

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

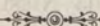
O celach najnowszych badań

NAD KOMÓRKAMI NERWOWEMI.

NAPISALI

Prof. A. Goldscheider i Dr. E. Flatau.

(Według odczytu mianego w Towarzystwie medycyny wewnętrznej w Berlinie. Posiedzenie z dnia 21-go lutego roku 1898-go).



Szanowni Panowie!

Najnowsze badanie komórek nerwowych, a mianowicie ich budowy prawidłowej i zmian zachodzących wobec najróżnorodniejszych wpływów szkodliwych (urazowych i toksyczno-infekcyjnych) są dziś dzięki wprowadzeniu metody barwienia Nissl'a już tak liczne, że wydaje się nam stosownem skreślić w ogólnych zarysach ich wyniki i obecny stan tej kwestyi. Stosując metodę Nissl'a, jesteśmy w stanie odróżnić w komórce nerwowej charakterystyczne ciała niebieskie w postaci bryłek, ułożonych w formie koncentrycznych łańcuchów, siatki i t. d. Ciała te zwą się „ciałkami komórkowemi Nissl'a“ lub „ciałkami Nissl'a“ (Held). Istota, leżąca pomiędzy temi niebieskimi ciałkami i niebarwiająca się błękitem metylowym, nosi nazwę „istoty międzybryłkowej“ (Zwischensubstanz, Grundsubstanz). Nader charakterystycznym jest układ „ciałek Nissl'a“ w normalnej komórce ruchowej w postaci koncentrycznych i równoległych łańcuchów. Bryłki te napotykamy również w wyrostkach protoplazmatycznych. Wyrostek zaś osiowy bryłek tych nie posiada.

Przy stosowaniu bardzo silnych powiększeń widzimy, że niebieskie brylki komórki nerwowej składają się z ziarenek, które jednak tak ściśle są połączone ze sobą, że wywołują przy słabszym powiększeniu wrażenie ciałek jednolitych. Wielu uczonych zajmowało się rozwiązaniem pytania, mianowicie, czy ciała Nissl'a znajdują się, rzeczywiście, *intra vitam* w komórce nerwowej, czy też powstają sztucznie wskutek zmian chemicznych, zachodzących w zmarłej zarodki komórki, i — działania barwnika. Kwestya ta, dotąd w zupełności nierozstrzygnięta, posiada znaczenie li tylko teoretyczne.

Przy badaniu zmian patologicznych w komórkach nerwowych liczymy się z pewnym stałym *wyglądem komórki normalnej w jednakowych warunkach metody badania* i to wystarcza w zupełności, aby odróżnić ten stan normalny od stanu patologicznego.

Zwracamy uwagę na ten fakt, że ciała Nissl'a nie odgrywają głównej roli, gdyż stanowią zapewne istotę troficzną komórki; istota międzybryłkowa stanowi zaś podkład histologiczny funkcji nerwowej. Istota ta pozostaje niezabarwioną przy stosowaniu metody Nissl'a, nie jesteśmy więc w stanie wiele o niej powiedzieć w warunkach patologicznych. Dla istoty międzybryłkowej nie posiadamy dotychczas metody swoistej. Istotę tę można barwić hematoksyliną lub też erytrozyną, lecz metody te nie posiadają jeszcze tej „ściśłości naukowej“, jaką odznacza się metoda Nissl'a, Marchi'ego lub Weigert'a. Brak metody jest powodem nierozwiązania dotąd kwestyi, dotyczącej budowy normalnej istoty międzybryłkowej. Jedni sądzą, iż przebiegają w niej w różnych kierunkach t. zw. fibrille, inni zaś sądzą, że nitki tych istota międzybryłkowa właściwie nie posiada, lecz że są to sztuczne osady protoplazmy.

Dzięki nadzwyczajnej wrażliwości metody Nissl'a, jesteśmy dzisiaj w stanie widzieć w komórkach nerwowych zmiany w następstwie najróżnorodniejszych wpływów szkodliwych, działających mniej lub więcej zabójczo na cały układ nerwowy lub oddzielne jego części. Pod wpływem uszkodzenia urazowego nerwu obwodowego ruchowego (przecięcie nerwu, amputacja) następują nader typowe zmiany w odpowiednich komórkach nerwowych (Nissl, Marinesco, Flatau, v. Gehuchten, Sanó i inni). Zmiany te polegają na tem, że komórka odpowiedniej jednostki nerwowej (neuronu ruchowego) powiększa się znacznie, zaokrągla, traci znaczną część wyrostków protoplazmatycznych. W ciele komórki nie widzimy koncentrycznie ułożonych ciałek Nissl'a; te ostatnie rozpadają się na ziarenka, pokrywające jakby drobnym piaskiem lub pyłkiem ciało komórki. Nadzwyczaj charakterystyczną jest również zmiana miejsca jądra. Leży ono nie we środ-

ku komórki, lecz odśrodkowo u jednej ze ścian komórki. Analogiczne zmiany zachodzą w komórkach zwojów międzykręgowych (w t. zw. obwodowym neuronie czuciowym), przy urazie obwodowych nerwów (czuciowych lub mieszanych) (Lugaro, Mering). Fakt ten posiada doniosłe znaczenie dla teorii wiądu rdzenia.

Innym jest wygląd zmian w komórkach nerwowych, zachodzących pod wpływem rozmaitych *otruć* chronicznych, podostrych i ostrych. Przy otruciach chronicznych (arszenikiem, bromem, kokainą, antypiryną, nikotyną, alkoholem, rtęcią i in.) następują wybitne zmiany w komórkach, polegające głównie na rozpadaniu się ciałek Nissl'a na drobniejsze cząsteczki i ziarenka lub na „rozpuszczaniu się“ tych ciałek (Chromatolyse) (Schaffer, Marinesco, Brauer, Pándi, Berkley, Dexler i in.). To rozpadanie się dotyczy ciała komórki in toto, lub też—oddzielnych części tegoż, np. obwodu— przy otruciu arszenikiem.

Nissl badał zmiany w komórkach nerwowych, zachodzące wskutek rozmaitych podostrych *otruć*. Rezultaty tych badań głoszą, że zmiany, wywoływane przez różne substancje trujące w komórkach nerwowych, nie są do siebie podobne, lecz, przeciwnie, każda substancja wywołuje odrębny stan patologiczny. W ten więc sposób powstają pod wpływem podostrego otrucia fosforem, srebrem, morfiną, weratryną i t. d. różne zmiany w ruchowych komórkach przednich rogów rdzenia pacierzowego. Z drugiej strony sądzi Nissl, że też sama substancja trująca wywiera wpływ rozmaity na różne komórki nerwowe, jak np. na komórki przednich rogów, komórki kory mózgowej, cornu Ammonis i t. d. Jeżeli przyszłe badania stwierdzą słuszność tego poglądu Nissl'a, w takim razie rezultaty nad zmianami w komórkach nerwowych, zachodzącymi *w różnych okolicach układu nerwowego* ośrodkowego, pod wpływem *funkcyjalnie* rozmaitych *otruć*, dadzą się zastosować do badań nad fizyologiczną działalnością różnych części tego układu (Nissl).

Stany patologiczne komórek nerwowych wskutek *otruć ostrych* badaliśmy, stosując malonitryl i strychninę. Znaleźliśmy, że zmiany powstające pod wpływem malonitrylu różnią się bardzo od tychże przy stosowaniu do otrucia strychniny. Stosując malonitryl i jego odtrutkę — natrium subsulfurosum, mogliśmy badać objawy chorobowe wraz z ustępowaniem tychże i zarazem odpowiednie zmiany w komórkach nerwowych w rozmaitych stadiach zatrucia organizmu.

Mogliśmy wykazać, że morfologiczne zmiany w komórkach ruchowych przednich rogów rdzenia nie idą w parze ze zjawiskami klinicznymi, powstającymi przy otruciu malonitrylem (porażenia ruchowe). Jeżeli zwierzęciu otrutemu malonitrylem zastrzyknąć natr. subsulfu-

rosum, w takim razie porażenia ruchowe znikają i zwierzę wraca do stanu normalnego. Komórki zaś nerwowe wskazują jednakowoż i nadal zmiany, odpowiadające otruciu malonitrilem. Dopiero po upływie 3-ch dni widzimy normalny wygląd komórek nerwowych. Przychodzimy więc do wniosku, że pod wpływem otrucia następują w komórce nerwowej 2 rozmaite stany: troficzny i funkcyjalny i, że każdy z tych stanów rozwija się dalej niezależnie jeden od drugiego. Przy otruciu strychniną następują nadzwyczaj szybko zmiany w komórkach ruchowych; już po upływie 3 minut znaleźć je można. I przy tem otruciu zjawiska kliniczne nie idą w parze ze zmianami morfologicznymi.

Oprócz substancji ściśle chemicznych, wstrzykiwano zwierzętom toksyny infekcyjne i badano komórki. Doświadczenia nasze nad królikami wykazały zmiany, stale występujące w komórkach nerwowych ruchowych pod wpływem zastrzykiwania toksyny tężcowej i -- surowicy przeciw tężcowej. Najbardziej stałą i charakterystyczną zmianę stanowi silne napeężnienie i zwiększenie się „ciałek Nissl'a“ i zwiększenie się jąderka (p. *Kronika lekarska* 1897, № 14) zmiany tej nieuważamy jednak jako *swoistą* dla tężca i zwracamy uwagę na ten fakt, że zmiany te są podobne do wywoływanych przez otrucie strychniną. Widzimy więc, że dwie substancje, należące pod względem, że się tak wyrazimy, funkcyjalnym do tej samej kategorii substancji trujących (działających podniecająco na sferę ruchową), wywołują analogiczne zmiany w komórkach nerwowych. Przyszłe badania wykażą, czy fakt ten napotkać można również przy stosowaniu innych kategorii otruc.

Doświadczenia nad tężcem przedsięwzięliśmy na 100 królikach i doszliśmy do następujących wniosków:

Toksyna tężcowa wywołuje w ruchowych komórkach nerwowych przednich rogów rdzenia typowe zmiany, dające się uwidocznic przy zastosowaniu metody Nissl'a.

Zmiany te polegają głównie na zwiększeniu się i bładem zabarwieniu jąderka, na zwiększeniu ciałek Nissl'a i rozpadaniu się tychże; na rozdrabnianiu się tych ciałek na ziarenka i zwiększaniu się objętości komórki. Z początku widzimy napeężnienie jąderka, wkrótce zaś następuje zwiększenie się ciałek Nissl'a. Rozpadanie się ciałek Nissl'a widzimy na początku zmian w komórce nerwowej, lub też powstaje ono dopiero w stadium silnego zwiększenia się tych ciałek. W dalszym ciągu rozdrabniają się ciała Nissl'a na drobne ziarenka, podczas gdy jąderko wraca natenczas do stanu normalnego i okazuje często formę kanciastą. Objętość komórki zwiększa się

często w tem stadyum, stanowiącem, według naszego zdania, przejście do normalnego wyglądu komórki.

Porządek, w jakim te zmiany następują po sobie, zależy od „siły“ zastrzykiwanej toksyny tężcowej i od absolutnej ilości tejże. Stosując silną toksynę widzimy, że zmiany te następują szybko jedna po drugiej i po upływie mniej niż jednej doby nie znajdziemy ani napęczniałego jąderka ani zwiększonych ciałek Nissl'a. Stosując natomiast rozcieńczoną toksynę, zauważyć możemy zmiany dopiero po upływie dłuższego czasu; oprócz tego zmiany te trwają w komórkach nerwowych dłużej i przy bardzo słabych płynach pozostają przez kilka dni w tem samym stadyum. I przy słabych toksynach zmiany te ustępują po upływie kilku tygodni (regeneracya komórek nerwowych).

Czy zmiany morfologiczne w komórkach nerwowych w tężcu idą w parze z objawami klinicznymi tej choroby? Na pytanie to możemy odpowiedzieć, że przy stosowaniu silnej toksyny — zmiany morfologiczne i objawy kliniczne występują raptownie; natomiast zjawiska te nabierają wolniejszego przebiegu przy toksynach słabszych. Natychmiast napotkamy jednak znaczne różnice:

Mianowicie objawy kliniczne (przy silnej toksynie) rozwijają się coraz silniej aż do śmierci, natomiast zmiany morfologiczne dążą ku regeneracyi komórki. Również przy stosowaniu słabej toksyny widzimy, że objawy kliniczne mogą rozwijać się dalej: podczas gdy zmiany morfologiczne pozostają w jednym i tem samym stadyum rozwoju. Oprócz tego zauważyć możemy różne objawy kliniczne (stadya) przy jednym i tym samym wyglądzie komórki i odwrotnie, różne stany morfologiczne przy jednakowych symptomatach chorobowych. Badania nad tężcem doprowadziły nas do tegoż wniosku, co i przy otruciu malonitrem i strychniną, gdyż w tych ostatnich poszukiwaniach skonstatować mogliśmy brak współrzędności pomiędzy zjawiskami klinicznymi i zmianami, zachodzącymi w komórce nerwowej.

(Dok. nast.)

II. PROJEKTY ORGANIZACYI służby zdrowia w gminach Królestwa Polskiego.

Napisał

Dr. M. Biernacki.

(Lublin).

Gdy w roku 1864 ziemstwa wzięły na siebie opiekę zdrowia publicznego i odebrały wszelkie zakłady publiczne, dotąd podlegające radzie opiekuńczej publicznej, stan lecznictwa w tych guberniach znajdował się w opłakanym stanie. W ogromnych, jak nasze gubernie, powiatach, był bardzo często tylko jeden lekarz, a były powiaty zupełnie pozbawione lekarzy. Tu i owdzie znajdowały się szpitaliki o 8 łózkach, w których tylko aresztanci, włóczęgi i żołnierze byli pomieszczeni. Całe instrumentarium szpitalne składało się, jak w jednym z powiatów gubernii Wołogodzkiej, z 2 klyzopomp i jednego lewarka. Nie było bielizny, służba spała w kuchni, a ta bezpośrednio dotykała do pokoi, przeznaczonych dla chorych, wskutek czego wieczny zaduch w pokojach był normalnem zjawiskiem. Lekarze nie odwiedzali tych szpitali wcale, a tylko uczniowie felezersey — i oni właściwie trudnili się leczeniem tych chorych. Jeżeli spojrzymy teraz na to, co ziemstwa (Realna Encyklopedia Eulenburg, tytuł: „Ziemska Medycyna“); w przeciągu 33 lat dokonały pod względem lecznictwa, to musimy przyznać, iż zmiana jest ogromna. Pobudowano dużo dobrze urządzonych szpitali, zainstalowano lekarzy gminnych, urządzono ambulatorya, które dają poradę całym milionom chorych, wstydowano stan sanitarny ludu i t. d.. A do tego wszystkiego wypada zwrócić uwagę i na to, że ziemstwa nie miały żadnego pierwowzoru, na którym by się oprzeć mogły: pracowały samoistnie i powoli się tylko rozwijały. W razie możności każde ziemstwo coś dodaje, zmienia, poprawia. W tym celu praca jest rozdzielona między 2 instytucjami: ziemstwem powiatowem, które się zajmuje przeważnie lecznictwem ludu, i ziemstwem gubernialnem, które zajmuje się sanitarnymi sprawami całej gubernii, szpitalnictwem, niższymi szkołami lekarskimi. Nadto częste zjazdy lekarzy ziemstw wprowadzają i popularyzują te urządzenia, które się w jednej gubernii okazały najpraktyczniejszemi.

Pierwszym odbłyskiem ustawy lekarzy ziemskich w królestwie jest projekt inspektora Kwaśniewskiego i d-ra Dolińskiego, drukowa-

ny w Warszawie 1882 roku, — przeznaczony dla gubernii Lubelskiej, a następnie dla innych.

Projektodawcy oparli się na rewirze sądowym, jako jednostce i projektowali taką liczbę lekarzy gminnych, która by odpowiadała nie liczbie gmin, ale liczbie rewirów sądowych. Wybór lekarza zależny od gmin okręgu sądowego ma się odbywać z przedstawionej im listy kandydatów. Życzenie gmin przedstawia się urzędowi lekarskiemu, ten zaś przedstawia gubernatorowi kandydata do zamianowania na posadę lekarza gminnego. Obowiązki jego są: 1) mieć bezpłatną pomoc a) w mieszkaniach, b) w ambulatoryjach urzędowych, w kancelaryjach gminnych, 2) zwracać baczność uwagę na sanitarny stan gminy, 3) zajmować się szczepieniem ospy, 4) zwracać uwagę na zdrowie zwierząt, 5) rozpowszechniać między ludem wiadomości niezbędne z medycyny; 6) zbierać statystyczno-topograficzne wiadomości; 7) prowadzić książki sprawozdawcze; 8) ewentualnie zastępować lekarza powiatu. Budżet służby zdrowia tak się przedstawia w tym projekcie 1) 1 lekarz z pensją 750 (600 rs. rocznie i rozjazdowe), 2) 1 felczer 75 rocznie, 3) 5 babek po 36, 4) koszta na apteczkę 250. Całe urządzenie kosztowałoby na 1 okręg sądowy 1255 rs., a zatem na 41 okręgów gubernii Lubelskiej 51,455 rs. Projektodawcy wyłączają ze swojego projektu miasta i obliczają, że 7 kop. na głowę wystarczałoby na utrzymanie tej służby. Przypuszczają dalej ewentualny z podatku remanent, który mógłby być obrócony na 1) tworzenie małych szpitalików, na 6 — 8 ludzi, w miejscu zamieszkania lekarza, 2) na ewentualne dopłaty do wolnych aptek, 3) na wysyłanie babek do instytutu położniczego, 4) na kupno narzędzi.

Po roku 1882 sprawa ucichła zupełnie i dopiero w 1896 roku odżyła na szpaltach dziennikarskich. Projekt d-ra Dolińskiego był omawiany w Warszawskim Dniwniku, krytykowany, ganiony i chwਾਲony. Wsuwano na pierwszy plan, iż projekt nie dostatecznie uwzględnia tworzenie szpitalików miejscowych i niejasno określa ambulatorya.

