza naczynia obwodowego odcinka nerwu. Według *Bernsteina* ostatnie to zjawisko zauważyć można po każdym podrażnieniu nerwu. Naturalnie, że wobec doświadczeń *Goltz'a* zmiany

w napięciu naczyń po przecięciu nerwu naczynioruchowego, jakim jest i nerw kulszowy powstają również i od węzłów zawartych w samych ściankach naczyń, niezależnych od ośrodka. Przecinając więc nerw 1^o wywołujemy pewne zmiany w naczyniach i 2^o niszczymy przewodnictwo rucho- we, pozbawiamy kończynę impulsów ruchowych.

Nie może chyba ulegać wątpliwości, iż powyższe wpły- wy nie są bez znaczenia dla sprawy wchłaniania; co się ty- czy systematu nerwowego posiadamy fakty doświadczalne, dowodzące tego wpływu niezbicie. Między innymi wprost nam na to wskazują doświadczenia, wykonane przez pro- fesora *L. Thumasa* w Petersburgu. Według tych do- świadczeń przecięcie nerwu znacznie opóźnia wchłanianie (prawie 7 razy). Zdaniem autora zależy to: 1^o od znie- sienia łączności między mięśniami i ośrodkami ruchowymi, wskutek czego następuje bezwład kończyny i *brak skurczów mięśni*), pomagający wchłanianiu przez mechaniczne wtłacza- nie płynu) powyższa teza autora jest również widoczną z doświadczeń *Lassur'a i Paszutina*; 2^o napięcie naczyń pod wpływem przecięcia nerwu znika, naczynia rozszerzają się przez co odpływ krwi jest utrudniony. 3^o Ciśnienie krwi w naczyniach zwiększa się, znacznie przewyższa ciśnienie płynu w tkankach, wskutek czego prąd z tkanek do naczyń znacznie się zwalnia.

Jeżeli porównamy wyniki tych doświadczeń z otrzymana- nimi przezemnie zauważymy pewną między nimi różnicę. W doświadczeniach swych prof. Thumas po przecięciu ner- wu widział zawsze zwolnione wchłanianie, u mnie występowa- ło zawsze wzmożone. Różnicę tę jednak z łatwością zrozumieć możemy, skoro zwrócimy uwagę na to, iż prof. Thumas wykluczał w swych doświadczeniach wpływ syste- matu limfatycznego, a to tembardziej, że zestawiając jego doświadczenia w tej samej pracy, z łatwością możemy prze- konać się, jak olbrzymią rolę odgrywają naczynia limfatycz- ne w sprawie wchłaniania. Tak np. wchłanianie u żaby z kończyną nieoperowaną nastąpiło po 3 minutach; pozosta- wiając zaś kończynę w związku z tułowiemza pomocą tylko ży- ły, tętnicy i nerwu t. j. niszcząc systemat limfatyczny zauważy- my wchłanianie po 7 minutach t. j. więcej niż 2 razy powolniej- sze. Zresztą klasyczne doświadczenia *Mosengeila* czyż nam nie dowodzą tego w zupełności?

Czemu przypisać należy przyspieszone wchłanianie po

przecięciu nerwu—odpowiedzieć trudno. Doświadczenia *Goltza* dowiodły, iż układ limfatyczny jest w możności wchłaniać i ciała wessane doprowadzić aż do serca bez pomocy układu krwionośnego, zależy to od tych rytmicznych ruchów, które zauważyć możemy w naczyniach limfatycznych (Heller).

Jaką rolę w tych ruchach odgrywa układ nerwowy ośrodkowy dotąd pozostaje jeszcze zagadką, wiadomo tylko, iż u zwierząt, posiadających t. z. serca limfatyczne, te ostatnie działają pod wpływem zwojów, mieszczących się w ich ściankach lub w pobliżu (Wittich). Zwoje te działają niezależnie od układu ośrodkowego, dowodzą doświadczenia Witticha, z przecięciem rdzenia, jak również inne, w których nawet zniszczenie krwiobiegu przez wywołanie bezwładu serca przy pomocy muskaryny nie przeszkadzało wchłanianiu.

Czy naczynia limfatyczne innych zwierząt również ulegają wpływowi zwojów, w ich ściankach zawartych nic dotąd nie wiemy. Z tego więc względu nie mam możności objaśnić obserwowanego przezemnie faktu przyspieszania wchłaniania pod wpływem przecięcia nerwu naczynioruchowego, zaznaczam tylko fakt goły, iż po przecięciu nerwu kulszowego płyn wstrzyknięty w okolicę nerwu szybciej ulega wchłanianiu i że przyspieszenie wchłaniania trwa długo po przecięciu, nawet wówczas, gdy funkcje kończyny wracają do prawidłowego stanu.

Rozpatrując działanie mięsienia po przecięciu nerwu zauważyliśmy, że z początku wchłanianie następuje w tym samym czasie, co przed przecięciem, czyli innymi słowy, że przecięcie nerwu t. j. rozszerzenie naczyń i zniszczenie skurczów mięśni na działanie mięsienia nie wpływa. Widzieliśmy powyżej że również nie wpływa nań i zwężenie naczyń, a zarazem zniszczenie nerwów czuciowych.

Nie będziem się dziwić, że stosunek szybkości wchłaniania po mięsieniu i bez mięsienia po przecięciu nerwu jest mniejszy, niż przed przecięciem, gdyż widzieliśmy, iż bez mięsienia szybkość wchłaniania po przecięciu nerwu jest większą, niż w stanie prawidłowym, musiał się więc stosunek zmienić, choć oczywiście nie wskutek tego, że mięsienie w wymienionych warunkach działa ujemniej, niż w prawidłowych. Objaśnić zaś faktu że stosunek ten ulega wahaniom, że z początku zmniejsza się, aby zwiększyć się w krótcie

trudno objaśnić można chyba podrażnieniem peryferycznego końca przeciętego nerwu, co wobec doświadczeń wymienionych powyżej badaczy jest wielce prawdopodobnem.

Z powyższych więc doświadczeń z przecięciem nerwu kulszowego wynika, iż rozszerzenie naczyń nie wpływa na szybkość wchłaniania przy mięsieniu i że ruchy mięśni również nie odgrywają w tem wybitnej roli nadto zestawiając odnośne doświadczenia ¹⁾ dojdziemy do wniosku, iż mięsienie wywołuje rozszerzenie naczyń co niewątpliwie, wpływa na wchłanianie. Rozszerzenie naczyń, przy mięsieniu stwierdziło już przedemną wielu badaczy, między innymi *Eccles* jak to widzieliśmy z powyższego przeglądu odnośnego piśmiennictwa.

Prócz doświadczeń powyższych przedsięwziąłem jeszcze następujące w celu przekonania się, jak się zachowuje szybkość wchłaniania przy mięsieniu symetrycznego miejsca (miejsca wstrzyknięcia) na drugiej kończynie. Z doświadczeń, z których kilka w tablicy VII przedstawiam, wynika, iż mięsienie miejsca symetrycznego na drugiej kończynie nie wpływa lub bardzo nieznacznie wpływa na wchłanianie.

T A B L I C A VII.

Nr. doświadczenia	Waga psa w grm	Warunki doświadczenia	Dawk. strychniny i roztw. soli kuchennej	Działanie	Czas zjawienia się działania po wstrzyknięciu
I (kontrolujące)	6100	wstrzykiwanie w prawą kończynę tylną w okolicę n. kulszowego bez mięsienia	1,5 mgrm. str. nitr. + 15 cm. ⁸ roztw. solnego	wzmoż. odru.	po 12'
		5' mięsienie prawej tylnej kończyny	taż sama	wzmoż. odru.	po 7'
II	—	wstrzyknięcie w prawą, mięsienie 5' lewej kończyny	taż sama	wzmoż. odru.	po 12'
III	—	wstrzyknięcie w prawą, mięsienie 5' lewej kończyny	taż sama	wzmoż. odru.	op 11'
IV	=	takież warunki jak II i III	taż sama	wzmoż. odru.	po 12'

¹⁾ Wchłanianie po mięsieniu następuje po 9'—11', jeżeli przetniemy nerw wchłanianie bez mięsienia następuje w tym samym prawie czasie, wniosek więc ten nasuwa się sam przez się.

Zestawiając powyższe doświadczenia przyjąć możemy do następujących wniosków.

1) Mięśnienie (à friction) w kierunku dośrodkowym) przyspiesza wchłanianie płynów z tkanki podskórnej o 16%—59%.

2) Mięśnienie znacznie wzmacnia działanie wprowadzonego środka, co, naturalnie, ma znaczenie i dla terapii, ponieważ wprowadzając mniejsze dawki pod skórę i poddając mięśnieniu miejsce, gdzie wstrzyknęliśmy, otrzymujemy także samo działanie, jak przy dawkach 2 razy większych bez mięśnienia.

3) Im dłużej trwa mięśnienie, tem szybciej następuje wchłanianie.

4) Ilość wstrzykniętego płynu nie wpływa znacznie na szybkość wchłaniania przy mięśnieniu.

5) Mięśnienie miejsca symetrycznego na drugiej kończynie (miejscu wstrzyknięcia) nie wpływa na szybkość wchłaniania.

6) Zwężenie naczyń w kończynie, poddanej mięśnieniu nie wpływa na działanie mięśnienia na wchłanianie.

7) Również nie wpływa i rozszerzenie naczyń w tej kończynie.

8) Znieczulenie obwodowych nerwów czucia w danem miejscu nie wpływa na szybkość wchłaniania przy mięśnieniu, jak również

9) nie wpływa na to i przecięcie nerwu t. j. usunięcie działania narządu ruchowego.

10) Mięśnienie rozszerza naczynia w kończynie, którą mięsimy.

Prócz tych faktów, odnoszących się wprost do fizjologii mięśnienia, należy zwrócić uwagę na następujące, nie pozabawione znaczenia dla fizjologii, farmakologii i terapii.

11) Po przecięciu nerwu kulszowego (naczynioruchowego płyn wstrzyknięty pod skórę poniżej przecięcia wchłania się znacznie szybciej.

12) Podając strychninę w małych dawkach w ciągu dłuższego czasu widzimy przyzwyczajanie się stopniowe do tej trucizny, tak że dla otrzymania po przedniego działania podobnie jak przy morfinie należy dawkę zwiększać. Fakt ten ważne posiada

znaczenie przy terapeutycznym stosowaniu tego środka, zwykle podawanego przez czas dłuższy w małych dawkach.

13) Wstrzykiwanie kokainy przed wprowadzeniem do ustroju strychniny osłabia znacznie działanie tej ostatniej, z tego powodu wartoby więc kokainę stosować jako odtrutkę przy otruciu strychniną.

Na zasadzie powyższych wyników dojść już możemy do pewnych wniosków co do mechanizmu działania mięsienia przy wchłanianiu, a nawet co do mechanizmu działania mięsienia w ogóle.

Widzieliśmy, że ani zwężenie, ani rozszerzenie naczyń, ani zniesienie odruchowego wpływu podrażnienia nerwów czuciowych skóry, ani wreszcie zniesienie ruchu w kończynie nie wpływa na działanie mięsienia, działanie jego w powyższych warunkach jest także samo jak w warunkach normalnych, jedynie więc pozostaje przypuszczenie, iż działa on wprost mechanicznie. Wywołując przez mięsienie rozszerzenie naczyń w kończynie, wprost mechanicznie wtłaczamy do rozszerzonego koryta naczyń krwionośnych i do naczyń chłonnych płyn, który ma uleść wchłonięciu, mechanicznie wyciskamy krew wraz z płynem z kończyny do ogólnego krwioobiegu i tym sposobem wywołujemy szybsze wchłanianie.

Widzieliśmy np. w doświadczeniach z apomorfina, że massując kończynę otrzymujemy jednorazowe wymioty wskutek wtargnięcia całej wstrzykniętej ilości jakby od razu, podczas gdy bez mięsienia wymioty powtarzają się kilkakrotnie. Doświadczenie to już samo przez się bardzo za tą teorią przemawia. Przemawiają za nią doświadczenia *Pogorzew'a*, *Mosengeil'a*, a przede wszystkim *Bum'a*.

Teoryja ta z łatwością może nam objaśnić wszystkie powyżej przytoczone fakty co do działania mięsienia na szybkość wchłaniania, jak również wiele faktów, spostrzeganych przez innych badaczy.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

251. M. NENCKI. O ciałach białkowych. Ueber die labilen Eiweisstoffe. (*Selweiz. Wochsch. für Pharm.* 1891, Nr. 29.

Wiadomo jaką ważną rolę w przemianie materii odgrywają wytwory przemiany białka. Szczególniej na to zwrócili uwagę badania bakterjologów nad toksalbuminami. Pod wpływem rozcieńczonych kwasów nieorganicznych (1–10 pro mille), zasad, albo wydzielin przewodu pokarmowego białko zmienia się znacznie i otrzymujemy z niego w końcu ciało, nie strącalne przez stężony siarczan amonu—pepton, oraz cały szereg albumoz.

Gotując fibrynę albo białko kurze z rozcieńczonym kwasem siarczanym, zauważymy, iż część przechodzi do roztworu, część zostaje nierozpuszczoną, dla tego też Schützenberger jest zdania, że molekuła białka na dwie rozszepia się połowy: nierozpuszczalną w kwasach (przez niego nazwaną hemiproteiną, przez Kühne'go antialbumidą), oraz rozpuszczalną w kwasach — hemialbumozę (Kühne). Antialbumida nie rozpuszcza się w kwasie octowym i kwasie solnym, rozpuszcza się z łatwością w alkaliach i strąca się nadmiarem chlorku sodu. Pod wpływem trypsyny w roztworze alkalicznym część antialbumidy przechodzi w antipepton, większa zaś część tworzy galaretowatą masę. Antipepton daje czerwony odczyn z wodą chlorową i bromową, nie daje osadu z żółtym żelazocyjankiem potasu, oraz przy rozkładzie dalszym kwasów amidowych.

Co do hemialbumozy Kühne i Chittenden rozróżniają 4 modyfikacje:

1) Protalbumoza, która strąca się nadmiarem chlorku sodu i rozpuszcza się w zimnej i gorącej wodzie.

2) Deuteroalbumoza, strąca się nadmiarem chlorku sodu dopiero po zakwaszeniu, w wodzie rozpuszczalna.

3) Heteroalbumoza, strąca się nadmiarem chlorku sodu, nierozpuszczalna w wodzie zimnej i gorącej, rozpuszczalna w słabych i stężonych roztworach soli.

4) Dysalbumoza nierozpuszczalna w roztworach soli; posiada zresztą własności heteroalbumozy. DC. Wszystkie te ciała otrzymać można przez gotowanie białka z rozcieńczonym kwasem siarczanym lub przy trawieniu pepsynowem; przy pierwszym sposobie otrzymujemy dużo hemipeptonu, mało zaś hemialbumozy, przy drugim stosunek jest odwrotny. Skoro jednak nie zatrzymamy wczas trawienia, wszystkie albumozy przechodzą w hemipepton. Albumozy posiadają więcej węgla niż peptony, jak to widzimy z prac Kühnego i Chittendena, Gerlach nadto dowiódł, iż antialbumina z białka kurzego posiada 15,38% N, antipepton 16,19%. Hemialbumoza z fibryny 17,42% N, hemipepton 16,84% N.

Oto produkty przemiany białka. Mają one pod względem odżywczym większe niż pepton znaczenie, Gerlach np. podając psu albumozy widział, iż są znoszone dobrze, podczas, gdy też same psy wymiotowały pokarm, który zawierał pepton, w razie zaś braku wymiotów już po podaniu 15 grm. mógł zauważyć po upływie 24 godzin krwawą biegunkę. Fano zresztą i Schmidt-Mühlheim dowiedli już przed tem, iż wstrzyknięcie pod skórę 0,3 grm. peptonu działa trująco. Prawdopodobnie

jednak peptony w ścisłym tego słowa znaczeniu, t. j. ciała otrzymane przy trawieniu trzustkowym białka i niestrącalne za pomocą siarczanu amonu nie tworzą się w ustroju lub w bardzo małej ilości, zastępują ich miejsce—albumozy, których liczba jest znaczna.

Zachodzi teraz pytanie w jakim stosunku do ciał tych stoją toksalbuminy i enzymy? Wiadomo, iż i białka zwykle niekiedy wywołują działanie trujące (Buchner). Po za tem jednak spotykamy mianowicie w roślinach i u zwierząt właściwe toksalbuminy, które odpowiadają swym działaniem takim truciznom jak strychnina, morfina i t. p. Norris-Wolfenden, Weir Mitchell i F. Reichert dowiedli, iż jad węży jak Viper, Grzechotnika i in. jest toksalbuminą. Wysuszony nawet przy 115° C. nie traci swych własności trujących, strąca się siarczanem mangu, ogrzewany w roztworach traci swą siłę trującą, dyfunduje wreszcie dobrze przez błony zwierzęce. Według Mosso krew niektórych niższych zwierząt zawiera toksalbuminę odpowiadającą jadowi węża, różniącą się jednak mniejszą odpornością na ciepłość.

Podobne ciała trujące spotykamy i w roślinach. Bruyllants i Veuneman znaleźli toksalbuminę w Semen Jeurity i ochrzcieli ją nazwą abryny, Roux i Yersin wydzielili toksalbuminę z produktów bac. diphtheriae, a Vailard i Vincent, obalając badania Briegera, doszli do wniosku, iż i jad tęcza jest toksalbuminą, a nie ptomainą.

Do toksalbumin zbliżają się swemi własnościami enzymy, które przez dodanie kwasów, alkali, soli lub pod wpływem światła okazują swe działanie. Przy ogrzewaniu do 50° C. tracą swe działanie z małemi wyjątkami, podobnie jak i toksalbumin gruzliczy i jad węży. Moznaby wogóle postawić wniosek, iż te białka trujące, które tracą trujące własności przy 50° C. są prawdziwemi ciałami białkowemi, pozostałe należałoby uważać za albumozy, te zaś, które wytrzymują ciepłość 100°, jak np. niektóre jady wężów są peptonami. Trudno naturalnie oczekiwać tu różnic zbyt wydatnych, prawdopodobnie mamy tu do czynienia ze stopniami przejściowemi, aż do ściśle dających się określać krystalicznych ptomainów. Być może zresztą, że toksalbuminy są połączeniem białka z wodanami węgla lub zawierają inny układ atomów.

Po za analogiją z własności chemicznych toksalbuminy i enzymy mają to wspólne, iż działają na ustrój trująco. Bergmann i Angeerer, Hildebrant i in. dowiedli, iż działanie to jest nader podobne. Zwykle występują obrzęki, skrzepy w naczyniach, zaburzeniu w krążeniu, wreszcie zaburzenia w kanale pokarmowym. Po za tem niektóre toksalbuminy działają i na układ nerwowy (tęzec). Koch niedawno zwrócił uwagę na fakt nader ciekawy, iż jad tuberkuliczny silniej działa na osobniki gruzlicze, niż zdrowe, toż potwierdził na koniach z jadem nosacizny Helmann. Autor sądzi, iż gdyby Koch poznał bliżej środek działający nie zalecałby go, jako środek przeciw gruzliczy. Dr. M. Hahn w pracowni autora wyodrę-

bnął z limfy Kocha toksalbuminę—ciało działające — stracając limfę wyskokiem, rozpuszczając w wodzie osad i stracając siarczanem amonu, początkowo substancja trująca osiadała w postaci kłaczków, później w postaci klejowatej masy, przylegającej do ścian; Wstrzyknięty pod skórę wywoływał też samo działanie co i tuberkulina.

Posiadając własności trujące, enzymy tem tylko różnią się od toksalbumin, iż posiadają własności proteolityczne. W ustroju ludzkim przechodzą w związki nietrujące, inaczej bowiem tak trujący enzym jak trypsyna mógłby wchłaniając się wywoływać nader poważne objawy.

Co do natury tych ciał długo trwał spór w nauce, chodziło o rozstrzygnięcie, czy są to ciała białkowe, czy też ich derywaty. Autor w celu zbadania własności toksalbumin badał abrynę z Semen Jequirity. Dawniej już Bruyllants i Veneman, później Warden i Weddel badali ten związek. Sidney Martin wyodrębnił dwa ciała trujące globulinę i albumozę, wreszcie dr. Zofija Glinka w pracowni autora wyodrębniła globulinę i stwierdziła badania Martina. Jeżeli teraz zbierzemy wszystko powiedziane powyżej widzimy, iż ciała białkowe jak fibryna, kazeina, acid i alkali albuminy względnie są określone, inne jak toksalbuminy i enzymy należą do ciał nieokreślonych, niestałych. Odnośnie do ciepła, światła, kwasów, alkaliów i t. p. mają wiele podobieństwa toksalbuminy do żyjącego w komórkach białka, co do którego już 10 lat temu Pflüger, Loew i Bokorny wyrazili przekonanie, iż inne jak białko martwe posiada własności. Autor, pracując razem z N. Sieberową już dawniej dowiódł, iż białko w słabym rozcieńczeniu pochłania tlen z powietrza, a wiemy, iż życie bez tlenu jest niemożliwe, ciekawą więc byłoby rzeczą zbadać na enzymach i toksalbuminach, tych ciałach tak bardzo zbliżonych do żyjącego białka, jak zachowują się one względem rozmaitych gazów.

Budowa białka dotąd pozostaje tajemnicą, Loew i Bokorny wyrazili zdanie, iż żyjące białko Spirogyruse ma budowę aldehydów (za pomocą swego odczynnika rozcieńczonego roztworu zasadowego tlenku srebra). Autor badał rozliczne toksalbuminy i enzymy za pomocą owego odczynnika bezskutecznie, ale Malfadyen w jego pracowni odkrył tę reakcję w enzymie zbliżonym do trypsyny. Prócz aldehydów i ketonów białka być może posiadają budowę cyjanową jak azyny, hydroksylowane derywaty benzolu, jak np. pyrogallol i hydroksylowana naftalina.

Co do działania leczniczego enzymów nie wiele autor może powiedzieć. Robił doświadczenia z trypsyną, pepsyną i papajotyną na zwierzętach a następnie u dotkniętych mięsakami, rakami, wyniki były bardzo ograniczone. W chorobach zakaźnych w 2 wypadkach karbunkułu otrzymał wyniki dodatnie, zastrzega się jednak, iż też same wyniki dałyby być może wstrzykiwania antyseptyków. Dalsze badania zresztą autor prowadzi w pracowni i klinikach.

Streszciliśmy tę pracę obszernie z tego względu, iż daje

nam ona obraz dokładny dążeń dzisiejszej chemii biologicznej w dziale ciał białkowych i wskazuje drogę, dążącą do wyjaśnienia chemicznych własności żywego białka, o którym dziś jeszcze ledwo przybliżone posiadamy pojęcie. (Przyp. ref.).

Józef Zawadzki.

