

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Najnowsze prądy w nauce o odporności.

PODAŁ

Jerzy Brunner.

(Z pracowni patologii ogólnej przy uniwersytecie warszawskim).

—>·<—

Prace ostatniej doby, poświęcone badaniom nad odpornością i różnym kwestyom, będącym z nią w związku, odznaczają się wielką różnobarwnością. Oprócz bowiem dążenia po starej drodze, opracowywania dawnych tematów, widzimy w tej dziedzinie wiedzy powstawanie nowych kierunków, opartych na nowych sposobach badania i wzbogacających skarbice medycyny teoretycznej całym szeregiem nowych faktów, hipotez i teoryj.

Nie jest bynajmniej naszym celem zdawanie sprawy z kształtu obecnego stanu nauki o odporności; zamierzamy tu jedynie rozpatrzyć drobny—jak dotąd—odłam, nacechowany wielką oryginalnością, młody jeszcze wiekiem, lecz już rokujący wielkie nadzieje. Twórcą tego nowego kierunku jest prof. *Ehrlich*, który w jednej z ostatnich prac swoich ¹⁾ rozwinął niezmiernie oryginalny, głęboki pogląd na istotę odporności; jest to t. zw. „hypoteza ogniów bocznych“. Ponieważ poglądy *Ehrlich'a* ukształtowały się pod wpływem teorii *Weigert'a*, przeto dla dokładniejszego zrozumienia całej sprawy pozwolimy sobie tu w krótkości osnowę tej teoryi przytoczyć ²⁾.

¹⁾ *Ehrlich, P., Prof.* Die Wertbemessung des Diphtherieheilsermus und dessen theoretische Grundlagen. S.-A. Jena 1897. Fischer.

²⁾ *Weigert, C., Prof.*, Verhandlungen der Gesel. deutsch. Naturforscher und Aerzte 1896, cyt. według *Wassermann'a*, Berliner Klin. Woch. 1898 № 10.

Zgodnie z zapatrywaniem starej patologii, mogą zewnętrzne bodźce bezpośrednio, wprost działać na komórkę, pobudzając ją do procesów nowotworzenia. *Weigert* stanowczo nie przyznaje takiego stanu rzeczy. Według niego, podczas całego trwania okresu dojrzałości komórki narządów wzajemnie wpływają na siebie, utrzymując się stale w stanie napięcia, tak iż właściwa tym komórkom energia rozrodcza i wytwórcza wciąż bywa hamowana. Tem tłumaczy się fakt, dlaczego, np. kość rurkowa nie rośnie bez przerwy przez cały ciąg życia. Z chwilą wszakże, kiedy jeden z wzajemnie się hamujących składników zostaje usunięty, reszta może rozwinąć swoją bioplastyczną energię; tak tedy, zdaniem *Weigert'a*, podrażnienie zewnętrzne nie wprost pobudza komórki do czynności wytwórczej, lecz pośrednio na drodze pewnego uszkodzenia tkanki. Dalej wchodzi tu w grę drugi ważny czynnik, polegający na tem, iż przy wszystkich procesach odradzania, może wytworzyć się więcej żyjącej substancji, aniżeli potrzeba dla wyrównania uszczerbku czynnościowego, dla przywrócenia status quo ante; organizm przy tego rodzaju sprawach posiada dążność do wytwórczości nadmiernej.

Powyższe poglądy *Weigert'a* zostały przez *Ehrlich'a* zastosowane do ugruntowania jego hipotezy o istocie odporności.

Na podstawie pewnych doświadczeń autor przekonał się, iż toksyna i antytoksyna łączą się w pewnym stale określonym stosunku, przyczem na szybkość połączenia wpływa stężenie roztworów i stan ciepłoty, jak to ma miejsce w chemii przy powstawaniu soli podwójnych; należy przeto przypuścić, iż pewna grupa atomów toksyny posiada swoiste powinowactwo do określonej grupy atomów antytoksyny, lub też, jak się obrazowo wyraża *Fischer*, pasują one wzajemnie do siebie, jak klucz do zamka. Co do miejsca i sposobu powstawania antytoksyny, możemy wnioskować na podstawie pewnego przykładu. Jeżeli wstrzykiwać będziemy zwierzęciu jad tężcowy, to zostanie on szybko związany przez ruchowe komórki narządu nerwowego, przyczem związek ten jest niezmiernie wyraźny i trwały. Szczególne upodobanie jadu do narządu nerwowego, powolne powstawanie pierwszych objawów chorobowych i długie ich trwanie — wszystko to wskazuje, iż w narządzie nerwowym resp. w jego komórkach istnieć muszą związki, obdarzone wybitnym swoistem powinowactwem do jadu tężcowego.