Tymczasowo w Płocku opracowano i postarano się o usankcjonowanie próbnego projektu, który od 1/13 Stycznia 1898 roku wchodzi w życie. Projekt Płocki ma dla nas ogromne znaczenie z tego względu, iż w naszej Lubelskiej (a prawdopodobnie i w innych) gubernii utworzono gubernialne i powiatowe komisye, do których zawezwano i lekarzy miejscowych, aby utworzyć dla gubernii plan taki, któryby mógł służyć za podstawę do organizacyi służby zdrowia gminnej, która za lat 3 będzie zaprowadzona w całym Królestwie. Jako pierwowzór podano urządzenie gubernii Płockiej, od krytyki więc tego pierwowzoru działanie komisyi się też rozpoczęło. Zasada projektu Płockiego jest ta: jako jednostka przyjmuje się powiat—z systemów ziemskich przyjmuje się system rozjazdowy. Główne zajęcia lekarza są następujące: 1) urządzanie kilku punktów ambulatoryjnych i zajmowanie się niemi w przeciągu 4 dni; 2) administrowanie i prowadzenie szpitalika na 8 łózek i odwiedzanie go w 3 dniach nie ambulatoryjnych; 3) wizyty w mieszkaniach chorych podczas tychże

samych 3 dni. Do pomocy służy felczer i jedna kobieta, która ma być felczerem-akuszerką, gospodynią szpitalu i członkiem zgromadzenia św. Elżbiety. Wydatki są następujące 1 lekarz 1000 rs., 1 felczer 290, 1 akuszerka 410, utrzymanie szpitalu 1100 rs. leki w szpitalu 100, leki w ambulatoriach 200, utrzymanie ambulatoryumu 150, kancelarya 35, instrumenty 45. Koszta 1 powiatu 3,330, a na gubernią Płocką. złożoną z 8 powiatów, 26,640 rs. Służba zdrowia ma być płaconą z podatków, który obciąża właściciele ziemi w stosunku 5% od podatku gruntowego, mieszkańcóm miast 10% od kwaterunku miejskiego i 5% od patentów przemysłowych. Niedobór, wynoszący 4548 rs, ma być osiągnięty przez opłaty 10 kop. za porady i lekarstwo. Podatek ten obciąża 4 kop. na głowę. Różnica projektów d-ra Dolińskiego i Płockiego jest wybitna. Doktor Doliński trzyma się okręgu sądowego, jako jednostki i proponuje na powiat 4, względnie 5 lekarzy, a jako jednostkę ludności uważa 20000; projekt płocki ma 1 lekarza na powiat, a ludzi więcej, niż 70000.

Projekt płocki natomiast kładzie większy nacisk na szpitaliki i asygnuje względnie większą sumę na administrowanie tych instytucji, nie podaje natomiast sum, za które te szpitaliki mają być ufundowane. Projekt d-ra Dolińskiego wprowadza jako zasadę, bezpłatne leczenie ambulatoryjne zgodnie z praktyką i orzeczeniem zjazdów lekarzy ziemskich, projekt zaś płocki powraca znowu do minimalnych opłat, niezgodnych z zasadą leczenia w ambulatoriach w Cesarstwie. Dalej projekt płocki nie uwzględnia wcale przy mianowaniu lekarza życzenia gmin, jak to projekt d-ra Dolińskiego orzekał. Następnie dziwnym musi się wydać ten rodzaj czynności aptekarskiej lekarza, za pomocą której w powiecie gdzie ma kilka aptek, będzie zmuszony za 200 rs. leków pobrać od chorych 595 rs. Na końcu zaś utworzenie akuszerko-felczerki z siostry miłosierdzia, któraby zaspokajała potrzeby ludności (analogicznie do naszych cyfr po 8 przeszło poradów dziennie) i włożenie na nią jeszcze obowiązków gospodyni szpitala, przechodzi granice wszelkiej możliwości pracy człowieka. Te wszystkie rażące braki projektu Płockiego, które tak trafnie dr. Hewelke ocenił w *Kronice lek.* (Nr. 22), zwróciły uwagę także i tutaj w Lublinie wszystkich członków komisji. Jeden był tylko głos iż projekt płocki jest poronionym projektem i trzeba zrobić coś lepszego. Wtedy wysunął się na pierwszy plan u nas inspektor p. Frynowskij, człowiek, któremu leczenie ludu leży na sercu i który już w stepach kirgizkich pourządzał odpowiednią służbę zdrowia. Projekt jego jest następujący: 1) skłania się do liczby d-ra Dolińskiego t. j. 4 lekarzy na powiat, według okręgów sądowych; 2) proponuje jedną akuszerkę na okręg sądowy; 3) podwaja liczbę felczerów, czyli co do personelu, ma go być: 4 razy tyle lekarzy, 4 razy tyle akuserek i 8 razy tyle felczerów, co w płockiej gubernii. W ten sposób wypada 1 lekarz i 1 akuszerka na 25,000 przy obecnym zaludnieniu naszych powiatów (po 100,000 w przecięciu) 1 felczer na 12,500. Co do kosztów kuracyjnych na lekarstwa, to p. inspektor podwyższa je (z 300 na powiat w Płockim projekcie nad 500 na okręg sądowy). Co do szpitali, nie chce, aby chorzy tam byli karmieni za pieniądze

gminne, ale żeby poprostu im przynoszono jedzenie z domu. Budżet na jeden powiat, podług p. Frynowskiego, tak się przedstawia:

4 lekarzy po	1500	—	6000	rs.
8 felczerów po	360	—	2880	„
4 akuszerki po	200	—	800	„
na lekarstwa	—	—	2400	„
inne potrzeby	—	—	1720	„
			<hr/>	
Razem	—		13800	rs.

a zatem na gubernie Lubelską o 10 powiatach 138,000 rs., co wyniesie około 12 kop. na głowę wobec 4 w Płocku, 7 u d-ra Dolńskiego i 18 w Ziemstwach.

Projekt p. Frynowskiego zbliża się o wiele do rzeczywistości swą szeroko zarysowaną zasadą dostarczania pomocy lekarskiej całej ludności, następnie zamianą systemu rozjazdowego na system stałego zamieszkania lekarzy, którego wyższość jest niewątpliwa.

Ale zdaje mi się, że i ten projekt ma liczne braki, które wpływają z nieuwzględnienia kulturowego stanu okolic, do jakich ma być wprowadzony.

Otóż ziemstwa były zmuszone postąpić tak jak postąpiły, bo nie mogły nic innego zrobić, gdy na wielkich obszarach, mało zaludnionych, bez miast, aptek i lekarzy, pourządzały punkta, przyjęły system rozjazdów, robiły same, za pomocą felczerów, leki. Innej drogi nie było. Do jednego lekarza dołączano więc po 4 felczerów i ten wtenczas był w stanie administrować medycznie krainą 50 tysięczną, chociaż, naturalnie, tylko względnie dobrze, gdyż zamiast samorządniego felczerysty wprowadzał kontrolowany i upaństwowiony, ale zawsze tenże sam *felczerystm*. Ziemstwa były do tego zmuszone z wyżej wspomnianych przyczyn. Ale czy to wszystko da się tak „in crudo“ zastosować do Królestwa? Czy rzeczywiście brak lekarzy ma uzasadniać wprowadzenie felczerysty upaństwowionej? Czy brak aptek ma wpłynąć na konieczność przygotowywania lekarstwa doraźnego przez felczerów? Na to chciał bym odpowiedzieć rzeczowo na podstawie cyfr naszej gubernii, która bynajmniej nie jest pierwsza pod względem kultury i bogactwa w Królestwie, ale przeciwnie jedno z miejsc końcowych zajmuje. Projekt płocki zamierza wprowadzić 1 lekarza na 70,000, projekt p. Frynowskiego jednego na 25,000 ludzi, zapytujemy się więc: a teraz iluż mamy lekarzy w naszej gubernii? Jest ich 98 praktykujących na 1,174,000 ludności, t. j. 1 na 11,980.

A zatem sama rzeczywistość poszła dalej, niż najśmielsze nasze plany i zniżyła cyfrę do 1. 11,980. Jeżeli więc w rzeczywistości istnieje 2 razy tylu lekarzy, ilu ich najśmielszy plan p. Frynowskiego żąda, to w jakim celu, pytam urządzamy 88 felczerów upaństwowionych w gubernii? Może dla oszczędności? ale przecież można łatwo zaradzić temu, gdyż, zmniejszywszy pensję lekarza do 750 rs.

można łatwo u nas dostać 2 — 3 lekarzy za te same pieniądze. Widzimy z całej historii i przebiegu wypadków na Zachodzie, do którego my z położenia geograficznego niewątpliwie należymy, że z natury rzeczy, chociaż powoli, fелczeryzm gaśnie właśnie wskutek tej wielkiej liczby lekarzy, wskutek ich wszechobecności. Zdaje mi się, iż p. Frynowskij nie jest zwolennikiem fелczeryzmu, przeciwnie wiem to napewno, że tak nie jest, ale wskutek rozmachu urzędzeń ziemskich, przyjmuje się gotowy szemat. Dla nas wydaje mi się ta suknia miejscami trochę za obcisłą, miejscami trochę za szeroką, jednym słowem nie pasuje.

Lekarstwa mają przyrządzać fелczery? Dlaczego? Dla tego, że na szerokich polach i ogromnych odległościach gub. Cesarstwa nie ma dość blisko aptek? Zobaczmy, co u nas mówią cyfry? Aptek jest u nas 53, a zatem 5 w powiecie, 1 na 22 tysiące ludzi. Czyżby one nie wystarczały i czyż one nie są pomieszczone tak, że wszędzie łatwo do apteki jest dostęp? Dlaczegoż ma się więc odbywać fuszerka lecznicza, gdy mamy pod ręką wykwalifikowane do tego organy? Ekonomiczny powód nie wystarcza, gdyż, bardzo łatwo wejść w układy i otrzymać procentowe ustępstwa. Czyż myślimy, iż, pozbawiając kawałka chleba naszych prowincjonalnych aptekarzy nie wytworzymy tylu zażartych nieprzyjaciół nowej instytucji, którzy aż nazbyt łatwo chłopu potrafią odebrać tak potrzebne zaufanie? Czyż nie bez racyi będą oni mówili o fuszerowanych lekarstwach, na co publiczność, jak wiadomo, jest tak czuła? I znowuż szemat przeszkadza nam do zastosowania się do warunków życiowych.

Tak samo co do szpitalików? Czyż przypuszczamy, że w każdej gminie, w każdym okręgu sądowym będzie konieczny i nieodzowny ten szpitalik? Czyż będzie on w stanie zastąpić nasze miejskie szpitale? Czyż można przypuszczać, aby tam dokonywały się laparotomie, zdjęcia katarakty, leczenie elektrycznością i hydroterapią? Czyż w miejscowościach, blisko od miast położonych, takie szpitaliki będą wogóle uczęszczane? Zapewne, w pewnych zakątkach przydać one się mogą, ale i tutaj także względna obfitość szpitali i miejsce w szpitalach naszych każe wykluczyć szemat, a zastosować się do warunków miejscowych.

Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę stronę ekonomiczną, gdyż utrzymanie chorego daleko taniej kosztuje w większym szpitalu, niż w mniejszym. Tak np. utrzymanie w Lublinie na rok jednego chorego kosztuje od 208 — 236 rs., w powiatowych miastach zaś od 290 do 483 rs.

Trzeba jeszcze wziąć pod uwagę, że może nastąpić dla biednej ludności nawet i krzywda z urzędzenia tych szpitalików miejscowych. Gminy, obciążone nowym podatkiem lekarskim, nie będą w stanie brać na swój koszt kuracyi biednych swych chorych w szpitalach miejskich i z daleko większą niż teraz, niechęcią będą wydawały kartki na to, odsyłając ich do szpitalików miejscowych. A czyż możemy na chwilę poddać się iluzji, że tam utrzymają zawsze odpowiednią pomoc? Czyż można przypuszczać, aby lekarz gminny sam

jeden był w stanie wykonywać wszelkie operacye chirurgiczne, aku-
szeryjne, *oczne w takich warunkach?*

Wszystkie plany z dziwną konsekwencyą pozostawiły leczenie
biednej ludności w miastach zupełnie na uboczu (projekt d-ra Doliń-
skiego nie chciał przynajmniej brać od nich podatku), ale projekt
płocki i p. Frynowskiego nie wyklucza mieszkańców miast z podatku.
Mimo to nie ma mowy o urządzeniu leczenia biednych w mieście,
zdaje mi się po prostu dlatego, że trudno bardzo wtłoczyć zajęcie
się biedną ludnością w miastach w szemat ziemstw. Ale cóż winni
biedni mieszkańcy miast, że u nas nie ma dum i lekarzy dumskich?
I czyż dla tego tylko mają nie być objęci nową ustawą?

Nie mówię nareszcie o systemie rozjazdowym, gdyż ten ucho-
wał się tylko w projekcie Płockim; jak to? więc dla dogodzenia
upodobnienia ze stepami, lekarz miałby rozjeżdżać do punktów, gdzie
drugi jego kolega mieszka i tam urządzać przyjęcia ambulatoryjne?
W inne zaś dni on pozostaje w domu, a jego kolega, chociaż nie
urzędowy, będzie do niego przyjeżdżał i urządzał to samo przedsta-
wienie?

To jest strona lecznicza, ale co zadziwiać musi w ostatnich
projektach, że ani słowa oprócz w projekcie d-ra Dolińskiego, nie ma
o tem, aby lekarze stali się stróżami sanitarnymi swego okręgu. Wi-
docznie ci, co układają projekta, pamiętają tylko o działalności
ziemstw powiatowych, lecz zapomnieli o działalności ziemstw guber-
nialnych. Bez połączenia tych dwóch celów, każdy projekt musi być
niekompletnym, a pamiętajmy o tem, że w takim kraju, jak Anglia,
mamy specjalnych parafialnych lekarzy sanitarnych, a i bliżej nas—
w Galicyi, lekarze okręgowi przedewszystkiem sanitarne warunki ma-
ją do uwzględnienia. To jest rzecz kolosalnej wagi i pomijać jej
w szeregach obowiązków lekarzy gminnych nie wolno.

Nim po dostatecznem zebraniu materiału da się ustanowić jakiś
projekt opracowany, chciałbym postawić kardynalne zasady, które,
według mego zdania, umożliwiłyby jako tako wprowadzenie instytu-
cyi ziemskich bez ziemstw:

1) Lekarze gminni muszą być zależni od tych gmin, w których
praktykują, gdyż w ten tylko sposób da się utrzymać ten węzeł, który
związuje lekarza z leczoną przez niego publicznością, a zatem gminy
powinny mieć większe prawa, niż je określa nawet projekt d-ra Do-
lińskiego. Gminy powinny, naturalnie za aprobatą gubernatora, mieć
możność zawierania kontraktów i wymawiania ich, jak to się w ziem-
stwie praktykuje. Tylko bowiem ziemstwa same, lub w braku ich,
gminy, t. j. sami mieszkańcy danej okolicy mogą mieć dostateczny
interes w tem, aby służba zdrowia wyszła na ich pożytek. Tego
czynnika nie zastąpi nigdy administracya, ani najszlachetniejsi ideolo-
gowie przy zielonym stoliku!

2) *Wobec wielkiej ilości lekarzy, mianowanie pomocników feler-
skich jest zbyt czynnem i szkodliwym* — lepiej mniejsze pensye, a wię-
cej lekarzy, to gminy będą lepiej obsłużone, gdyż, jak powiada pro-
fesor Kapustin, utożsamienie działalności lekarza i felerza nie zali-

cza się do przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu ludu tylko dlatego, że większa część publiczności tego wcale nie pojmuje. Zamiarem moim bynajmniej nie jest występowanie przeciwko felezerom, ale po pierwsze mamy ich dosyć — 231 na gubernię, t. j. 1 na 5,000 ludzi, nie potrzeba więc zwiększać ich liczby. Następnie z przyczyn, powyżej wzmiankowanych, nie leży w duchu czasu staranie się o rozwój klasy ludzi z natury rzeczy mało uprzywilejowanej i mało przygotowanej, a która faktycznie często zmuszona jest podejmowania się zadań, przechodzących umiejętność i kompetencję. Niechaj te warstwy, które dostarczają porządniejszych felezerów, starają się o wytworzenie z pośród siebie lekarzy gminnych, którzy zastąpią powoli po wsiach felezerów, jak wszędzie w Europie. Walka przeciwko temu naturalnemu rozwojowi jest daremną i prędzej czy później stać się to musi.

3) *Mianowanie 1 akuszerki powiatowej, lub nawet 1 na okręg sądowy* jest tylko czezą formą, gdyż w żaden sposób nie będzie ona mogła być przy wszystkich porodach, gdyż np. w naszej gubernii w r. 1896 urodziło się dzieci 43,533, a zatem na 1 powiat wypada przeciętnie 4,353 porody, czyli na jeden dzień około 12 porodów, w okręgu zaś sądowym na dzień 3 porody. Dodajmy do tego czas na podróże, to zobaczymy, że jest to iluzya, aby jedna akuszerka mogła wystarczyć choćby na jeden okręg sądowy. Ponieważ rola akuszerki, wobec wielkiej ilości lekarzy, redukuje się do prostych manipulacji, to koniecznym jest tylko przyuczenie wiejskich babek do czystości, porządku i kardynalnych zasad akuszeryi po szpitalach, — aby mieć to, co potrzeba. Proste babki nie mniej, niż 2 na gminę, wystarczyłyby kompletnie.