252. HAHN. O naturze chemicznej działającej materji w tuberkulinie Kocha. (*Berl. Klin. Woch.*, Nr. 30, 1891.

Z materyjału, otrzymanego od prof. Klebs'a (tuberculinum dep.) i d-ra Rekowskiego (tuberkulina oryginalna), autor wydzielił substancję działającą, opierając się na faktach podanych przez Koch'a ¹⁾, oraz na badaniach Hammerschlag'a, dokonanych w tejże pracowni, który z hodowli laseczników grzyźliwych wydzielił 2 substancje, z których jedna, rozpuszczalna w alkoholu, wywoływała skurcze, druga, strącona $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ podnosiła ciepłotę u świnek morskich.

W celu otrzymania czystego produktu tuberkulinę oczyszczoną Klebs'a ²⁾ zobojętniono kwasem solnym i następnie z płynu o oddziaływaniu obojętnem strącono $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ płatkowatą substancję, która łatwo rozpuszczała się w wodzie.

Na podstawie szeregu reakcyj, po które odsyłamy czytelnika do oryginału, dochodzi autor do wniosku, że osad otrzymany z tuberkuliny pod wpływem $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ jest substancją białkowatą, należącą do grupy albumoz.

Aby się przekonać czy otrzymana materyja jest działającą substancją w tuberkulinie Kocha, H. zastryknął podskórnie wodny jej roztwór śwince morskiej, u której w 2 godziny ciepłota z 38,2 podniosła się do 39,4°, a następnie doświadczenie przeprowadził na sobie. Po dawce mniej więcej odpowiadającej 0,06 gr. oryginalnej tuberkuliny w 8 godzin wystąpił odczyn ogólny w postaci osłabienia, dreszczów, bólu głowy, ściskania w piersiach, przyczem ciepłota z 36,2 podniosła do 39,1°; na tej wysokości trzymała się 2 godziny a następnie powoli do stanu normalnego powróciła.

5 razy mniejszą ilość wodnego roztworu otrzymanej materji z tuberkuliny zastryknięto chorej dotkniętej wilkiem. Po 6-ciu godzinach ciepłota podniosła się z 36,9 do 39,7, nawet następnie do 40,4 i trzymała się na wysokości 39,3°—40,0° w ciągu następnych 6-ciu godzin, przy innych charakterystycznych objawach tak miejscowych jak i ogólnych.

Z roztworn wodnego po 18 godzinach pierwsze ślady powyższej materji można było wykazać w dyjalizacie (woda destylowana), a po 2 dniach większa jej część do niego przeszła.

Osad utworzony w oryginalnej tuberkulinie pod wpływem alkoholu, i następnie rozpuszczony w wodzie, strącał się znowu pod wpływem $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$, MgSO_4 oraz NaCl , z tym

1) Tuberkulina strąca się alkoholem, jest zbliżoną do ciał białkowych i łatwo przechodzi przez dyjalizator.

2) Oczyszczenie tuberkuliny polega na strąceniu oryginalnej tuberkuliny 10 objętościami alkoholu i przemyciu powstałego osadu chloroformem. Roztwór wodny tego produktu jest t. zw. tuberculinum depuratum.

ostatnim po zakwaszeniu kwasem octowym, i dawał też same reakcje, co i substancja wydzielona z oczyszczonej tuberkuliny.

W celu przekonania się, czy działająca substancja nie jest enzymem, poddano jej działaniu włókniak i krochmal z rezultatem ujemnym, zresztą przypuszczenie enzymu mało jest prawdopodobnem, gdyż tuberkulina może znosić wysokie ciepłoty bez utraty swoich własności.

Pogląd ten zgadza się ze zdaniem prof. M. Nenckiego wyrażonem w pracy, z której referat podaliśmy powyżej.

Dotychczas otrzymane rezultaty streszcza autor w tezach następujących:

1. Działająca materyja tuberkuliny Kocha strąca się alkoholem.

2. Z wodnych rozczyńńw alkoholowego osadu przez zo-bojętnienie i działanie $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ wydziela się materyja trująca.

3. Ciało to jest albumozą.

4. Prawdopodobnie wydzielona trująca albumoza jest materyją swoistą, być może zawierającą małą ilość obojętnych albumoz.

Fakt, że działająca część składowa tuberkuliny nie traci swoich własności pod wpływem wysokiej ciepłoty, nie przemawia bynajmniej przeciwko pojęciu toksalbumozy. *J. Pr.*

253. Dr. F. NISSEN. **Wykazanie toksyny we krwi osobnika, chorego na tężec.** (*Deutsche Med. Woch.*, 1891, Nr. 24).

Jak wiadomo, toksynę lasecznika tężcowego otrzymał z nieczystej hodowli tego pasorzyta Brieger, z zupełnie zaś czystej Kitasato. Nadto Brieger otrzymał tę samą toksynę w stanie krystalicznym z amputowanej ręki pewnego chorego na tężec. Autor komunikuje następujące spostrzeżenie. Do kliniki w Halli przywieziono chorego z odmrożonemi nogami, który dostał napadów tężca w klasycznej ich formie. Na $\frac{1}{2}$ godziny przed śmiercią zrobiono mu lege artis wenesekcję i część otrzymanej z tej krwi surowicy zmieszano z pożywką agarową, część zaś w ilości od 0,3 c. cm. do 1.0 c. cm. zaszczipiono sześciu myszom. Hodowle na agarze pozostały jałowemi, wszystkie zaś myszy pozdychały przy objawach tężca. Sześć doświadczeń kontrolujących z surowicą krwi zdrowego człowieka przekonały autora, że śmierć myszy nie zależała od trującego na nie działania samej surowicy krwi. Jest to pierwsze spostrzeżenie, w którym udało się znaleźć toksynę tężcową we krwi żyjącego jeszcze człowieka. Że nie naleziono we krwi samych laseczników, to nie przedstawia nic osobliwego, gdyż, jak wiadomo, można je, i to z trudem, znaleźć tylko w samej zarażonej niemi ranie, działanie zaś rozwijanych przez nie w wielkiej ilości toksynów wywołuje cały obraz kliniczny choroby. *W. Janowski.*

254. R. IMMERWAHR. **O obecności toksalbuminów w organizmie ludzi i zwierząt.** (*Deut. Med. Woch.*, 1891, Nr. 30).

Autor pracuje od pewnego czasu nad toksalbuminami

i toksynami przy chorobach zakaźnych, część jego poszukiwań stanowią badania nad tężcem, które wobec ogłoszonych prac Kitasato i Nissen'a, uważa za stosowne podać do wiadomości publicznej. Zaszczepiwszy dwóm królikom czystą hodowlę lasecznika tężca i doczekawszy się po kilku dniach ich śmierci, autor otrzymywał z ich wątroby, śledziony, nerek, serca i mózgu toksalbuminę według zwykłego sposobu, wyjałowił ją i szczepił następnie myszom. Te ostatnie ginęły po 2-ch dobach również, jak tamte króliki przy typowych objawach tężca. Czasami mógł autor, podobnie jak to miało miejsce w doświadczeniach Kitasato nad żywymi hodowlami tegoż pasorzyta, przekonać się, że jad tężcowy znacznie słabnie, tak, że szczepione nim zwierzęta zapadają na tężec, lecz wychodzą z niego. Zupełnie podobny wynik dały autorowi szczepienia toksalbuminy, otrzymanej z amputowanej nogi ludzkiej, dokonane na świnkach morskich. Zwierzęta te ginęły po 2 ch dobach. Widzimy więc, że trujący związek, toksalbumina, krąży przy tężcu we krwi, po całym organizmie i zatruwa go. W pewnym przypadku szkarlatyny, powikłanej mocznicą, autor otrzymał również z surowicy krwi toksalbuminę, która, szczepiona myszom, zabiła je, wywołując kurcze kloniczne i toniczne. Powstaje pytanie, czy można będzie otrzymać wynik analogiczny w każdym tego rodzaju przypadku. W przypadku rzucawki i śpiączki dyjabetycznej nie można było otrzymać ze krwi trujących związków.

W. Janowski.

255. HEVNANDER (z Cavacas). **Contribution à l'étude des vaccinations chimiques.**

256. ROGER. **Produits solubles du streptocoque ¹⁾**. (*La Semaine médicale, 1891, Nr. 34*).

Gamaleia, Pfeiffer i inni wykazali, że jeżeli hodowlę wibryjona Miecznikowa (*vibrio Metschnicovi*) poddać ciepłocie 120° C. przez 20 minut, a potem wstrzyknąć śwince morskiej pod skórę lub do jamy otrzewnowej w ilości kilku centymetrów sześciennych, to zwierzę staje się zupełnie odpornem względem tego drobnoustroju. Autor sprawdzając te doświadczenia potwierdził w zupełności wyniki Gamaleia'i nawet i w tym względzie, że świnka morska nabiera odporności w kilka dni, a czasem już po 48 godz., nie potrzeba zaś do tego aż 2 tygodni, jak to utrzymywał Pfeiffer.

Własności ochronno-szczepienne posiada przeważnie istota lotna (*volatile*), nieznanego jeszcze składu chemicznego zawarta w tej hodowli, wytrzymująca działanie ciepłoty 120° C. przez 20 minut. Hevnander otrzymywał hodowlę tego drobnoustroju na bulionie z nówek cielecych: po 15 dniach wyjaławiał ją dwukrotnie w powyższy sposób, a następnie przekraplał do próżni przy 40° C.; istotę lotną zbierał do 5% roztworu kwasu solnego, który przytem zabarwiał się różo-

¹⁾ Komunikaty uczynione w Towarz. Biologicz. w Paryżu, d. 4 Lipca b. r.

wawo, podobnie jak to ma miejsce i z samą hodowlą, gdy na nią zadziała ten kwas. Tego płynu po 3 cm.³, trzy razy z przerwami dobowymi wstrzyknął H. pod skórę śwince morskiej. W końcu 4 dnia świnka już była odporną i zniosła bez szkody dla siebie zastrzyknięcie bardzo jadowitej hodowli zawierającej żywe mikroby. Doświadczenie powyższe kilkakrotnie powtórzone zawsze dało wynik pomyślny.

Pozostałość po przekropleniu okazała się jadowitą do tyła, że 3—2 cm.³ wstrzyknięte pod skórę śwince morskiej zabijały ją w ciągu 24 godzin, zaś jeden cm.³ znosiła dobrze; kilkakrotnie z przerwami 24 godzinnymi, dokonane zastrzyknięcie tej ilości pozostałej nadawało zwierzęciu również odporność.

Wibryjon Miecznikowa jest bardzo podobnym do drobnoustroju wywołującego cholera azyjatycką. Zadany per os lub wstrzyknięty do jamy otrzewnowej, sprowadza chorobę cechującą się gwałtownymi wymiotami i biegunką, zaś wstrzyknięty pod skórę albo do mięśni, sprowadza szybko śmierć bez przypadłości ze strony kanału pokarmowego, wśród objawów posocznicy (Vibrionenseptikämie—Pfeiffer). Od wibryjona cholerycznego różni się jednak pewnymi własnościami hodowlanymi, oraz morfologicznymi: jest krótszy, grubszy i bardziej skręcony niż choleryczny wibryjon Koch'a. Podobieństwo wyraża się jeszcze tem, że oba dają charakterystyczną reakcję (Bujwida) z kwasem solnym. Hodowle ich bowiem kwasem tym jednakowo barwią się różowawo. Atoli zachowanie się względem ustroju niektórych zwierząt jest różne. Wibryjon Miecznikowa jest szczególnie jadowitym dla gołębi, gdy tymczasem b. Kochi wcale prawie obojętnym jest dla nich. (Przypisek sprawozdawcy).

2. Roger zajął się zbadaniem własności wytworów rozpuszczalnych streptokoka. Materyjał brał z róży i otrzymywał hodowlę na buljonie, trzymając probówkę przez 15 dni w 30° C. i bez przystępu powietrza. Odcedziwszy płyn przez filtr porcelanowy, przesącz wstrzykiwał królikom w stosunku 15—20 cm.³ na kilo wagi. Zwierzęta padały po 2 dniach wśród biegunki, wychudnienia, a czasem i niedowładu kończyn tylnych. Po mniejszych dawkach króliki przechorowawszy czas jakiś zdrowiały. Jad zawarty w hodowlach tego mikroba, jak się przekonał autor, co do swej istoty chemicznej, zbliża się do jądów błonicy i tężca. Alkohol bowiem strąca go z roztworu, a wysoka ciepłota niszczy.

Dalej autor robił takie doświadczenia. Wstrzykiwał królikom po 0,5—12 cm.³ przesączu, a po pewnym czasie stosował im podskórnie hodowle z żywymi mikroorganizmami. Otóż kiedy próbne króliki, które dostały tylko ostatnie wstrzyknięcie, padały dopiero 6—8 dnia, pierwsze 4-go, albo jeszcze wcześniej: po 24 godzin., nawet po 17 godzin., czyli jedenaście razy szybciej niż próbne. Tak więc płyn zawierający rozpuszczalne wytwory streptokoka ma własność zwiększania wrażliwości królika na działanie zabójcze tego mikroba. Działanie to przejawia się już dnia 6 po zastrzyknięciu, a dosięga naj-

wyższego stopnia 15—30 dnia. Ilość wstrzykniętego płynu nie ma znaczenia. O—5—12 cm.³ — wszystko jedno jaką ilość w tych granicach zastrzyknięto — zawsze skutek ten sam: tego samego stopnia osłabienie odporności.

Analogiczną własność wytworów innych drobnoustrojów, a przedewszystkiem u gronowca złotego, wykryli Courmont i Rodet. Płyn przesączynowy hodowli streptokoka poddawał autor działaniu 104° C. Jeżeli potem wstrzykiwał królikom do żył 15—30 cm.³, to zwierzęta nie tylko nie chorowały, ale przeciwnie stawały się w zupełności odpornymi: w 4—30 dni potem zaszczipione jadowitą hodowlą z żyjącymi streptokokami króliki te zostały wciąż przy zdrowiu, gdy próbne padły po 4—8 dniach. Ztąd uważa się autor w prawie wysnuć wniosek, że „wytwory hodowli streptokoka zawierają dwie substancje o własnościach wręcz przeciwnych: jedna, którą niszczą wysoka ciepłota, usposabia do zakażenia; druga, wytrzymująca ciepłotę 104° C., posiada własności ochronno-szczepienne“ (vaccinante).

Powyższe fakty przemawiają na korzyść doktryny przez Boucharda bronionej, że drobnoustroje chorobotwórcze wydzielają dwie substancje: szkodliwą i dobroczynną dla ustroju.

Władysław Świątecki.

257. H. SAHLI. Chirurgija mózgu z punktu widzenia medycyny wewnętrznej. *Über hirnehirnchirurgische Operationen von Standpunkte der inneren Medicin. (Smlg. kl. Vort. 28).*

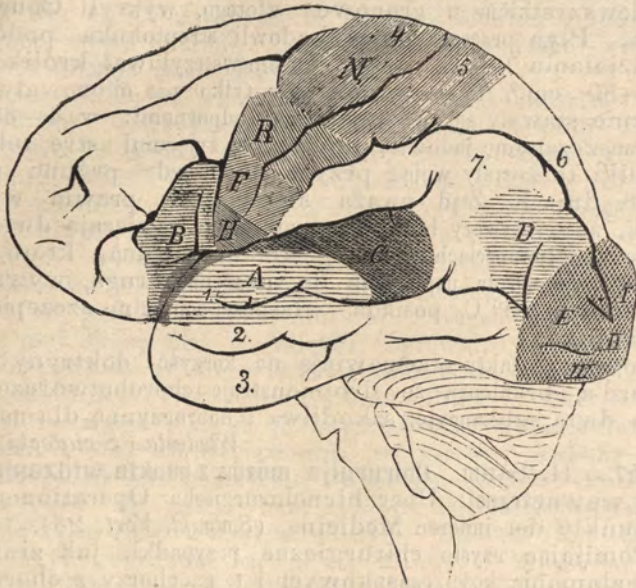
Pomijając czysto chirurgiczne przypadki, jak zranienia głowy, złamania kości czaszkowych i t. p., chorzy z chorobami mózgowymi, w jakich w ostatnim czasie zaczęto stosować operacje chirurgiczne, zwracają się jednak głównie do lekarzy wewnętrznych, tem też tłumaczy autor, dla czego, chociaż sam nie chirurg, zabiera głos w tej kwestyi.

Rękoczynny stosowane w chirurgii mózgu dotyczą trzech kategorii chorób: 1) postępowych zaburzeń ogniskowych — wyłuszczenie guzów, otwieranie ropni, 2) padaczki, i wreszcie 3) stosowane bywają symptomatycznie dla usunięcia ciśnienia wewnątrz czaszkowego przy cierpieniach opon, guzach i przy istnieniu przeszkód hamujących rozwój mózgu.

W pierwszej kategorii cierpieniach, więcej niż na świadomości rodzaju sprawy (ropień, czy guz), zależy na dokładnem rozpoznaniu jej umiejscowienia. Autor ogranicza się do kilku tylko punktów tej kwestyi. Ponieważ chirurgowi chodzi głównie o rozpoznawanie powierzchownie umiejscowionych spraw, przeto funkcyjnalna topografia kory mózgowej jest dlań najważniejszą; dla łatwiejszego oryentowania się w tem, co dziś uchodzi za pewne, autor podaje dwa szematyczne rysunki, z których ważniejszy reproduujemy. (Ob. str. 544).

Autor zaznacza, że rozrzucone położenie ośrodków dla ręki, nogi i n. twarzowego, odpowiada przy porażeniach w obrębie sfery ruchowej kory klinicznemu charakterowi spostrzeganych przy tem porażeni i drgawek (dissocierter Charakter). I właśnie to nierównomierne zajęcie n. twarzowego, ręki i nogi

stanowi jeden z punktów, na którym opiera się rozpoznawanie zaburzeń w sferze ruchowej. Nie należy jednak zapominać, że



- 1, 2, 3, górny, średni, dolny zr. skroniowe.
 I, II, III, " " " " " " potylicowe.
 4 — przedni, 5 tylny — zr. środkowe.
 6 — górny, 7 dolny — zr. ciemieniowe.
 N = noga, R = ręka, F = n. facialis.
 H = n. hypoglossns, A = słuch.
 B = g. Broca, ośrodek ruchowy mowy.
 C = g. Wernicke, ośr. czuciowy mowy.
 D = skojarzone ruchy oczne.
 E — inne funkcje oczne (N. I wrażenia wzroku).

i przy niekorowych porażeniach może się zdarzać podobna nierównomierność; np. pojedyncze pęczki przewodów piramidalnych, chociaż pomieszczone pomiędzy sobą, mogą być w różnym uszkodzone stopniu. Zwłaszcza zaś silniejsze porażenie ręki niż nogi zdarza się przy każdej niezupełnej hemiplegji mózgowego pochodzenia. Zależy to prawdopodobnie od tego, że kończyna dolna nie jest unerwioną wyłącznie od jednej półkuli, tak, że druga może wyrównać zaburzenie. Co do miejsc białych na ry-

sunku, to rola ich nie jest jeszcze znaną; zapewne zależne od nich funkcje są tu porozrzucane, pomieszane między sobą i wskutek tego nie mogą być ściślej zlokalizowane. Mniemanie to, obok przypuszczenia, że pewne funkcje mają swe ośrodki w obu półkulach, objaśnia spostrzeżenia kliniczne, iż niektóre czynności ruchowe i czuciowe nie ulegają, albo tylko w pewnym stopniu, porażeniom, mianowicie: czucie skórne, ruchowa część n. trójdzielnego, błędnego, języko-gardzielowego, n. dodatkowego i większości nerwów ocznych.

Istnienie korowego ośrodka dla skojarzonych bocznych ruchów oka jest również tylko dowodem potwierdzającym powyższe mniemanie, gdyż ośrodek ten przedstawia w rzeczywistości bardzo ściśle ze sobą splecione ośrodki tożsamostronnego mięśnia prostego wewnętrznego i odwodzącego strony przeciwległej. Rozumie się, że i ośrodki, które dziś są ściśle umiejscowione, nie są tak ściśle ograniczone, jakby się zdawało (z rysunku); są to raczej miejsca w których odnośne czynności głównie się ogniskują; to też Anglicy nazywają je foci—ogniskami, a nie ośrodkami.

Obok znajomości powierzchni mózgu niezbędnem jest dla chirurga poznanie głębszej topografii tego narządu, ponieważ rozpoznanie powierzchownych spraw mózgu staje się pewnem dopiero po wykluczeniu zmian głębiej położonych. Umiejscowienie głębszych ognisk w mózgu uskutecznia się, po większej części, przez uwzględnianie istniejących w danym razie zaburzeń w wielkich dowolnych przewodach jednej strony, oraz jednoczesnych porażeniach nerwów mózgowych przed ich wyjściem. Podczas, gdy bowiem hemiplegija wskutek porażenia przewodów piramidalnych nie stanowi objawu pomocnego przy rozpoznawaniu miejsca, to jednak porażenie to staje się ważną wskazówką, jeżeli dołącza się doń porażenie pewnych nerwów mózgowych, nie należących do zwykłego obrazu. Tak np. hemiplegija ze skrzyżowanym porażeniem nerwów okoruchowych jest znamionującą dla odnóg mózgowych, hemiplegija ze skrzyżowanym porażeniem nerwu twarzowego wskazuje na most Varola.

Pomimo pewnych szematów czyniących rozpoznawanie zmian w mózgu na pozór łatwemi, zdarzają się tu trudności często uniemożliwiające takowe. Zależy to poniekąd od niedostatecznych jeszcze naszych wiadomości wogóle, dalej od zboczeń od normy, najczęstszą jednak przyczyną trudności stają się tu wpływy z oddalenia—(Fernwirkungen).

Chociaż na podstawach danych fizjologicznych i patologicznych pewnem jest, że niektóre funkcje przywiązane są do określonych ściśle części mózgu, to jednak w razie istnienia porażenia pewnej czynności, siedlisko zmiany anatomicznej nie potrzebuje mieścić się koniecznie w odpowiadającej tej funkcji części mózgu. Czynnościowe zaburzenie jest w niej, ale guz albo ropień mogą znajdować się w oddaleniu i ztamtąd wywierać swój szkodliwy wpływ na czynność doraźnie nie zmienionego ośrodka. Najwięcej znanym przykładem działania z od-

dalenia jest tak zwany udar, insultus apoplecticus. Obraz tego zjawiska—porażenie połowiczne i nieprzytomność—wykazuje, że niezależnie od siedliska wylewu lub rozmiękczenia mamy jednocześnie zaburzenie ruchowe z półkuli, odpowiadającej ogniskowej zmianie, i zatamowanie funkcyi wielkiej części kory obu półkul, jako siedliska samowiedzy.