Przebieg całej sprawy i dalsze jej następstwa *Ehrlich* wyobraża sobie w sposób następujący. W obdarzonej czynnością zarodkową, istnieje jądro wytwórcze i związane z niem boczne ogniwa; te ostatnie w warunkach normalnych wykonywają czynności fizjolo-

giczne i zarazem mogą posiadać własność wiązania tych lub owych trucizn. Z chwilą wszakże kiedy nastąpi owe połączenie, czynność fizyologiczna ogniwa ustaje i, w myśl teorii *Weigerta*, musi ono być zastąpione przez nowotworzenie takiej samej grupy atomów. Jeżeli z biegiem czasu zostają wprowadzane do ustroju wciąż nowe ilości jadu, wówczas dzięki wyłączeniu nowych ogniw zachodzi potrzeba powstawania dalszych, tak że sprawę uodporniania można poniekąd uważać za „training“ komórki w celu powiększenia jej wytwórczości w kierunku ogniw swoistych. Ponieważ przy takich sprawach odradzania występuje stale wytwórczość nadmierna, to nastąpić wreszcie musi chwila, kiedy ilość wciąż odradzających się bocznych ogniw tak się wzmacza, iż komórka nie może ich pomieścić; wówczas ów zbyt ciężki balast przechodzi do krwi, tworząc to, co nosi nazwę antytoksyny.

Praca *Ehrlich'a* była bodźcem do całego szeregu dalszych prac, wysnuwających z myśli zasadniczej rozmaite wnioski. Na drodze rozumowania *Wassermann*³⁾ postawił tezę następującą: jeżeli antytoksyna tężcowa krążąca we krwi jest składową częścią komórek nerwowych, przeto i w układzie nerwowym zwierząt zdrowych istnieć muszą ciała gotowe (*präformirt*), obdarzone własnością uodporniającą. Że tak jest w istocie, dowiodły doświadczenia, wykonane przez *Wassermann'a* wraz z *Takaki'm*⁴⁾: mieszanka z mózgu lub rdzenia kręgowego różnych zwierząt, posiada własności antytoksyczne względem jadu tężcowego. Działanie to ujawnia się nie tylko przy zmieszaniu obu ciał *in vitro*, lecz występuje nawet wtedy, jeżeli mieszanka mózgodzeniowa zostanie zastrzyknięta przed lub wreszcie w kilka godzin po zatruciu. Zjawisko powyższe objaśnia się w sposób następujący. Jad tężcowy posiada wybitne powinowactwo do pewnych składników ustroju nerwowego; powinowactwo to zachowuje się bez zmiany nawet poza ustrojem; jeżeli przeto wstrzykniemy zwierzęciu owe składniki, to krążący w ustroju jad zostanie przez nie związany, przyczem powstają podwójne połączenia, pozbawione własności trujących. Co się tyczy szczegółów, wspomnieć tu musimy, iż inne narządy, np. wątroba, nerki, śledziona, szpik kostny nie posiadają żadnych własności antytoksycznych względem jadu tężcowego; mózg posiada je w więk-

³⁾ *A. Wassermann*. Ueber eine neue Art von künstlicher Immunität (Berl. Klin. Woch. № 1. 1898).

⁴⁾ *A. Wassermann und T. Takaki*. Ueber tetanusantitoxische Eigenschaften des normalen Central - Nervensystems (Berl. Klin. Woch. № 1. 1898).