4) Ponieważ w gubernii umarło 25,452 rocznie, to zachorowalność (morbidity), obliczając 30 razy większą niż śmiertelność, będzie 763,560 chorych w gubernii, t. j. dziennie po 2,094 chorych. Na 41 projektowanych gminnych lekarzy wypada więc 2094 : 41 — 50 ludzi dziennie, co ze względu na czas jeżdżenia i odwiedzania chorych, jest stanowczo za wiele. Maksymalna płocka 70,000, p. Frynowskiego 25,000, spada u d-ra Dolińskiego na 20,000, faktycznie w gubernii do 12,000, a i dalsze obniżenie jest spodziewane i następuje we wszystkich kulturalnych narodach — wobec tego zapytać wypada, czy nie możnaby wziąć jeszcze mniejszej jednostki za podstawę, niż okręg sądowy, a *mianowicie gminy?* Zalety takiego systemu byłyby duże, gdyż gmina stanowi jednostkę samodzielną administracyjnie, okręg sądowy zaś jest tylko skupieniem gmin w pewnym określonym celu.

5) Przy zbliżaniu się do jednostki gminy, państwo mogłoby oddawać pobierany na cele lecznicze podatek samym gminom do rozporządzenia, wówczas gminy, czy jedna, czy 2, czy 3, lub 4 mogłyby, według warunków miejscowych, zespolic się dla utrzymania lekarza. Razem z nim opracowywałyby gmina i wynalazła, co jej najwięcej potrzeba, czy odpowiednia ilość babek, czy szpitalik, lub coś podobnego. W ten sposób ramy nie byłyby sztywne i dawałyby

możność rozwoju, przy obecnych projektach wprost niemożliwego. Za przykładem innych krajów, powinnyby się nie oznaczać pensyi z góry, możnaby tylko zastrzedz minimum, a pozwolić pojedynczej, lub złożonej gminie zawierania kontraktów dowolnych. W taki szemat weszłyby łatwo i miasta, które przy dzisiejszych projektach są zaniebdywane, lub opuszczane, gdyż w żaden sposób nie nadają się do szematu ziemstwa.

6) Urządzenie dla gmin budżetów lekarskich, pobieranych w formie podatku, a zużytych: I) na dobrowolne zakontraktowanie lekarza, II) na lekarstwa po niższej cenie w najbliższej aptece, III) na wyedukowanie i ewentualne wspomaganie babek wiejskich, IV) na ewentualny szpitalik — niewywołałoby wstrząśnięć już istniejących instytucji, jak np. aptek, lekarzy, tamże osiadłych.

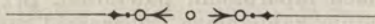
Następnie 7) na lekarzy, zakontraktowanych, a nie pensjonowanych i uklasowanych lud patrzyłby nie jak na urzędników, co, jak wiadomo z doświadczenia ziemstw, było zawsze wielką przeszkodą dla rozwoju medycyny ludowej.

Nakoniec 8) sami lekarze musieliby osobiście, a nie przez felczerów wziąć się do pracy, zbliżyć się do ludu i starać się zadowalniać potrzeby jego, gdyż czuliby się od niego zależnymi.

Jakżeż łatwo inaczej, jak to mamy dowód na lekarzach sielskich na Wołyniu, pod wpływem regularnie pobieranej pensyi, wpaść w bezczynność, jednym słowem, przemienić się w synekurzystów, których obecność ludność odczuwać będzie nie jako błogosławieństwo Boże, ale jako jeszcze jeden ciężar włożony na ich barki.

9) Lekarze gminni mogliby podlegać kontroli rady opiekuńczej publicznej, a inspektor lekarski miałby, jako jej członek, obowiązek kontrolowania całej służby gminnej, naturalnie za osobnym wynagrodzeniem, co najmniej 1,200 rubli rocznie, płaconych wspólnie przez 144 gmin, np. naszej gubernii.

10) Na zakończenie chciałbym dodać, że te uwagi są wynikiem przygotowania projektu przez nasze Towarzystwo lekarskie lubelskie, które już 15 lat temu brało udział w projekcie pp. Kwaśniewskiego i Dolńskiego. Mamy nadzieję, że i teraz powoli przyjdziemy do projektu, możliwie dopasowanego do naszego społeczeństwa, którego naturalnie nieomieszkamy w *Kronice* wydrukować ¹⁾.



¹⁾ Projekt Tow. lek. lubelskiego wydrukujemy w następnym zeszytu *Kroniki*. (Przyp. red.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia, Med. Wewn., Farmakologia.

111. H. Willgerodt. Zachowanie się otrzewny wobec moczu, sztucznie do jamy brzusznej wprowadzonego, oraz wywoływanie doświadczalne uremii. (Ueber das Verhalten des Peritoneums gegen den künstlich in die Bauchhöhle geleiteten Urin und über die experimentelle Erzeugung der Uremie). Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. 1897. Bd. II. № 3 i 4. S. 461—471).

Zaznaczywszy, że zarówno według faktów klinicznych jak i danych eksperymentalnych, przedostawanie się moczu do jamy brzusznej, trwające niewięcej jak 40 godzin, jest obojętnem dla samej otrzewny i organizmu, autor, drogą doświadczalną rozstrzyga pytanie — jakie zmiany będą, gdy działanie moczu na otrzewną potrwa dłużej.

W tym celu W. przerobił następujące serye doświadczeń na psach.

I. Cięcie brzucha przez smugę białą; przecięcie otrzewny, przykrywającej pęcherz przy ujściu moczowodów, przecięcie jednego moczowodu i rozszczępienie ściany jego końca dośrodkowego na przestrzeni 1 cm., — albo zeszycie końca tego z odcinkiem odśrodkowym tegoż moczowodu (1 pies), albo przszycie go do części pęcherza pokrytej otrzewną (5 psów). W ostatnim razie, oczywiście, odcinek odśrodkowy podwiązywano. Zeszycie rany brzusznej.

Wkrótce po operacyi — wymioty, trwające 2—3 doby. Z pięciu psów ostatniej kategorii, zabitych po upływie 17—20 dni po operacyi, znaleziono zrosty otrzewnowe pomiędzy pęcherzem, ujściem moczowodu i przylegającą pętlą кишки cienkiej; reszta otrzewny normalna. Zrosty te zatkały moczowód o tyle, że powstało rozszerzenie jego i nawet hydronefroza. Sekcyja 3-go psa wykazała ropień w pęcherzu, otorbiony zrostami kiszkowemi; z ropniem bezpośrednio komunikuje się przecięty moczowód, który, prócz tego, jest rozszerzony aż do nerki i wypełniony ropą.

Nareszcie 6-go psa, któremu zeszyto oba końce moczowodu, poddano po 3 tygodniach laparotomii powtórnej, przyczem znaleziono: rana moczowodu zupełnie zablizniona, moczowód sam po wyżej bliżny rozszerzony; otrzewna zupełnie normalna.

Ponowna operacyja, dokonana na tym psie, polegała na przecięciu moczowodu powyżej bliżny i zeszyciu odcinka dośrodkowego z częścią pęcherza, pokrytą otrzewną.

St. pooperacyjny: na 12-ty dzień obniżenie t⁰, śpiączka; na 15-ty drgawki kloniczne, które trwały do śmierci. Sekcyja: moczowód zrośnięty z pęcherzem; zrostów otrzewnowych niema; ropień

pozaotrzewnowy w miednicy, ogólne ropne zapalenie otrzewny; rozszerzenie moczowodu, który jest prócz tego wypełniony ropą; miąższ nerkowy prawie zanikł, sama nerka rozszerzona.

II. Serya. Wyrezekowano część ściany pęcherza razem z ujściem moczowodu, zostawienie jej w jamie brzusznej i zeszytanie rany pęcherza (1 pies). Na 2 dzień wymioty i rozwolnienie; obniżenie t^0 , śmierć na 12-ty dzień. Sekcya: ogólne ropne zapalenie otrzewny, ropień pozaotrzewnowy, w który odkrywa się ujście moczowodu, ropne zapalenie nerki. Rana pęcherza zagojona.

III. Rezekcya ściany pęcherza z ujściem moczowodu, wprowadzenie do niego cienkiego drenu dług. 10 ctm. na głębokość 3 ctm., przszytacie drenu do ścian moczowodu i ulokowanie go pomiędzy pętle kiszek cienkich; szew na ranę pęcherza (1 pies).

Śmierć na 8 dzień bez jakichkolwiek objawów szczególnych. Sekcya: ropień otorbiony pomiędzy pętlami kiszek, otaczający ujście drenu; otrzewna normalna; ropne zapalenie nerki.

IV. Wycięcie jednej nerki, po przyjsciu zwierząt do zdrowia, w moczowód drugiej nerki wstawiono rurkę w kształcie litery T (3 psy).

Przebieg pooperacyjny: rozwolnienia; na 4 dzień drgawki toniczne, opisthotonus; napady te powtarzały się kilka razy dziennie, w ciągu paru dni, trwając koło 15 min.; — potem wyzdrowienie.

Po 6 dniach psa otruto cyankiem potasu. Sekcya: otwór rurki obrośnięty i zatkany ziarniną; pętle przylegające kiszek sklejonę; w jamie brzucha 40 ctm. sześć. mętnego płynu; moczowód odnośny rozszerzony; ropień pozaotrzewnowy w miednicy.

2-go psa zabito po 4 dniach i znaleziono: ropień pomiędzy sklejonemi pętlami kiszek cienkich komunikujący się bezpośrednio z otworem rurki. Nareszcie sekcya 3-go psa, zabitego na 7 dzień po operacji, wykazała: otwór rurki zamknięty przez skleiny kiszkowe; moczowód wypełniony ropą; ropne zapalenie nerki.

Skutki więc przedostawania się moczu do jamy brzusznej są dwojakie: albo chroniczne cierpienie otrzewny, wyrażające się w tworzeniu się zrostów, które zamykają światło moczowodu i w ten sposób usuwają dalsze następstwa — uremię, albo — wchłanianie moczu i uremia. Ostatniego dowodzą wkrótce po operacji zjawiające się wymioty, a niekiedy i drgawki.

Co do powstawania ropni pozaotrzewnowych w niektórych z doświadczeń, tłumaczy je W. w ten sposób, że przecinając otrzewną, pokrywającą moczowody i część pęcherza, musiał on otwierać drogę dla moczu i do tkanki podtrzewnowej, ta zaś ostatnia, jak widać, po infiltracji moczem, staje się dobrem podłożem dla infekcji wtórnej. Nareszcie powstawanie uremii autor objaśnia w ten sposób, że nerka, zdaniem jego, sama wydziela jakiś produkt chemiczny, który dostając się do obiegu krwi, wywołuje objawy zatrucia, zwane uremią. Przypuszczenie to zdaje się stwierdzają doświadczenia *Limbeck'a* (1892), który wyjmując psom obie nerki i nie otrzymując żadnego objawu uremii, sądzi, że uremia psów cechuje się właśnie brakiem konwulsyi.

A. Zajęzkowski.

112. Wilh. Klink. **Doświadczenia, dotyczące się skutków przedostawania się moczu do jamy otrzewnowej.** (Experimente betreffend die Folgen des Eindringens von Urin in die Peritonealhöhle). (Mitteilung. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1897. № 3 i 4., s. 471—481).

Liczne doświadczenia (na psach i królikach) grupują się w sposób następujący:

I. Mocz oddziaływa na otrzewną tylko przez krótki przeciąg czasu.

W tym celu 3 królikom i 7 psom wstrzykiwano do jamy brzusznej (aseptycznie) niewyjałowiany mocz zdrowego mężczyzny; królikom — po 15—20 ctm. sześć. dziennie w przeciągu 4 dni, psom 30—60 ctm. sześć. w ciągu 14 dni.

Objawów ze strony otrzewny (prócz krótkotrwałego podrażnienia przy wstrzykiwaniu) żadnych; ogólne objawy — śpiączka, wymioty, oraz obecność składników moczu we krwi, dowodzą uremii.

II. Czas oddziaływania moczu na otrzewną dłuższy.

W tym celu robiono laparotomię i przecinano pęcherz; zeszyte rany brzusznej. Po upływie 9 godzin (2 psy) i 12 g. (2 króliki) — laparotomia ponowna i zeszyte rany pęcherza.

W ciągu tego czasu pomiędzy 2-ma operacjami — wymioty, obniżenie t°; przy powtórnej laparotomii prócz przekrwienia błony surowiczej kiszek i obecności płynu surowiczego w jamie brzusznej — nie znaleziono nic.

2 psy, którym rany pęcherza nie zaszywano w ciągu 24 godzin, żyły tylko 2—2½ doby po operacji. Sekeya wykazała w obu tylko przekrwienie błony surowiczej kiszek.

III. Doświadczenia ze stałym przedostawaniem się moczu do jamy brzusznej, aż do śmierci zwierząt (2 króliki).

Rany pęcherza nie zaszywano wcale; zwierzęta żyły po operacji 2 doby; śmierć przy objawach uremicznych. Sekeya: w jednym przypadku obecność mętnego płynu w jamie brzusznej, w drugim — żadnych zmian. W obu więc razach śmierć nastąpiła przy objawach ogólnego zatrucia i wstrząsu.

IV. W tymże celu autor podwiązywał moczowód i przecinał go powyżej podwiązki.

Ogólne wyniki: tam, gdzie światło moczowodu nie zostawało zamknięte (przez skleiny), następowała śmierć przy objawach uremicznych; w innych zaś wytwarzały się przestrzenie poza otrzewnowe, wypełnione w części ropą, w części moczem, i komunikujące się z moczowodem, obok tego — hydronefroza i ureterohydroza.

V. Po przecięciu moczowodu nad podwiązką, ścianę jego rozcinano na przestrzeni 1—3 ctm. i przyszywano albo do części pęcherza, pokrytej otrzewną, albo do powierzchni wewnętrznej ściany brzusznej.

Do doświadczenia tego rodzaju użyto 9 psów.

U 2-ch pozostała przetoka moczowodowo-brzuszna; żadnych szczególnych objawów przy życiu; po zabiciu — żadnych zmian w otrzewnie; nieznaczna hydronefroza.

U reszty psów: w ciągu pierwszych dni po operacji — objawy uremiczne (wymioty, śpiączka, obniżenie t^0 , niekiedy drgawki), trwające koło 2 tyg.; potem poprawa. Zabito je po 3 tygodniach po operacji. Na sekcji znaleziono: ujście moczowodu nieco tylko zwężone, dzięki otaczającym zrostom otrzewnowym; wogóle zaś otrzewna normalna; 1 raz tylko znaleziono koło 20 ctm. sześć. przezroczyściego brunatnego płynu w jamie brzusznej; hydronefroza.

Jak widzimy, autor pracując nad tą samą kwestyą i używając czasami odmiennych, czasami identycznych sposobów badania jak Willgerodt (p. ref. poprzedzający) doszedł do wniosków jednoznacznych.

A. Zajączkowski.

113. Dr. Ernst Schalek. **O zwężeniu górnego odcinka dróg oddechowych.** (Beitrag zur Lehre von der Stenose der oberen Luftwege). Deut. Med. Woch. № 53. 1898.

Autor mówi o wpływie operacji usunięcia przerosłych muszli nosowych na stan ogólny organizmu. Dotychczas poprawę stanu ogólnego przypisywano usunięciu podrażnienia, działającego odruchowo na organizm, autor zaś twierdzi, że po rozszerzeniu przewodów nosowych, następuje zmniejszenie ciśnienia ujemnego przy wdechu w klatce piersiowej i powstającej ztąd przeszkody dla mięśnia sercowego oraz mięśni oddechowych. Tym sposobem przez usunięcie muszli przerosłych nosa, można wyleczyć zawroty głowy, dusznicę bolesną (angina pectoris), dychawicę oskrzelową, rozedmę płuc, dychawicę nerwową, bicie serca, nawet wymioty podczas ciąży (*Bosworth i Huck*). W jednym przypadku po zmniejszeniu muszli ustąpiła tachykardia, trwająca długie lata. Przy oddechaniu przez zwężone przewody nosowe do płuc powinna się przedostać ta sama ilość powietrza, co i w warunkach normalnych, i w tym samym przeciągu czasu; ztąd powstaje duszność. Wiadomo, że obieg krwi w żyłach zależy głównie od ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, i tylko w nieznacznym stopniu serce napęlnia się podczas rozkurczu, dzięki sprężystości ścian. Przy duszności wdechowej ciśnienie ujemne w klatce piersiowej zwiększa się znacznie z powodu dodatkowego ciśnienia ujemnego w płucach. Ztąd powstaje znaczne przepełnienie serca krwią podczas rozkurczu, przy skurczu zaś zmienia się szybkość i siła opróżnienia serca; uderzenia serca stają się słabszymi, mniej energicznymi oraz liczniejszymi z powodu zwiększonego ciśnienia krwi w tętnicach i ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej. Zwiększenie ujemnego ciśnienia w klatce piersiowej dla serca ma znacznie takie samo, jak zwiększenie ciśnienia w tętnicach, ponieważ wszystko jest jedno, czy utrudnione jest wejście krwi do innych części ciała przez dodatnie ciśnienie, czy wyjście z klatki piersiowej przez ujemne. Ztąd powstaje przepełnienie serca krwią z tachykardia, jako pierwszym objawem osłabienia serca, dalej następuje rozszerzenie serca, przerost oraz zwyrodnienie tłuszczowe.

Henryk Hirschfeld.

114. Dr. H. Ehr et. **O symbiozie w gruźlicy płuc u diabetyków.**
(Ueber Symbiose bei diabetischer Lungentuberculose). Münch. Med.
Woch. № 52. 1897.