Stosunki działania z odległości są bardzo powikłane. Wobec ścisłego związku i zależności w jakich znajdują się względem siebie różne części mózgu, każde, zdaje się, patologiczne ognisko może na drodze czysto nerwowej wywierać wpływ na pewną odległość, bądź to pobudzając, bądź to znosząc funkcyje leżących w danym obrębie ośrodków. Wzgląd na te wpływy może z jednej strony uczynić rozpoznanie więcej dokładnem, lecz z drugiej powinien nas ostrzegać przy zbyt ścisłym lokalizowaniem spodziewanych zmian, co b. często bywa wprost niemożliwem. Wyjaśni to następujący przykład. Guz sprowadza przedewszystkiem zwiększenie ogólnego ciśnienia, a mianowicie wskutek powiększenia się zawartości czaszki, a powtórnie wskutek tego, że doprowadza wcześniej do wodogłowia (hydrocephalus int.). Ten wzrost ciśnienia, będący pierwszej wagi okolicznością przy rozpoznawaniu guzów, klinicznie objawia się bólami głowy, zastoinową tarczą n. wzrokowego, ogólną słabością ruchową, często postępującem niedołęztwem umysłowem, a przy ostrych pogorszeniach: napadami nieprzytomności, drgawkami, wymiotami i zwolnieniem tętna. Do ogólnego ciśnienia mózgowego przyłącza się miejscowe ciśnienie, które guz wywiera na sąsiednie, mniej lub więcej odległe części, i od którego zależą tak zwane pośrednie objawy ogniskowe. Stopień nateżenia tego wpływu warunkuje się wielkością guza, szybkością jego wzrostu i kierunkiem tegoż, dalej konsystencyją guza i jego położeniem. Wreszcie i to nie będzie bez znaczenia, czy guz jest ograniczony, czy też wzrasta między pierwiastki mózgowe.

Najrozmaitsze te względy, w wysokim stopniu urozmaicające obraz klinicznych objawów, znakomicie utrudniają rozpoznawanie umiejscowienia. To też trzeba się trzymać prawidła, aby w razie, gdzie ogólne ciśnienie, zastoinowa tarcza, zaburzenia przytomności, i t. d. są mocno uwydatnione, rezygnować ze ścisłej dyjagnozy.

Dalej, posilkując się objawami ogniskowemi przy rozpoznawaniu umiejscowienia, należy mieć na uwadze, że jedne objawy powstają bardzo często pośrednio, a inne po większej części bezpośrednio. Tak np. hemiparesis—może być spożytkowaną przy dyjagnozie, zaledwie dla poznania strony porażenia, ponieważ może być wywołaną pośrednio z każdego miejsca półkuli; tylko silnie wyrażone porażenie połowiczne, przy braku ogólnych objawów, może być odniesionem do bezpośrednio porażenia przewodów piramidalnych. Większe znaczenie mają rozprężone (dissocirt) porażenia, które rzadziej mogą powstawać pośrednio, to też są one, podobnie jak tegoż rodzaju drgawki wobec ogólnych, po większej części bezpośrednio

objawami ośrodkowemi sfery ruchowej. Podobnie znaczenie mają i różne postacie afazji, zwłaszcza, dające się podciągnąć do szematu Wernicke-Lichtheima.

Jednostronne zaburzenia słuchu w następstwie zaburzeń w płacie skroniowym wywoływane bywają zwykle bezpośrednio. Wykluczenie jednak chorób samego ucha, co byłoby tu koniecznym, nie jest dziś jeszcze stanowczo i niewątpliwie możliwym tak, że z powyższego objawu mało można obecnie korzystać. Za to duże znaczenie mają dla rozpoznania umiejscowienia połowiczne zaburzenia wzroku. Są one rzadko bezpośrednio, ale, nawet i pośrednio wywołane, świadczą o zaburzeniu w pasmie nerwów wzrokowych, na jakim bądź jego miejscu aż do płatów potylicowych. Zwykle przyłączają się tu wtedy inne jeszcze objawy, które jeszcze więcej gruntują lokalny charakter hemioplpii.

Ograniczone znaczenie dla omawianej kwestyi mają połowiczne zaburzenia czucia. Są one często wywoływane pośrednio (jak i hemiplegija), a naodwrot przy bezpośrednim porażeniu włókien czuciowych nie są dość wybitnie wyrażone, ponieważ przewody uczuciowe krzyżują się na bardzo obszernej przestrzeni i nigdy nie mogą być porażone wszystkie jednocześnie.

Porażenia mięśni ocznych, tak częste przy guzach w mózgu, rzadko mają znaczenie przy rozpoznawaniu umiejscowienia, jako objawy pośrednie lub prawie bezpośrednie. Pochodzi to stąd, że właśnie ruchowe nerwy oczne z powodu stosunków mechanicznych przy ogólnem wzmożeniu ciśnienia ulegają b. często kompressyi, nawet wtedy, gdy guz siedzi na wypukłości. Jest to zjawisko b. ważne, wyróżniające postępujące ogniska mózgowe od stałych ognisk, wskutek wyłączenia, wykluczenia z czynności (Ausfallsherd), dla lokalizacji których zachowanie mięśni ocznych ma znaczenie większe i często rozstrzygające.

Te same uwagi dotyczą wpływów z odległości, wywołanych przez zaburzenia w krążeniu przy ropniach.

Wreszcie autor zwraca uwagę, aby przy rozpoznawaniu umiejscowienia ognisk (zapalnej natury) mózgu nie zaniedbywać badania miejscowej wrażliwości czaszki przez postukiwanie. Wynik bywa często ujemny, niekiedy jednak można otrzymać tą drogą bezpośrednio wskazówki.

Drugą według ważności kwestyją po rozpoznaniu umiejscowienia ogniska jest jego *wielkość*. Jedyne kryterjum stanowi tu stopień ogólnego ciśnienia, który będzie tem większy im większym jest guz lub ropień. Objaw ten jest jednak b. zwodniczy, ponieważ wiadomo, że może on zależeć od równoczesnego wodogłównia wewnętrznego, które, przy małych nawet guzach w tylnej części mózgu, może dosięgać znacznych rozmiarów.

Rozpoznanie rodzaju ogniska, jak już mowa była, mniej jest ważnem, chyba przez to, że przypuszczenie ropnia prędzej może skłonić do operacji, niż gdy podejrzanym jest guz. Wolno wzrastające ciśnienie przemawia więcej za guzem; przy ropniu często brak objawów wyraźnego wzrostu ciśnienia i tar-

czy zastoinowej. Przytem w wywiadach znajdujemy często obrażenia głowy, ropienie z ucha, wreszcie gorączkę i t. d.

Po rozważeniu wymienionych wyżej kwestyi rozpoznawczych nasuwa się pytanie, czego należy się spodziewać od operacyjnego leczenia postępujących ognisk w mózgu i jakie są warunki powodzenia tegoż.

Co do guzów, to jasnym jest, że możliwym jest tylko wyluszczenie guzów umiejscowionych na wypukłości i niezbyt zagłębionych. Wyluszczenie wielkich guzów jest b. niebezpieczne; guzy nie ograniczone ściśle, wnikające w istotę mózgu należy uważać jak wielkie, ponieważ cięcie musi być prowadzonym przez części zdrowe. Oczywiście jest, że guzy wtórne nie mogą być przedmiotem operacji.

Z niebezpieczeństw przy operacjach wielkich guzów największe przedstawia *krwotok*, który tamuje się niałatwo przez podwiązywanie; z powodu kruchości naczyń tamponada nasuwa obawy wtórnego krwawienia.

Pomijając krwotok i możliwość zakażenia, są jeszcze niebezpieczeństwa, które trudno przewidzieć. Obrzękowi mało należy przypisywać znaczenia—za to grozi tu wstrząs—shok—jako następstwo operacyjnego podrażnienia, które autor pojmuje, jako odruchowe hamujące działanie na czynność ważnych dla życia narządów. Po wyjęciu części zawartości czaszki, jaką stanowił guz, cały mózg musi podlegz pewnej zmianie swej postaci, aby wypełnić wytworzony brak. Takiego przesunięcia swych histologicznych składników narząd, tak wrażliwy jak mózg, nie znosi zupełnie bezkarnie; stosunki te są analogiczne do tych, jakie mają miejsce przy wstrząśnieniu mózgu (*commotio*).

Ropnie mózgu dają względnie pomyślnie rokowanie, goją się one jak i wszelkie inne—przez opróżnienie i drenaż. Rozpoznanie ich siedliska ułatwionem jest przez to, że często poprzedzają wskazówki przyczynowe, jak uraz lub ropienie z ucha; przytem po otwarciu czaszki, w razie nieutrafenia miejsca, można go wyszukać przez próbne nakłócia. Nawet bardzo głęboko leżące ropnie są dostępne dla operacji. Tak prof. Kocher drenał w pewnym przypadku ropień, leżący w bezpośredniem sąsiedztwie 3 komórki.

Co się tyczy wyników operacji w omawianych przypadkach, to najlepsze zestawienia podali v. Bergmann, Navratil i Horsley. Z 19 przypadków Bergmanna w 3 rozpoznanie postawione było na podstawie zewnętrznych danych (protrusio bulbi etc.), w 15 na podstawie objawów ogniskowych (12 okolicy ruchowej, 2 mózdzka, 1 w cuneus); raz rozpoznanie było błędne, ogniska przy operacji nie znaleziono. Wysoki procent dobrych dyjagnoz autor objaśnia po części tem, że fałszywe zwykle nie bywają ogłaszane, i dalej tem, że do operacji przystępowano tylko w przypadkach nie przedstawiających wątpliwości w rozpoznawaniu.

Ze wspomnianej liczby 19 przypadków wyzdrowiało po operacji 8, zmarło 8 (2 meningitis, 5 shok, 1 wtórny krwotok),

w 3 była recydywa. Do powyższego dodać należy 4 przypadki guzów w mózgu operowane przez Horsley'a; w 1 było wyzdrowienie, w 3 śmierć. Chociaż liczba operacji guzów wobec ich częstości jest b. nieznaczna, to jednak otrzymane wyniki należy uważać za pomyślne i zachęcające tembardziej, że są to przypadki dające prawie bezwzględnie złe rokowanie. Autor mówi „prawie“, ponieważ widział przypadek, w którym niewątpliwe objawy gruzelka (tub. solitare) mózgu z czasem zupełnie przeszły. Aby jednak przedstawić sobie jasno, co może zrobić chirurgija w omawianych chorobach, należy odpowiedzieć na pytanie—ile guzów z ogólnej liczby zdarzających się może podlegać operacji? Procentowy stosunek guzów nadających się do operacji obliczyli na podstawie danych klinicznych i anatomo-patologicznych Hale White i Oppenheim. Pierwszy na 100 guzów znalazł tylko 9 możliwych. Bergmann z tej liczby wykluczył jeszcze dwa, Oppenheim na 23 znalazł tylko jeden nadający się do operacji.

Otóż zestawienie to znacznie obniża absolutne praktyczne znaczenie operacyjnego leczenia guzów mózgu.

Ropnie mózgu były operowane już dawniej. Już w roku 1875 Blum zestawiał 44 tego rodzaju przypadków; w połowie wynik był dodatni. Zdobyczą ostatnich czasów jest rozszerzenie zabiegu operacyjnego i na głębsze ropnie; v. Bergmann zestawiał 17 takich operacji, w 13 było wyleczenie. Zdaje się, że we wszystkich siedliskiem były platy skroniowe, że były to dalsze następstwa ropnych zapaleń ucha. Najważniejszymi objawami były: afazyja czuciowa i jako wpływ z odległości, hemipareza przeciwległej połowy ciała wraz z zaburzeniem czucia, lub bez niego. Przy ropniach w płacie potylicowym za charakterystyczny objaw uważa Bergmann hemiopiję. Wspomniana statystyka—13 szczęśliwych wyników na 17 operacji, rokuje temu sposobowi leczenie głębokich ropni mózgu dobrze ugruntowaną przyszłość.

Operacyjne leczenie *padaczki*, za pomocą trepanacji, znanem był już w dawnych czasach. Pomyślne jednak wyniki tych operacji nie wytrzymują ścisłej krytyki. W nowszych czasach zaczęto znowu leczyć chirurgicznie padaczkę, ale tylko takie jej przypadki, w których wywiady lub badanie wykazywały jakieś somatyczne punkta wyjścia, np. urazy z uszkodzeniem czaszki, depresyję kości, blizny kostne, gdzie można było podejrzewać miejscowe zaburzenia w mózgu. Jednak wyniki operacji i w tych razach nie były pocieszające; pomimo usunięcia blizny, cysty, odłamka kości, napady powtarzały się dalej.

Tak więc i z liczby traumatycznych przypadków nie wszystkie nadają się do operacji. Aby dobór ten był racjonalnym należy mieć przy nim na oku stosunki, jakie zachodzą pomiędzy padaczką i obrażeniami kory. Na podstawie badań Hitziga, Franka, Pitresa i innych prawdopodobnem jest, że każdy napad epileptyczny ma za punkt wyjścia korę mózgu. Doświadczenie kliniczne każe odróżniać dwie grupy napadów.

Jedne, do których należy większość dobrowolnych, czysto nerwowego pochodzenia drgawek (choć i niektóre traumatyczne), powstają wskutek wylądowań rozlanych po całej korze i objawiają się utratą przytomności i drgawkami w całym układzie mięśniowym ciała. W tych przypadkach musimy przyjąć jako przyczynę również i rozlane zmiany w korze, wzgl. w jej pobudzalności. Do drugiej grupy, noszącej zwykle nazwę epilepsji Jackson'a, albo korowej w ściślejszem pojęciu słowa, należą drgawki, które, przy zachowaniu przytomności z początku, zaczynają się od pewnej ograniczonej grupy mięśni (n. facialis, kończyna) i ztąd rozszerzają się po ciele w porządku anatomicznego rozkładu ośrodków, przyczem przytomność ginie dopiero pod koniec napadu. Są one identyczne z drgawkami, jakie otrzymuje się u zwierząt przez faradyczne drażnienie jednego z ruchowych ośrodków kory. Zgodność ta nasuwa myśl istnienia w tego rodzaju drgawkach przyczyny miejscowej, czemu, z drugiej strony, odpowiadają zmiany anatomo-patologiczne (blizny, guzy etc. w tych miejscach, w których odbywają się pierwotne wylądowania). Oprócz samej natury drgawek rozpoznanie tych przypadków opiera się i na obecności, nigdy prawie nie brakujących, porażen, również o wybitnym korowym (rozrzucone, dissociert) charakterze, dotyczących tylko n. twarzowego, tylko ręki albo nogi, albo też obu, ale nie w jednakowym stopniu.

Porażenia te nie są zupełne, i nie może być inaczej, póki bowiem powstają drgawki — ośrodki nie mogą być zniszczone zupełnie. Są one jeszcze więcej znamionujące dla korowej epilepsji, gdy występują tylko po napadach i zwłaszcza najsilniej w tych grupach mięśni, które najbardziej ulegały drgawkom. Jestto zjawisko poepileptycznego porażenia, które można uważać za następstwo funkcyjnalnego wyczerpania ośrodków, albo też jako bezpośrednie następstwo tych przemijających zmian, które przejawily się wywołaniem napadu.

Niemalą zasługą Horsley'a jest ograniczenie wskazań dla operacyjnego leczenia epilepsji do drgawek ostatniej natury, przyczem operacja powinna polegać na usunięciu właściwego ośrodka. Z początku wybierano takie przypadki, gdzie obok charakterystycznych napadów istniały na czaszce zmiany (wgniecenie) w miejscach odpowiadających ośrodkom i usuwano odpowiednie części mózgu. Jednak wyniki nie zawsze były pomyslnie; nie zawsze znajdowano i usuwano właściwą, winną, część mózgu, która mogła leżeć niekoniecznie pod zmienionem miejscem na czaszce. To też za nowy postępek na tem polu należy uważać propozycję Horsley'a, aby odpowiednimi faradycznymi prądami drażnić podejrzone miejsce kory i przekonywać się o miejscu wyzwalania się napadu.

Pomimo tego wyniki operacyjnego leczenia są zawsze jeszcze mało zadawalniające. Przyczyny tego są różne. Popierwsze brak pewności, czy usuniętym został cały ośrodek; dalej, sąsiednie ośrodki mogą przyjmować na siebie rolę usuniętego — i wreszcie, po trzecie, blizny, bez których nie może się obejść, mogą się stać z czasem same bodźcem wywołującym napady.

Ważna kwestyję przedstawia też i porażenie, następujące po usunięciu części mózgu.

W przypadkach radykalnego usunięcia napadów musi być ono zupełnem i pociągnie za sobą z czasem zwyrodnienie i przykurczenia; kwestyja zatem, czy nie lepiej będzie niekiedy dla chorego podlegać od czasu do czasu napadom, niż utracić kończynę?

Dotychczas nie ma jeszcze statystyki działalności nowoczesnej chirurgii przy epilepsyi. Dotychczasowa kazuistyka wykazuje pewną liczbę pomysłnie operowanych przypadków, a gruntowna podstawa na jakiej opiera się ten zabieg chirurgiczny daje piękne nadzieje, a nawet widoki rozszerzenia na zwykłą padaczkę, w której tak zwana aura stanie się może drogowskazem dla punktu wyjścia operacyi.

Wspomniane dotąd operacje miały charakter radykalnych, przynajmniej w zasadzie. Chirurgija może jednak przynieść wielki pożytek i tam, gdzie nie ma widoków na ostateczne wyleczenie. Tu należą operacje mające na celu usunięcie nadmiernego ciśnienia wewnątrz czaszkowego, jakiego bądź pochodzenia, zwłaszcza przy guzach nie nadających się do operacyi i zapaleniach opon, a gruzliczych szczególnie. Chodzi tu przedewszystkiem o trepanacyję czaszki, o otwarcie niepodatnej pokrywy mózgowej, wraz z oponą twardą. Po otwarciu ostatniej mózg wypiera się nazewnątrż, zawartość czaszki zmniejsza się o kilka centymetrów sześciennych. Część mózgu wychodząca na wierzch ulega przytem takiemu zgnieceniu, że przestaje być zdolną do funkcyi i życia. To powinno kierować wyborem miejsca dla trepanacyi w okolicach, gdzie nie ma ważniejszych ośrodków; wydostającą się nazewnątrż część można wtedy wprost usunąć.

Niekiedy natura sama wykazuje analogiczne dążenie do rodzaju samotrepanacyi przez ścieńczenie a nawet wypuklenie kości, zwłaszcza na miejscu granulacyi Pachiona.

Korzyści trepanacyi są przemijające, z drugiej zaś strony operacyja ta nie jest wolną od niebezpieczeństw; grozi tu z jednej strony — zakażenie, a z drugiej wstrząs, wskutek gwałtownego wypierania się mózgu. Większe otwory zapewne mniej są pod tym względem niebezpieczne. Te ciemne strony trepanacyi nasuwają myśl opróżniania komórek mózgowych przez nakłócia — punkcyje. Przy przewlekłych postaciach wodosteku mózgowego punkcyi dokonywano już za czasów Hipokratesa i Celsa, co do ostrych radził je pierwszy Riecke w 1835 r. W czyn myśl tę zamienił pierwszy v. Bergmann — u dziecka z meningitis tuberculosa, a w ostatnim czasie Keen z Ameryki referuje o trzech nowych przypadkach.

Dotychczasowe wyniki tej operacyi, pomimo ugruntowania teoretycznego, nie są świetne. Zapewne technika musi być jeszcze ulepszoną. Ważnym jest wybór miejsca. Przednie części, jako zawierające mniej ośrodków, jako też i mniej naczyń — byłyby wskazane. Operacyję te dotąd poprzedzano trepanacyją; należałoby tylko, po przecięciu części miękkich, prze-

świdrować kość na tyle, aby mógł wejść trójgraniec. Tym sposobem usunięteby zostały niebezpieczeństwa, które wiążą się z trepanacją. Odpowiedni wybór miejsca gwarantowałby do pewnego stopnia uniknięcie po drodze naczyń.

Kwestyja zakładania stałych sączków jeszcze jest za mało przygotowaną; przytem dyjagnostyka powinna się postarać o wykrycie znamionującego objawu dla obecności wodosteku w komórkach mózgu; dziś bowiem nie można na pewno rozstrzygnąć, czy zwiększone ciśnienie zależy od ciśnienia guza, czy od nagromadzenia płynu.

Nasuwa się tu pytanie, jaką korzyść odnosi z trepanacyi chory na gruźlicze zapalenie opon lub guz w mózgu. Przedewszystkiem usunięte zostają silne bóle głowy. Dalej nie należy zapominać, że przy pierwszej sprawie chorzy umierają nie od obecności gruzelków, ale z powodu zwiększonego ciśnienia. Zmniejszając tedy ostatnie, zyskujemy na czasie i możemy przynajmniej mieć nadzieję, uzasadnioną wobec coraz częściej dostarczanych dowodów zanikania gruzelków, możliwego wyzdrowienia.

Oprócz wyliczonych wyżej istnieją jeszcze inne wskazania dla zabiegów chirurgicznych w chorobach mózgu, jedno z nich stoja dotąd jeszcze tylko na gruncie czysto teoretycznym, drugie już znalazły praktyczne zastosowanie. Tak np. w zeszłym roku (1890) Lannelongue opisał dwa przypadki mikrocefalji, w których w celu ułatwienia rozwoju mózgu wykonał znaczne wycięcia czaszki wzdłuż szwu strzałkowego. W jednym z tych przypadków operacja miała jakoby pomyślny wpływ na rozwój zdolności umysłowych dziecka.

Co się tyczy trepanacyi w razie krwotoku w mózgu, w celu podwiązania krwawiącej tętnicy, to autor uważa ją za zupełnie nieodpowiednią. Dotąd bowiem rozpoznawanie miejsca krwawienia nie daje się określić na pewno, a z drugiej strony przy krwotokach mózgowych nie ma zwiększonego ciśnienia, zjawisko zaś udaru zależy od wstrząśnienia mózgu w chwili pęknięcia naczynia; przytem wielkich wylewów, przy których możebnym jest i wzrost ciśnienia, nie można odróżnić od rozmiękczenia mózgu, a prócz tego przypadki te szybko kończą się śmiercią.

Myśl Horsley'a—ligatury tętnicy szyjowej — w razie gdy od udaru nie upłynęło 4 godzin, nie zdaje się też mieć przyszłości w praktyce. Podobnież nieuzasadnioną jest propozycja tegoż autora trepanacyi czaszki w razie prostych bólów głowy (headaches); przemawia przeciw temu z jednej strony brak określonych wskazań, działanie na ślepo, i wielkie niebezpieczeństwo samej operacyi z drugiej strony. Trepanacje czaszki przy ropnem zapaleniu opon dokonane dwa razy przez Horsley'a dały wynik ujemny, jak można się było spodziewać à priori.

Za to za ugruntowane wskazanie do tego rękoczynu można uważać Pachymeningitis haemorrhagica, gdyby tylko rozpoznanie tej sprawy było więcej dostępnem.

W końcu swej pracy autor, H. Sahli, poddaje krytyce propozycję Burkhardta z Préfargier leczenia chirurgicznego chorób umysłowych, zrobioną na międzynarodowym zjeździe w Berlinie. Teoretyczna zasada metody B. polega na tem, aby powstawaniu fałszywych kojarzeń zapobiegać przez niszczenie odpowiednich przewodów i, powtóre, na tem, aby niszcząc właściwy ośrodek, przeszkodzić wytwarzaniu się z halucynacyi wyobrażeń, osięgających pozór rzeczywistości. W tym celu autor odgranicza odnośne ośrodki w korze mózgowej przez usunięcie w ich sąsiedztwie części mózgu — w postaci rozgraniczających rowków.