szym stopniu, aniżeli rdzeń kręgowy; 1 ctm. sz. mieszanki mózgowej (mniej więcej 5 gr. mózgu na 10 ctm. sz. fizyol. roztw.) zobojętnia 10-krotną śmiertelną dla myszy dawkę toksyny, wreszcie własność uodporniająca musi być przypisana wyłącznie nierozpuszczalnym częściom mieszanki mózgodzeniowej, gdyż płyn zebrany z ponad osadu centryfugalnego, żadnego wpływu na jad tężcowy wyrzucić nie jest w stanie. Wkrótce po ogłoszeniu doświadczeń *Wassermann'a* sprawę z bardziej ogólnego punktu widzenia poruszył *Behring*⁵⁾. Doświadczenia *Ransom'a* wykonane w pracowni *Behring'a* dowiodły, iż w rdzeniu kręgowym zwierząt zdrowych istnieją w ilości dość znacznej ciała zachowujące się względem jadu tężcowego, jak antytoksyny; wstrzykując gołębiom dawki śmiertelne jadu tężcowego *Ransom* jednocześnie przekonał się, że jad ten daje się wykryć w dużej ilości, we wszystkich narządach z wyjątkiem ustroju nerwowego, i na tej drodze autor równocześnie i niezależnie od *Wassermann'a* doszedł do zupełnie jednakowych z nim wyników. Dla *Behring'a* hipoteza *Ehrlich'a* posiada znaczenie doniosłe, gdyż zdaniem jego, sądzono jej wyjaśnić wiele ciemnych dotąd kwestyi w sprawie odporności. W zastosowaniu do gruźlicy, a mianowicie do występowania swoistego odczynu po zastrzyknięciu tuberkuliny i wytwarzania się antytoksyny w ustroju zwierząt leczonych wzrastającymi dawkami tego jadu, hipoteza *Ehrlich'a* jest jedynym rozwiązaniem zagadki; treść jej daje się sprowadzić do dwóch punktów: 1) jad gruźliczy objawia własności chorobotwórcze jedynie względem tych jednostek, które w komórkach i tkankach swego ustroju posiadają związki obdarzone powinowactwem do tego jadu; 2) pod wpływem częstych wstrzykiwań tuberkuliny boczne ogniwa wytwarzają się w ilościach wzrastających i, przechodząc do krwi, tworzą swoistą antytoksynę. Krótko mówiąc, hipoteza *Ehrlich'a* może według *Behring'a* być tak wyrażona: to samo ciało, które będąc zamknięte w komórce, powoduje i warunkuje zatrucie, staje się przyczyną wyleczenia z chwilą kiedy do krwi przechodzi. Wyleczenie w chorobach zakaźnych *Behring* objaśnia w myśl poglądów *Ehrlich'a* w ten sposób, iż w przebiegu danego zakażenia te lub inne komórki ustroju zostają przez pewne swoiste podrażnienia pobudzone do działalności wytwórczej resp. do wydzielania anty-

⁵⁾ *Prof. E. Behring.* Ueber Heilprinzipien, insbesondere über das ätiologische und das isopatische Heilprinzip. (Deutsche med. Woch. № 5. 1898).

Behring und Ransom. Ueber Tetanusgift und Tetanusantitoxin. (Deutsch. med. Woch. № 12. 1898).

toksyny; nagromadzenie się tej ostatniej w pewnej ilości stawia kres dalszemu rozwojowi przyczyny chorobotwórczej i tem samem umożliwia chorym tkankom powrót do stanu prawidłowego. W końcu autor wyraża nadzieję, iż na drodze dalszych badań uda się przez zastosowanie swoistej antytoksyny pewnych narządów otrzymać dobre wyniki lecznicze w tych chorobach, przeciwko którym walczone dotąd bez skutku zapomocą uodporniania. Dalsze badania nie dały długo na siebie czekać.

Wiadomo było już dawniej, że po wstrzyknięciu królikom zabitych hodowli cholery po pewnym czasie występują we krwi swoiste ciała ochronne; zachodzi atoli pytanie, gdzie wytwarzają się owe ciała zanim zostaną przelane do krwi; *Pfeiffer* i *Marx* ⁶⁾ zajęli się tą sprawą. Na drodze licznych doświadczeń autorzy przekonali się, iż zarówno w wydzielonych ze krwi białych ciałkach, jak również w wysiękach wielką ilość tych komórek zawierających, ilość ciał ochronnych nie przewyższa ilości mieszczącej się we krwi. Badania wszystkich narządów u królików zabitych w pierwszym okresie uodporniania dowiodły dalej, iż ciała ochronne zawarte są wyłącznie w narządach krwiotwórczych — szpiku kostnym, gruczołach limfatycznych i zwłaszcza w śledzionie, tak dalece, iż uodporniająca własność tej ostatniej niekiedy znacznie przewyższa odnośne własności krwi. Ztąd autorzy wyprowadzają teoretycznie bardzo ważny wniosek, iż przy uodpornianiu przeciwko cholercie, narządy krwiotwórcze są miejscem wytwarzania ciał ochronnych. Podobne wyniki co do śledziony przy zakażeniu lasecznikami węglikowemi otrzymał *Wernicke* ⁷⁾.

Rozwijając dalej rzuconą myśl *Wassermann* ⁸⁾ kładzie nacisk na różnicę, jaka musi istnieć pomiędzy narządem w stanie normalnym a narządem jad wiążącym; w pierwszym przypadku „boczne ogniwa“ mogą w stanie gotowym znajdować się w tak niewielkiej ilości w komórce, iż nawet mogą nie zostać wykryte, podczas gdy w swoście podrażnionym narządzie ilość bocznych ogniw może narosnąć znacznie zanim nawet poczną przechodzić do krwi. Badania nad odpornością względem laseczników tyfusu były doskonałym potwierdzeniem tych poglądów. Wiadomo już od dość dawna, iż po jednorazowym wstrzyknięciu zabitej hodowli tyfusu występuje odporność, przyczem we krwi

⁶⁾ *Prof. R. Pfeiffer und Marx.* Untersuchungen über die Bildungsstätte der Choleraantikörper. (Deutsche med. Woch. № 3. 1898).