Autor opisuje przypadek gruźlicy płuc u diabetyka, w którym przeprowadzono dokładne badanie bakteryologiczne. Za życia pacyenta badano tylko plwocinę; w tym celu kazano choremu po dokładnem zdezynfekowaniu jamy ustnej i gardła, wypluć przy silnym kaszlu plwocinę na wyjąłowioną podstawkę; następnie zaszczerpiono plwocinę na płytki z agarem z domieszką cukru gronowego. Obok innych drobnoustrojów, między którymi przeważały paciorkowce, pojedyncze gronkowce oraz tetragenus, autor zauważył liczne kolonie dziwnego lasecznika w postaci krótkiej i niezgrabnej pałeczki z nieco zaokrąglonymi końcami; szerokość lasecznika nie była jednakową na całej długości; laseczniki leżały zwykle po dwa równolegle jeden do drugiego. *Ferster i Lewy*, którym autor dał do zbadania czyste hodowle tego lasecznika, zaliczyli go do kategorii laseczników pseudodifterytycznych, przypuszczając, że pochodzi on nie z płuc, lecz z migdałków; lecz powtórne badania z najdokładniejszą dezynfekcją jamy ustnej dały te same wyniki. Po śmierci chorego autor wyhodował tego lasecznika z ropy z jam oraz kawalków płuc; nawet można go było widzieć na preparatach skrawkowych. Lasecznik autora różni się od odkrytego przez v. *Hoffmann-Wellenhof'a* lasecznika pseudodifterytycznego dwiema cechami:

1) lasecznik autora jest bardzo jadowity dla królików. W trzecim pokoleniu 1 ctm. hodowli buljonowej zabija dużego królika wśród ciężkich objawów septycznych; 2) rozrasta się chętnie na odżywkach zawierających cukier; lecz skłonność ta przy powtórnem przeszczepianiu ciągle się zmniejsza. Na agarze z cukrem gronowym rozwija się lasecznik w sposób następujący: po 34 godzinach przy temperaturze termostatu następuje zmętnienie płytek, na których gołym okiem można dostrzedz oddzielne kolonie w postaci jasnoburych punkcików, siedzących w głębi lub na powierzchni. Przy małem powiększeniu kolonie przedstawiają się jako niezupełnie okrągłe z zębatymi brzegami, żółtawe i ziarniste, w środku ciemniejsze, na obwodzie jaśniejsze. Przy znacznem powiększeniu widać w częściach obwodowych pojedyncze laseczniki, leżące parami.

Tegoż lasecznika znalazł autor w plwocinie u trzech innych diabetyków. Ztąd autor wnioskuje, że infekcja mieszana przy gruźlicy płuc u diabetyków, jest nieco inną i znaczniejszą, niż u niediabetyków, i że oprócz zwykle spostrzeganych bakteryj rozwijają się jeszcze inne, wyrastające na odżywkach, zawierających cukier. Szybki i fatalny przebieg gruźlicy płuc u diabetyków zależy od tego różnorodnego zakażenia mieszanego.

Henryk Hirschfeld.

115. Prof. Dr. H. Cohn (Wrocław). **O leczeniu otyłości metodą Schweningera.** (Wien. Med. Pr. № 5. 1898).

Dla leczenia tą metodą otyłości, istnieje specjalny zakład w Baden-Baden, prowadzony przez prof. Schweninger'a i jego asystenta D-ra Groddeck'a.

Wszyscy chorzy są codziennie rano ważeni, a raz w tygodniu odbywa się mierzenie objętości piersi, szyi, ramienia, brzucha, stopy, oraz odległości od pępka do wyrostka mieczykowatego i spojenia łonowego. Sama kuracja polega na mięsieniu brzucha, na gorących kąpielach i odpowiedniej diecie.

Mięsienie odbywa się trzy razy dziennie: przed śniadaniem, przed obiadem i przed kolacją, każdy seans trwa po kwadransie, massuje sam lekarz. Mięsienie to podzielić można na trzy rodzaje: gniececie, szczypanie i klęknięcia. Pierwszy rękoczyn polega na ugniataniu brzucha ręką w kułak zaciśniętą, z początku lekko potem coraz silniej, chory przytem powinien jak można najgłębiej oddychać.

Druga manipulacja polega na tem, że lekarz chwytą jak najszerszą skórę brzucha pomiędzy obie dłonie, jak kleszczami i ścisną jak najmocniej; jest to najprzykrzejsza procedura dla chorego, po niej występują zwykle siniące na skórze brzucha.

Wreszcie na zakończenie, klęka lekarz pacjentowi na brzuchu i każe mu głęboko oddychać początkowo 5 razy aż do 30.

Zbyteczną jest chyba rzeczą dodawać, że mięsienie w tej formie wykonywać może jedynie lekarz, i leczyć się musi z indywidualnością każdego pacjenta.

Kąpiele ciepłe mają także odrębną cechę: nie są one całkowite, lecz częściowe, mianowicie kąpiele rąk, nóg i nasiadowe, codziennie pacjent bierze jedną taką kąpiel i to w wyżej wskazanym porządku; kąpiel taka trwa 20 minut, woda jest bieżąca, to jest ma przyływ i odpływ, ciepłota dochodzi do 30°. Kąpiele te odbywają się w specjalnie w tym celu sporządzonych aparatach. Kąpiele te wywołują senność i uczucie zmęczenia, to też chorzy zwykle po nich zasypiają na kwadrans lub pół godziny.

Dyeta odgrywa przy tem leczeniu bardzo wybitną rolę. Naczynia w których potrawy podają i na których chorzy jedzą są miniaturowe, ma to dodatnio na psychikę chorego wpływać, pacjent widzi, że talerz lub szklanka, którą mu podają, były pełne. Pożywienie daje się bardzo punktualnie co 3 godziny pierwsze śniadanie o 7¹/₂, drugie o 10¹/₂, obiad o 1¹/₂, podwieczorek o 4¹/₂, wieczera o 7¹/₂ godz.

Każdy chory jada oddzielnie u siebie w numerze, posiłek taki trwa zwykle bardzo krótko, w dwie minuty naczynia są już zwykle próżne. Pewne potrawy i napoje są zupełnie wzbronione: chleb, bułki, ciastka, masło, tłuszcz, cukier, kawa, herbata, mleko, wino, wódka. Jadłospis bywa codziennie zmieniany, na brak różnorodności zatem chorzy narzekać nie mogą. Ilość pokarmów, przeznaczona do jedno-

razowego spożycia, bywa zwykle bardzo mała; na pierwsze śniadanie naprzykład dają $\frac{1}{4}$ funta sera szwajcarskiego lub holenderskiego, naturalnie bez pieczywa i masła, lub jedno jajko, lub kawałek szynki i t. d. Podczas jedzenia pić nie wolno, dopiero w pół godziny po jedzeniu i to jeszcze w bardzo małej ilości.

Chorzy pijają tam zazwyczaj wodę mineralną, bogatą w kwas węglowy: Gerolsteiner Sprudel. Flaszka, zawierająca 0,4 L. starejczyć powinna na całą dobę. Niedziela jest zupełnym wypoczynkiem, nie ma kąpieli ani mięsienia, nie przestrzega się żadnych przepisów w dyecie. Ma to naocznie przekonywać chorych, jak ważną jest rzeczą odpowiednia dyeta, gdyż w poniedziałki każdemu po kilka funtów przy ważeniu przybywa.

Wyniki tej kuracji mają być dobre, ujemnego wpływu nie wywiera. Autor wspomina o jednej pacjentce, która przez przeciąg 9 miesięcy straciła na wadze 95 funtów.

H. Kucharzewski.

116. Prof. Lewaszew (Kazań). **Nowa oznaka rozpoznawcza tętniaka aorty piersiowej.** Un nouveau signe diagnostique de l'anévrysme de l'aorte thoracique. (Podług odczytu w sekcji medycyny wewnętrznej na XII zjeździe międzynarodowym w Moskwie).

Ogólnie jest przyjęte, że tętniak aorty, głęboko umiejscowiony, nie jest łatwym do rozpoznania, częstokroć jedynym objawem tej choroby jest ucisk na narządy sąsiednie. Dla tętniaków powierzchniowych, które mają tendencję wydostania się nazewnątrz, co ułatwia ich rozpoznanie, objawy ucisku mają również duże dyagnostyczne znaczenie.

Pomiędzy tymi objawami: ucisk na tchawicę, oskrzele, przelyk, przemieszczenie serca, są to rzeczy dość łatwe do rozpoznania i nie mogą być niespostrzeżone, występują one jednakże późno w późniejszych okresach choroby.

Niezależnie od tych późnych objawów, są inne jeszcze subtelniejsze, niemniej jednakże ważne.

Dosyć często zauważyć się dają już w samych początkach choroby objawy, wyływające bądź z ucisku, bądź z podrażnienia pni nerwowych. W ten sposób newralgia cervicobrachialna lub międzyżebrowa, dusznica bolesna, bezwład nerwu zwrotnego, mogą przez długi przeciąg czasu stanowić jedyne objawy tętniaka, obserwacja kliniczna dowodzi, że nawet tętniak bardzo małej objętości może te objawy wywoływać.

Autor w odczycie swym zwraca uwagę na jedną formę nerwobólu, mało znaną dotąd. Ucisk i podrażnienie licznych pni nerwowych otaczających tętnicę główną, wywołują bardzo częste bóle gwałtowne o typie newralgii. Napady te przechodzą często bez zwrócenia baczniejszej na się uwagi, nie są one bowiem tak typowe jak dusznica bolesna lub bezwład strun głosowych; można się jednak-

że spotkać z nimi w znacznej liczbie przypadków, jako ze zwiastunem tętniaka.

L. przekonał się, że bóle newralgiczne są o wiele częstsze od innych objawów ucisku narządów śródpiersia i że z drugiej strony oprócz znanych już nerwobólów, międzyżebrowego i cervico-brachialis, są jeszcze inne, których wartość kliniczna jest znaczna.

Na 126 przypadków tętniaków, badanych nadzwyczaj sumiennie przez autora, w ostatnim dziesięcioleciu 29 razy spotkał się z objawami newralgii cervico-occipitalnej (21 razy objawom tym towarzyszyły i inne jeszcze zaburzenia nerwowe, 8 razy występowały one samodzielnie). Widać ztąd, że nerwoból szyjowo-potylicowy jest objawem nie bez wartości i pod względem klinicznym.

Przyznać trzeba, że często jest rzeczą nadzwyczaj trudną na podstawie tego jednego tylko objawu newralgii, rozpoznać naturę cierpienia, ponieważ z jednej strony może on towarzyszyć innym chorobom, nie mającym nic wspólnego z tętniakiem aorty, z drugiej znowu strony nie przedstawia on nic charakterystycznego. Ilekroć to razy te nerwobóle brane były za objawy nerwicy, i leczone wskutek tego kąpielami zimnemi, natryskami, chodzeniem po górach i t. d. Środki te, naturalnie, zamiast ulżyć cierpieniu, tylko je powiększały, a często nawet przyspieszały zejście śmiertelne.

Z odczytu tego wyciąga Lewaszew następujące wnioski: obserwacya kliniczna dostarcza nam niejednokrotnie obok znanych już zaburzeń natury nerwowej, i inne jasne objawy tętniaków aorty, które nie były dotąd opisane, jak nerwoból cervico-occipitalis. Z drugiej znowu strony fakt ten każe nam mieć się na baczności przy leczeniu wszelkich nerwobólów czy to esencyalnych, czy też idyopatycznych, by zamiast ulgi, nie przynieść szkody choremu i zgonu nie przyspieszyć.

H. Kucharzewski.

117. A. Fröhlich. **Wykrycie cukru w moczu zapomocą błękitu metylenowego.** (Centr. f. im. Med. 4).

W r. z. Bremer ogłosił w New-York med. Journ. metodę oznaczenia cukru w moczu za pomocą barwników.

Już Ihl w r. 1888 zwrócił uwagę na odbarwienie błękitu metylenowego przy gotowaniu przez cukier inwertowany w roztworach zasadowych.

Autor postępował nieco odmiennie: 10 ctm. moczu strącał 5 cc.³ stężonego roztworu obojętnego octanu ołowiu i, po kilkakrotnem zmieszaniu, 5 cm.³ zasadowego octanu ołowiu. Po przefiltrowaniu otrzymywał płyn bezbarwny.

Roztwór błękitu metylenowego przygotowywał, rozpuszczając 1gr. błękitu w 300 gr. wody. Na każde 5 cm. roztworu przed użyciem dodawał 1cc.³ 10% roztworu ługu potasowego.

Po zagotowaniu roztworu błękitu dodawał strąconego i przesączonego moczu i gotował na wolnym ogniu.

Po kilkuminutowem gotowaniu otrzymywał w razie obecności cukru odbarwienie, po wstrząsaniu, z powietrzem, występuje znów zabarwienie błękitne, ustępujące zupełnie po kilkuminutowem staniu płynu w spokoju.

Według badań autora ani kw. moczowy ani kreatynina nie dają podobnego odczynu, inne ciała redukujące strącamy octanem ołowiu.

J. Z.

118. J. Eichhoff. (Elberfeld). **O Captol'u, nowym antiseborrhoeicum i środku lekarsko-kosmetycznym na włosy.** (Therap. Woch. № 42).

Captol powstaje przez połączenie taniny z chloralem, nie posiada jednakże ubocznego działania pierwszej, ani własności drażniących drugiego.

Przedstawia on się pod postacią ciemno-brunatnego, hygroskopijnego proszku, który rozpuszcza się z łatwością w ciepłej wodzie i wysokoku. Roztwór jego z solami żelaza daje silne zabarwienie. Preparat ten łączy w sobie własności ściągające taniny i przeciwparazytowe chloralu. Captol, zastosowany w 1—2% roztworze wyskokowym na skórę głowy rano i wieczorem, działa doskonale jako antiseborrhoeicum. Po 8—14 dniach znikają łuski, wydzielina gruczołów łojowych się zmniejsza, również i wypadanie włosów, które po pewnym czasie zupełnie ustępuje.

H. Kucharzewski.

119. Schreiber i Waldvogel (Getyng). **Sanosa, nowy preparat białkowy.** (Therap. Woch. № 42).

Sanosa jest to mieszanina z 80% kazeiny z 20% albumozy, po przegotowaniu z wodą robi się podobną do mleka. Przy 40° C. pod wpływem trypsyny i pepsyny z kwasem solnym, łatwo podlega strawieniu. Nowy ten preparat przedstawia się pod postacią proszku białego, pozbawionego smaku i zapachu, z wodą tworzy zawiesinę.

Sanosa podaje się z mlekiem, kakao i t. d. Nadaje się ona również jako domieszka do potraw mącznych i do chleba w stosunku 10%; wyrabiają również 20% sanosecakes. Sanosa nawet przy dłuższem stosowaniu nie wywołuje biegunki, zdaje się że i podawana w lawatywach ulega wchłonięciu.

Dotychczasowe spostrzeżenia wykazały, że sanoza jest to smaczny i lekko strawny środek odżywczy; i cena jego nie jest wyższą od innych preparatów tego rodzaju.

H. Kucharzewski.

120. Dr. Georg Schwersenski (Berlin). **Validol, nowe analepticum i antihystericum.** (Therap. Woch. № 47. 1897).

Validol jest to połączenie kwasu koźkowego z mentolem; przedstawia się on jako płyn bezbarwny, ma spójność zbliżoną do gliceryny, przyjemny, łagodny zapach i orzeźwiający, chłodzący, lekko gorzki smak. Ostrość mentolu znika w tem połączeniu, lotność jego również jest zmniejszona. Validol rozpuszcza dowolne ilości czystego mentolu, wskutek czego mieszaninę tę w dowolnem stężeniu możemy stosować bądź wewnątrz, bądź na drogi oddechowe lub też zewnętrznie. Autor zaleca validol szczególnie jako analepticum i stomachicum.

Jako analepticum nowy ten preparat odznacza się silnie pobudzającym działaniem i nie wywołuje przytem miejscowego podrażnienia. Osoby osłabione i wrażliwe chętnie go przyjmują i dobrze znoszą. Validol, zawierający 30% wolnego mentolu, najwięcej odpowiada wymaganiom. Jako stimulans wystarcza 10 do 15 kropeł validolu, kilka razy dziennie na winie lub cukrze. Jednocześnie okazał się validol doskonałym środkiem pomocniczym przy leczeniu całego szeregu stanów hysterycznych i neurastenicznych.

Jako stomachicum validol pobudza łaknienie i usuwa nudności, wywołując wzmożenie wydzielania błony śluzowej i wpływając przeciwfermentacyjnie dzięki działaniu mentolu. Autor zaleca również validol jako carminativum. Dzięki zawartości bakterycybijczego mentolu, nowy ten środek może znaleźć zastosowanie jako desinfiens dla skóry.

H. Kucharzewski.

II. Choroby nerwowe.

121. Neubürger i Edinger. **Brak półkuli mózdzku, varix oblongatae, porażenie serca przez drażnienie n. accessorii.** (Einseitiger fast totaler Mangel des Cerebelleums, varix oblongatae. Herztod durch Accessoriusreizung). (Berl. Klin. Woch. № 4 i 5).

46-letni neurastenik z objawami długoletniej neurastonii brzusznej był szczegółowo badany i badanie nie wykrywało nigdy objawów mózdkowych (zaburzeń w chodzie, nystagmus, zawrotów, zбоcezeń w mowie lub inteligencji). Odruchy kolanowe były po obu stronach jednakowe, chory był małego wzrostu, ze słabo rozwiniętym szkieletem, głowę nosił stale pochyloną w lewo, a w dzieciństwie miał nią wykonywać jakieś niezwykłe ruchy. Chory ten 1-go stycznia 1896 podległ porażeniu pierwszymu omdleniu po oddaniu stolca. Omdlenia w dalszym ciągu występowały bądź po stole, bądź po zmęczeniu skutku chodzenia. Badanie wykryło stałe zwolnienie tętna (60); 29 lipca stwierdzono znaczne osłabienie tętna, w chwili zmiany pozycji leżą-

cej na siedzącą, granice serca były prawidłowe. Zastosowano leżenie i tonica serca, następnie kuracją w Homburgu. Stan się poprawił o tyle, że chory był w stanie odbywać blisko godzinne przechadzki. Od 22 grudnia stan się pogorszył. Podczas omdleń zjawily się drgawki pod postacią skręcenia głowy i gałek ocznych w lewo, źrenice się rozszerzały i nie oddziaływały na światło. Tętno zwalniało przed napadem, wstrzymywało się podczas napadu, po napadzie było 16—18 uderzeń na minutę i zaledwie po kilku godzinach dosięgało 60—70 uderzeń. Od 5 stycznia napady coraz częstsze, wśród których chory zmarł 9 stycznia 1897. W rozpoznawaniu tego przypadku przypisywano pierwiastkowo objawy działania zwrotnemu z kiszek, następnie przypuszczano myocarditis, w końcu należało przyjąć organiczne cierpienie ośrodków n. vagi.