Przytaczamy jeden przypadek według streszczenia Sahliego z oryginału, pomieszczonego w Zeitsch. f. Psychiatrie. Tom 47. Mężczyzna 35-letni z ostrem pierwotnem pomieszaniem z przewagą słownych halucynacyi słuchowych, biernymi ideami prześladowczemi i gwałtownymi postępkami ochronnemi (Abwehrhandlung) po 2 latach przechodzi w stan otępienia umysłowego z rozdrażnieniem i dalszem trwaniem halucynacyi. B. przypuszczał, że główną przyczyną rozdrażnienia są halucynacje, które można umiejscowić w czuciowym ośrodku mowy (Wernicke) przy współudziale ośrodka Broca. Zdecydował się przeto na wyjęcie części kory w obrębie zwoju Wernick'ego. Ślepotą słowna nie nastąpiła, jakby należało oczekiwać, chory jednak stał się jakoby spokojniejszym i mniej gwałtownym, za to stał się erotycznym. Halucynacje stały się mniej liczne, ale istniejące już nie straciły na sile.

Już na wstępie uderzają ogromne trudności, każące wątpić o możliwości wykonania tak śmiałych planów. Mianowicie ze strony lokalizacja domniemanego miejsca operacyi, która już w grubszej chirurgji mózgu natrafia na trudne do zwalczenia szkopyły. Trudności wyszukiwania położenie ośrodków według szematów określających projekcje ich na czaszce — zrozumiałe są dla każdego, kto zna wielką rozmaitość i małą stałość w rozkładzie zwojów i bruzd mózgu. Tutaj nawet nie można się posilkować dla kontroli faradycznem drażnieniem ośrodków, podobnie jak w sferze ruchowej. To też i nie dziwnego, że Burkhardt nie otrzymywał tego, co zamierzał. Dalej operacyja taka może wywołać cały szereg zjawisk podrażnienia, albo zahamowania czynności różnych mniej lub więcej odległych ośrodków (w jednym przypadku B. wystąpiła w następstwie operacyi padaczka).

Co się tyczy, dalej, przerwania dróg chorobliwemu kojarzeniu się wrażeń, to odnośne połączenia ośrodków nie zdają się bynajmniej być tak proste. Drogi te nie leżą tylko w samej korze, ale pewnie i w białej istocie; oprócz bezpośrednich połączeń istnieć muszą i pośrednie. Tak, że dla przerwania wszystkich komunikacyi trzeba by dany ośrodek ze wszechstron otoczyć rowami — i to na niewiadomą głębokość — raczej go wprost usunąć. Wynik byłby — porażenie — uspokojenie chorego, uderzająco podobne do uspakajających kaftanów.

Podobnież i usuwanie ośrodków odtwarzających wrażenia zmysłowe — po jednej stronie nie daje gwarancyi usunięcia odnośnych halucynacyi; nawet dla ośrodka mowy. Bo chociaż

w fizyjologicznych warunkach znamy tylko funkcjonujący lewostronnie, to jednak nie możemy zaprzeczyć istnienia analogicznego, o słabej b. funkcji, po stronie prawej, który jednak w stanach podrażnienia przy chorobach umysłowych może spotęgować funkcję swą na tyle, że staje się źródłem halucynacji. Należałoby to mieć na uwadze i przy rozpoznawaniu umiejscowienia w operacjach według myśli Burkhardta.

Wogóle myśl Burkhardta przy dzisiejszym, mniej niż elementarnym, stanie psychologii fizyjologicznej i zwłaszcza znajomości spraw zachodzących w chorym mózgu wydaje się przedwczesną i psychiatria powinna się przedtem postarać wogóle o więcej ugruntowaną anatomiczną podstawę dla chorób umysłowych.

Ostateczne tezy autora w omawianej kwestyi brzmią jak następuje:

1) Propozycja Horlsley'a podwiązania carotis przy krwotoku mózgowym w większości przypadków albo nie przynosi pożytku, albo szkodzi (pozbawiając krwi części nieuszkodzone mózgu).

2) Autor energicznie protestuje przeciw trepanacji przy bólach głowy bez określonego rozpoznania.

3) Próbné (explorative) trepanacje należy o ile można ograniczyć, gdyż są niebezpieczne.

4) Guzy mózgu dają się operować tylko w nader małej mniejszości przypadków.

5) Horlsley radzi przystępować do operacji guzów wczesnie, nie później jak w 6 tygodni po postawieniu rozpoznania; w praktyce rzeczy nie przedstawiają się tak prosto, ze względu na często b. zmienny stan chorego, jak i na niebezpieczeństwo operacji, czego nie można przed chorym zataić.

6) Horlsley'a operuje i ziarniniaki syfilityczne mózgu;—leczenie swoiste daje lepsze szanse.

7) Chirurgija guzów i ropni mózgu ma przyszłość przed sobą.

8) Z różnych postaci drgawek tylko w korowej padaczce można mieć nadzieję na wyniki od operacyjnego leczenia. Jednak i tu wyniki nie są dotąd stałe.

9) Operacje, mające na celu usunięcie nadmiernego ciśnienia, powinny zwrócić na siebie więcej uwagi niż dotąd czyniono.

Ulga w bólach głowy przy guzach jak i przy meningitis tuberculosa—zachęca do dalszych prób.

Przytem punkcja ma, jak się zdaje, wyższość nad trepanacją.

10) Do trepanacji nie należy nigdy używać dłuta, ponieważ nieuniknione przytem wstrząśnienie niepotrzebnie zwiększa niebezpieczeństwo operacyjnego insultu.

11) Chirurgiczne leczenie chorych umysłowych nie posiada przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości dostatecznej naukowej podstawy.

O. Hewelke.

II. Wiadomości pomniejsze.

258. **Dla przekłócia ścian brzucha** proponowano różne miejsca. Najczęściej, według wskazówki Monro — środek linii, łączącej pępek i spina illii Sup. S. Zang radził — miejsce przecięcia dwóch linii, z której jedna idzie od dolnego brzegu ostatniego fałszywego żebra do grzebienia kości biodrowej, a druga, w poprzek, od pępka do kolumny kręgowej. Lisfranc wskazywał środek linii, przeprowadzonej od dolnej $\frac{1}{3}$ cz. odległości wzrostka mieczykowatego od spojenia łonowego ku brzegowi górnemu kości biodrowej. W wyborze miejsc tych kierowano się myślą mniej lub więcej pewnego omińnięcia nadbrzuszej arteryi. Otóż według badań anatomicznych prof. Trzebieckiego z Krakowa najlepszem jest miejsce Monro; nie przechodzą tu bowiem ani tętnica, ani jej gałęzie, chyba tylko wyjątkowo. Trz. radzi robić przekłócie na środku, po l. alba, ale ściśle na środkowej linii ciała. Należy w każdym razie mieć na oku możliwość zranienia tętnicy i mieć pod ręką przyrządy do jej podwiązania.

(Arch. f. kl. Chir., 1891).

259. H. R. Spencer na podstawie sekyi 130 dzieci **nieżywo urodzonych** przychodzi do następujących wniosków: 1) Jedną z **główniejszych** (jeżeli nie główną) **przyczyn śmierci** u nieżywo urodzonych dzieci są **wylewy krwi** do różnych ważnych narządów wewnętrznych. 2) Zdarzają się one najczęściej u dzieci, które podczas porodu uległy silnemu zgnieceniu przez samą drogę porodową, przez narzędzia albo ręce akuszera, zwłaszcza przy porodzie idącym dolną połową ciała. 3) Wylewy mózgowe spotykają się częściej przy nakładaniu kleszców, niż przy poprzedzaniu poślądków, jeszcze rzadziej przy poprzedzaniu główki. 4) Przy położeniach miednicowych krwotoki bywają częściej niż przy czaszkowych. 5) Prawdopodobnie krwotokom można zapobiedz takimi środkami — jak zapobiegnięcie przedwczesnemu pęknięciu worka płodowego, sztucznem rozszerzeniem dróg porodowych, ograniczeniem obrotu do wypadków, gdzie jest rzeczywiście koniecznym; oddając pierwszeństwo obrotowi na główkę nad obrotom na nóżki. 6) Użycie kleszców powinno być ograniczone do przypadków, gdzie istnieje rzeczywiste niebezpieczeństwo dla płodu lub matki, nie nakładając ich zaś tylko w celu skrócenia aktu. 7) Przy położeniu poślądkowem należy wstrzymać się od dotykania części płciowych płodu (dla rozpoznania i t. d.). Po urodzeniu się nóżek należy je zaraz owinąć czystą watą. Jeżeli trzeba pociągać, ciągnąca ręka powinna chwycić miednicę albo nóżki — a nie ścisnąć tułowia 8) Podobnież należy oszczędzać mięśnie piersiowe przy wyjmowaniu pozostałej jeszcze główki. W razie najmniejszego oporu — należy w tym razie zaraz nakładać kleszcze. (Br. Med. J. Wr. 32).

260. **Fenacetynę przeciw bólom** zachwala J. P. Henry; nie ma ona działania ubocznego; zwłaszcza dobre wyniki otrzymywał autor przy influenzy (5 gr. co 4 godziny). (Br. Med. J. Wr. 32).

261. Dr. Trendelenburg poleca **podwiązanie venae saphaenae magnae**, jako dobry środek w celu **leczenia żyłaków** goleniowych w przypadkach, gdzie rozszerzenie żył zajmuje i główny pień. Najlepiej skuteczniać podwiązanie na środku uda; należy obnażyć żyłę na przestrzeni dwóch cali i przeciąć ją, założywszy uprzednio 2 ligatury. Przed operacją należy przekonać się, czy żyła nie dzieli się na dwa pnie; w ostatnim razie należy podwiązać oba. Wynik operacji objawia się b. szybko; żyłaki giną, albo się znacznie zmniejszają; wrzody zaś goją się b. szybko.

(Am. J. of. med. Sc. July).

262. Za najpowszechniejszą **przyczynę** w wypadkach **nagłej śmierci** uważaną bywa nawet przez lekarzy — apoplexia fulminans, albo pęknięcie tętniaka. Tymczasem ściślej badanie wykazuje, że obie te przyczyny zdarzają się zaledwie w 5^o/_o przypadków nagłej śmierci. Według statystyki przedstawionej przez Wynn Westcotta brytyjskiemu stowarzyszeniu lekarskiemu, po wyłączeniu śmierci z wypadków, samobójstw, morderstw, oraz dzieci do lat 12, na 1,000 przypadków było 303 przypadków nagłej śmierci, 185 u mężczyzn, 118 u kobiet. W trzeciej części nagłą śmierć należy przypisać nadużyciom wysokokowym. W. W. odróżnia trzy kategorie nagłej śmierci:

1) syncope—(210 przypadków) 15 pęknięcia tętniaka aorty, 4 pęknięcia serca, 20 wady serca, 10 krwotok płucny, 3 wymioty krwawe, 2 krwotok maciczny, 2 zatory, 3 przedziurawienia żołądka lub kiszki, 2 angina pectoris, 3 delirium tremens i t. d.

2) Coma—64 przyp., z których 20 dzięki wysokokowi.

3) asphyxia (obrzęk głośni, dławiec, drgawki). (Lyon Méd. 33).

263. Uderzenie nogą o bruk wprowadza całe ciało w drżenie, które dochodzi do mózgu, sprawiając przy dłuższem chodzeniu uciążliwy ból głowy. Aby zapobiedz temu, zmęczeni włóczą nogi i wyszukują miejsce miękkich, na których owo wstrząśnienie jest mniej znacznem. Wstrząśnienie to stanowi właśnie główny czynnik w zjawisku „zmęczenia”. Dr. Collin stara się zmniejszyć szkodliwość powyższą przez wprowadzenie **obcasów kauczukowych**. Dobry wynik daje już wycięcie w środku obcasu otworu (3 cent. w przecięciu) i wtłoczenie weń korka kauczukowego tak, aby nieco wystawał nad poziom powierzchni obcasu. (L. 33).

264. Dr. Lempriere opisuje nieprzyjemne **powikłanie**, jakie mu się zdarzyło po trzykroć przy **przemywaniu żołądka**. Zglębnik kauczukowy, który wszedł łatwo, nie dał się wyciągnąć. Przy mocnem pociąganiu rozciągał się, ale nie wychodził; przyczyną był skurcz przełyku.

(The Austr. Méd. Jour. Wracz 34).

265. Przy **skurczu głośni** radzi M. Mackenzie zażyć **tabaki** albo **pieprzu**. Następujące niezwłocznie kichanie znosi niebawem wszelkie groźne objawy i chory zaczyna oddychać spokojnie. (D. M. W. 35).

266. Według P. Rugego (Die Prognose der Laparotomieen. Berl. klinik H. 30) **rokowanie przy laparotomijach** jest obecnie wogóle pomyślnem w stosunku do wyników, jakie otrzymywano przy nich kilka dziesiątków lat temu; zależy ono jednak w wysokim stopniu od zamierzonego w dalszym ciągu rękoczynu. Przy owaryjotomji rokowanie jest dobrem, nawet przy istnieniu znacznych powikłań (zrostów, skręceń szypuły i t. d.). Otrzewna okazuje się w wysokim stopniu niewrażliwą na wszelkie wnieaszania się, dopóki nie ma zakażenia. Przy salpingotomji rokowanie jest gorszem. Przy prognozie w przypadkach usuwania mięsaków należy ściśle odróżniać usuwanie per vaginam i per laparotomiam. Pierwsza metoda daje dobre rokowanie. Usuwanie mięsaków przez przecięcie ścian brzusznych bywa również pomyślnem jak i owaryjotomija, jeżeli uda się przytem uniknąć otworzenia jamy macicy. Prognoza przy właściwych myomatomijach, dla amputacji uteri myomatosisi dotąd jest niezadawalniająca; śmiertelność jest znaczną.

Cięcie cesarskie jest zawsze operacją poważną i fałszywem jest zdanie przeciwne, obecnie rozpowszechniające się bez podstawy.

Laparotomija przy wczesniej rozpoznanej ciąży jajowodowej daje b.

dobrą prognozę, gorszą przy operowaniu po pęknięciu worka płodowego. Usuwanie zaś ropiejących i nie ropiejących guzów nerek należy robić przez przecięcie ścian brzusnych, to bowiem uprasza operację. (D. M. W. 35).

267. Dr. Stewart, prof. chorób nerwowych w Filadelfii twierdzi, że **Sulfonal jest najlepszym ze wszystkich środków naseanych**, że opiswane działanie uboczne, jak senność, osłabienie sił na drugi dzień, zależą od niewłaściwego sposobu stosowania tego środka. Stewart każe Sulfonal **dobrze rozpuścić we wrzącej wodzie** i pić jak tylko płyn się nieco ostudzi. Środek wtedy wysysa się dobrze i sprowadza sen bez powikłań. Dla pokrycia smaku można brać wodę miętową albo likier.

268. **Odróżnienie hysterycznych pseudo-meniugtycznych objawów od istotnego gruźliczego zapalenia opon**, zwłaszcza u osób starszych, przedstawia często wielkie trudności. Otóż badanie moczu może dostarczyć pewnych w tym względzie wskazówek. Gilles de la Tourette i Chatileneau znaleźli mianowicie, że hysterycznym objawom towarzyszą pewne zmiany w stosunku fosforanów ziem do fosforanów alkali. Stosunek ten, wynoszący normalnie: 1:3, zmienia się na 1:2 nawet 1:1. Na jednym z posiedzeń „Société méd. des Hopitaux“ prof. Chantemesse opisywał przypadek z objawami oponowemi, w którym na podstawie powyższego objawu wykluczono gruźlicę, a co stwierdzonem zostało przez dalszy przebieg cierpienia. (D. Med. W., 33, p. 1004).

269. Dr. L. Gauder (Sem. méd. 36) uważa, że **antipiryna** daje najlepsze wyniki przy **enuresis nocturna**. Z 37 przypadków otrzymano wyleczenie w 19 i znaczną poprawę w 15. Środek podaje się w proszkach 0,50—1,0, albo w roztworze, co 2 godziny. Czas podawania środka ma ważne znaczenie. Dziecko, które ostatnią dawkę antipiryny zażyło o 8 ej wieczorem nie będzie oddawało moczu w pierwszej połowie nocy, aż dopiero około 5-ej rano. Jeżeli zażyło ostatnią dawkę o 11 w nocy, to przez całą noc nie poczuje potrzeby mokrzeń. W przypadkach z pomyślnym wynikiem wpływ środka zaznaczał się już po pierwszych dawkach; dla pewności wyleczenia należy podawać środek co najmniej przez 2 tygodnie. Wrażliwość dzieci bywa różną. Niejedno dziecko, u którego po 2—3 grm. była poprawa, zostaje wyleczone po 4 grm. Niekiedy w czasie podawania antipiryny enuresis ustaje i znów wraca po odstawieniu środka. Wtedy należy podwyższyć dawkę i dłużej ciągnąć leczenie. Dzieci omawiany środek znoszą zupełnie dobrze. Raz tylko zjawiała się wysypka.

(W. P. 35).

270. Dr. C. L. Schleich—zauważył przypadkiem, że **zastrzyknięcie podskórne czystej wody**—sprowadza **miejscowe znieczulenie**, podobnie jak kokaina. Przed zastrzyknięciem dobrze jest znieczulić skórę rozpyleniem eteru. W miejscu zastrzyknięcia tworzy się ograniczony obrzęk skóry, podobny jak po ukąszeniu komara. Skóra jest tak znieczuloną, że można ją przeciąć, nie wywołując wrażenia bólu. (W. P. 35).

Sprawozdanie z VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Nie mogliśmy sz. czytelnikom dać sprawozdania ze zjazdu w zeszłym n-rze Kroniki, gdyż nawał materiału wyma-

gał odpowiedniego zgrupowania. Dzisiaj dopiero przystępujemy do tej pracy, która, sądzymy, nie pozostanie bezowocną.

Przedewszystkiem winniśmy ogólną ocenę.

Jak już zaznaczyliśmy w n-rze 7 Kroniki zjazd tegoroczny, jak dwie krople wody podobny był do poprzednich, innemu słowy posiadał wszelkie ich wady i zalety. Za najgłówniejszą wadę, jak już zaznaczyliśmy, poczytywać mu należy olbrzymią ilość odczytów przez co ani zorientować się w materjali, ani odpowiednio z niego skorzystać nie było można, tem gorzej, że referaty, które głównie powinny być dyskutowane na zjeździe wobec nawału oryginalnych odczytów zesłały na plan drugi. Cóż bo zachęca do zjazdów jeżeli nie możność dyskusji, co stanowi ich podwalinę, jeżeli nie korzyść, osiągnięta z wymiany zdań. Tymczasem nie wiele tematów doczekało się dyskusji, większość była odczytana i przeszła jałowo bez żadnych zastrzeżeń, bez wymiany zdań, a co ważniejsza słusnie, gdyż były to tematy, nie nadające się zupełnie na komunikaty ustne. Jeżeli chodzi o ilość prac, tegoroczny zjazd spełnił swe zadanie, było ich dużo, o jakości nie moglibyśmy tego samego powiedzieć.

A tymczasem liczne kwestyje pierwszorzędного znaczenia były omińnięte. Nawiasem wspomnieć muszę, iż wielu autorów nie dopisało. Wszło już nieomal w zwyczaj zgłaszanie tematów, podejmowanie się referatów i niezjawianie się na zjazd; w jakim celu czynią to autorzy—nie wiem i nie chcę w to wchodzić, jest to jednak rzecz szkodliwa: nie jeden z lekarzy, wyczytawszy zgłoszony temat nie ma się już pracy, gdyż temat jego zużytkowano, tymczasem zgłoszono tylko temat fikcyjnie, ot tak sobie bez żadnego celu.

Już w n-rze Lipcowym zaznaczyliśmy, iż obok złych stron licznie zgłoszone prace mają jednak tę dobrą stronę, iż pozwalają nam oceniać postępy w jednych, zastój w innych gałęziach wiedzy. Znaczenie ma to wielkie, gdyż pracującym daje możność orientowania się w postępach wiedzy lekarskiej polskiej. Zobaczymy, jakie wnioski pod tym względem dadzą się wysnuć z tegorocznego zjazdu.

Przedewszystkiem, jak z góry oczekiwać należało, najliczniej była reprezentowaną sekcya medycyny wewnętrznej, znajdujemy tu 4 referaty, opracowane wyczerpująco, oraz 22 odczyty, z których 5 przypada na choroby narządów trawienia, 7 na choroby zakaźne, 2 na choroby narządów oddechania, 5 na choroby nerwowe i reszta na ogólne kwestyje. Odczytów zapowiadzianych było znacznie więcej, wielu jednak z autorów odstąpiło od zamiaru przedstawienia prac swoich na zjeździe. Jeżeli zwrócimy uwagę, iż większość z tematów poruszała kwestyje żywotne, dział ten słusnie za jeden z najbardziej uprawionych w dobie obecnej uważać możemy.

Nie mniej licznie reprezentowaną była sekcya medycyny teoretycznej. Praca na tem polu, obudzona u nas nie zbyt dawno, wydała już plony obfite, spotykamy tu obok nazwisk dawnych pracowników nowe zupełnie nazwiska, przeważnie

asystentów uniwersyteckich Jagiellońskiego, którzy niwczę tę zda się uprawiać są gotowi. Z poszczególnych lwia część wzięła fizjologia, nieco mniej reprezentowana była histologia; patologia, anatomia patologiczna i chemia lekarska nie miały wcale lub też mało przedstawicieli. Po za tem sekcya chirurgiczna odznaczała się, jeśli nie ilością prac, to ich dobozem, inne sekcye jak ginekologiczna, okulistyczna, weterynarska i farmaceutyczna stosunkowo były obsadzone dość obficie. Za to higijena i medycyna sądowa nie wielu znalazły rzeczników na zjeździe, szczególnie zaś ta ostatnia po macoszemu jest u nas traktowana.

Nie znajdujemy natomiast ani jednej pracy z zakresu chorób skórnych i wenerycznych, oraz chorób uszu; mało widzieliśmy prac z laryngologii.

Jeżeli porównamy wynik ten z treścią pism naszych, dojdziemy do przekonania, iż stosunek ten jest mniej więcej ten sam, dowiemy się ze smutkiem, że choroby skóry i weneryczne i choroby uszu zarówno na zjeździe, jak i w piśmiennictwie nielicznych mają przedstawicieli.

Jako drugą stronę dodatnią zjazdów wymienić należy dyskusyje, ta ostatnia na zjeździe była średnio ożywioną, w dyskusyi spotykamy się wciąż z jednemi i temiż samemi nazwiskami, przeważnie z nazwiskami prelegentów, pozostali członkowie nie wielki przyjmowali udział.

Za to wzajemne zapoznanie się członków, dzięki wycieczkom, którym słów parę pomieścimy później, było rzeczywistą zasługą zjazdu tegorocznego, było ku temu sposobności nie mało.

Przejdźmy teraz po ogólnych tych uwagach do opisu przebiegu dyskusyi, oraz obrad na zebraniu ogólnem i w poszczególnych sekcjach.

I. Posiedzenie ogólne.

O godz. 10 rano 17 Lipca zjazd został uroczystie otwarty przez prezesa wydziału gospodarczego prof. Rostafińskiego.