⁷⁾ Cyt. według *Behring'a* l. c.

⁸⁾ *A. Wassermann.* Weitere Mittheilungen über „Seitenketten-Immunität“. (Berl. Klin. Woch. № 10. 1898).

zjawiają się swoiste ciała ochronne; ciała te obdarzone są własnością bakterjobójczą względem laseczników tyfusu, na toksynę zaś żadnego wpływu nie wywierają. Poszukiwanie tych ciał w narządach zwierząt [normalnych nie doprowadziło *Wassermann'a* i *Takaki'ego* do żadnych pewnych wyników, natomiast badanie, dokonane w okresie swoistego odczynu po zastrzyknięciu ciał laseczników, wykryło te ciała bakterjobójcze w dość znacznej ilości w szpiku kostnym, śledzionie, gruczołach limfatycznych i grasicy w chwili kiedy krew i inne narządy żadnych uodporniających własności nie posiadały. Widzimy przeto, iż *Wassermann* i *Takaki* niezależnie i równocześnie doszli do tych samych wyników względem tyfusu, jak *Pfeiffer* i *Marx* względem cholery, co z uwagi na daleko posuniętą analogię obu jednostek chorobowych, bynajmniej nas dziwić nie powinno. Dalsze badania nad daną sprawą podjęli *Kempner* i *Schepilewski*⁹⁾; autorzy posilkowali się jadem kielbaśnym (*Botulismustoxin*), który pod względem własności może być postawiony w jednym szeregu z toksyną błoniczą i tężcową; jad ten, jak wskazują kliniczne objawy zatrucia i badania drobnowidzowe, posiada powinowactwo do pewnych grup komórek ustroju nerwowego i tem samem nadawał się wielce do prób tego samego rodzaju, jakie *Wassermann* wykonał z toksyną tężca. Doświadczenia dowiodły wistocie, iż mieszanka z mózgu lub rdzenia kręgowego zdrowych świnek morokich posiada — już w dawkach bardzo niewielkich — własności zobojętniające, uodporniające i częściowo nawet lecznicze względem jadu kielbaśnego; inne narządy własności tych nie posiadają. Przyznać wszakże należy, iż działanie ustroju nerwowego przy zatruciu kielbaśnem znacznie mniej jest wyraźne, aniżeli przy zatruciu tężcowem, gdyż w pierwszym przypadku zobojętnianie jadu nie daje się osiągnąć ponad pochworną dawkę śmiertelną i własności lecznicze mieszanki mózgowej wstrzykiwanej po zatruciu są dość niepewne. Dalszy ciąg badań autorów. z całym szeregiem rozmaitych ciał, zasługuje również na wzmiankę: masło, emulsya z oliwy, lecytyna, cholestearyna, tyrozyna, antipiryna posiadają w mniejszym lub większym stopniu własności ochronne przeciw zatruciu jadem kielbaśnym; własności te występują atoli przeważnie przy wstrzykiwaniu mieszaniny danego ciała z jadem, przy oddzielnem zaś wstrzykiwaniu działanie nie występuje

⁹⁾ *W. Kempner und L. Schepilewski. Ueber antitoxische Substanzen gegenüber dem Botulismusgift. (Zeitschr. für Hyg. und Inf. Bd. XXVII, H. 2, pag. 213. 1898).*

(z wyjątkiem lecytyny i cholestearyny), a uodpornienie udaje się tylko z tyrozyną. Aczkolwiek działanie ochronne lecytyny i cholestearyny występuje dość wyraźnie, jednak na podstawie dość wybitnej różnicy w porównaniu z własnościami świeżej istoty mózgowej, autorzy wnioskują, iż własności tej ostatniej zależą od innych jeszcze związków natury dotąd nieokreślonej. Co do sposobu działania reszty ciał wyżej wyliczonych, przypuścić należy iż wchodzą tu w grę czynniki zmienionego wchłaniania jadu; być może, iż pewną rolę odgrywają tu białe ciała krwi w myśl poglądów *Miecznikowa*, z którymi zapoznamy się wkrótce.

(D. c. n.)

II. Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

PODAŁ

Dr. Jan Sędziań,

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.