Oględziny powierzchowne na sekeyi wykazały brak prawie zupełny *prawej* półkuli mózdzku, która, zredukowana do wielkości orzechka laskowego i mając wygląd jak w mózdzku 4-ro miesięcznego płodu, przylegała do culmen robaka. Pia niezmieniona pokrywa defekt bocznej ścianki 4-tej komórki. Odnogi w mózdzku przednie i tylne z *prawej* strony szczuplejsze, tractus cerebello spinalis centralis jako cienki pęczek biały. Striae acusticae niewyraźne. Na zewnętrznej powierzchni oblongatae brak z *lewej* strony oliwy. Most Varola w *prawej* połowie szczuplejszy. Wzgórki czworacze nie przedstawiają różnicy. Corp. geniculat. laterale po stronie *prawej* mniejsze. Corp. genicul. medial, lemniscus, oculomotor., trochlear., optici normalne. Toż samo odnosi się do nerwów oblongatae i acusticus-facialis.

Lewa odnoga mózgu cieńsza od *prawej*. Po *prawej* stronie prócz mózdzku brak plexus chorioideus later. i medial.

Na przecięciach po stwardnieniu w formolu widać:

a) Na przekroju przez oliwy: lewa półkula mózdzku normalna. W oblongata lewa oliwa rudymmentarna toż samo przy oliwa med. i dorsal. Prawe corp. restiforme o połowę szczuplejsze od lewego. Jądra hypoglossi, warstwa lemnisei i pyramid po obu stronach równe. Jądro n. vagi po *prawej* stronie przezroczystsze, jaśniejsze, mikroskop wykazuje brak w niem siatki włókien myelinowych, również szczuplejszem jest jądro zstępujące acustici i myelinowe włókna, które mu towarzyszą, a szczególnie pęczki mózdkowych dróg słuchowych. Odpowiada to tractus centralis sensor. cerebelli. Okazuje się, że droga ta kończy się w jądrach, z których wychodzą czuciowe nerwy mózgowce.

b) Na przekroju, odpowiadającym tylnej części mostu, wykrywa się po *prawej* stronie szczupłość nuclei fastigii i nucl. globosi, brak z tejże strony corp. dentati; nie widać z *prawej* strony odnogi do mostu, a facialis i acusticus zlewają się z *prawej* strony z nucl. acustic, central, w jedną masę. Funicul. centralis tegmenti Bechterewa z *lewej* strony zanikły w związku z zanikiem oliwy.

c) Na przekroju w $\frac{1}{3}$ przedniej mostu, który to przekrój odpowiada miejscu wdrażania *prawego* corp. restif. w resztkę mózdzku i gdzie z tej resztki wychodzą szczuple włókna do mostu wszystkie jądra vermicis i półkul widoczne. Wszystkie również jądra w teg-

mentum mostu z obu stron jednakie. W podstawie mostu brak z prawej półkuli mózdzku i brak nucl. postis po lewej stronie. Jądra zatem mostu znajdują się pod wpływem włókien skrzyżowanych, wychodzących z półkul mózdzku.

d) Na przekroju odpowiadającym isthmus tylnego mózgu widać znaczną szczupłość prawej przedniej odnogi mózdzku (prawa 2 ctm. szeroka i 4 ctm. długa, lewa 5 ctm. szeroka i 13 ctm. długa); pęczek na bok idący — tractus cerebello-spinalis, ventralis ma przebieg prawidłowy. Zanik przedniej odnogi mózdzku widoczny, szczególnie w miejscu skrzyżowania i powyżej w okolicy przednich wzgórków czworaczych. Tu widać, że podstawy odnóg mózgowych po stronie prawej lepiej rozwinięte. Nuclei pontis, nie będące w związku bezpośrednio z pęczkami mózdzkowymi, zanikłe. Musi to na rozwój przewodników działać hamująco.

Zanik w podstawie odnóg mózgu dotyczy środkowego pęczka. Na przekroju thalamus i po obu stronach corp. mamillaria widać różnicę w średniej części podstawy odnóg. Cały lewy thalamus nieco zdeformowany, co zależy od zaniku nucleii tegmenti, do którego dochodzi zanikła prawa przednia odnoga mózdzku.

Bardzo ważne zmiany znaleziono w górnej części rdzenia szyjowego. Naczynia włosowate szarej subst. dokoła kanału środkowego krwią przepelnione. W bocznej szarej subst. rogów przednich niema tego przekrwienia, lecz na wszystkich przekrojach skrzyżowania piramid w tylnym rogu jednej strony rozszerzone naczynia — varix, między podstawą tylnego rogu a subst. galatinosa Rolandi. Varix długości i grubości konopnego ziarna boczna swą sześcienną ścianą wykuł się w odcinek dorso-medialis bocznego pęczka, gdzie nastąpiło świeże wynaczynienie, dotykające górnych korzeni n. accessorii.

Drobnowidzowe badanie wykazało normalną budowę zanikłej półkuli mózdzku, czem się przypadek ten różni od innych, w których znajdowano sklerozę, jako zejście płodowych lub dzieciennych chorób mózdzku. W danym przypadku ma miejsce wada rozwoju.

Wnioski kliniczne i anatomiczne są następujące: Brak półkuli mózdzku, skoro był czas dostatecznie długi do przystosowania, może nie dawać objawów. Brak objawów polega na wyrównaniu czynnościowym przez pozostałe narządy i przewodniki, mające toż samo przeznaczenie, a jak tu, przez drugą półkulę.

Zkąd powstały objawy powstrzymania czynności serca? Wiadomo z doświadczeń Heidenhaina na zwierzętach, że powściągające serece włókna vagi pochodzą z przednich korzeni accessorii. Dno 4-tej komórki i boczna jej ściana znajdowały się w warunkach zmienionych ciśnienia, nie będąc prawidłowo ograniczona i zamknięta. Lecz zmienione warunki ciśnienia w oblongata dotyczyły całego vagus i accessorius nie zaś wyłącznie nerwów powściągających. Wycięcie półkuli mózdzku, niszczące sieć włókien jądra vagi, nie daje objawów ze strony n. vagi. Przekrwienie szarej subst. dokoła kanału ośrodkowego spotyka się w syringomyelii również bez objawów ze strony vagi, zatem tylko varix na przebiegu górnych korzeni accessorii był przyczyną izolowanego drażnienia przyrzędu powściągającego ruchy serca.

Nie spostrzegano dotychczas takiego mechanizmu powstrzymania ruchów serca u człowieka, widziano tylko przyspieszenie pulsu po obustronnem zniszczeniu n. accessorii. Spostrzeżenie przytoczone służy za dowód, że i u człowieka powściągające ruchy serca włókna vagi pochodzą z accessorius.

Z punktu widzenia anatomicznego znalezione zmiany potwierdzają wiadomości nasze o budowie mózdzku i jego stosunkach. Nowym jest tylko zanik sieci włókien w jądrach n. czuciowych.

Rzeczniowski.

122. Hirschhoff. **O ośrodkach odżywczych w mózgu, oraz o przebiegu włókien odżywczych, bólowych i innych, bliżej nieokreślonych w mózgu.**
(Arch. f. Psych. v. Nervenkr. B. 29. H. 3.)

Badania i wnioski, dotyczące przebiegu włókien odżywczych i czuciowych, robi autor na zasadzie dwóch przypadków, które w krótkości przedstawiają się jak następuje. 30-letni chory, z porażeniem połowicznym prawostronnem, doczekał się po paru latach znacznego zaniku mięśni strony porażonej; u tego chorego wystąpiły nagle bóle bardzo silne w bezwładnej połowie, z wyjątkiem dolnej kończyny od kolana do dołu. Po trzech dniach bóle te znikły zupełnie. Potem wystąpiły obrzęki porażonej połowy ciała. Na seceji znaleziono bardzo rozległe ognisko zwyrodnienia w lewej półkuli. Drugi przypadek dotyczy chorego 38-letniego z prawostronnem porażeniem, trwającym od dzieciństwa; był on epileptykiem i dementem. Mięśnie strony porażonej zanikły pod koniec życia. Na seceji znaleziono zmniejszenie lewej półkuli mózgowej we wszystkich wymiarach, oraz torbiel na wysokości lewej bruzdy Sylwiusza, rozchodząca się od podstawy zawoju centralnego na wysepkę i górny zawój skroniowy.

W pierwszym przypadku rozciągłość bolesności odpowiada w zupełności rozciągłości zaników mięśniowych, czyli zajmuje całą połowę ciała prócz dolnej kończyny od kolana do stopy. Ta równoległość tych dwóch objawów naprowadza na myśl, że włókna przeprowadzające czucie bólowe oraz włókna odżywcze, muszą przebiegać w mózgu w bliskim sąsiedztwie. Włókna bólowe muszą być samoistne, niezależne od innych czuciowych i muszą mieć swój własny określony przebieg, ponieważ mogą one być dotknięte sprawą chorobową przy normalnym stanie innych czuć, jak to miało miejsce w pierwszym przypadku. Włókna odżywcze, jako ośrodkowe, muszą mieć przebieg mniej więcej w kierunku dróg piramidalnych; w mózgu jednak nie leżą one, widocznie, blisko dróg ruchowych, ponieważ w porażeniach ruchowych mózgowych zaburzenia odżywcze nie są zjawiskiem powszednim. W pierwszym przypadku znaleziono w rdzeniu w przednim rogu na całym przebiegu zanik komórek piramidalnych po stronie porażonej, wyjąwszy część lędźwiową, odpowiadającą niezanimkłym mięśniom dolnej kończyny.

Rozpatrzywszy część odnośnego piśmiennictwa, autor przychodzi do następujących wniosków: Włókna bólowe, istniejące niewątpliwie,

przechodzą prawdopodobnie przez boczną pętlę (lemniscus) i most przez regio subthalamica łącznie z innymi włóknami czuciowymi; potem rozdzielają się od nich w okolicy zewnętrznego jądra thalami i dochodzą do przedniego węzła (nucleus caudatus et putamen), czy też koło niego do kory mózgowej. Nerwobóle pochodzenia mózgowego rozprzestrzeniają się na odcinki kończyn, ograniczone przez większe stawy. Włókna odżywcze, idące odśrodkowo, w przebiegu swym w mózgu nie przylegają do dróg piramidalnych. Biorą one początek z przedniego węzła (ciałko prążkowane), lub z kory w okolicy psycho-motoryjnej. Włókna te biegną przez torebkę wewnętrzną pod nazwą pęczka czołowego, przez ciało soczewkowate do regio subthalamica, dalej przez średnią część crura cerebri i przez most w pobliżu piramid. Włókna bólowe i odżywcze leżą, zdaje się, bardzo blisko siebie w odcinku pomiędzy mostem i przednim węzłem. Przy dłużej trwającym zajęciu chorobowym ciała prążkowanego, przednie rogi rdzenia zastępują je częściowo w czynnościach odżywczych, chociaż nie jest bliżej wiadomem, jak się to dzieje. Zaniki mięśniowe pochodzenia mózgowego mają rozciągłość ograniczoną również wielkimi stawami. Cierpienia włókien odżywczych wywołują, prawdopodobnie, tylko zaniki, zależne od czynności; naruszenie ośrodków sprowadza zwyrodnienie mięśni. Dolna kończyna jest unerwiona, prawdopodobnie, przez włókna odżywcze, które przechodzą przez tylną część putaminis; górna i twarz — przez przednią. W rdzeniu włókna odżywcze przechodzą, prawdopodobnie, przez pośrednią część bocznych piramid.

W. Miklaszewski.

123. Campos. Uwagi z powodu objawu, opisanego niedawno w obwodowym porażeniu nerwu twarzowego. (Le Progrès Medical № 7. 1898).

W 23-cim zeszycie *Kron. Lek.* 1897 r. podałem sprawozdanie z pracy Bordier i Frenkla, którzy zauważyli, że przy obwodowym porażeniu nerwu twarzowego, w postaciach cięższych przy zamykaniu oczu, gałka oczna zwraca się ku górze i nazewnątrz; podług mniemania autorów ma ten objaw zależeć od wyładowania energii nerwowej w kierunku mięśnia skośnego dolnego, ponieważ mięśnie okrężne oka są porażone.

Bonnier (Gaz. hebdom.) spotyka jeszcze częściej ten objaw, lecz uważa go za wyraz bezładu ruchowego. W czasie snu oczy zamknięte zwracają się w górę i na zewnątrz i to jest zjawisko normalne; przy porażeniu nerwu twarzowego, normalne to zjawisko występuje również, lecz z większą siłą, ponieważ chory musi użyć pewnego wysiłku, aby zamknąć oczy, — i tem jest wyraźniejsze, im porażenie jest znaczniejsze.

Bonnier przypuszcza, że oko zwraca się ku górze i dopiero później przybiera kierunek na zewnątrz. Nie jest to jednak słuszne; w ruchu gałki ocznej do góry i na zewnątrz, bierze udział podług wszelkiego prawdopodobieństwa przedewszystkiem mięsień skośny

dolny, którego jądro podług wskazówek Mendla, leży najbliżej jądra nerwu twarzewego koło aquaeductus Sylvii, co daje możność wyładowania się na nie pobudzenia, które nie może działać w kierunku nerwu twarzewego. Bonnier nie zgadza się na ten pogląd i stawia zbaczanie ruchu gałki ocznej w zależności od stanu skurczowego (spazmu) mięśni, który jest jakoby spowodowany przez podrażnienie kanałów półkolistych i środkowego ucha. Ten pogląd jest całkiem nieuzasadniony.

W. Miklaszewski.

III. Choroby dzieci.

124. W. Soltau Fenwick. **Nadmierna kwaśność żołądka, występująca okresowo u dzieci z objawami zbliżonymi do migreny** *). (The Lancet 8 stycznia r. 1898).

Przypadki z objawami, zaznaczonymi w nagłówku, spostrzegali: Rossbach, Rosenthal, Lépine i in. Autor na 3000 przypadków zaburzeń żołądka u dzieci napotkał rzedzone objawy tylko u 5-ciorga, sądził przeto, że cierpienie to w Anglii jest rzadsze, niż na lądzie stałym i w Ameryce. Zdarza się między 4 a 10-tym rokiem życia. Napady występuje odrazu wśród zupełnego i niezakłóconego zdrowia po śniadaniu lub po obiedzie, rozpoczynając się zwykle od bólu głowy, który zwiększa się przy każdej próbie wstania, podnoszenia głowy przy kaszlu. Po 1 — 2 godzinach pojawia się ból in epigastrio i pod mostkiem, wzdęcie gazami żołądka i kiszec, zgaga, zwracanie i t. d. Wybitny objaw stanowi silne pragnienie. Gdy napad pojawi się rano, ilość kwasu solnego nie przewyższa 0,38%, po obiedzie cyfra dochodzi do 0,45—0,52, po wypróżnieniu żołądka ejecta tracą stopniowo kwaśność, mogą nawet stać się alkalicznymi.

Rozpoznanie wahać się może między migreną i nieżytem żołądka, wszelako pierwszej towarzyszą objawy ze strony oczu; (i sama ona zdarza się przeważnie, w późniejszych latach), przy drugim zaś ból głowy, a także in epigastrio nie bywa tak silny albo wcale nie występuje; nadto ani przy migrenie, ani przy nieżycie żołądka ejecta nie zawierają wolnego kwasu solnego.

Leczenie: unikać, o ile można, wszystkiego, co wywołuje napad, więc zmęczenia fizycznego i umysłowego, jadać w regularnych odstępach czasu, wykluczyć z diety pożywienie obfitujące w tłuszcz i cukier, dbać o prawidłowe wypróżnienia. Leżenie w łóżku w przyćmionym pokoju, picie (w początkach ciepłej wody), po której następuje zwykle ulga (co ważne jest i pod względem rozpoznawczym). Nieraz w początkach dawka antypyryny albo fenacetyny. W wielu razach środek wymiotny (wino emetykowe i siarczan cynku) uspokaja ból

*) Wykład w London Temperance Hospital.

głowy. Po wymiotach można uciec się jeszcze do wypróżnienia żołądka, podając ciepłą wodę z małą ilością dwuwęglanu sodu i drażniącą tylną ścianę gardzieli. Autor nie radzi przemywać żołądka, natomiast w niektórych razach zaleca enemę z chlorału albo bromku potasu.

B. Polikier.

125. J. O'D w y e r. **Wrodzone zwiężenie krtani.** (Congenital stenosis of the larynx. Archives of Pediatrics. Jan. 1898).

Wrodzone zniekształcenia lub defekty krtani, zdaniem powag lekarskich (jak Mackenzie), są niezmiernie rzadkie. Autor przypuszcza, że przypadki tego rodzaju nie są może tak rzadkie, ale że nie zostają rozpoznane, gdyż osobniki dotknięte tem cierpieniem, nie zostają przy życiu. Sam autor spostrzegł jeden taki przypadek u 5-cio tygodniowego dziecka, do którego został wezwany przez d-ra Hochheimera w celu zastosowania ewentualnie intubacji. Dziecko, pozornie zdrowe, jedyny objaw stanowiła duszność, od czasu do czasu wzmagająca się i dochodząca do suffokacji. Głos niezmienny. Palec, wprowadzony przez usta, napotykał na miejscu krtani okrągłą masę, ale nie wyczuwał otworu. Dalsze badanie wykazało, że istniał otwór bezpośrednio za nagłośnią, nieprawidłowość zaś polegała na zroście obu fałdek nalewkowych (więzów nagłośnio-nalewkowych? ref.) zamykającym wejście do krtani. O wprowadzeniu rurki intubacyjnej nie mogło być mowy. Autor zaczął rozszerzać otwór cienkimi cewnikami, dopóki nie udało się wyczuć otworu za pomocą palca, i przez ucisk jednoczesny z zewnątrz drugim palcem rozerwać zrosty.