„Panowie, mówił sz. prezes—witam was na VI tym zjeździe które wzięły początek temu lat 22, za inicjatywą d-ra Baranieckiego. Zjazd I był nielicznym, miał tylko 4 Sekcye i 263 uczestników, dziś rzeczy zmieniły się nie do poznania, zjazd dzisiejszy liczy czterokroć więcej Sekcyi i około 1,000 członków. Rozwój widoczny tembardziej, iż obok zjazdów ogólnych dziś mamy już zjazd chirurgów coroczny, tembardziej, iż ilość czasopism wzrasta w czwórnasób. Czem się to dzieje? Tu prelegent przebiega kolejno obraz naszej kultury od najdawniejszych czasów. Przyjeliśmy ją z Zachodu; Benedyktyni w XI w., Cystersi w XII, Franciszkanie w XIII usilną pracą krzewią cywilizacyję; nie wiele jednak mamy dokumentów, któreby stan ówczesnej sztuki lekarskiej w Polsce mogły nam przedstawić, dość powiedzieć, że w XIII i XIV w. prelegent mógł zaledwo 30 nazwisk naliczyć. W XIV w. rozpoczyna się rozwój naszej nauki; przy zetknięciu z Włochami, z dworem Andegaweńskim wykwitują nauki a r. 1394 jest rokiem otwarcia pierwszej polskiej wszechnicy, która, niestety, niedługie miała życie i dogorywała, kiedy Jadwiga dźwignęła ją z upadku i do nowego

powołała życia. Tu rozwija się wpływ Czechów, który do końca wieku jest bardzo widoczny. Następny wiek, a głównie początek XVI, w dziejach naszej wiedzy przyrodniczo-lekarskiej na świetną zasłużyły kartę. Toż Kopernik jest tego wieku wyobraźcą. Jako czynnik działający uważa prelegent stanienie pieniądzy, reformację i Jezuitów, którzy w końcu XVI w. napływają do Polski. O ile był ujemnym wpływ tych ostatnich, zbyteczną byłoby rzeczą rozwodzić się nad tem, pod ich tchnieniem zamierała wiedza przyrodnicza i zamarła rzecz można (choć prof. R. za mały na fakt ten nacisk kładzie) aż do czasów powstania Komissyi edukacyjnej, która jednak dopiero po 1816 r. mogła wydać owoce. W r. 1803 powstaje Tow. naukowe w Warszawie, w 1813 Uniwersytet Wileński, w 2 lata później Tow. lek. Wileńskie, w 1808 Szkoła lek. w Warszawie, w 1816 Uniwer. w Warszawie i Tow. nauk w Krakowie. Po roku 1831 z większości tych towarzystw i zakładów pozostają gruzy: pozostaje tylko akademija medyko-chirurgiczna do 1841 r. Odtąd następuje upadek nauk, który trwa aż do czasów otwarcia Szkoły Głównej i Akademii Umiejętności w Krakowie. Spółcześnie prawie odbywa się I zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który w rozwoju naszej nauki odegrał rolę olbrzymią, skupiając rozproszone siły i dając im podniecie do pracy.

Zegnany oklaskami prof. Rostański opuścił katedrę, zapraszając w imieniu Wydziału gospodarczego na prezesów honorowych d-ra Adryjana Baranieckiego, d-ra Józefa Majera, d-ra Ign. Baranowskiego i d-ra Reymana, na prezesów rzeczywistych: d-ra Sokołowskiego i prof. Laskowskiego, na sekretarzy: prof. Puzyń i d-ra Wł. Natansona, na wiceprezesów: prof. Maresza, d-ra Święckiego, d-ra Merunowicza i p. Dicksteina.

Po podziękowaniach ze strony wybranych, prezydent Krakowa p. Szlachtowski wypowiedział ciepłą nader przemowę do członków zjazdu, witając ich w murach Krakowa, poczem dr. Zarewicz, faktyczny sekretarz, odczytał cały stos telegramów od rozmaitych stowarzyszeń naukowych krajowych i zagranicznych, oraz pojedynczych lekarzy.

Tu nastąpił odczyt prof. J. Baranowskiego: *O łączności we względzie metody między badaniem klinicznym i przyrodniczem.*

Prelegent za cel główny odczytu położył sobie założenie, że między badaniem przyrodnika a lekarza różnica żadna nie zachodzi; zarówno przyrodnik jak i lekarz zdążają do jednego wspólnego celu, posługując się ku temu z góry obmyśloną metodą. Że nie zawsze tak bywa, że lekarze nie zawsze idą tą drogą, winien być może temu zbyt obfity materiał, jaki się nagromadził. Z chwilą wprowadzenia jednak do medycyny metod względnie ścisłych, metody badania fizykalnego, chemii, mikroskopii, wreszcie badań nad zwierzętami lekarz posiada obfitą ilość metod, któremi posługując się dojść może do ścisłych wyników, może stanąć na stanowisku przyrodnika i jak on ściśle badać zadanie. Metoda jednak podobnego badania i dziś jest jeszcze zaniedbaną, dzięki niedostatecznemu programowi dzisiejszych wydziałów lekarskich, które nie odpowiadają obecnemu rozwojowi nauk. Nie będziemy streszczać toku badania klinicznego, jaki autor naszkicował w wymownych słowach słuchaczom, dawni jego uczniowie niejednokrotnie mieli sposobność słyszeć je na wykładach, musimy jednak zaznaczyć, iż autor zestawiał przykłady: pracę przyrodnika przy określeniu minerału i lekarza przy określeniu stanu chorobowego danego osobnika,

i na przykładach dowiódł, iż zasadniczej różnicy tu niema. Dla tego też lekarz winien w pracowniach dokładnie i samoistnie zapoznać się z metodami badań przyrodniczych i dopiero wtedy studyjować klinikę. Postulat ten stawia autor wydziałom lekarskim, żądając natomiast ograniczenia wykładów teoretycznych i wykładów rozmaitych specjalności, które po za kursem winny mieć miejsce. Prelegent w końcu podnosi zasługi w tym kierunku Chałubińskiego, a zestawiając go z jednej strony z Dietlem, z drugiej ze Śniadeckim i Majerem, na szczytnych tych powołuje się mężów i jako wzór do naśladownictwa stawia zebranych.

Po odczycie tym, który żegnany był oklaskami, dr. M. Śliwiński w treściwych słowach otworzył wystawę, zapraszając zebranych do zwiedzenia jej, a następnie dr. Zarewicz na sejdziów zaproponował pp. Polaka, Dicksteina, Święcickiego, Kochanowskiego, Pawlewskiego, Ziembickiego, Obrzuta, Gluzińskiego, Jenczewskiego i Walentowicza, wreszcie do składu komisyi do zapropowowania miejsca na przyszły zjazd wybrano d-ra Ryoka, Święcickiego, Ziembickiego i Dunina.

Po zebraniu odbyło się zwiedzanie wystawy, której w końcu sprawozdania poświęcimy słów kilka. Obecnie zaś dajemy głos sprawozdawcom oddzielnych sekcji, delegowanych na zjazd w tym celu przez naszą redakcyję. *J. Zawadzki.*

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Referent *J. Zawadzki.*

Po zagajeniu posiedzenia przez przewodniczącego Komitetu przygotowawczego Sekcji prof. Korczyńskiego, wybrano przez aklamacyję na prezesów: d-rów Baranowskiego, Chodounsky'ego, Dunina, Florkiewicza, Sokołowskiego, Smutnego, Jabłonowskiego i Reichmana, zamiast wiceprezesów wybrano na sekretarzy honorowych d-rów: J. Bąckiewicza, J. Pruszyńskiego, A. Puławskiego, K. Sierpińskiego, W. Wróblewskiego, Józefa Zawadzkiego i E. Zielińskiego; na sekretarzy d-rów: Lachowicza, Orzechowskiego, Piątkowskiego, Pohoreckiego, Rosenzweiga i Udzielę (z Krakowa). Rozpoczął wykład J Pruszyński referatem: *O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie.* Treść zajmującego tego odczytu jest następująca:

Dzięki badaniom Leubego i jego epigonów, rozpoznawanie chorób żołądka weszło na nowe tory; dane z wywiadów i fizykalne badanie nie dało dostatecznych faktów do postawienia rozpoznania, zwrócono się więc do fizjologo-chemicznego badania treści żołądkowej które miało dać odpowiedź na czynności chłonna, wydzielnicze i ruchowe żołądka. Samo się przez się rozumie, że trzy główne te czynności żołądka w ścisłym znajdują się związku, dla tego też należało wybrać taką próbę dla wykazania sprawności żołądka w szerokim słowa znaczeniu, któraby dała nam najdokładniejsze pojęcie o stanie żołądka. Naturalnie bodziec winien być takim, do jakiego żołądek przywykł, używanie bodźców niezwykłych da nam wyniki niepewne. Dla tego też prelegent uważa próbną obiad Leube Riegla i metodę białkową za najodpowiedniejsze. Mimo braków, jakie znajdujemy w rozpoznawaniu chorób żołądka, dziś już wydzielono cierpienia nerwowe, które na mocy odpowiednich doświadczeń nad zwierzętami udało się objaśnić przez zaburzenia zarówno w obwodowych zakończeniach nerwów, jak i ośrodkach (rdzeń, rdzeń przedłużony, odnogi mózgu, kora). Dalej wyodrębniono cierpienia ogólne, których zbroczenia w trawieniu żołądkowem są tylko objawem,

wyodrębniło cierpienia z upośledzonym i nadmiernym wydzielaniem, wreszcie na rozstrzeń żołądka zaczęto zapatrywać się, jako na skutek zбочzeń czynnościowych lub organicznych. Mało natomiast zwracano uwagi na stosunek cierpienia żołądka do kiszek, mimo, że kwestyja ta pierwszorzędną posiada znaczenia. Co do leczenia to można tylko powiedzieć, iż w ostatnich czasach staje się ono bardziej racjonalnem; przy ograniczeniu czynności żołądka staramy się użyć jego pracy, podając choremu lawatwy odżywcze, w lżejszych przypadkach stosujemy dyjetę, podając choremu najstrawniejsze pokarmy; strawność pokarmów zależy z jednej strony od stanu żołądka, z drugiej od postaci w jakiej podajemy pokarmy. Poznawszy czynności żołądka fizjologiczne i pokarmy, możemy dojść do pewnych wskazań w użyciu tej lub owej dyjety. Wychodząc z tego, przy nadmiernej kwasności będziemy podawać duże ilości białka, mniej zaś wodoranów węgla i tłuszczów i to tylko w postaciach najłatwiej wchłanianych, przy niedomodze wydzielniczej, postępować należy odwrotnie. Po za leczeniem dyetetycznym nowoczesna medycyna posługuje się mechanicznymi sposobami leczenia w pierwszym rzędzie tu postawić należy przepłukiwanie żołądka, nadużywane, niestety; ma ono na celu li tylko usunięcie produktów rozkładu i nadmiarów wydzielonego śluzu. Elektroterapija nie dała takich wyników, jakich się spodziewano po niej, dzielniejszym zabiegiem jest mięsienie. Wreszcie leczenie wodami mineralnymi dzięki wybornym w tym kierunku pracom stała na gruncie właściwym, choć zastrzedz się należy, że praktyka daje nam nieco odmienne wskazania, niż dociękania teoretyczne. Z leków aptecznych racjonalnem jest podawanie kwasu solnego w tych przypadkach, kiedy go niema w soku żołądkowym; jest to racjonalne tylko wtedy, gdy możemy stwierdzić w soku obecność pepsyny, w przeciwnym razie lepiej podawać trzustkę w roztworze alkalicznym i zamienić trawienie żołądkowe trzustkowym. Środki gorzkie dotąd nie zostały zbadane ostatecznie. W końcu prelegent zwraca uwagę na niewłaściwość objaśniania spraw biologicznych czysto chemicznymi zjawiskami, gdyż w żołądku po za temi sprawami zachodzą równoległe zjawiska wchłaniania i ruchowe, które komplikują znacznie zachodzące tam sprawy.

Dyskusyja nad tym referatem była odłożona, gdyż prelegent w dniu tym miał referat w sekcji medycyny teoretycznej.

Następny odczyt miał dr. Józef Zawadzki p. n.: „*Wymioty nerwowe, przyczynek do ich leczenia*“. Ponieważ praca ta wkrótce ukaże się w druku, krótkie tylko na tem miejscu podamy streszczenie na tyle, aby ożywiona nad nią dyskusyja mogła być zrozumiała. Autor przedewszystkiem szkicuje w głównych zarysach fizjologiję ruchów żołądka, zarówno w prawidłowym, jako i chorobowym stanie i na mocy fizjologicznych tych danych stara się dowieść, iż w akcie wymiotnym nie należy lekceważyć ruchów żołądka, które w pewnych warunkach same mogą wywołać wymioty. Autor dzieli wymioty na I) pseudo wymioty czyli wymioty przełykowe: a) wskutek skurczu spastycznego przełyku, b) wskutek skurczu wpuštu, włączając w tę grupę t. zw. zwracania. II. Wymioty właściwe 1) wskutek skurczu całego żołądka, 2) wskutek skurczu oddzielnika i 3) wskutek nadczulności błony śluzowej. III. Wymioty par inhibition vitale. IV. Wymioty psychiczne. V. Wymioty odruchowe i VI. Wymioty wskutek zmian organicznych. Treścią odczytu były pierwsze 3 grupy, dla odróżnienia ich od pozostałych i między sobą autor podaje cały szereg rozpoznawczych objawów. Przechodząc do leczenia autor zastrzega się, że 1) zawsze należy mieć na uwadze leczenie ogólne, 2) że mimo leczenia ogólnego wymioty leczyć należy miejscowo, 3) że przy ocenie wyników leczenia ze względu na rodzaj chorych, dotkniętych tem cierpieniem, należy być bardzo ostrożnym.

Ponieważ dotąd znane sposoby nie dały autorowi dobrych wyników, proponuje swój, wypróbowany na 20 przeszło przypadkach i polegający na wprowadzaniu przez zgębnik do żołądka wody sodowej wprost z syfina. Autor tłumaczy działanie tego środka przez 1) rozszerzenie żołądka, często nader pożyteczne ze względu na zmniejszenie pojemności u chorych przy wymiotach nerwowych, 2) działanie anestetyczne CO₂ wprowadzonego do żołądka w znacznej ilości i pod wysokim ciśnieniem, 3) ciśnieniem samego gazu na przeszkody w postaci skurczu, 4) wzmocnieniem ruchów robaczkowych żołądka. W końcu metodę tę zaleca do wypróbowania w innych chorobach tego narządu, jako wyborny środek gimnastyczny.

W dyskusyi dr. *Rejchmann* zaznacza, iż metoda podana jest racjonalna, wskazań jednak dotąd określić nie można. W histeryi często pomagają najróżnorodniejsze środki, wreszcie zaznacza, iż prelegent nie odróżnił należyście zwracań od właściwych wymiotów, dr. *Dunin* jest zdania, iż większa część wymiotów powstaje na drodze odruchowej i że prelegent nie przytoczył dowodów na zmniejszanie się pojemności żołądka przy wymiotach nerwowych. Metoda według D. ma znaczenie sugestyi. Dr. *Biegański* jest tegoż zdania a nadto wyraża przekonanie, iż tylko te przypadki zalicza do wymiotów przełykowych, gdzie skutek zwężenia przełyku wytwarza się po nad zwężeniem rozszerzenie. Co do ruchów żołądka dr. B. zaznacza, iż podane przez autora są obserwowane na zwierzętach, dr. B. miał sposobność przez powłoki brzuszne obserwować ruchy żołądka u człowieka i widział, iż zaczynają się one nie na środku żołądka, ale od samego wpustu. W odpowiedzi na zarzuty dr. *Zawadzki* objaśnił, iż: 1) jak nadmienić w odczycie, nie uważa swej metody za panaceum przeciw wymiotom nerwowym, ale jako jeden ze środków, może więcej racjonalny od innych, ale zawsze jako środek pomocniczy przy ogólnem leczeniu. 2) Leczenie wymiotów po za ogólnem leczeniem musi mieć miejsce, gdyż jest to objaw, udaremniający najważniejsze zadanie leczenia—poprawę odżywiania. 3) Podana metoda nie działa jako sugestia, gdyż skutek sugestyi bywa zwykle natychmiastowy lub go wcale niema, ta zaś metoda działa powolnie w ciągu 4—6 tygodni i poprawa następuje stopniowo. 4) Pojemność żołądka, jak autor przez mierzenie wprowadzonego płynu i za pomocą perkussyi mógł się przekonać, jest często zmniejszona, po wprowadzeniu zaś gazu zwiększa się znacznie. 5) Nie odróżnia autor regurgitacji, gdyż włączył je do ogólnej grupy, jako t. zw. pseudo-wymioty. 6) Nie może być mowy o powstawaniu rozszerzeń przełyku nad zwężeniem spastycznym, nikt dotąd bowiem takiego faktu nie stwierdził. 7) Wreszcie nadmienia, iż przypadek d-ra B. wcale nam żadnych danych o ruchach żołądka nie dostarcza, gdyż ruchy były anormalne a zresztą nie wiemy czy nie były to ruchy kiszek, które często na miejsce żołądka zachodzić mogą; dziś opierać się możemy tylko na doświadczeniach nad zwierzętami.

W dalszym ciągu prof. *Gluziński* potwierdza zdanie autora, iż obok ogólnego należy uwzględnić miejscowe leczenie. W wytłomaczeniu działania metody nie zgadza się z autorem. Obserwacja d-ra B. nie jest ścisłą i pojęcia o ruchach żołądka dać nie może. Zastosowanie metody d-ra Z. jest nowe, myśl jednak podobną miał *Kussmaul*, stosując swoje tusze.

Prof. *Korczyński*, zamykając nad przedmiotem tym dyskusyję, streszcza swoje zapatrywania na omawianą kwestyję. Zwraca uwagę na pilne badanie żołądka, gdyż często t. zw. wymioty nerwowe mają podkład organiczny. W wymiotach nerwowych leczyć należy układ nerwowy, sugestia, zabiegi lecznicze innego rodzaju nieraz odnoszą znakomite skutki. W wymiotach odruchowych należy leczyć narząd, wywołujący cierpienie. Przy zboczeniach żołądka należy naturalnie zwrócić uwagę na zasadnicze cierpienie. Często np. u Żydów dzieje się to skutkiem nadmiernej kwasoty, przepłókiwania wodą karlsbadzką żołądka dają wtedy dobre wyniki. Należy w ogóle leczenie indywidualizować. Zabieg d-ra *Zawadzkiego* może być skuteczniejszym w niektórych przypadkach, panaceum, jak autor zastrzegł, być nie może.

Po skończonej dyskusyi, dr. *Bużdygan* i prof. *Gluziński* przedstawili nam: „Zachowanie się czynności żołądka w różnych postaciach niedokrwiłości,

a szczególnie w błednicy". Na zasadzie badan bezposrednich autorzy doszli do wniosku, iż niedokrwistość wskutek krwotoków nie upośledza trawienia, powoli zaś powstająca upośledza zarówno mechanizm jak i chemizm trawienia. Przy błednicy wydzielanie HCl zwykle jest prawidłowe, rzadziej hyperscretio acida digestiva, jeszcze rzadziej achloria. Mechanizm za to zawsze jest upośledzony. Leczenie zaburzeń żołądkowych przepłukiwaniem daje lepsze wyniki, niż dotychczasowe metody.

Dyskusji nad tym przedmiotem nie było.

Następny za to odczyt d-ra *M. Reichmanna* wywołał gorącą dyskusyję. Wykład ten p. t.: „*Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej*“. należy do rzędu tych, które zdolne są zainteresować cały ogół lekarzy. Autor jest zdania, iż przyczyną ich jest pewna dyateza ustroju, przemawiają za tem: dziedziczność, tworzenie się kamieni u członków jednej i tej samej rodziny, powstawanie kamieni u rodzin artrytycznych, u rodzin z moczówką cukrową, jednoczesne powstawanie ze skazą artrytyczną, powstawanie podczas ciąży i u osób w siedzącym trybem życia. Prócz tych przyczyn ogólnych, polegających na wadliwej przeróbce materji, wpływają na powstanie kamieni okoliczności, utrudniające odpływ żółci, a więc ciąża, zaparcie stolca i t. p. Oprócz zwykłych objawów w kamicy żółciowej zauważyć się dają kurcze żołądka i kiszki w postaci bólów w tej lub owej okolicy brzucha, najczęstszą przyczyną gastralgii i enteralgii według d-ra R. jest właśnie kamica. Po takich kurczach nigdy nie bywa żółtaczki ani barwników żółciowych w moczu. Odróżniają się one od kolki wątrobowej: umiejscowieniem, charakterem bólów, brakiem żółtaczki i barwników żółciowych w moczu. Przy kolce bóle umiejscowiają się przeważnie w prawej połowie klatki piersiowej i mają kierunek wstępujący, przy gastralgii bóle umiejscawiają się w dołku podsercowym i rozprzestrzeniają się ku górze po środkowej linii ciała ku grzbietowi i na lewe podżebrze. Przy enteralgii bóle rozchodzą się po brzuchu w znacznej odległości od wątroby. Bóle przy kolce mają cechę kłócia, wiercenia, rozrywania, przy gastralgii i enteralgii, od kamicy zależnych kurczów, ściągania, skręcania. Po kolce często występuje żółtaczka, przy gastralgii kamicowej barwników niema, ani w skórze, ani w moczu. Rozpoznanie kamicy łatwe nie jest, niekiedy dają możliwość rozpoznania dawne napady, powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego, jako też odchodzenie kamieni żółciowych. Wyłączyć należy sokotok żołądka, wrzód, robaki kiszkowe, cierpienia narz. płciowych u kobiet, wjad rdzenia. Z następstw kamicy należy wymienić rozstrzeń żołądka. Co do leczenia najlepszym jest leczenie mlekiem, potem leczenie wodami (Vichy, Karlsbad, Marienbad), środki sodowe, salicylan sodu, oliwa, przepłukiwanie kiszki. Zwrócić nadto należy uwagę na leczenie ogólne, wpływające na ogólną przemianę materji. Przy wielkich kamieniach pomoc chirurgiczna.

W dyskusji zabrał głos pierwszy prof. *Korczyński*, podnosząc trudności, następczające się przy rozpoznaniu kamicy żółciowej. Jedynym pewnym objawem jest pojawianie się kamieni w kale. Dziwnem się wydaje prof. K., że dr. R. uważa gastralgię za objaw, towarzyszący kamicy. Jeśli kamyków w kale niema nie możemy poznać przyczyny gastrologii, jeżeli zaś są kamyki, to wtedy t. zw. „kurcz żołądka“ możemy rozpoznać, jako kolkę żółciową. Ból w kolce rozpromienia się, o umiejscowieniu więc bólu mowy być nie może. Dowodów szukać nie trzeba, chorzy np. przy prawostronnem zapaleniu opłucnej często umiejscowiają ból w lewym boku i odwrotnie. Również nie może rozstrzygać charakter bólu, gdyż jest to względne nader określenie, brak żółtaczki wreszcie nie dowodzi, iż mamy do czynienia z kurczem, gdyż kamienie mogą się znajdować w worku żółciowym lub w jego przewodzie i wywoływać kolkę, a odpływ żółci przez to może być nieprzerwany. Dla tego też prof. K. nie przyjmuje proponowanej postaci kamicy, przypuszcza, iż jest to kolka z rozpromieniającymi się bólami. Zapytuje też prof. K. czy dr. R. rozumie pod słowem kurcz żołądka zwykłą gastralgię, czy też kurcz rzeczywisty błony mięsnej żołądka.