Dziecko wyzdrowiało po 4-ch posiedzeniach. Autor dodaje, że dziecko to badał poprzednio laryngolog, który nie mógł wykryć miejsca zwiężonego w obec ogromnej trudności, jaką przedstawia laryngoskopowanie niemowląt. Zresztą jedyną korzyść, jaką daje badanie wzornikiem małych dzieci, jest oznaczenie stanu albo położenia strun głosowych, przeszkody bowiem powyżej rimae glottidis mogą być wykryte przy pewnej wprawie palcem w ciągu kilku sekund.

B. Polikier.

126. V. R a n k e (z Monachium). **O przekłuciu łądźwiowem w przypadkach wodogłowa.** (Według odczytu na XII międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie). (Therapeut. Wochenschr. № 39).

Ranke zgadza się z Quinke'm i z innymi, że przekłucie łądźwiowe jest nieszkodliwym zabiegiem chirurgicznym, o ile wykonywa się z zachowaniem aseptyki pomiędzy 3 i 4 kręgiem łądźwiowym.

Pod względem leczniczym, wobec zapalenia gruźliczego błon mózgowych u dzieci, na podstawie własnych i obcych spostrzeżeń, odmawia przekłuciu łądźwiowemu, resp. obniżeniu ciśnienia w rdze-

niu, tego wielkiego znaczenia, jakie mu chciano przypisać na podstawie rozumowań teoretycznych. Bywają wprawdzie przypadki chwilowego polepszenia ogólnego stanu chorych dzieci bezpośrednio po przekłuciu i, zdaje się, najczęściej we wczesnym okresie gruźliczego zajęcia błon mózgowych, lecz owe chwilowe polepszenia często zdarzają się samoistnie, t. j. bez przekłucia. W każdym bądź razie, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zabieg ten stosować trzeba, choćby dla czasowego ulżenia choremu, zwłaszcza w razie wzmagania się groźnych objawów mózgowych. Lecz i przy wodogłowie przewlekłym z powodu guzów mózgowia acz nieliczne przypadki polepszenia stanu zdrowia upoważniają do stosowania tegoż zabiegu. Gdy i po przekłuciu łądźwiowem nie ustają objawy mózgowie i zagrożone jest życie chorego, wtedy, zdaniem Falkenheina (z Królewca), winno uciekać się do dodatkowego zmiejszenia ciśnienia w samym mózgu przez zwykłe przekłucie jego komór. Ostatecznie jednak, według ogólnego zdania, przekłucie łądźwiowe przed zejściem niepomysłnym nie broni.

Dla celów rozpoznawczych przekłucie łądźwiowe w gruźliczem zapaleniu błon mózgowych niema również, zdaniem Ranke'go, wielkiej wartości, po pierwsze, dlatego, że każdy doświadczony pediatra najczęściej na podstawie samego obrazu klinicznego i przebiegu choroby postawi rozpoznanie dobre, bez uciekania się do przekłucia; powtóre, że możolne i wymagające wielkiej wprawy i cierpliwości badanie bakteryologiczne cieczy, wydobytej przez przekłucie, tylko z ujawnieniem laseczników może rozpoznanie potwierdzić, gdy tymczasem tak częsty ujemny wynik badania nie wyklucza jeszcze gruźliczej natury cierpienia błon mózgowych. Co do fizycznych własności cieczy, to podług Ranke'go, ta ostatnia jest przezroczystą, bezbarwną, niekiedy ze słabym żółtawym lub zielonkawym odcieniem, czasami zawiera delikatne kłaczkę. Ilość cieczy, wypuszczonej w przypadkach Ranke'go, dochodziła przeciętnie od 20—30 ctm.³; ciśnienie, pod którym ciecz wypływała, w tychże przypadkach prawie zawsze było wysokie: od 160 do 300, a nawet 500 mm. wody (mierzone Hgo—manometrem). Luigi Concetti (z Rzymu) podaje następujące wyniki bakteryologicznego i chemicznego badania cieczy, wypuszczonej przez przekłucie przy wodogłowie: ciecz słabo alkaliczna, ciężar właściwy 1005—1010, jałowa, nie wywiera wpływu toksycznego na zwierzęta. Ilość białka nie przewyższa zwykle 0,25⁰/₁₀₀; ilość soli obfita. Na podstawie tego badania, Concetti twierdzi, że ciecz, mając taki sam prawie skład chemiczny, jak i fizyologiczny płyn rdzenio-mózgowy, nie jest ani wysiękiem, ani przesiękiem, lecz musi być pojmowaną, jako takż fizyologiczny płyn wydzielniczy.

Więszą nieco wartość przekłucie łądźwiowe posiada w celu odróżnienia gruźliczej natury zapalenia błon mózgowych od sprawy mózgowo-rdzeniowej nagminnej (meningitis cerebrosppinalis epidemica). Przy tej ostatniej, podług dotychczasowych spostrzeżeń, w świeżych przypadkach, ciecz mózgowo-rdzeniowa jest mętna lub co najmniej nie tak przezroczystą, jaka bywa zwykle przy gruźliczej postaci meningitu, a przy drobnowidzowem badaniu znajduje się w niej duża ilość

białych ciałek krwi. Lecz w przewlekłych lub długotrwałych przypadkach cierpienia, w mowie będącego, ciecz bywa często także przezroczystą.

Gdy przy istniejących objawach mózgowych przekłucie łądźwiowe nie wykazuje żadnej cieczy, co jednak zdarza się rzadko, przemawia to, zdaniem Ranke'go, za gruźliczą naturą zapalenia z wyśiękiem tylko wytwórczym.

Ostateczne wnioski, do których autor dochodzi, są następujące:

1. Przekłucie łądźwiowe, według Quinke'go, dostarcza w meningitis basilaris tuberculosa w razach wyjątkowych tylko wskazówek rozpoznawczych i nie może zastąpić rozpoznania klinicznego.

2. Pod względem leczniczym w meningitis tuberculosa przekłucie łądźwiowe jest bez wartości.

3. W ostrych przypadkach mening. cerebrospin. epidemicae badanie cieczy, wydobytej drogą przekłucia łądźwiowego, służy tylko do potwierdzenia rozpoznania.

4. W istniejących dłużej, niż tydzień, przypadkach mening. cerebrosp. epidemicae, wynik badania cieczy mózgowo-rdzeniowej jest zwykle ujemny.

5. Pod względem leczniczym powtarzane wielokrotnie przekłucie łądźwiowe w ostrym okresie mening. cerebrospin. epid. nie jest, zdaje się, bez dodatniego wpływu na przebieg cierpienia i może zmniejszyć odsetki śmiertelności.

6. Przekłucie ciemiączek, z zastrzyknięciem lub bez takowego przetworów jodowych, okazało się dotychczas w wodogłowie przetworem bezskutecznym.

St. Stanisławski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

127. **Wyciąg wodny z laseczników gruźliczych.** Prof. E. Maragliano w doniesieniu swem Towarzystwu Biologicznemu w Paryżu, na posiedzeniu z d. 23 stycznia r. b., opisuje własny nowy preparat toksyny gruźliczej. Jest to wyciąg wodny z laseczników, posiadający wszystkie własności wyciągu glicerynowego lub dawnej tuberkuliny Kocha. Autor podaje następujący przepis dla otrzymania tego przetworu. Ja dowiła hodowlę laseczników na buljonie z gliceryną i peptonem, należy, po starannem odsączeniu gliceryny, rozrzedzić wodą przekroploną, dodaną w takiej ilości, ile poprzednio otrzymano przesącza z hodowli; poczem pozostawia się ciecz z lasecznikami w kąpielu wodnej przy ciepłocie 95° — 100° C., dolewając wody wmiarę parowania. Po dwóch dobach ciecz, wyparowaną do jednej dziesiątej objętości pierwotnej, należy przesączyć; przesącz ma barwę brunatną, odczyn zasadowy. Płyn ten, nazwany przez Maragliano *tuberkuliną wodną*, posiada te same własności biologiczne, co tuberkulina Kocha; zastrzyknięty świnkom morskim zdrowym lub gruźliczym, podnosi cie-

plotę ich o 2 do 3 stopnie Cels.; jeżeli dawka jest śmiertelna, ciepło ta spada poniżej zwykłej. Dawka śmiertelna dla zdrowej świnki morskiej wynosi 1 ctm. sześcienny na 100 grm. wagi, dla świnki grzliczej wystarcza 0,1 — 0,2 %, przyczem śmierć następuje w ciągu 48 godzin; dla królika potrzeba 0,5 przy wstrzyknięciu śródżylnem. Tuberkulina wodna nie posiada działania drażniącego, nie daje żadnego zgoła miejscowego odczynu zapalnego w okolicy zastrzyknięcia, trujące działanie zależy wyłącznie od toksyn, pochodzących z protoplazmy laseczników; w osadzie bowiem, pozostającym na sączku po przesączeniu płynu dwudobowego, badanie drobnowidzowe prawie nigdy nie wykrywa laseczników, lecz zazwyczaj tylko ich szczątki.

Z tuberkuliny wodnej przez strącanie wyskokiem (podług sposobu Kocha) można otrzymać osad, a z tego znowu przez osuszanie wyciąg suchy o działaniu zabójczem znacznie silniejszym (dla świnki morskiej 1 na 25000; dla królika 1 na 33000 przy zastrzyknięciu śródżylnem). Preparat swój uważa Maragliano za najlepszy do doświadczeń na zwierzętach, zwłaszcza do sprawdzania działania surowic. Próby z surowicą leczniczą przeciwgrzliczą, wynalazku Maragliano wypadły pomyślnie: surowica zobojętnia zupełnie działanie zarówno tuberkuliny wodnej, jak i jej spadu i wyciągu suchego:

(La Riforma Medica 98 № 27).

Sinolecki.

128. **Surowicę Renzi'ego** przeciw zapaleniu płuc stosował Maragliano w 5 przypadkach tej choroby, jak oznajmił na posiedzeniu Akad. lekars. w Genui z d. 7 b. m., z dobrym skutkiem. Surowica nie przerywa choroby, lecz znacznie skróca jej przebieg, przyspieszając spadek ciepłoty i wpływając dodatnio na stan ogólny chorego.

(La Riforma Medica 98 № 37).

Sin.

129. **Kryofin.** Jest to produkt kondensacyi perafenetidyny i kwasu metylglikolowego, przedstawia się on pod postacią bezbarwnych, iglastych kryształów, które rozpuszczają się w 600 częściach zimnej i w 52 gorącej wody. Punkt topienia 99° C. Zgodnie z badaniami H. Eichhorsta, E. Schreiberera i Beslera, posiada kryofina wyraźne własności przeciwgorączkowe i kojące. Działanie tego nowego leku sprawdzone zostało na szeregu chorych z durem brzuszny, zapaleniem płuc i opłucny, różą, grzliczą płuc i t. d. Dla obniżenia ciepłoty wystarcza dawka 0,5. Spadkowi ciepłoty towarzyszą niekiedy poty, niekiedy występuje nawet sinica. Jako środek przeciwnewralgiczny, nie ustępuje on antypyrynie lub fenacetynie.

H. K.

130. **Orexinum tannicum.** Preparat ten przedstawia się pod postacią żółto-białego proszku, bez smaku i zapachu, nie rozpuszczającego się w wodzie, preparat ten rozpuszcza się natomiast łatwo w rozcieńczonych kwasach, szczególnie w solnym. Używane dotąd sole oreksyny miały smak ostry i pozostawiały w ustach przykre uczucie palenia, orexinum tannicum ujemnych tych własności zupełnie nie posiada, F. Steiner (Wien. Med. Bl. 1897) stosując ten preparat otrzymał bardzo dodatnie wyniki, szczególnie zaś w okresach zdrowienia po chorobach zakaźnych, w błędnic i bezkrwistości, w neurastenii, w stanach atonicznych żołądka, w początkowych okresach

gruźlicy u dzieci, w żołzach i t. d. Mniejszy efekt otrzymuje się u gorączkujących suchotników z daleko posuniętą już sprawą w płucach i u dzieci, cierpiących na nawykowe zaparcie stolca. Dzieciom daje się od 0,25 — 0,5 na raz, na dwie godziny przed jedzeniem, dorosłym po 1,0.

H. K.

131. Dr. M. Neisser, asystent Instytutu higienicznego w Wrocławiu wykrył nowy sposób rozróżniania prawdziwych laseczników błonicowych od wrzekomych. Metoda Neissera polega na tem, że w pewnych określonych warunkach sporogenne ziarenka, opisane przez Babes'a, Ernest'a i innych, zachowują się zupełnie odmiennie w lasecznikach błonicowych prawdziwych i wrzekomych. Jeżeli hodowle otrzymane przy 35° po 10—20 godz. na surowicy ze krwi Löflerowskiej rozpostrzemy na szkle pokrywkowym i poddamy taki preparat zmodyfikowanemu Ernestowskiemu zabarwieniu, t. j. najprzód barwić przez 1—3 sekundy octowym roztworem sinku metylu, opłukać wodą, poczem przez 3—5 sekund barwić wodnym roztworem Bismarkbraun, wtedy owe ziarenka biegunowe jedynie w prawdziwych lasecznikach Löflera wystąpią, w pseudodyfterytycznych brak ich zawsze.

(Zeit. f. Hyg. u. Infectkrh.).

H. K.

132. Dr. Sage (Bordeaux) podaje przypadek porodu w 13^{1/2} roku życia u dziewczyny, która w miesiąc po pierwszej miesiączce została zapłodniona. Dziecko urodziło się w czasie właściwym i odznaczało się bardzo dobrym rozwojem cielesnym: waga 3,7 kilogr., długość ciała 53 cm., wymiary główki i tułowia prawidłowe. Ma to być jedyny wiarogodny przypadek tak wczesnego zapłodnienia i porodu u francuzek. Przytaczają różni autorzy szereg przypadków, gdzie zapłodnienie miało nastąpić jeszcze we wcześniejszych okresach życia i gdzie zwykle bywał poród przedwczesny lub poronienie: np. podczas rewolucyi miało to mieć miejsce z paroma dziewczynami jedenastoletniemi; jednak te przypadki nie są należycie zbadane. Zestawiając statystykę francuską z innemi, spotykamy w piśmiennictwie niemieckiem 1 przypadek poronienia w 9-tym roku życia (płód 12—14 tygodni); porodu w 13 r. ż. (płód 7 miesięcy), 2 przypadki porodu na czas w 10 r. ż., przypadek zapłodnienia u dziewczynki liczącej 8 lat i 3 mies., która poroniła w 7-ym miesiącu; w Szwecyi przypadek porodu w 13 r. ż.; w Szwajcaryi przypadek porodu w 9 r. ż., w Polsce w 11 r. ż., w Anglii: 1 przypadek w 9 r. ż., 2 w 12 r. ż., 6 w 13 r. ż. i 3 w 14 r. ż., w Ameryce przypadki te są o wiele liczniejsze, mianowicie: 3 w 10 r. ż., 4 w 11 r. ż., 6 w 12 r. ż., 4 w 13 r. ż. i 2 w 14 r. ż. W krajach podzwrotnikowych, gdzie rozwój dziewczyn następuje znacznie wcześniej, przypadki wczesnego zapłodnienia i porodu nie należą do rzadkości, lecz brak w tej mierze ścisłych danych statystycznych.

(La Sém. med. № 8. 1898).

W. Mikluszewski.

133. Prof. Englisch ze statystyki porażen ruchowych, występujących po błonicy, wyciąga wniosek, że mimowolne moczenie wskutek błoniczego porażenia mięśni pęcherza daje się spostrzegać nader rzadko w rzędzie odnośnych porażen. Cechą, wspólną wszystkim po-

rażeniom jest ta okoliczność, że takowe, ustępując, nie zostawiają po sobie żadnych zmian trwałych. Na szczególną tedy uwagę zasługuje przypadek, opisany przez autora: dotyczył on mężczyzny 25-letniego, u którego w następstwie błonicy miało miejsce długotrwałe porażenie pęcherza przy nieznacznem, szybko przemijającym porażeniu innych mięśni, lub też zupełnym braku tychże porażeń. W przypadku tym obraz kliniczny tworzyła pierwotnie enuresis nocturna, która z czasem rozwinęła się w typową postać mimowolnego moczenia. Wobec tego Englisch przypuszcza, że między enuresis i porażeniami błoniczemi istnieje związek przyczynowy, osobliwie w tych przypadkach, gdzie enuresis występuje w późniejszym wieku bez uprzedniego pojawiania się w wieku dziecięcym. Przypuszczenie potwierdza znajdowane zwykle w tych przypadkach przewlekłe wypełnienie pęcherza. Co się tyczy leczenia, to Englisch zaleca częstą kateteryzację, po której obserwował przypadki wyzdrowienia.

(Wiener Med. Presse № 9. 1898).

W. H.

IV. KASA POGRZĘBOWA.

Szanowna Redakcjo!

W № 4 *Kroniki lekarskiej* podnieśliście myśl urządzenia Kasy Zaliczkowo-wkładowej dla lekarzy. Myślę, żeście trafili w samo serce jeśli nie wszystkich, to większości lekarzy naszych, którym troska o rodzinę i jej przyszłość zbyt często dokuca. Uważam tylko za niesłuszne wykluczenie z kasy, a raczej stawianie pewnych trudności (3 z jednej miejscowości) kolegom zamieszkałym na prowincyi, gdyż im właśnie najbardziej może należą się ułatwienia w zapisywaniu się do wszelkich kółek samopomocy. Nie mam zresztą na celu w tej chwili krytyki projektu Waszego, któremu najzupełniej sprzyjam, iecz ponieważ już dawniej obchodziła mnie kwestya, którą obecnie poruszyliście; i zbierałem sprawozdania o działalności już istniejących kas lekarskich i innych w Rosyi — uwagę moją zwróciła kasa istniejąca przy Zarządzie kolei Warszawsko-Petersburskiej od r. 1891 — rozwijająca się nader pomyślnie ku wielkiemu zadowoleniu swych uczestników. Kasa owa nosi nazwę oficjalną: Towarzystwo wzajemnej pomocy na wypadek śmierci urzędników kolei Warsz.-Petersburskiej. Proszę nie identyfikować jej z kasą rządową Zaliczkowo-wkładową przy zarządzie tej kolei, do której należenie jest obowiązującym dla wszystkich urzędników.

Kasa podobnego typu, o jakim chcę mówić, funkcjonuje też w Wilnie w kółku nauczycieli gimnazyów i innych zakładów naukowych, a słyszałem też o paru kasach podobnych w Petersburgu *).

*) Jak donosiliśmy w roku zeszłym (p. *Kron. Lek.* str. 1122) podobna kasa dla lekarzy, weterynarzy, farmaceutów istnieje w gub. Witeb-

sa tego typu nie wyklucza zupełnie istnienia kasy zaliczkowo-wkładowej, lecz jest dopełnieniem jej, jak to ma miejsce na kol. petersburskiej, gdzie funkcjonują obie jednocześnie. Skoro zaś powstała myśl samopomocy wśród grona lekarzy, może zechcecie Szanowny Panie Redaktorze, podać do wiadomości kolegów streszczenie ustawy kasy czyli Towarzystwa, by, gdy powstanie dyskusya nad projektem kas, mogli też wyrazić opinię swą i o Towarzystwie przemennie omawianem.

Cel Towarzystwa — udzielać zapomogi jednorazowej rodzinie zmarłego członka Towarzystwa — o ile można najspieszniej i z pominięciem wszelkich formalności postępowania spadkowego. Każdy członek przy wstąpieniu do Towarzystwa — składa deklarację z podpisem swym, poświadczonym przez władzę (rejenta), komu ma być wydana zapomoga po jego śmierci. Wiek członków jest objęty granicami 20 — 55 lat. Członek przy przyjęciu podlega badaniu lekarskiemu. Towarzystwo dzieli się na 6 grup różniących się wysokością składki **). Taka ilość grup jest niezbędną na kolei, gdzie zarobek, a zatem i możność płatnicza członków, waha się od kilkudziesięciu rubli rocznie do kilku i kilkunastu tysięcy. Kasa podobna lekarska powinna zawierać 2 grupy — 5-cio 10-cio rublową. Grupa zaczyna funkcjonować, gdy ilość uczestników dosięgła 210 członków; gdy uczestników jest więcej — formuje się druga grupa z tą samą wysokością składki. Mąż i żona przy zapisaniu się do Towarzystwa — uważają się za jednego członka i opłacają składkę pojedynczą; w razie śmierci męża, zapomogę odbiera żona i odwrotnie; po śmierci męża i otrzymaniu zapomogi — żona może pozostać nadal członkiem Towarzystwa, a po jej śmierci — sieroty otrzymują znów zapomogę. Obowiązki członków są następujące: gdy który z uczestników grupy (z 210) umiera — wszyscy pozostali członkowie (prócz męża lub żony zgasłego) opłacają składkę stosownie do grupy np. I gr. płaci 30 kop. — IV 10 rs.

Z tego powstaje kapitał, wypełniający lukę w funduszach Towarzystwa po wydaniu zapomogi rodzinie zmarłego. Sprawozdania Towarzystwa kol. Petersburskiej wykazują, że na 210 członków, grupy wypadła przeciętnie 2—4 śmierci rocznie, a zatem każdy z członków Towarzystwa — opłaca 2—4 razy do roku swą składkę, co nie powinno zbyt obciążać rocznego budżetu. Na miejsce zmarłego przyjmuje się zaraz inny członek, a kandydatów jest zawsze bardzo wielu. Tablica poniżej zamieszczona wykazuje, jaka zapomoga wypada w każdej grupie — odpowiednio do ilości opłacanych składek.

skiej. Zasady są też same, ale liczba członków jest zupełnie nieograniczona, ztąd wysokość rocznych wkładów nie może tu przeto być nawet w przybliżeniu obliczoną, którą to wyższość daje ograniczenie liczby członków (210) oparte zapewne na odpowiednich obliczeniach. (Prz. Red.)

**) I-sza grupa — składka 30 kop.; II-ga gr. — 60 kop.; III-cia gr. — 1 rs.; IV-ta gr. — 3 rs.; V-ta gr. — 5 rs.; i VI-ta gr. — 10 rs.

Ilość opłaconych składek	Zapomoga, która przypada po śmierci członka odpowiednio do ilości opłacanych składek i grupy					
	I grupa—30 k. Rubli	II gr.—k. Rubli	III gr.—1 rs. Rubli	IV gr.—3 rs. Rubli	V gr.—5 rs. Rubli	VI gr.—10 rs. Rubli
Od 1 do 10	20	40	66	200	333	666
„ 11 — 20	25	50	83	250	416	833
„ 21 — 30	30	60	99	300	499	999
„ 31 — 40	35	70	116	350	582	1164
„ 41 — 50	40	80	133	400	665	1333
„ 51 — 60	45	90	149	450	748	1499
„ 61 — 70	50	100	166	500	832	1666
„ 71 — 80	55	110	183	550	915	1832
„ 81 — 90	60	120	199	600	998	1999
„ 91 — 100	65	130	216	650	1082	2166
„ 101 — 110	70	140	233	700	1155	2332
„ 111 — 120	75	150	249	750	1249	2499
„ 121 — 130	80	160	266	800	1332	2665
„ 131 — 140	85	170	283	850	1415	2832
„ 141 — 150	90	180	299	900	1499	2999
„ 151 — 160	95	190	316	950	1582	3165
„ 161 — 170	100	200	333	1000	1665	3332

Po opłaceniu 50 składek stowarzyszony może zaprzestać dalszego opłacania składek, nie tracąc prawa pozostania na liście członków, lecz wówczas rodzina otrzymuje tylko zapomogę, przypadającą za 50 opłaconych składek np. I gr. — 40 rs; VI gr. 1333 rs. Po 170 składkach członek zwalnia się od wszelkich opłat i pozostawia rodzinie po śmierci najwyższą zapomogę. Stowarzyszony może żądać wykreślenia go z listy członków — dostaje wówczas z powrotem sumę wszystkich opłaconych przez niego składek, lecz bez procentów. Zarząd Towarzystwa składa się z 6 członków, obieranych przez wszystkich uczestników na 3 lata; co rok 2 osoby z Zarządu ustępują, a 2 na nowo się obiera. Prezesa obierają z pośród siebie członkowie Zarządu.

Kontrola, ogólne zgromadzenia, sprawozdania, określają się ustawą bardzo szczegółowo; gdyby myśl utworzenia takiej kasy dla lekarzy znalazła chętnych i pragnących ustawę tego towarzystwa przystosować do warunków naszych, chętnie służę dalszemi szczegółami. Każdy z Szanownych Kolegów, który uważnie przejrzy tablicę składek i zapomóg — przyzna, że Towarzystwo takie przedstawia po-

ważne korzyści uczestnikom swym, zapomogli są wcale poważne, a co najważniejsze, że spadają na rodzinę w chwilach największego nieszczęścia, a często i kłopotów finansowych — w prawdziwą czarną godzinę, pomyśleć o której powinniśmy zawczasu.

Antoni Krzyczkowski, lekarz.

Warszawa, dnia 11-go marca r. 1898.

V. SPRAWOZDANIE z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Posiedzenie d. 1-go marca 1898.

Przed porządkiem dziennym: 1) **Elzenberg** przedstawił chorego na t. zw. „idiopathische multiple Pigmentsarcome d. Haut Kaposi'ego“. Na zgrubiałej nodze liczne zabarwione guziki wielkości od ziarenka prosa do orzecha włoskiego i podobne na błonach śluzowych, co stanowi osobliwość.

2) **Jaworski** przedstawił chorą z niedorozwojem kanału rodnegu.

3) **Bregman** przedstawił 34-letniego pijaka, który pod wpływem zimna (np. wody) doznaje silnego palenia naprzód w palcach prawej ręki, a potem w dłoni i przedramieniu; palce drętwieją i bieleją, i pierwsze członki ich są w stanie nadmiernego wyprostowania, a 2 i 3-ci lekko zgięte. Trwa to 1—2 godzin. Objawy te są znane pod nazwą asphyxie locale lub phenomenes de Raynaud; tam jednak są dwustronne. B. zauważył, że tętno a. radialis po stronie dotkniętej jest prawie niewyczuwalne, i, nie znajdując żadnej racyi dla zwięzienia światła tego naczynia, przypuszcza wrodzony niedorozwój tej tętnicy, i od niego robi zależnemi podane objawy.

4) **Grużewski** przedstawił 5½ miesięczne dziecko, któremu wyjęto z ropnia, w okolicy 12-go żebra, kłos żyty. Po usunięciu kłosa, pozostała przetoka oraz stępienie w dolnej połowie prawej klatki piersiowej oraz liczne rżenia.

5) **Markusfeld** przedstawił przypadek psorospermiae vegetantis Darier. 24-letnia sługa zaraz po porodzie zapisała się do oddziału M., gdzie znaleziono grudki rogowe wielkości od lębka szpilki do małego groszku, brudno-brunatne, gęsto rozrzucone, nie swędzące.

Na porządku dziennym: 1) **Kozerski**: A) przedstawił preparaty z przypadku psorospermiosis follicularis vegetans Darier. Choroba ta jest wywołana przez kokcydye z klasy sporozoa. Są to twory jednokomórkowe, rozmnażające się w ten sposób, że komórka macierzysta pokrywa się otoczką, a wewnątrz jej rozpada się na spory różnych kształtów. Spory te dostają się do wnętrza komórek i żywią

się ich kosztem. Choroba polega na wysypce, która przedstawia się na grzbietach rąk i stóp w postaci białych guzików — gęstorozrzuconych, nie swędzących i nie łuszczących się. Na innych miejscach skóry, zwłaszcza w fałdach, guziki te są rozmaitej wielkości, dochodzą do $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, są różowe, mają kształt ściętych stożków, a na wierzchołku mają zielonkawy czop masy rogowej, dający się łatwo zerwać. Wykwity rosną bardzo powoli, lecz z biegiem czasu zlewają się w większe wysepki, z których przez liczne otwory wydziela się gęsta cuchnąca ciecz (stadium vegetationis). Badania drobnowidzowe, dokonane przez Darier'a, wykryły znaczne zmiany w skórze i przedewszystkiem wielkie komórki, co do których nie zostało jednak dowiedzione, czy są psorospermiami czy też zmienionymi komórkami skóry.

Chora K. od kilku lat zgłaszała się do szpitala Ś-go Łazarza z powodu przymiotu, który był leczony, oraz z powodu wysypki na różnych miejscach skóry, którą przyjmowano za lichen ruber accumin. lub lichen plan. K. rozpoznał psorospermiosis follicularis ponieważ umiejscowienie i budowa wyprysków odpowiadała w zupełności postaci, opisanej przez Darier'a. Próbował on przeszczepiania czopów na miejsca zdrowe skóry, lecz choroba nie przyjęła się. Kawałki skóry z wypryskami z różnych miejsc zostały wzięte do badania drobnowidzowego. Na zasadzie tego ostatniego K. przychodzi do wniosku, że za poglądem Darier'a, co do psorospermii, przemawia podwójny kontur omawianych komórek oraz obecność ich w komórkach naskórka; przeciwko zaś następujące dane: a) niewiele komórek ma podwójne kontury, wszystkie zaś mają cechy hyalinowo zwyrodniałego naskórka; b) tylko w wykwitach na tułowiu znajdujemy psorospermie, w wykwitach na kończynach nie ma ich; c) występowania wykwitów na symetrycznych miejscach; d) w trzech przypadkach stwierdzono dziedziczność cierpienia; podobnie jak w przypadku K., gdzie początkowe stadya choroby zjawily się u małej córeczki jego chorej.

B) **Kozerski** przedstawił zbiór fotografii stereoskopowych, zdjętych z rozmaitych okazów chorób skórnych. Przy tej sposobności K. mówił o zdjęciach stereoskopowych. Aparat różni się od zwykłego fotograficznego tem, że posiada dwa systemy soczewek w odległości 6,5—7,5 ctm. t. j. na przeciętnej odległości oczu. Cała ciemnia jest podzielona ruchomą przegródką na 2 części, tak że na matówkę padają dwa obrazy. Nastawiamy matówkę tak, by obraz na niej wystąpił jak najwyraźniej. Najtrudniejszym jest naświetlanie kliszy. Dla uniknięcia różnych trudności, zależnych od oświetlenia, najlepiej jest używać światła magnezyowego; określona ilość proszku, umieszczona nad aparatem i z boku zostaje momentalnie zapalona, a z przeciwnej strony przedmiotu zostaje umieszczony biały ekran, który oświetla przedmiot odbitymi promieniami. Aparat kosztuje koło rs.150, a jedna odbitka — kop. 12.

2) **Przewoski** przedstawił: A) ovaria succenturiata. W ciągu wielu lat P. spotkał na sekeyach jajniki dodatkowe wszystkiego 6 razy i zawsze po stronie prawej na zewnętrznym końcu jajnika; wiel-

kość ich była od ziarnka konopnego do ziarnka grochu. Powierzchnię jajnika dodatkowego pokrywa nabłonek cylindryczny jednowarstwowy, pod nim gruba warstwa tkanki łącznej włóknistej, głębiej tkanka łączna z znaczną ilością komórek wrzecionowatych i naczyń krwionośnych. We wszystkich jajnikach dodatkowych znaleziono pęcherzyki gruczołów, pęcherzyki Grafa rozmaicie rozwinięte oraz corpora fibrosa. Budowa zatem i czynność fizyologiczna jajników dodatkowych nie różni się od jajników prawidłowych.

B) Endosalpingitis tuberculosa et tubercul. miliaris consecutiva. 22-letnia ciężarna poroniła w 7-ym miesiącu przy objawach tyfoidalnych i szybko umarła. Na seceyi znaleziono obfitą gruźlicę prosówkową ogólną oraz zgrubienie lewego jajowodu, który był wypełniony masą serowatą, a błona jego śluzowa usiana masą gruczołków. P. przypuszcza, że zakażenie gruźlicą nastąpiło jednocześnie z zapłodnieniem i że ciąża była momentem usposabiającym do rozwoju ogólnej gruźlicy prosówkowej.

W dyskusyi prof. **Brodowski** wyraża pewną wątpliwość czy w przypadku P. gruźlica jajowodów była w rzeczy samej pierwotna. Przypadki takie są nader rzadkie i zawsze rodzi się podejrzenie, że gdzieś indziej jest ognisko pierwotne. Przyjawszy nawet zdanie Kurt-Jani'ego, że w nasieniu każdego suchotnika są laseczniki gruźlicy, nie możnaby zrozumieć dla czego te nieruchome twory przesuwałyby się do jajowodów przeciwko ruchowi rzęsek nabłonka migawkowego. Czyżby spermatozoidy miały zanosić je do jajowodów?

Przewoski odpowiada, że umiejscowienie pierwotnej gruźlicy w narządach płciowych zajmuje co do częstości trzecie miejsce. W danym przypadku dokładne badanie wskazało, że we wszystkich narządach sprawa gruźlicza była bardzo świeża; najdawniejsza stosunkowo w lewym jajowodzie, lecz i tu nie mogła porzedzić ciąży, bo w takim razie ta ostatnia byłaby niemożliwą. Prawdopodobnie zatem zmarła miała stosunek płciowy z suchotnikiem i ten zarazil ją gruźlicą. Trudno, zapewne, odpowiedzieć, jakim sposobem laseczniki przedostały się do jajowodów; prawdopodobnem jest jednak, że albo w ciałkach nasennych, lub przylepione do nich. Że w macicy nie rozwinęło się zarażenie, to nie przedstawia ten fakt nie nadzwyczajnego w patologii.

W. Miklaszewski.

VI. SPRAWOZDANIE

z działalności szpitala dla dzieci Ś-tej Olgi w Moskwie za rok 1896.

Szpital Ś-tej Olgi został ufundowany przed 10 laty z funduszków danych przez Hrabiego S. W. Orłowa-Dawydowa, który jest kura-

torem szpitala i stale zaspakaja wszystkie potrzeby szpitala. W czasie obecnym kapitał żelazny szpitala stanowi summa około 805,000 rubli, która przynosi procentu rocznie 31,295 rs. Szpital własnego dochodu ma rocznie około 4,700 rs., tak że na utrzymanie szpital posiada rocznie około 36,900 rs. Dochody szpitala stanowią opłaty od chorych zamożniejszych, leczących się w szpitalu i opłata za lekarstwa wydawane chorym ambulatoryjnym, licząc po 5 kop. za każdą receptę. W roku sprawozdawczym 1896, dochodu za leczenie w oddziałach szpitalnych było 1524 rs. i za lekarstwa wydawane ambulatoryjum 2965 rs. 5 kop.

Szpital posiada tylko dwa oddziały, mianowicie dla chorób wewnętrznych i chirurgicznych. Łóżek stałych jest 37. W roku 1896 leczyło się chorych 513, procent śmiertelności był 9,9. W sprawozdaniu są opisane historie chorób leczonych dzieci. Większych operacji wykonano 97.