Dr. R. w odpowiedzi powołuje się na swój odczyt, a co do bólu

w okolicy żołądka rozstrzygnąć nie umie czy jest to skurcz mięsni pozostały na drodze odruchowej.

Dr. Dunin zgadza się z prof. Korczyńskim. Jako objaw rozpoznawczy cytuje występującą przy napadzie kolki gorączkę, którą uważa za wynik ropienia w przewodach żółciowych. Jako środek jedyny zaleca morfinę samą lub w połączeniu z antypiryną.

Prof. Korczyński zwraca jeszcze uwagę na t. zw. wrzekome wychodzenie kamieni, polegające na bólu w okolicy wątroby, występującym nagle, oraz na napięciu pęcherzyka, kamienie jednak wychodzą tu po miesiącach całych a nawet latach.

Dr. Sokołowski zwraca uwagę na analogię między gastralgią przy kamicy żółciowej i nerkowej. Tę ostatnią uważa również za wynik skazy. Jako środek leczniczy przy kamicy żółciowej zaleca kalomel.

Dr. Paszkowski kładzie nacisk na występowanie gorączki przy kolce wątrobowej. Zaleca również morfinę i kalomel.

Dr. Biegański przyznaje, iż gastralgija polega na rozpromienianiu się bólu. Gorączkę uważa przy kolce wątrobowej za odruchową i za objaw ważny przy różniczkowym rozpoznaniu.

Na tem zakończyło się I posiedzenie sekcji, któremu przewodował prof. Baranowski.

Drugiemu posiedzeniu przewodniczył dr. Dunin. Rozpoczął je prof. Gluziński wykładem p. t. „Przyczynek do mikroskopii treści żołądkowej na podstawie doświadczeń, podjętych z dr. Buzdyganem“. W odczycie tym, wypowiedzianym z właściwą prelegentowi werwą, prof. Gluziński zwraca uwagę na cechy i wygląd treści żołądkowej przy znacznej zawartości kwasu solnego. Pod mikroskopem w treści tego rodzaju znajdujemy: 1) jąderka, opisane przez Jaworskiego, oraz 2) komórki nabłonkowe, zachowujące się wobec odczynników, jak komórki główne guczotów żołądka, wydzielające pepsynę. Obecność komórek tych w treści jest dowodem, iż ta ostatnia zawiera pepsynę, obecność zaś jąderek świadczy o obecności kwasu solnego.

W dyskusji dr. Reichmann podnosi znaczenie rozpoznawcze obecności jąderek, świadczących zawsze o obecności kwasu solnego. Co do ich pochodzenia jednak innego jest zdania: mogą one pochodzić równie dobrze z komórek głównych jak i ościennych. Łuszczenie się nabłonka w znacznym stopniu miał R. sposobność widzieć przy sokotoku.

Prof. Gluziński ob staje przy swoim poglądzie, iż jąderka te z głównych, a nie ościennych powstają komórek.

Dr. Dunin co do sokotoku przypomina badania Jaworskiego, które dowodzą, iż dwa mamy rodzaje sokotoku z wolnym i utajonym kw. solnym.

Dr. E. Zieliński z Warszawy. „O opadnięciu jelita poprzecznego“. Autor badał przy oglądziwach pośmiertnych 127 przypadków opadnięcia jelita poprzecznego, a wspólcześnie zauważył w 37 przypadkach wydłużenie prawego płatu wątroby, w 13 wątrobę z przewężeniem t. zw. gorsetową, w 14 nerkę wędrującą, w 14 nadżarcia krwawe błony śluzowej żołądka, a w 10 wrzód okrągły żołądka. Wobec tego autor przypuszcza, iż zestawienie to nie jest przypadkowym, że między wymienionymi stanami a opadnięciem jelita zachodzi związek przyczynowy.

Wychodząc z tego przypuszcza, iż 1) wątroba gorsetowa powstaje wskutek hyperaemia ex vacuo, powstającego po opadnięciu jelita, nerka wędrująca może powstawać przez pociąganie i rozluźnienie stopniowe więzadeł, wrzody zaś żołądka i jelit również mogą mieć za przyczynę opadnięcie jelita, wskutek czego nacynia wydłużone tracą swe światło, a przez to samotrąwice działanie soku żołądkowego okazać może swoje działanie. Przypuszczenie to tłómaczy niektóre objawy, towarzyszące wrzodom żołądka. Co się tyczy często towarzyszących opadnięciu jelita objawów neurastenii — nie są one w związku przyczynowym z tym przypadkiem.

W Dyskusyi dr. *Reichmann* zaznacza, iż jakkolwiek podany przez d-ra *Z* sposób powstawania wrzodu żołądka na cechy prawdopodobieństwa, nie objaśnia jednak przyczyny stałego pojawiania się nadmiernego wydzielania kwasu solnego w żołądku. Na co dr. *Zieliński* stawia przypuszczenie, iż opadnięta poprzecznicza, pociągając żołądek, wywołuje przerost jego błony śluzowej, a więc i większe wydzielanie kwasu solnego. Innego niż autor zdania jest prof. *Brodowski*, twierdzi bowiem, iż opaźnięcie jelita w żadnym razie nie może dać początku wrzodom, w innym bowiem razie przy przepuklinach widzielibyśmy wrzody; na to *Irelegent* zwraca uwagę, iż cała kwestyja zależy od stopnia wydłużenia naczyń. Prof. *Gluziński* zwraca uwagę, iż u kobiet wiejskich, u których często znaczne widział opuszczenie poprzeczniczy, wrzody okrągłe są rzadsze, niż u kobiet miejskich. Dr. *Z.* tłumaczy to ostatnie zjawisko za, arcem stolca nawykowem u mieszczan i na tem tle powstałymi zaburzeniami w krążeniu.

Nastąpił potem referat d-ra *Dunina*. „O mieszanem zakażeniu z przeważnem uwzględnieniem duru brzuszno^o”. Przedewszystkiem dr. *D.* określa co rozumie pod słowem zakażenie mieszane. Jest to stan chorobowy, zależny od działania jednoczesnego na ustrój dwóch różnych drobnoustrojów. Stosunek drobnoustrojów może być rozmaity, albo jeden z drobnoustrojów jest przyczyną choroby zasadniczej (dur brzuszny, płonica), a współistniejące wywołują powikłanie (ropienia, dyfteryt), albo współistniejące w ustroju drobnoustroje wywołują tylko jedną chorobę, gdyż są jej wspólną przyczyną. Dotąd tylko kliniczne posiadamy fakty, które za istnieniem takiego zakażenia przemawiają. to też dokładnego pojęcia o stosunku wzajemnym drobnoustrojów w tym wypadku nie mamy. Możemy jednak wyrazić prawdopodobne przypuszczenie, iż gra tu rolę zarówno ogólne wyniszczenie ustroju, a co za tem idzie, mniejsza odporność na wtargnięcie nowych drobnoustrojów, jak i ułatwienie tego wtargnięcia przez wytworzenie wrót dla niego w postaci np. wrzodów przy durze brzuszny. Być może, że i prawa symbiozy mają tu pewne znaczenie. Spotykamy zakażenie mieszane przy durze, gruźlicy, płonicy i ospie.

Prof. *Gluziński* w dyskusyi zaznacza, iż zakażenie mieszane powstawać może szczególnie przy złem pomieszczeniu chorych, a jako ilustracyję przytacza przykład. W klinice chorób wewnętrznych po przeniesieniu chorych do pokojów, dawniej zajmowanych przez zakład anatomiczny, u chorych durowych poczęły często występować powikłania, skutkiem czego śmiertelność dochodziła do 50^o/. Po zbadaniu przyczyny starannie odkażono izby, po czem powikłania znikły. W pyłe ścian znaleziono koki ropne, a jeśli zwrócimy uwagę, iż sprawa wikłająca rozpoczęła się ad phlegmone laryngis, dojsć możemy do wniosku, iż zakażenie powstawało przez drogi oddechowe.

Prof. *Brodowski* cytuje 20 przypadków promienicy, powikłanych ropniami, zależnemi od innego rodzaju, niż zasadniczy, drobnoustrojów. W przebiegu błonicy współcześnie, obok właściwego łasownika spotykamy *streptococcus pyog. alb. et aur* i *strept. pyog. articularum*. Co do powikłania gruźlicy przez kokki ropne, uważa twierdzenie d-ra *Dunina* za zbyt śmiałe, gdyż cały szereg prac przemawia za brakiem ich w jamach i wrzodach gruźliczych.

Dr. *Biegański* odróżnia ropnie, powstałe wskutek swoistych drobnoustrojów, właściwych danej chorobie.

Prof. *Korczyński* radzi kwestyję traktować zarówno ze stanowiska bakteryjologii jak i kliniki. Wytlómaczyć sobie tę postać zakażenia mieszanego, gdzie oba drobnoustroje wchodzi współcześnie do ustroju trudno, za to łatwo objaśnić następowe zakażenie, szczególnie w durze brzuszny

w tych wypadkach, kiedy już prawdopodobnie znikły laseczniki, jednak występują objawy ogólne lub miejscowe ropienia, a badanie bakteriologiczne wykazuje obecność koków.

Dr. *Arnstein*, tłumaczy wniknięcie następnych drobnoustrojów osłabieniem ustroju walką z zasadniczymi pasorzytami.

Dr. *Dunin*. Nie zupełnie zgadza się na to, przy charłactwie np. rakowym ropienie jest rzadkie; podobne jak dr. *Gluziński* obserwacje i autor posiada.

Prof. *Baranowski* stawia wniosek na zjazd przysły. „*Jakie środki higieniczne zastosować należy, aby w przebiegu chorób zakaźnych uniknąć zakażenia mieszanego*”. Wniosek przyjęto.

Dr. *Arnstein*. „*O biegunce letniej u dzieci (cholera infantum) pod względem etyologicznym i leczniczym*”. Za przyczynę częstej choroby u dzieci w czasie lata uważa prelegent wysoką ciepłotę otoczenia. Choroba ta nie ma za przyczynę jakiegoś wyodrębnionego drobnoustroju, ale cały szereg drobnoustrojów, wywołujących fermentację mleka i wytworzenie toksyn, ztąd też sama choroba nie jest zakażeniem, ale zatruciem. Zarówno przed przyjęciem jak już w kanale pokarmowym bakterie wywołują rozpad mleka i wytworzenie tych toksyn, które autor uważa za przyczynę bezpośrednią biegunki. Najczęściej się też zdarza ta choroba u dzieci sztucznie karmionych lub nagle pozbawionych matczynej mleka. Autor odróżnia dwie postaci biegunki, które nie dają po śmierci żadnych zmian anatomicznych w żołądku i kiszki. Pierwsza postać przebiega bez zapaści, druga jako właściwa cholera infantum z zapaścią i całym szeregiem towarzyszących jej objawów. Za przyczynę choroby wobec braku sprawy zapalnej przy oględzinach pośmiertnych uważa podrażnienie przez toksyny zakończeń nerwowych w przewodzie pokarmowym z następnym ich porażeniem. Ztąd też tylko w początkach może być mowa o wyleczeniu. Pierwsze miejsce zajmuje leczenie dyjetetyczne, raczej pozbawienie chorego pokarmu. Dalej stosuje autor leki przeciwnie, z których najbardziej poleca bismutum salicylicum po 2—5 grm. Zaleca również przepłókiwania kiszki roztworem kwasu borowego. Wszystkie te środki pomagają w początkach przy rozwoju choroby są bezskuteczne.

Dyskusję rozpoczął dr. *Szuman*, zwracając uwagę prelegenta, iż niekiedy można zupełnie pasorzytne pochodzenia choroby odrzucić, rozwija się ona samoistnie. Co do leczenia jest zdania prelegenta, nie zgadza się tylko, iż przepłókiwania żołądka nie dają wyników, przeciwnie, przepłókiując żołądek rezorcyną w stosunku 1:1000 miał dobre bardzo wyniki; na odsuwanie bezwzględne mleka również się zgodzić nie może.

Toż zdanie potwierdził i dr. *Przychodzki*, widząc dobre wyniki przy podawaniu mleka z wodą wapienną.

W odpowiedzi dr. *Arnstein* jest zdania, iż przepłókiwanie żołądka rezorcyną nie może dać dobrych wyników, gdyż znaczna część środka zostaje wydalona na zewnątrz. Kilkodniowa głodowa kuracja mniej dzieciom szkodzi, niż podawanie mleka, którego i tak wobec wymiotów nie wiele pozostanie w żołądku. W końcu kładzie nacisk na to, iż dzieci nie należy odstawiać od piersi w ciągu letnich miesięcy.

W dalszym ciągu mówi dr. *Biegański* z Częstochowy. „*O zakładaniu pracowni klinicznych, mikroskopowo-chemicznych w szpitalach prowincjonalnych*”. Rzecz ta będzie drukowaną w naszym piśmie.

W dyskusji dr. *Dunin* zgadza się z prelegentem na potrzebę urzędzie ia takich pracowni. Prywatne pracownie mogą dać nawet naukowe ścisłe wyniki, dowodem pracownice: Bujwida i Karlińskiego. Lekarze po ukończeniu kursów przynajmniej przez rok powinni się wprawiać we wszystkie metody badania klinicznego. (dok. nast.)

Sekcja okulistyczna.

Opracował dr. med. Br. Ziemiński.

Posiedzenie I w dniu 17 Lipca 1891 r.

Przewodniczący: prof. L. Rydel.

Sekretarz: dr. Fr. Sroczyński.

Obecnych członków 19.

Zabiera głos dr. Ziemiński z Warszawy, jako referent w sprawie „Antyseptyki w Ophthalmologii“.

Referent omawia naprzód środki antyseptyczne w przypadkach istniejącej już infekcji oka, a przedewszystkiem rogówki (wrzody, ropnie etc). Z całej grupy zalecanych tu środków farmakologicznych utrzymał się dotąd niezastąpiony niczem jodoform, na zalecenie zasługuje nadto woda chlorowa, a szczególnie przez referenta wypróbowany roztwór $\frac{1}{600}$ i $\frac{1}{1000}$ tróchlorku jodu (*Jodium trichloratum*, ICl_3). W przypadkach, gdzie sprawa zapalna na tle infekcji odbywa się w głębi oka, zaleca wstrzykiwania w przestwór Ténona roztworu tróchlorku jodu lub sublimatu. W ciężkich przypadkach ropienia rogówki, nieustępującego przy powyższych środkach, najlepszym środkiem antyseptycznym jest żegadło galwaniczne lub Paquelina. Jedynym niezawodnym środkiem przeciwgnilnym w okulistyce jest żegadło właściwe.

Jako ważny środek pomocniczy w leczeniu antyseptycznym chorób ocznych uznać należy stosowanie możliwie wysokich stopni ciepłoty, czy to w postaci prostych przymywań oczu wodą gorącą (40°C . i więcej), czy też w postaci tak gorących okładów antyseptycznych, jakie tylko oko znieść może, czy wreszcie w postaci natrysków parowych, albo w postaci opaski ogrzewającej antyseptycznej („compresse echauffante“). Woda gorąca i okłady gorące wywołują pewne zmiany miejscowe w krążeniu krwi, zwiększają żywotność tkanek i ich siły odporne wobec mikrobów, a ztąd nieraz skuteczniej zwalczają szkodliwą działalność drobnoustrojów chorobotwórczych. W tymże kierunku niezaprzeczone usługi oddaje okuliście umiejętnie stosowane *mięsienie* (massage).

W leczeniu antyseptycznym ran pooperacyjnych lub urazowych należy odróżnić *antyseptykę subiektywną*, t. j., odkażenie operującego i jego narzędzi, materyjałów etc.—wogóle wszystkiego, cokolwiekbądź zetknie się z tkankami oka,—i *antyseptykę obiektywną*, t. j., zapobieżenie infekcji ze strony samego chorego. Za najlepszy sposób odkażenia l-go uważa sterylizowanie gorącą wodą instrumentów i jedwabiu, a strumieniem pary wodnej materyjałów opatrunkowych i roztworów różnych leków — ku czemu nadaje się odpowiednio zmodyfikowany parowar Kocha lub sterylizator Strauba; jednym słowem operujący winien mieć tu na celu osiągnięcie *aseptyki subiektywnej*. Ze względu na antyseptykę obiektywną obok zwykłej czystości za pomocą mydła i środków, jak $\frac{1}{1000}$ roztwór tróchlorku jodu—do skóry powiek pacjenta, a w razie potrzeby $\frac{1}{600}$ — $\frac{1}{500}$ roztwór tegoż leku do powierzchni łącznicy i rogówki—wskazane jest baczną zwracanie uwagi na obecność cierpień zakaźnych w narządzie wzrokowym (woreczek łzowy i łącznicowy etc.) i w jego najbliższym sąsiedztwie (*bezpośrednia* antyseptyka obiektywna), wreszcie na stan ogólny chorego (*pośrednia* antysept. objekt.).

Referent skłania się do większego uwzględniania możliwości zakażenia z powietrza, aniżeli to obecnie w chirurgii ma miejsce: przypuszczając możliwość infekcji przez zanieczyszczone powietrze, nie tylko bezpośredniej, ale nawet pośredniej przez aspirację drogą płuc. W zakończeniu wyraża nadzieję, że antyseptyka w przyszłości znacznie zostanie uproszczoną, że podane będą środki uniknięcia zakażenia przez podniesienie odporności ustroju lub środki specyficzne na różne mikroorganizmy działające.

W dyskusji zabiera głos dr. Sroczyński, przewodniczący, dr. Kramsztyk, dr. Downar, dr. Kamocki i referent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie II w dniu 18 Lipca 1891 r.

Przewodniczący: dr. Kramsztyk (z Warszawy).

Sekretarz: dr. Lange.

I). Dr. Sroczyński wygłasza referat: „O leczeniu jaglicy“ (trachoma).

Wnioski referenta z szczegółowego rozbioru wszystkich najważniejszych dotychczasowych metod leczenia są następujące. Leczenie jaglicy powinno stosować się do każdorazowej postaci, okresu i stopnia cierpienia, a mianowicie: 1) w okresie I-ym, w przypadkach rozsianych ziarn jaglicowych i przerosłych brodawczek, najszybciej dochodzi się do celu przez galwanokaustykę; 2) w okresie II-im, w stadium stłuszczenia, przez wygniatanie; 3) w przypadkach cięższych okresu I-go i II-go oraz na przejściu do III-go, najszybciej osiągamy wynik pomyślny przez postępowanie operacyjne metodą Heisratha; 4) w wielu przypadkach nie można się obejść bez terapii farmaceutycznej, a głównie bez Arg. nitr. i Cupr. sulfuric. zwłaszcza w leczeniu następownem. Każda metoda leczenia jaglicy daje najlepsze wyniki przy pomyślnych warunkach higienicznych, a z tych najważniejsze jest czyste, zwłaszcza górskie powietrze.

W dyskusji dr. *Ziemiński* podnosi w przeciwieństwie do referenta skuteczność sublimatu w pewnych formach jaglicy; stosuje go wówczas w postaci zakraplań rozczywno słabych maksymalnie 1:500 lub w formie maści 1:300. Nadto przypomina metodę Sattlera, polegającą na nakluwaniu ziarn i wyłyżeczkowaniu. Co do metody operacyjnej, dotąd jest zwolennikiem wycinania samego tylko załamka, co najwyżej z wązkim paskiem przybrzeżnym górnej części chrząstki.

Prof. *Rydel*, zgodnie z referentem, nie widział pomyślnych rezultatów po stosowaniu sublimatu, natomiast podobnie jak *Kramsztyk* i referent wysoko podnosi znaczenie lapiowania w przypadkach zaostżeń sprawy jaglicowej, tudzież w świeżych okresach wrzodów jaglicowych rogówki.

Dr. *Sroczyński* potępia wszelkie postępowanie, polegające na wyskrobywaniu produktów jaglicy, obawiając się szkodliwego wpływu na rogówkę z powstających ztąd strzępków łącznicy, które oddzielają się przez ropienie i mechanicznie drażnią rogówkę. Co do postępowania operacyjnego staje na stanowisku Heisratha i tłumaczy konieczność równoczesnego wycinania części chrząstki tak dla osiągnięcia celu operacji, jak dla uniknięcia zbożeń w położeniu i ruchomości powiek.

Dr. *Ziemiński* zaznacza, iż lapis jest niewątpliwie skutecznym przy obfitszej wydzielinie ropnej z łącznicy, dotkniętej jaglicą, sublimat zaś jest również niewątpliwie skutecznym w t. zw. suchych postaciach jaglicy, gdy brak obfitszej ropnej wydzieliny z błony śluzowej oka. Do postępowania operacyjnego zaleca zmodyfikowane przez Herrheissera szczypczyki jaglicowe Gałęzowskiego.

Dr. *Kramsztyk*, wychodząc z założenia, że zapobieganie szerzeniu się tej choroby jest sprawą wagi społecznej, wnosi, aby sekcya uprosiła ogólne posiedzenie Zjazdu o powzięcie następującej uchwały: Zjazd VI lekarzy i przyrodników polskich uważa utworzenie oddzielnych zakładów wiejskich dla chorych jaglicowych za sprawę niezmiernie pilną, zarówno ze względu na samych chorych, jak przedewszystkiem na zapobieżenie coraz większemu szerzeniu się tej choroby.

Wniosek ten po krótkiej dyskusji jednomyślnie uchwalono.

II). Dr. *Noiszweski* (z Dynaburga) przedstawia *hydroelektrody* własnego pomysłu do elektryzowania oka, oraz podaje wskazania do ich użycia. Ponieważ dotychczasowe sposoby elektryzowania oka mniej lub więcej drażniają łącznicę, rogówkę i działają także na mózg, przeto prelegent stosuje biegun prądu w postaci kropli wody, zwieszającej się z rurki szklanej (podobnej do zakraplacza), w której biegun prądu jest ustalony. Elektrody takie są jednobiegunowe (druga elektroda zwyczajna — obojętna — za uchem) lub dwubiegunowe, których używa w porażeniach akomodacyi, przykładając obie elektrody po obu stronach rogówki. Maksymalna siła prądu, do której dojść można, wynosi 7 miliamperów, należy jednak rozpoczynać od prądów

słabszych. np. od $\frac{1}{2}$ miliamperu i stopniowo przechodzić do prądów silniejszych.

III) Prof. Rydel. „Przyczynę do zaniewidzenia skutkiem zatrucia wysokokowego i tytuniowego.