Ambulatoryjum posiada osobne gabinety dla przyjmowania chorych wszelkiego rodzaju. W roku 1896-tym chorych wewnętrznych było 20446, chirurgicznych 4442, porad razem udzielono 60001. Lekarstw bezpłatnie wydano 15686 i płatnych po 5 kop. 56341. Operacji wykonano 1631.

Przy szpitalu istnieje laboratorium dla badań drobnowidzowych i biblioteka, posiadająca około 2000 dzieł.

Interesami szpitala zawiaduje zarząd składający się z kuratora szpitala, lekarza naczelnego, lekarza ordynatora i trzech pomocników kuratora.

Personel lekarski składa się z lekarza naczelnego, starszego ordynatora, młodszego ordynatora, trzech ordynatorów nadetatowych i lekarza asystenta. Lekarze zaliczają się do służby rządowej. Na etat dla służby lekarskiej wyznacza się rocznie 5450 rubli.

Albert Lubimowicz Berensztram, członek zarządu szpitala, zmarły dnia 9 lutego 1897 roku, zapisał 200,000 rubli na zbudowanie w okolicach Moskwy przytułku dla rekonwalescentów wychodzących ze szpitala Ś-tej Olgi.

R.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go kwietnia r. 1898.

—j.z.— Kolega S. Trzebiński z powodu poruszonej przezemnie kwestyi języka w piśmiennictwie naszym lekarskiem, przesyła kilka uwag, które na tem miejscu uważam za odpowiednie zużytkować w celu zwrócenia uwagi kolegów piszących.

Oto jeden z nich:

...„Jest u nas jeden bardzo używany termin, o którym pragnąlbym obszerniej pomówić.

Pisze się u nas ogólnie i mówi: „*odruchy ścięgniste*“.

Nie wiem, kto pierwszy wprowadził ten termin w użycie, lecz znajduję go wszędzie, i w pracach, po czasopismach ogłaszanych i np. w „*Dyagnostyce różniczkowej*“ Biegańskiego. A przecież termin ten z punktu widzenia językowego utworzony jest całkiem błędnie i nie odpowiada znaczeniu, które ma wyrażać.

Końcówka „*isty*“ lub „*ysty*“ w przymiotnikach, utworzonych z rzeczowników, oznacza zawartość, treść, lub podobieństwo. Tak więc mówimy: „*droga kamienista*“ dla tego, że na niej znajdują się kamienie, „*powierzchnia szklista*“, gdyż podobna jest do szkła, „*okolica górzysta*“ bo w skład jej wchodzi góry. Mówiąc zaś o *odru*chach, oczywiście nie mamy zamiaru powiedzenia, że one składają się ze *ścięgien*, gdyż „*ścięgno*“ jest materią, *odru*ch zaś oznacza czynność, która będąc tylko funkcją materii, nie zaś materią samą, nie może ani składać się z materii ani też być do niej podobną. Przeciwnie dla oznaczenia funkcji biernej lub czynnej używamy ogólnie końcówki „*owy, ny, lub czy*“, dodanej do odnośnego rzeczownika, albo też drugiego przypadku samego rzeczownika. Mówimy zatem: „*praca mięśniowa*“ lub „*praca mięśni*“, „*tony sercowe*“ lub „*tony serca*“, „*choroby płucne*“ lub „*choroby płuc*“, „*szmery tętnicze*“ lub „*szmery tętnic*“.

Nie wiem dlaczego jedno *ścięgno* miało by się wyłamywać z reguł, obowiązujących wszystkie inne organa lub tkanki i z tej racji proponuję zastąpienie „*odru*chów *ścięgnistych*“ przez „*odru*chy *ścięgnose*“ lub „*odru*chy *ścięgien*“.

— h. — Dr. med. Z. Kramsztyk zamianowany został lekarzem naczelnym szpitala żydowskiego.

— h. — Wskutek podania się do dymisji kolegi Herynga utworzony specjalnie dla niego przed 15-tu laty oddział laryngologiczny w szpitalu Ś-go Rocha został zamknięty. Nie możemy tu oceniać ważnej roli, jaką mały ten i nieodpowiednio urządzony oddział odegrał w rozwoju laryngologii u nas, kwestya to bowiem nieodłączna od osoby jego sławnego kierownika, którego doniosłą działalność nie tu miejsce poruszać. Obecnie zatem w mieście naszym nie istnieje ani jeden oddział specjalnie przeznaczony dla chorób gardlanych. Kwestya potrzeby tego rodzaju oddziałów jest rozstrzygnięta twierdząco tam, gdzie szpitalnictwo rozwija się prawidłowo, w naszych jednak warunkach możemy ją uważać za mniej palącą.

U nas oddziały laryngologiczne z konieczności rzeczy zamieniać się muszą na oddziały dla suchotników z tą tylko różnicą, że dzięki specjalności kierowników, będzie w nich się więcej zwracało uwagi na krtani.

Chorych np. z nowotworami krtani, z rinoskleromatem i innymi sprawami niegruźliczej natury ordynator oddziału gardlanego, zwłaszcza zwolennik teorii zaraźliwości gruźlicy, nie trzymałby spokojnie przez tygodnie i miesiące w jednym pokoju z przeważającą liczbą suchotników.

W każdym razie na tego rodzaju specjalizację oddziałów może sobie pozwolić tylko szpital duży, w którym można robić wybór odpowiednich chorych z różnych oddziałów. W szpitalach ogólnych małych, nie mogących odmawiać przyjęcia zgłaszających się chorych, nie można nawet utrzymać specjalnego charakteru oddziałów. Mogą w nich być tylko oddziały wewnętrzny i chirurgiczny. Tak też będzie odtąd w szpitalu Ś-go Rocha, który, po rychłym już przyniesieniu szpitala Dz. Jezus, stać się musi niejako stacją tymczasową dla chorych, potrzebujących niezwłocznego umieszczenia w szpitalu, i nie będzie mógł zapełniać nielicznych swych łóżek chorym chronicznym.

Zgodnie z tą myślą były oddział dla chorych gardlanych, po gruntownej dezynfekcyi, zamieniony został na chirurgiczny. Na ordynatora nowego oddziału przedstawiony został długoletni pracownik szpitala Ś-go Rocha — kolega A. Gabszewicz.

—k.— Stała komisya dla wykształcenia technicznego zgodnie z postanowieniem Drugiego zjazdu rosyjskich pionierów wykształcenia technicznego przygotowała memoriał motywowany o konieczności przyjmowania realistów na wydziały fizykomatematyczny i lekarski. Motywa te są następujące: 1) Kurs matematyki i fizyki w szkołach realnych przewyższa znacznie podobny kurs szkół klasycznych, nauki zaś przyrodnicze w tych ostatnich są zupełnie pominięte; w ten sposób realisci są nie tylko gorzej, lecz lepiej od gimnazystów przygotowani do zajęć na wspomnianych fakultetach; 2) spostrzeżenia nad uzdolnieniem i postępiami w naukach fizykomatematycznych realistów i gimnazystów w specjalnych, wyższych zakładach naukowych, bynajmniej nie przemawiają na niekorzyść realistów, co jednogłośnie personel nauczający owych zakładów zaświadczył; 3) Obawa, że umożliwienie dostępu realistom do wydziałów fizyko-matematycznego i lekarskiego doprowadzi do przepełnienia wszechnic, a) nie może być przytaczane, jako zarzut przeciwko tej innowacyi, ponieważ wykształcenie uniwersyteckie powinno być dostępne dla każdego, kto jest do tego przygotowany; jeżeli zaś liczba wszechnic oraz miejsce w nich jest za mała, w takim razie postarać się trzeba o powiększenie jednego i drugiego; b) obawa ta nie ma racyi bytu, ponieważ liczba studentów na wydziale fizyko-matematycznym jest w większości uniwersytetów nieznaczna, co zaś do wydziałów lekarskich to są one tylko w Moskwie, Kijowie i Jurjewie (ongi) przepełnione; 4) Nieuniknionem następstwem owego ograniczenia praw realistów do wykształcenia wyższego jest smutny i nie pożądanym dla rozwoju technicznej i profesjonalnej działalności fakt, że młodzież wstępuje do specjalnych zakładów naukowych bez powołania, jedynie dla kariery.

Z podobnym żądaniem wystąpiło również niżegorodzkie gubernialne zebranie szlacheckie.

Kwestyę tą poruszała i *Kronika* w roku zeszłym w artykule p. t. „Jakie przygotowanie jest kosztowniejsze dla przyszłego medyka realne czy klasyczne“, dochodząc do tych samych wniosków.

—k.— W 1896 — 1897 roku akademickim było na fakultecie lekarskim w Paryżu 4837 studentów, w tej liczbie 3982 francuzów

i 855 cudzoziemców. Kobiet francuzek było tylko 26, wobec 137 cudzoziemek. Największą liczbę studentów cudzoziemców dostarczyła Rosya (273) w tej liczbie połowa kobiet (przeważnie żydówki—przy-
pis. sprawozd.), potem Turcyja (136), Rumunia (104), Grecyja (42) i t. d.
(La Lancette franc.).

—k.— Sąd w Brukselli rozstrzygał niedawno ciekawe pytanie. Chodziło o to, czy operowany lub też jego rodzina mają obowiązek opłacania i pomocnika operatora, wezwanego przez tego ostatniego do pomocy na operacyę. Sąd uznał, że pomocnika opłacać powinien sam operator, któremu nie zabrania się jednakże wstawienia do rachunku summy, jaką pomocnikowi swemu wręczyć zamierza.

(La Médecine moderne).

D-r. Welder z Chrystyanii zbadal 310 bezpłodnych małżonków. Podług jego zdania w znacznej większości przypadków (70%) przyczyną bezpłodności są mężowie nie zaś żony.

(Journal de médecine de Paris).

—k.— Rząd belgijski zawiadamia, że wypłaci nagrodę w ilości 50,000 franków temu, kto wynajdzie sposób, który na zawsze wyruguje biały fosfor z fabrykacyi zapalek.

(La Rev. Méd.).

—k.— Dr. Evans, nadworny dentysta Napoleona III-go pozostawił ogromny majątek wynoszący około 25 milionów franków. Spadkobiercą mianował rodzinne swe miasto Filadelfię, porobił jednakże pewne zastrzeżenia, które co najmniej na miano dziwacznych zasługują. Otóż chce on, żeby w Filadelfii założono muzeum imienia Evansa dla przechowywania medali, orderów, odzieży, sprzętów, papierów ofiarodawcy, oraz by mu tam postawiono pomnik wartości od 1 do 2 milionów franków.

(Le Progrès Médical).

—p.— Dnia 7-go stycznia r. b. zmarł w New-Yorku *Joseph O'Dwyer* twórca intubacyi w wieku lat 56. Od lat 25 był lekarzem Domu podrzutków w New-Yorku. Na myśl o intubacyi wpadł w roku 1880. Rozwój tej operacyi opisał w r. z. w artykule p. t. „Evolution of Intubation“. Ostatniemi czasy pracował nad stosowaniem intubacyi w przewlekłych przypadkach zwężenia krtani. Wogóle interesował się specjalnie tem wszystkim co ma związek ze sprawą oddychania i zwężenia krtani. W ostatnich miesiącach życia zaprowadził w Presbyterion Hospital przyrząd, ułatwiający oddychanie pacjentom, dotkniętym zapaleniem płuc, przez doprowadzanie tlenu zmieszanego z powietrzem.

O D E Z W A.

Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 r. Wydział gospodarczy zaprasza

na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich. Wydział gospodarczy przyjmie uczestników Zjazdu z otwartymi rękoma i starać się będzie pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić i, o ile to w jego mocy będzie, w miłej utrwalić pamięci.

Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu, wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładach w poszczególnych sekcjach. Na życzenie wyrażone z wielu stron, utworzona będzie także sekcya higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym są biegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń zapowiada się Wystawa świetnie.

Wszelkie zgłoszenia, dotyczące się Zjazdu przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15 maja r. b.

P o z n a ń, w marcu 1898.

W imieniu komitetu gospodarczego VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich

Dr. *Heliodor Świąciecki*,
przewodniczący.

Dr. *Artur Jaruntowski*,
sekretarz jeneralny.

Pałac Działyńskich.

Ul. Wilhelmska № 16.

Uprasza się pisma polskie o łaskawe powtórzenie powyższej odezwy.



ODEZWA

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowymi — Prof. A. Goldscheider i Dr. E. Flatau — str. 295.
- II. Projekt organizacji służby zdrowia w gminach Królestwa Polskiego — Dr. M. Biernacki — str. 300.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia, Med. Wewn., Farmakologia.

111. H. Wilgerodt — Zachowanie się otrzewny wobec moczu, sztucznie do jamy brzusznej wprowadzonego, oraz wywoływanie doświadczałne uremii — str. 308.
112. Wilh. Klink — Doświadczenia, tyżące się skutków przedostawania się moczu do jamy otrzewnej — str. 310. 113. Dr. Ernest Schlack — O zwięzieniu górnego odcinka dróg oddechowych — str. 311. 114. Dr. H. Ehret — O symbiozie w gruźlicy płuc u diabetyków — str. 312. 115. Prof. Dr. H. Cohn — O leczeniu otyłości metodą Schweningera — str. 313. 116. Prof. Levaszew — Nowa oznaka rozpoznawcza tętniaka aorty piersiowej — str. 314. 117. A. Fröhlich — Wykrycie cukru w moczu zapomocą błękitu metylenowego — str. 315. 118. J. Eichhof — O Captolu, nowym antiseborrhoicum i środku lekarsko - kosmetycznym na włosy — str. 316.
119. Schreiber i Waldvogel — Sanosa, nowy preparat białkowy — str. 316. 120. Dr. Georg Schwersenski — Validol, nowe analepticum i antihystericum — str. 317.

II. Choroby nerwowe.

121. Neubürger i Edinger — Brak półkuli mózdzku, varix oblongatae, porażenie serca przez drażnienie n. accessorii — str. 317. 122. Hirschhoff — Ośrodkach odżywczych w mózgu, oraz o przebiegu włókien odżywczych, bólowych i innych, bliżej nieokreślonych w mózgu — str. 320. 123. Campos — Uwagi z powodu objawu, opisanego niedawno w obwodowym porażeniu nerwa twarzowego — str. 321.

III. Choroby dzieci.

124. W. Soltau Fenwick — Nadmierna kwaśność żołądka, występująca okresowo u dzieci z objawami zbliżonemi do migreny — str. 322. 125. J. O. Dwyer — Wrodzone zwięzienie krtani — str. 323. 126. V. Ranke — O przekłuciu łądźwiowem w przypadkach wodogłowia — str. 323.

III. Wiadomości pomniejsze str. 325 —127—133.

IV. „Kasa pogrzebowa“ — str. 328.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 331.

Sprawozdanie z działalności szpitala dla dzieci Ś-tej Olgi w Moskwie za rok 1896 — str. 333.

Kronika bieżąca — str. 334.

Odezwa — str. 337.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 13 Марта 1898 года.

Mam zaszczyt zawiadomić niniejszem **W-nych Panów Doktorów**, że oprócz apteki w Warszawie przy ul. **Granicznej Nr. 10**, nabyłem od **W. Russyana** również i jego laboratorium medykamentów komprymowanych, win leczniczych, ołówków migreny i przetworów farmaceutycznych.

Zarówno apteka, jak i laboratorium prowadzone będą pod moim osobistym kierunkiem i nadzorem, przy zwiększonym komplecie pracujących, celem osiągnięcia możliwie dokładnej i szybkiej ekspedycji.

Nadmieniam przytem, że przystąpiłem już do pracy nad postawieniem apteki i laboratorium na wysokości najnowszych wymagań nauki.

Z wysokim szacunkiem:

Apolinary Kowalski.

K E M M E R N

Wody siarczane i borowina.

Miejscowość oddalona o 86 wiorst od Rygi, drogą Żelazną Rygsko-Tukkumską. Sezon r. 1898 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1-go Września. — Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno-igliwiowe, błotne i błotne rozcieńczone. Wody mineralne, kefir, kumys, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna elektryzacya. Rocznie przyjeżdża więcej niż 2000 chorych, z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznymi, skórnymi i kobiecemi.

Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządony, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci. Wille w cenie 40—150 rubli za 6 tygodni. Pensyonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 r. 20 k. tygodniowo.

Komunikacya z morzem za pomocą dyliżansów, po 20 kop. tam i z powrotem. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi, do 12 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby pragnące mieć szczegółowe wiadomości raczą się zwracać pod następującym adresem.

KEMMERN

powiat Rygski

Dr. Med. A. Sożin.

Komitet Kasy Wsparcia

podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych,

ogłasza, że z zapisu D-ra **Jana Bęcawicza** udzielone być mają w dniu 24-go czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia

Fr. Słiwicki.

Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Predmieście 45.

Przetwory chemiczne, czyste do celów naukowych.

Barwniki do robót mikroskopowych.

Wszelkie nowe środki do użycia wchodzące.

Wody mineralne, Wina lecznicze.

Wszelkie rodzaje surowie leczniczych,

i szpryce do ich wstrzykiwania.

Zakłady Chemiczno-Techniczne

SKŁAD MATERIAŁÓW APTECZNYCH I FARB

Ludwika Spiess i Syna

w Warszawie, ul. Senatorska № 464/5 obok kościoła P.P. Kanoniczek

drugi: Marszałkowska Nr. 140.

pomiędzy Ś-to Krzyżką i Placem Zielonym.

DOM ZDROWIA

dla

chorych skórnych i wenerycznych

(Zakład Dermatologiczny)

Założony i prowadzony przez grono lekarzy specjalistów w Warszawie,

przy ul. Hr. Kotzebue № 10.

Przyjmuje chorych za opłatą dzienną w pokojach wspólnych po rs. 2 kop. 50, a w oddzielnych po rs. 3 do 5-ciu.

Bliższe wiadomości w Zakładzie.