Rozpoznanie powyższej formy niedowidzenia wymaga dokładnego badania perymetrem ze względu na przerwę w przysłonkowej części pola widzenia dla barwy czerwonej i zielonej lub dla pierwszej z nich. Pożądanem przeto byłoby mieć dogodny sposób, zajmujący mniej czasu, któryby mógł nam przynajmniej przy pobieżnem badaniu zastąpić poszukiwanie perymetrem. Prelegent zauważył, że chorzy z powyższem cierpieniem widzą każdem okiem z osobna przy czytaniu prób druku wyraźniej skroniowe połowy wyrazów, a więc okiem prawem początki. okiem lewym końce wyrazu, i dla tego bystrość wzroku przy czytaniu obuocznem bywa w tych przypadkach znacznie większą, niż przy czytaniu jednoocznem. Dotychczas spostrzegął prof. Rydel objaw ten w 4 przypadkach, asystent zaś jego dr. Fr. Sroczyński w 3 przypadkach zaniewidzenia wysokowo-tytuniowego. W zachowaniu się tem widzi prelegent wytlómaczenie w lokalizacji znanej przerwy w polu widzenia w miejscu między punktem środkowym a plamką Mariotta.

W dyskusyi zaznacza dr. Ziemiński, iż w przypadkach omawianej choroby, które spostrzegął we Francyi (gdzie, nawiasowo mówiąc, znacznie częściej ją się spotyka, niż w naszym kraju), nieraz jednym z najwcześniejszych objawów zaburzenia w czynnościach narządu wzrokowego takich pacjentów bywa utrata możności rozróżniania monety srebrnej od złotej.

Dr. Sroczyński wspomina, iż przerwa, istniejąca tylko dla barw, wpłynąć może i na czarne druki. Nadto twierdzi, że ta rozchodzi się nie tyle o niedokładne widzenie samych liter, jak raczej białych przerw pomiędzy pojedynczemi literami. Przerwy te, rozbiegając rzecz teoretycznie, muszą zachowywać się rozmaicie według tego, czy dotyczą tylko barwy czerwonej, czy też równocześnie czerwonej i zielonej. W tym ostatnim przypadku skutkiem wypadnięcia w miejscu przerwy dwóch barw dopełniczych, musi się naturalnie zmniejszyć w rezultacie natężenie światła białego pomiędzy literami, co z konieczności pociągnie za sobą mniej dokładne odróżnianie liter. Tam zaś, gdzie istnieje przerwa tylko dla barwy czerwonej, należałoby się spodziewać, że miejsca białe między literami odpowiednio przerwie w polu widzenia występować powinny w odcieniu zielonawym, przyczem ilość światła białego nie straciłaby na natężeniu. Być zatem może, że spostrzegany przez Sroczyńskiego przypadek niewątpliwy zatrucia wysokowo-tytuniowego, gdzie objawu prof. Rydla nie było, da się właśnie w ten sposób wytłómaczyć. Dokładniejsze zbadanie perymetrem dla drobnych znaków białych mogłoby wytłómaczeniu temu dać podstawę pewniejszą.

Dr. Gepner jun. (z Warszawy), stara się za pomocą konstrukcyi wykazać, że obuoczne lepsze czytanie nie da się wytłómaczyć zachowaniem się przerw po stronach skroniowych.

Dr. Machek (ze Lwowa) zbija ten zarzut, powołując się na zachowanie się zdolności czytania przy hemianopsia homonyma i heteronyma, widząc w tłómaczeniu prof. Rydla zupełną analogię w czytaniu w hemianopsia temporalis.

W dalszej dyskusyi, w której zabierają głos: prof. Rydel i dr. Ziemiński, rozchodzi się o pytanie, czy zdarza się niedowidzenie z zatrucia li-tylko wysokokowego. Dr. Ziemiński wspomina przytem o przypadkach, spostrzeganych we Francyi, a dotyczących zaledwie kilkoletnich dzieci restauratorów, które nie palą, natomiast od wczesnych lat nadużywają napojów wysokokowych, a skutkiem tego nieraz doznają wyraźnych objawów niedowidzenia.

IV) Dr. Machek prosi o przyjęcie wniosku, aby sekcya uchwaliła kontrolę nad składami okularów, któraby zniewoliła właścicieli składów do

ściślejszego przestrzegania przepisów, wydanych przez lekarza, ordynującego szkła. Wniosek, po krótkiej dyskusji przyjęty, ma być na zebraniu ogólnem przedstawiony.

Na tem posiedzenie zamknięto.

(*Dalszy ciąg nastąpi.*)

Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie.

Trzecią już z rzędu wystawę lekarsko przyrodniczą widział Kraków w swych murach. Pierwsza odbyła się przy pierwszym zjeździe w r. 1869, druga w 12 lat potem. Obecnie stajemy wobec trzeciej wystawy, która o wiele swoje poprzedniczki przewyższyła.

Twórcą wystaw był dr. Adryjan Baraniecki, który od chwili I-szej wystawy nieustannie zajmował się powodzeniem i nie skąpił swych wskazań i rad dzisiejszemu dyrektorowi wystawy d-rowsi Michałowi Śliwińskiemu, który podjął się pracy iście olbrzymiej zgrupowania wystawy, urządzania wystawy dzieł polskich, wydanych w ostatnim lat dziesiątku, oraz działu wynalazków polskich. Jak olbrzymią musiała być praca, ilu wymagała zachodów, jakiej olbrzymiej straty czasu łatwo ten tylko zrozumieć zdoła, kto miał z tego rodzaju zajęciem do czynienia. Dodajmy do tego, iż dr. Śliwiński obok prac przygotowawczych miał jeszcze nie mało pracy poprzednio z przekonaniem wydziału przygotowawczego o konieczności urządzenia wystawy w większym zakresie, a będziemy mieli pojęcie ile mu winna tegoroczna wystawa. To, co mówi skromnie w przedmowie do katalogu o Adryjanie Baranieckim stosuje się i do niego i on aforyzm w czyn ujął i wytlómaczył dobitnie co znaczy:

Cudze chwalicie, swego nie znacie,

Sami nie wiecie, co posiadacie.

I sprawdziło się to na tegorocznej wystawie, o czem niżej postaramy się przekonać czytelników.

Idąc śladami katalogu, przedewszystkiem wspomnieć musimy o dziale, obejmującym *prace naukowe przyrodnicze i lekarskie w ostatniem dziesięcioleciu wydane*. Dziś ten mieścił się w dolnych salach gimnazjum, gdzie w gablotkach i na oddzielnych stołach przeszło 240 wystawców przedstawiło swe prace. Ugrupowano je w katalogu podług przedmiotów tak, że badacz piśmiennictwa może już z katalogu nabrać pewnego pojęcia o ruchu naukowym u nas na polu piśmiennictwa przyrodniczo-lekarskiego. Jakiż to postęp od r. 1881, kiedy zaledwo 34 wystawców pośpieszyło obesłać wystawę. Jaki zwrót olbrzymi w pojęciach, wymownie świadczący o potrzebie takich wystaw i o szczęśliwej myśli inicjatorów. Tu widzimy pisma lekarskie wraz z ich wydawnictwami, owdzie usiłowania stowarzyszeń i pojedynczych osób dobrej woli do popierania rodzimego piśmiennictwa przyrodniczego, tam wreszcie owoce pracy zastosowania zasad nauki w życiu społecznem: popularne wiadomości z przyrody i higieny. Iście dumni być możemy z owoców tego działu, tem dumniejsi, iż cały ten plon powstał siłami jednostek, borykających się z potrzebami, a jednak nie zapominających o długu i obowiązkach jakie winni społeczeństwu. Gdyby tylko w tym stosunku ilość wystawców wzrastać miała jak od r. 1881, mielibyśmy za lat dziesięć blisko 2,000 wystawców. W dziale tym powszechną zwracały uwagę wyborne Album Główczewskiego, oraz zbiory etnograficzne prof. Kopernickiego.

O wiele mniej okazałe przedstawia się grupa II *wynalazków polskich*, po największej części znajdujemy tu starsze wynalazki, że wymi-nimy przy-

rządy Józefa Baranowskiego, Jana Baranowskiego, Colberga, hr. Brochockiego, prof. Milego, Prażmowskiego, Sterna, Sztapfla. Z nowszych wynalazków wystawili swe pomysły: Zaremba planimetr, Żmurko integrator i cykloidograf, Kokociński przyrząd do mierzenia odległości środków źrenic, Rehman planarium, L. Nencki i J. Zawadzki przyrząd do wyjalania mleka, Iwanowski depolaryzator.

W ogóle dział ten jest niekompletny i dopiero stanowić może związek przyszłego muzeum wynalazków polskich, o czem pomyślano na zjeździe.

Znacznie obszerniejszy był dział IV, obejmujący *Przetwory chemiczne, wyroby farmaceutyczne, leki surowe krajowe, kosmetyki, wyroby mineralne naturalne i sztuczne*, choć stosunkowo i tu znajdujemy wystawców niewielu, bo 37. Powszechną uwagę w tym dziale zwracały na siebie wyroby p. Zahradnika z Jezierzy, odznaczające się wykończeniem i pomysłowością, kapsułki i perełki lecznicze jego wyrobu nie ustępują zagranicznym zupełnie. Apteki warszawskie: pp. Biertumpfla, Gesnera, Kuśmierskiego, Lilpa godnie zaprezentowały przemysł farmaceutyczny, szczególniej jeżeli idziemy, iż p. Dąbrowski swemi kapsułkami i p. Trzeciński, Urbanowicz i Różycki plastrami i t. p. doskonale dopełniali tej całości. W grupie tej znajdujemy i wystawę zdrojowisk. Truskawca, Wysowy, Morszyna, Krynicy, Iwonicza, Lubienia i t. p.

Mniej za to liczny dział *pokarmów surowych i przerabianych* tylko z pobliskich okolic i samego Krakowa zgromadził wystawców, kilku zaledwie z dalszych przybyło dzielnic. Rzecz to zresztą zrozumiała zupełnie ze względu na trudność dostawy; nie zresztą godnego uwagi w dziale tym nie spotkał się.

Pokaźnie za to zaprezentował się dział narzędzi lekarskich, higienicznych, balneotechnicznych. Wyroby krajowe tego rodzaju rozwinęły się w kraju znacznie, tak, że zupełnie odpowiadają potrzebom, przyrządy np. p. Freunda z Krakowa, jak kimograf, galwanometr i t. p. odznaczają się wybornem wykończeniem, również poważnie zaprezentowała się firma W. A. Kastrowicz z Poznania swemi narzędziami chirurgicznymi, dość pokaźnie były reprezentowane firmy: Balukiewicza z Warszawy, Lux (wyroby fotograficzne), Wodniakowski, Zieleniewski i inni. W dziale tym wreszcie miasto Kraków wystąpiło z własną wystawą, zarówno historyi jak i urządzeń miejskich. Wszelkie plany sporządzono z wielką starannością tak, że dokładne dają o staraniu rady miasta pojęcie. Szczególniej zwraca uwagę rzeźnia miejska, oraz zakład dezynfekcyjny, na który Warszawa oczekuje dotąd z utęśnieniem.

W dziale *szpitalnictwa* wystąpił dr. Gwiazdomorski, dając nam w oddzielnym pokoju urządzenia w domu zdrowia, dr. Piotrowski ze Lwowa, oraz szpital św. Ludwika.

Okazałe również wystąpił ogród botaniczny w Krakowie i p. Tengler, ogrodnik z Krakowa, ozdabiając roślinami nieomal całą wystawę. Zanotować wreszcie wypada usiłowania szewca p. Wernera z Krakowa wprowadzenia racjonalnego obówa.

Oto krótki zarys wystawy. Z konieczności, dla braku miejsca musieliśmy ograniczyć się do niewielkiej tej wzmianki, z konieczności musieliśmy opuścić wiele, starając się tylko zwrócić uwagę na główne przedmioty. Z tem wszystkiem jednak już z pobieżnego tego rysu może się przekonać czytelnik, że jeśli nie ilością, to jakością wystawa zupełnie od-

powiedziała zadaniu. Nie zapominajmy, iż odbywała się w Krakowie, która liczy zaledwo 80,000 mieszkańców, nie mogła być z tego powodu zbyt obszerną, bo, miejsca zresztą nie starczyłoby na większą.

Na zakończenie zwrócimy tylko uwagę, iż brak oczywisty stanowiło nieoznaczanie cen na przedmiotach handlu—a przecież to najlepszy środek konkurencyjny.

Józef Zawadzki.

Z zabaw i wycieczek.

Trudne, zaiste, dała mi redakcyjna zadanie zobrazowania towarzyskiej strony tegorocznego zjazdu, trudne, a jednak konieczne do spełnienia, gdyż ta strona zjazdów jest nader pożądaną, stanowi bowiem dla niejednego pewną siłę atrakcyjną. Oilew początkach ta strona zjazdu niezbyt się przedstawiała ponętnie, o tyle później starano się zatrzeć pierwsze złe wrażenie. Mówię tu o pierwszym „zapoznaniu się“ uczestników zjazdu w ogrodzie Strzeleckim. W niewielkiem restauracyjnym ogrodzeniu zamknięto kilkuset członków, a Komitetu widać zupełnie nie było; nie miał kto zapoznania wzajemnego członkom ułatwić, nie miał kto objaśnień udzielić. Mowa powitalna prof. Rostafińskiego i deszcz ulewny—oto wstęp do zjazdu. Znacznie więcej ożywione było zebranie, wydane przez miasto; uczta wydana dla d-ra Jordana w mniej licznej odbyła się kółku; punktem zaś kulminacyjnym była wycieczka do Mnikowa, gdzie towarzystwo lekarskie krakowskie podejmowało gości. Nader uroczą ta wycieczka wśród pięknej pogody odbyta zostawiła u wszystkich miłe wspomnienie. Szereg przyjęć zakończył Komitet przygotowawczy zjazdu zebraniem pożegnalnym. Pomędzy temi przyjęciami urzędowemi Komitet postarał się o ułatwienie uczestnikom poznania miasta i w tym celu uprosił prof. Domańskiego, który wytrwale codziennie od 7—9 rano towarzyszył członkom i ich rodzinom, udzielając wybornych objaśnień. Wycieczka do Wieliczki już po za zjazdem urządzona powiodła się świetnie, poczem część uczestników opuściła Kraków, udając się do Fragi, część wróciła do domów, a 42 pod wodzą d-ra Surzyckiego udało się w objazd zdrojowisk galicyjskich, któremu właśnie niniejsze sprawozdania poświęcamy. Była to integralna część zjazdu, dalszy ciąg prac zjazdowych łączący ułtę dulci.

We środę d. 22 Lipca o godz. 5¹/₂ rano zebraliśmy się na dworcu kolejowym i, opatrzeni w oddzielne znaczki, nadzwyczajnym pociągiem udaliśmy się do Rabki, która stanowić miała pierwszy etap naszej podróży. Niewielka to miejscowość kuracyjna w uroczym pasmie Beskidów, otoczona prawie wzgórzami, od lat zaledwie 30 została zakładem leczniczym, choć tużejsza solanka jeszcze za Bolesława Śmiałego na mocy książecego edyktu była oddaną w posiadanie Cystersów. Być może, iż próbowano już wtedy obok warzenia soli korzystać z leczniczego wód tych działania, wiadomości nasze jednak nie sięgają tak daleko, wiemy tylko, iż w końcu zeszłego stulecia zburzono studnie z obawy, aby nie dobywano z nich soli i dopiero w drugiej połowie b. stulecia dzięki staraniom ludzi nauki źródła ku celom leczniczym nagięto. Właściciel zakładu p. Zubrzycki zdaje się kosztów nie szczędzi, aby zakład na poziomie nowoczesnych utrzymać wymagań, a jednak są jeszcze braki znaczne, które co prędzej usunąćby należało. Przede wszystkim zaś należałoby dać źródłom kamienne ocembrowanie zamiast dotychczasowego drewnianego, gdyż inaczej nigdy nie możemy być pewni czy z wodą mineralną nie miesza się zaskórna. Wystawienie nowych ła-

zienek, urządzenie wanien żelaznych emalijowanych i zmiana dotychczasowego ogrzewania kąpeli, również dyrekcja zakładu mieć winna na względzie. Zresztą jednak Rabka jest miejscowością ponętą, licznie odwiedzaną, choć ani na chwilę nie traci przez to nie ze swych wiejskich ponęt. Z urzędzeń wspomnieć należy o szpitaliku dziecięcym, filii szpitala św. Ludwika w Krakowie, gdzie znaczna liczba dzieci znajduje potrzebną kurację. Opuszczając Rabkę wynieśliśmy z niej pochlebne wrażenie, którego nie zatarło nawet wrażenie z Krynicy, dokąd zdążyliśmy jeszcze tegoż dnia wieczorem.

Renoma tego ostatniego zakładu jest już ustaloną oddawna, to też liczy on zawsze największą ilość osób corocznie. I w roku bieżącym było ich wiele. Krynica wogóle na europejską urządzona jest stopę, piękny kursal mógłby stanowić ozdobę nie jednego z rozświetlonych zagranicznych kąpeli. Łazienki i źródła urządzone są wybornie, zwrócilibyśmy tylko uwagę, iż do źródeł lepiej zastosować pompowanie wody, niż czerpanie szklankami, co jest mniej estetyczne, a dla niejednego nawet wstrętne. Wanny do kąpeli borowinowych tę mają wadę, iż nie na jednej są wysokości z wannami do opłókiwania, brak ten jednak wkrótce ma być usunięty.

Na zaznaczenie zasługują również znany zakład wodolecznicy d-ra Ebersa i nowo utworzony zakład dyetetyczny d-ra Skórczewskiego, jedyny w naszych zdrojowiskach.

O ile Krynica imponuje swemi urządzeniami o tyle Żegiestów, który był trzecią z rzędu miejscowością, jaką zwiedzaliśmy w naszej wędrówce, imponują naturą. Niewielki to zakładzik tuż obok stacyi kolei Transwersalnej, zamknięty prawie w górach, nie mniej przez to uroczy. Wspaniały Poprad tuż obok zakładu snuje się wstęgą wśród gór, a szumiące jego fale taką posiadają siłę, iż skorzystano z tych darów natury dla urządzenia tu kąpeli. Rzeczywiście, silny prąd wody nadaje się w tym celu wybornie, z wyborem tylko chorych, którym się kąpiel taką przeznacza trzeba być bardzo ostrożnym, u bardzo wrażliwych bowiem może wywołać znaczne podrażnienie systematu nerwowego. Obok wybornych tych kąpeli Żegiestów posiada doskonałą szezawą ze źródła dobrze utrzymanego i urządzonego, kąpiele mineralne i borowinowe pod pewnemi względami urządzone są może mniej wytwornie, ale dogodniej, niż w Krynicy.

Po zwiedzeniu zakładu opuszczaliśmy Żegiestów, dążąc na dawny Spisz polski do Lubowli i Drużbak, te ostatnie zwiedziliśmy jednak dopiero dnia następnego z powodu opóźnienia przy przeprawie przez Poprad, który wplaw przebyć byliśmy zmuszeni. Drużbaki—to związek zakładu, obfituje on zarówno w szezawy czyste, jak i żelaziste, posiada nawet cieplicę, zblizoną do karlsbadzkiego Mühlbrunu, dopiero jednak teraz wody tu mają być poddane rozbirowi chemicznemu, nic więc dotąd o wartości ich powiedzieć nie można. Wkrótce też opuściliśmy te wody, udając się przez Śmierdzionkę, Czerwony klasztor i Dunajcem wśród Pienin do Szczawnicy.

Mniej ponętne przedstawiła się nam Szczawnica, może deszcz, który nam w czasie całego pobytu dokuczał, był temu przyczyną, być może oddziało trochę zmęczenie podróżą—dość że Szczawnica niezbyt pochlebne sprawiła wrażenie. Jest to miejscowość udatnie na Stację klimatyczną wybrana, posiada w zakładzie górnym wyborne urządzenie, jako zakład inhalacyjny, jak aparat dezenfekcyjny, jest jednak trochę zaniedbana i wymaga więcej, niż dotąd to uczyniono nakładu. Drogi, szczególnie na Miedzysiu w oplakany jest stan w czasie suszy—kurz, w czasie deszczu błó-

to. Należałoby brak ten usunąć, gdyż dla chorych płucnych, których tam wysełamy, bynajmniej kurz pożądany nie jest, smutny widok przedstawia cmentarz nad samą drogą, wiodącą z Miedziusia do Górnej Szczawnicy tem smutniejszy, iż drzewa nie osłaniają go zupełnie. Za to źródła urządzone są doskonale: ocembrowane, z pompkami i piecykami do ogrzewania bardzo miłe sprawiają wrażenie. Są to szczawy alkaliczne smaczne i zawierające znaczną ilość kwasu węglowego (szczególniej źródło Jana) mogłyby też zastąpić używaną u nas Giesshübler i t. p.

Zasługuje również na zaznaczenie istniejący na Miedziusiu zakład wodoleczniczy d-ra Kołaczkowskiego.

Zbliżamy się do końca wycieczki po $\frac{1}{2}$ dniowym pobyciu w Szczawnicy udaliśmy się do Zakopanego na Czorsztyn i Nowy Targ i w ciągu 3 dni zwiedzaliśmy uroczą tę Tatrzańską dolinę. Zachwycała nas jak zachwyć może każdego, kto tu przybywa. Nie będę opisywał Zakopanego, znajdują czytelnicy opis w dziełku doc. Ponikły p. t. „Zakopane, jako stacja klimatyczna”, nadmienię tylko, iż Zakopane ożywia się coraz więcej i coraz bardziej cywilizuje dzięki staraniom Towarzystwa tatrzańskiego, które zdziałało już wiele, ale wiele jeszcze zdziałać musi, zanim doprowadzi Zakopane do pożądanego stanu. Z dwóch istniejących tu zakładów hydropatycznych, zakład d-ra Piaseckiego pod względem urządzeń żadnej nie posiada wartości, zakład zaś d-ra Chramca, świeżo rozszerzony, obok niewątpliwych zalet posiada i braki pewne, jak np. zbyt wielką koncentrację chorych. Jest ona dobra, gdyż pozwala dyrektorowi pilniej uważać na chorych, zle jednak posiada strony z tego względu, iż na małej przestrzeni zbyt wielu umieszczono osób, uszczuplając im przez to wygodę. Zresztą naszym zdaniem urządzenia kąpielowe oddzielone być winny stanowczo od domu mieszkalnego.

Z Zakopanego po trzechdniowym pobyciu urozmaiconym ślicznemi wycieczkami i zwiedzaniem urządzeń Zakopanego, jak szkoły narodowej, koronkarstwa, szkoły dla kobiet w Kuźnicach i Muzeum tatrzańskiego, klimatyki i t. p., rozjechaliśmy się do domów lub w dalszą podróż. Na tem zakończył się zjazd lekarzy.

Cokolwiek bądź dałoby się powiedzieć, zwiedzanie zakładów kąpielowych i uzdrowisk nie tylko było przyjemną wycieczką, ale nadto nader dla uczestników pouczającą. Zwiedzanie zakładów nie tylko poucza lekarzy o urządzeniach, o stanie zakładu i jego wartości istotnej, ale zarazem dla zdrojowisk posiada znaczenie pierwszorzędne, gdyż nie tylko korzystac mogą z rad zwiedzających, z ich uwag, ale zarazem rozwiewać uprzedzenia, prostować poglądy. Wycieczki takie zbiorowe powinny odbywać się częściej wtedy stan zdrojowisk podniósłby się niewątpliwie, a mniej chorych tułałoby się po zagranicznych kąpielach. Myśl tę już oddawna poruszyłem w swej pracy p. t. „Zdrojowiska krajowe” i dziś znów do niej powracam, ufny, że w końcu lekarze przekonają się o prawdzie tej, oddawna już domagającej się wykonania.

J. Z.

Kronika miesięczna.

— Pomocnicy lekarscy.

Przed kilkoma tygodniami pisma tutejsze podały pogłoskę o wprowadzeniu instytucji t. zw. pomocników lekarskich, zaznaczając, iż jest to projekt poważnie traktowany w sferach decydujących. Wątpimy, aby tak by-

Io rzeczywiście, owszem przypuszczamy, iż jest to kaczka przeszczepiona z gazet petersburskich do naszych dzienników. Z tem wszystkiem jednak sądzimy, iż jest rzeczą na czasie zastanowić się nad podobną instytucją.

Według pogłosek ma to być coś pośredniego między lekarzem a felczerem, osoby pragnące otrzymać stopień pomocnika winny ukończyć gimnazyjum i następnie w ciągu 3 lat studiować medycynę praktyczną na uniwersytecie, z kąd po złożeniu odpowiedniego egzaminu otrzymają stopień uprawniający ich do zajmowania się po wsiach i miasteczkach praktyką lekarską. Oto szkielec projektu, jak go podają pisma. A więc co to mają być pomocnicy? Czy mają pełnić te funkcje, które dziś spełniają lekarze, czy też mają się ograniczyć do udzielania pierwszej pomocy w wypadkach nagłych i spełniać tylko rozporządzenia lekarza? Czy mają to być samoiśni zupełnie działacze, czy też bierne tylko narzędzia?

Oto pytania, na które nie znajdujemy odpowiedzi w dziennikach. Jeżeli mają to być samoiśni działacze, którym przysługiwać będą mniej więcej też same przywileje, co lekarzom, zbyt krótko ma trwać ich nauka. Zbyteczną chyba rzeczą jest dziś roztrząsać, co warta medycyna bez nauk przygotowawczych, zbyteczną również przekonywać, że nawet po 5-letnich studiach lekarz nie jest jeszcze w możności na tyle obeznać się ze wszystkimi działaniami naszej wiedzy, aby mógł odpowiedzieć zadaniu w zupełności, pojmują to zarówno sami lekarze jak i sfery decydujące, które projektowały niedawno wprowadzenie po za 5-letnim kursem dwuletnich kursów praktycznych, jak to zresztą dzieje się już w niektórych krajach. Jeżeli więc lekarz, posiadający podstawowe nauki, nie może w ciągu pobytu w uniwersytecie nabrać potrzebnych mu wiadomości i musi lat kilka poświęcić na przyswojenie sobie medycyny praktycznej, o ileż trudniej będą mogli uczynić to owi pomocnicy w ciągu dwa razy prawie krótszego kursu.

Z drugiej znów strony, jeżeli mają to być tylko pomocnicy w literalnem tego słowa znaczeniu, wątpliwą jest rzeczą, czy zgodzi się kto z tych, którzy uzyskali maturę, a tem samem wstęp na którykolwiek wydział uniwersytetu, nie wyłączając medycznego, na zajęcie tak skromnego i nieodpowiadającego ogólnemu wykształceniu stanowiska. Wątpimy, aby ktokolwiek starał się o pozyskanie stopnia—instytucja więc chybi celu.

Mogłaby być i społeczna dążność w takim rozporządzeniu—ostatecznego usunięcia felczerów, ale: 1) felczerzy mimo to, jako bardziej pojęciami zbliżeni do ludu i niejednokrotnie walczący bronią nieużywalną przez ludzi stojących na wyższym poziomie inteligencji będą leczyć i nadal; a 2) tą drogą wytworzy się 3 kategorie służby lekarskiej, które nie tylko pomogą, ale przeciwnie przeszkadzać sobie będą na każdym kroku. Rozwiązanie dylematu co zrobić z felczerami byłoby prostsze — zwinąć tę instytucję jako niepotrzebną lub ograniczyć prawnie jej działalność.

W ogóle z powyższego widzimy, iż projekt byłby chybiony i społeczeństwu nie przyniósłby korzyści, ani nie polepszyłby stosunków dzisiejszych. Jeżeli uważnie zechemy przejrzeć statystykę lekarzy, przekonamy się, iż jest ich liczba dostateczna, zwiększająca się co roku. Dziś już nawet w małych miasteczkach, a nawet osadach po kilku spotykamy lekarzy, którzy nie odmawiają, choćby z własnego interesu, pomocy i zupełnie mogą potrzebom wystarczyć. Zwiększanie się konkurencji ze strony pomocników mogłoby lekarzy usunąć na plan drugi ze szkodą dla społeczeństwa i nauki lekarskiej, która w tym stanie rzeczy zesłaby do pospolitego rzemiosła. Nie leży to prawdopodobnie w interesach rządu, który jednocze-

śnie zwija i ogranicza instytucję pokrewną adwokatów prywatnych, sądzimy więc, że jest to tylko pogłoska, która szybko umilknie tak, jak z niczego powstała.

— Z powodu gwałtownego pożaru, jaki w ostatnim czasie zniszczył część szpitala morskiego w Brest, Progrès Méd. (Nr. 30) zwraca uwagę na szpitale francuskie, które pod tym względem prawie zupełnie nie są zabezpieczone. To samo pytanie można odnieść i do szpitali warszawskich, które, o ile nam wiadomo, nie posiadają na miejscu żadnych odpowiednich urządzeń.

— Entuzjastyczne zdania, wygłaszane na zjeździe higienistów w Londynie, z powodu szczepień Pasteura przy wściekłości skłoniły p. A. Lutaud (Journal de Médecine) do zestawienia odnośnej statystyki. Według zestawień za lat 35 okazuje się, że przed wprowadzeniem metody Pasteura umierało we Francji rocznie z wścieklicznych 23 osób. W przeciągu 5 lat po rozpoczęciu szczepień umierało rocznie 22 szczepionych i 17 nie-szczepionych. Śmiertelność więc wzrosła. Na tej podstawie Lutaud uważa, zgodnie z Peterem, szczepieniem Pasteur'a za nie dające pożytku, a nawet szkodliwe.

Być może, że na podniesienie się cyfry śmiertelności wpłynął napływ chorych z zagranicy. (B. 35).

— W roku 1889 dr. Juda z Salonik został ukąszony przez wściekłego psa. Niezwłocznie udał się do Pasteura, od którego po skończeniu kuracji powrócił jako zupełnie wyleczony. Tymczasem w roku bieżącym, wśród zupełnego zdrowia, 15 Lipca wystąpiły objawy wściekliczyny, które po 4 dniach zakończyły się śmiertelnie. (St.-Peter. Med. Woch., 30).

— Śmiertelność z dyfteryi w główniejszych państwach przedstawia się w następującym stosunku: W Anglii 41 przypadków śmierci na 100,000 mieszkańców, w Belgji 44, Holandji 53, Szwajcaryi 59, we Włoszech 79, we Francji 80, w Niemczech 100, w Skandynawji i Rossyi 110, w Hiszpanii 112, w Austrii 116, w Ameryce (Północnej?) 140.

(Lyon Méd. 34).

— Profesorowie S. G. Shattvek i Ch. A. Ballanc z Londynu, wskazują na niewątpliwie coraz większe rozprzestrzenianie się raka w Wielkiej Brytanji. W latach 1851 - 1860 śmiertelność z raka wynosiła na 1,000,000 mężczyzn 195, na 1,000,000 kobiet 434; w latach 1871 - 1880 na milion mężczyzn 315, na milion kobiet 622. W roku 1889 umarło z tej choroby w Anglii 18,654 osób (643 na milion). Według danych statystycznych umiera obecnie na raka z mężczyzn wyżej 35 lat jeden na 21, oraz 1 kobieta na 12 tegoż wieku. (The Br. Med. J.—Wracz 34).

— W Berlinie od 1 do 15 Lipca zdarzyło się 147 samobójstw. Naczelnicy lekarze niektórych szpitali, zaproszeni przez ministra sprawiedliwości do celu wyjaśnienia przyczyn tego przerażającego zjawiska, zgodzili się na to, że przeważnym powodem są nadużycia wysokowe; zwłaszcza rozszerzające się coraz bardziej użycie wódki kartoflowej razem z piwem.

(Pr. Med. 35).

NEKROLOGIJA.

— 10 b. m. zgasł w 34 roku życia Maksymilian Hopfenblum, były ordynator kliniki szpitalnej C. W. U. Ciężka choroba (gruźlica), której zmarły uległ po 13-letnich cierpieniach, objawiła się, kiedy nieboszczyk

był na 3-im kursie medycyny, i już zarówno — ze strony teoretycznej jak i praktycznej sam mógł rozpoznać zawisłe nad nim *ἀνάγκη*. Nie zachwiało to jednak silnego jego postanowienia; pomimo przedstawień, by wybrał jakiś lepszy zawód, nie chciał rzucić ulubionej nauki, która już mu się stała jedynym celem życia.

Kiedy po paroletniej przerwie ukończył studia w 1883 roku i sądził, że będzie mógł pracować samodzielnie, nowe pogorszenie przerwało mu rozpoczętą pracę w szpitalu i pracowni.

Straszna choroba, przycichając na pewien czas, odzywała się znowu, kiedy, łudząc się nadzieją, zaczynał odzywać i nowe budować plany przyszłości. Pomimo tej ciągłej walki, pomimo prawdziwego borykania się z przeznaczeniem, nieboszczyk znosił los swój z prawdziwie stoickim spokojem, nie zgorzkniał i nie dawał nigdy poznać po sobie nurtujących wnętrze jego bólów, trosk, niepokojów i żalów. To też Maksymilian zostawił po sobie tylko żal i szczerze współczucie.

Nieodżałowanej pamięci kolega, aczkolwiek wysokich zdolności i pracowitości, nie zostawił po sobie prac oryginalnych, zdrowie mu na to nie pozwoliło. Za to w tych krótkich chwilach, w których choroba dawała mu odetchnąć swobodniej, pisywał b. wiele wybornych referatów, któremi skutecznie zasilał nasze pismo.

Zmarł, do ostatnich chwil interesując się nauką, i przynajmniej z prac innych badając jej postęp, do którego już sam czynnej nie mógł przłożyć ręki.

H.

— 9 b. m. zmarł *L. Rutkowski*, student V kursu fakultetu medycznego tutejszego uniwersytetu. Zmarły zajmował się w Szpitalu Dzieciennym i tu zaraził się dyfteryją, która po 6 dniach przecięła pasmo pełnego nadziei młodego jego życia. Pozostawił po sobie żal prawdziwy w sercach kolegów i pogrążył w rozpacz rodziców, u których był jedynakiem.

Wykaz prac oryginalnych ogłoszonych w czasopismach lekarskich polskich.

SIERPIEŃ 1891.

- J. Mutermilch.* Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy. (G. L.).
H. Oderfeld. Nowe uciskadło kiszkowe. (G. L.).
L. Leszczyński. Kilka spostrzeżeń nad plantacją zębów. (G. L.).
J. Sz wajcer. Przyczynę do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego. (G. L.).
A. Mizerski i L. Nencki. Oznaczenie zawartości wolnego kw. solnego w soku żołądkowym. (G. L.).
Dr. med. J. Pawiński. Przyczynę do rozpoznawania guzów wgrórków czworaczych. (G. L.).
Prof. J. Dogiel. Następstwa upustu krwi. (G. L.).
Z. Dmochowski. Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kw. solnego w zawartości żołądka według Sjögquist'a. (G. L.).
L. Przedborski. Wyniki stosowania płynu Koch'a w szpit. staroz. w Łodzi. (G. L.).
Prof. M. L. Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyer'a. (G. L.).

A. Stockmann. Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zółzowej. (Med.).

Dr. A. Sokołowski. Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów. (P. L.).

L. Wachholz. Spostrzeżenia nad narkozą chloroformową. (P. L.).

Dr. H. Święcicki. Przyczynek do prawa peryodyczności w przyrodzie i życiu. (P. L.).

J. Wojtaszek. O Sulfaminolu. (P. L.).

D. Ziembicki. Przyczynek do leczenia tętniaków. (P. L.).

H. Święcicki. Kilka słów o leczeniu gorączki płożowej. (P. L.).

Dr. med. B. Ziemiński. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlórek jodu jako środek antyseptyczny. (P. L.).

J. Schaitter. Śmierć z porażenia serca czy z innej przyczyny. (P. L.).

Nadesłano do Redakcyi.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej wydawane przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie, pod redakcją prof. d-ra E. Korczyńskiego. Seryja I. Zeszyty 1, 2, 3.

1) *Dr. E. Lachowicz.* O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów.

2) *Doc. Dr. K. Żułowski.* O urojeniach.

3) *Dr. K. Szymkiewicz.* O wyjmowaniu zębów. Kraków, 1891.

Meynert. Paralysis universalis progressiva, tłóm. A. Rosenthal; Nr. 29. Odczyt. Wyd. przez Gaz. Lekarską.

F. Kijewski. Promienia u człowieka. Zesz. 30 i 31 Odczytów klinicznych wyd. przez Gazetę Lekarską.

Dr. med. H. Krannhals. Die Influenza-Epidemie des Winters 1889—90 in Riga. St.-Petersb. 1891.

S. Mintz. O metodzie Winter-Hayem'a. Odb. z Gaz. Lek.

Medycinskij Sbornik Warszawskiego Ujazdowskiego Wojennago Gospihala. Wypusk IV, 1891.

A. Sokołowski i Z. Dmochowski. Przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów. Odb. z Gaz. Lek.

Dr. S. Kersch. Zur Behandlung complicirter Fälle v. Anaemie u. Erfahrungen u. Anwendung der bosnischen Guberquelle. Odb. z Memorabilien. H.).

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórow mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Wydawca:
Dr. k. Sierpiński.

Numer wyszedł d. 18 Wrzenia.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.

Doktór A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—8

Dr. LEONARD LESZCZYŃSKI

ordynator klin. chirurg. Czysta N. 6, przyjmuje z chorobami
szczęk i zębów od 11 do 5. Gabinet dentystyczny, plombowanie,
zęby sztuczne, obturatory i replantacja. 12—8

BUSKO

Dr. DYMICKI, lekarz zdrojowy, ordynuje od 34 lat.
(3836)—5—5

Dr. med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** mieszka Kreuzgasse Insel Rügen.
5—5

COPAHON
APTEKARZ
K. LEROWSKI
87 Marszałkowska 87
Z pozwolenia Departamentu Medycznego
WYRABIA
COPAHON
niezawodny przeciw rzerzączce
Cena fla: rs. 1.

ZAKŁAD LECZNICZY GYNEKOLOGICZNY

**Drów Boryssowicza, Fickiego, Gromadzkiego,
Kaplińskiego, Kuniewicza, Rogowicza,
Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera,**

Przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte cierpieniami właściwymi kobietom, za opłatą dzienną w oddziale I: dla niezamożnych chorych od 50 kop., w oddziale II: dla chorych zamożniejszych od 3 rs. Nadto właściciele zakładu udzielają codziennie od godziny 1—3 po południu poradę lekarską dla przychodzących niezamożnych chorych po 30 kop.

DOM ZDROWIA
D-ra K. Dobrskiego

10. Aleja Róż 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem obłąkanych), mieści się w osobnym odpowiednio do celu urządzonym domu.

Każdy chory zajmuje pokój oddzielny. Chorym towarzyszyć mogą osoby zdrowe. W razie potrzeby, zupełna tajemnica zapewnioną być może.

Za ryczałtową, dzienną opłatą, chory otrzymuje: mieszkanie, jedzenie, światło, opał, usługę oraz pomoc felczerską, lekarstwa, opatrunki, kąpiele. Wysokość opłaty, zależną jest w każdym przypadku od rodzaju cierpienia i obszerności zajmowanego pokoju.

O warunkach przyjęcia i pobytu w zakładzie wiadomośc u **D-ra K. Dobrskiego**, Królewska 10, od 8 do 9 rano i od 4 do 6 po południu.

Dr. Majkowski

lekarz zakładu zdrojowego i szpitala św. Mikołaja w **BUSKU** ordynuje przez całą porę kąpielową. Tegoż do nabycia w księgarniach: Busko—wody siarczano-słone 80 kop. 6—5

M. LIPIEC

SKŁAD MATERYJAŁÓW APTECZNYCH I FARB

ulica Nalewki Nr. 24, w Warszawie. 12—8

Laboratoryjum środków odżywczych

W. HEBDY.

WARSZAWA

Aleja Jerozolimska Nr. 80.

Poleca **odżywcze środki** dla rekonwalescentów dzieci i osób wycieńczonych, mianowicie **sok mięsny świeży** niezawodny środek wzmacniający i lekko strawny, **wyciąg trzustkowy** przepisu d-ra M. Rajchmana, **proszek mięsny Racohout des Arabes** nadzwyczaj smaczny i posiłny napój, **kawę leczniczą**, **kakao słodowe**, **kaszkę posiłną** i **Lipanine**, czyli tran, bez wstrętnego smaku tranu.

DLA KASZLĄCYCH i OSŁABIONYCH

Koncesyjowane przez
władze lekarskie

Nagrodzone na wystawach
hygijeniczno-lekarskich



EKSTRAKT I KARMELKI „LELIWA”

Przygotowane podług wskazań Lekarzy i Chemików, pewniej-
sze i 50% tańsze od zagranicznych. Flaszka ekstraktu miodowo-
złotowo-słodowego kop. 75, tegoż ekstraktu z dodaniem chinu
lub żelaza i chinu rs. 1. Paczka karmelków kop. 15. Wyłączna
sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.

Dragées Kreosoti Fagi 0,05.

Dragées Kreosoti fagi c. balsam tolutani aa 0,05.

Dragées Kreosoti fagi 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées balsam peruviani 0,05.

Dragées balsam peruviani 0,05 c. acid. arsenicos. 0,001.

Dragées jodoformi 0,05.

Dragées ferri lactici 0,05.

Dragées chinini sulfurici 0,05.

Dragées chinini muriatici 0,05.

Dragées chinini ferro-citrici 0,05.

Dragées pepsini 0,05 (c. acid. muriat. dil.).

Dragées ihtyoli 0,05.

Dragées guajacoli 0,05.

Zarobiony środkami zupełnie obojętnymi jak korze-
niem ślazowym i ekstraktem lukrecyi — wszystkie wła-
snego wyrobu

poleca apteka

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej w Warszawie.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

pod firmą

D-R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejący.

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

SKŁAD

MATERIAŁÓW APTECZNYCH

Wiktora Waligórskiego

Nowy Świat Nr. 38 w Warszawie

ma zaszczyt polecić:

Materyały apteczne. — Przetwory chemiczne. — Specyalia zagraniczne. — Specyalia wyrobu aptekarza A. Rakowskiego. — Przedmioty opatrunkowe.

Wody mineralne naturalne i sztuczne.

PERFUMY ANGIELSKIE I FRANCUSKIE.

J. RUTKOWSKI
A PTEKA i P R A C O W N I A
CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA.

w WARSZAWIE

ulica Długa Nr. 16. — Telefonu Nr. 155.

Przetwory chemiczne i farmaceutyczne. Nowe środki lekarskie. Barwniki d-ra G. Grüblera z Lipska oraz wszelkie przetwory używane do badań mikroskopowych. Naczynia i przyrządy pomocnicze, jako to: szkiełka przedmiotowe i przykrywkowe, szkiełka zegarkowe, miseczki do preparatów i t. p.

Wina lecznicze.

20 — 17

SZCZAWNICA MIEDZIUS

Zakład Hydropatyczny (trzy lata istniejący).

Otwarty 20 Maja do 30 Września 1891 r.

został ponownie rozszerzony i ulepszony, podług systemu prof. Winternitza. Kierować zakładem będzie Dr. I. Kołaczkowski, który uzupełnił swoje wiadomości w dziedzinie hydroterapii nowożytnej w Wiedniu i Berlinie.

Prospekta na żądanie wysyła zarząd.

I. Żochowski.

Zarządca Zakładu.

Dr. I. Kołaczkowski.

Właściciel i kierownik zakładu.

(2393) — 9 — 7

AJENCYJA HANDLOWA
W. TRYNISZEWSKI i S-ka

Warszawa, Senatorska 8, kantor wprost bramy

polecają nowo-wprowadzoną **HERBATĘ CHIŃSKĄ** w cenie po 2 rs. za funt.

Mając bezpośredni stosunek z plantatorami w Chinach, a przytem zadawalniając się skromnym zyskiem, Ajencyja położyła główny nacisk na dobroć i taniść towaru, tak że stosunkowo do wysokiego gatunku, herbata naszej firmy jest bezzaprzeczenia najtańszą. Wspierci gruntowną znajomością rzeczy i pojmując zadanie kupca, jako obowiązek obywatelski, mamy nadzieję zjednać sobie zaufanie i poparcie naszych uczciwych dążności. Sprzedaż odbywa się w **Kantorze**. Zamówienia z prowincyi skutecznia się bezzwłocznie, a biorącym od 5 funtów, opakowanie i porto gratis.

12 — 8

APTEKA

I

SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH

M. BARCZA

w WARSZAWIE

94 Marszałkowska 94.

Jest stale zaopatrywana we wszelkie wody mineralne naturalne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

CHLOROFORMIUM PURISSIMUM

DO OPERACYI

oczyszczony według sposobu prof. N. Menthiena

w laboratoryjum apteki

H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska Nr. 133, róg Ś-to Krzyżkiej w Warszawie.

Funt rs. dwa — pół funta rs. jeden.

Z zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia

D-ra Józefa Mianowskiego

wyszło z druku dzieło

D-ra Med. Dawida Wassercuga

pod tytułem

Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych.

Z rysunkami szematycznymi.

Cena 1 rsr. — z przesyłką 1 rsr. 30 kop.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa. 3 - 2

Medal srebrny na wystawie Muzeum Przemysłu i Handlu 1891 r.
za udoskonaloną produkcję koniaku wyłącznie z wina
Koniak jako czysty wytwór z wina poleca się na cele medyczne.



Specyjalna fabryka „Impérial”

w Warszawie, Śliska 35.

Sprzedaz hurtowa od 1½ wiadra (24 butelek) w kantorze fabrycznym.
Sprzedaz detaliczna we wszystkich Składach Win w Warszawie,
w sklepach stowarzyszenia „Merkury“ i w większych składach prowincjonalnych. 12—3

Apteka na Nalewkach róg Franciszkańskiej

L. Gronau przeszła z dniem 20 b. m. na własność

B. Popiela i E. Lipskiego.

3—2

PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

Wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcją Fr. Jawdyńskiego, wychodzi w 4 zeszytach kwartalnych, obejmujących mniej więcej po 10 arkuszy druku, w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami. Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośnieniem i przesyłką, wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Chłodna 8), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich, oraz we wszystkich księgarniach i agenturach Spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zr.