—❖❖❖—
(Dokończenie).

IV.

Porażenie kratni. Zwężenie przełyku. Przyczynek do dyagnostycznego znaczenia promieni Roentgen'a.

M. lat 55 dzierżawca, zasięgnął mojej porady w dniu 23-im marca r. b., skarżąc się na utrudnione polykanie zwłaszcza stałych pokarmów, trwające od 3-ich miesięcy. W ostatnich czasach wychudł znacznie. Przedtem zdrow zawsze — nadużywał w wysokim stopniu napoi wysokowych. Przymiotu nie przechodził. Ojciec zmarł, jakoby na astmę.

Przy badniu znalazłem co następuje: budowa silna (homo robustus), odżywianie nędzne. Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa zmian wybitniejszych. Toż samo w górnym odcinku dróg oddechowych: nos, gardło oraz krtań bez wyraźniejszych zmian. Badanie zgłębnikiem wykazuje w górnej $\frac{1}{3}$ przełyku t. j. podziału tchawicy na oskrzela — lekkie zwężenie.

Przypuszczając rakowatą naturę zwężenia, stosowałem parokrotne sondowanie przełyku, przyczem chory za każdym razem czuł się le-

piej. Pomimo to wkróce znikł mi z oczu. Dopiero w 3 miesiące zjawił się do mnie ponownie, przyczem przy badaniu znalazłem znaczne pogorszenie, zarówno w stanie ogólnym jakoteż i miejscowym.

Chory opowiada, że, ulegając namowom, udał się do jednego z lekarzy wewnętrznych, który wpólnie z chirurgiem prowadził w ciągu kilku tygodni kurację — również głównie sondowanie. Już wówczas, wobec coraz gorszego stanu — proponowano choremu operację, na co jednak się nie zgodził i ponownie do mnie się zwrócił.

Jak już wspomniałem, przy drugim badaniu znalazłem duże pogorszenie, przedewszystkiem w stanie ogólnym: chory uderzająco wychudł, jakoteż w stanie miejscowym, mianowicie przy badaniu krtani lusterkiem, skonstatowałem objaw, którego przedtem nie było, t. j. *porażenie struny prawdziwej prawej*, która się znajduje w położeniu fonacyjnem (paralysis m. crico-arytaenoideo poster. dex., czyli jak to w skróceniu nazywają paralysis poster.).

Oprócz tego, przy badaniu zgłębnikiem oprócz poprzedniego nieznaicznego ropienia w górnej $\frac{1}{3}$ przełyku, napotykałyśmy znaczną przeszkodę w dolnej części (cardia).

Od czego zależyć mogło porażenie krtani? Wobec zajęcia przełyku sprawą rakowatą, co zdaje się nie ulegało wątpliwości, najprawdopodobniejszym było przypuszczenie ucisku ze strony rakowatozwyrodniałych gruczołów.

Wiadomo, że na szyi oba nerwy wsteczne (nn. recurrentes) przebiegają równolegle do konglomeratu gruczołów (ganglions peri-tracheo-laryngiens-Gougenheim i Leval-Piquechef). W klatce piersiowej, lewy zwłaszcza nerw wsteczny, spotyka grupa innych gruczołów (ganglions pré-trachéo-bronchiques-Baréty), wreszcie tu i owdzie znajdują się porozrzucane oddzielnie gruczoły w przebiegu nerwic wstecznych (Stacquart).

Jakkolwiek więc przypuszczałem ucisk na nerw zwrotny ze strony wyżej wymienionych gruczołów, (choć w ogóle zarówno w raku przełyku, jakoteż w obrzmiałych gruczołach — częściej bywa zajęty lewy recurrens), postanowiłem jednak spróbować w tym przypadku promieni Roentgen'a, co o ile mi się zdaje, przynajmniej u nas, nie było dotąd stosowane (kol. Edw. Zieliński oraz ja podawaliśmy wyniki stosowania tej metody w tętniakach aorty, kol. Puławski w guzach śródpiersia, wreszcie również kol. Edw. Zieliński w cierpieniach płucnych (gruźlica).

W tym celu Dr. Bruner w mojej obecności zastosował X promienie i to z dodatnim wynikiem: seree, aorta, płuca etc., zmian nie przedstawiają — natomiast po stronie prawej w klatce piersiowej na wysokości aorty i to zarówno przy prześwietlaniu od przodu, jakoteż od tyłu, wyraźnie widać było pakiet gruczołów pod postacią nieregularnych plam ciemnych — lewa strona klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian.

Jeżeli w pierwszym przypadku dyagnostyczne znaczenie metody Roentgen'a, w obec istniejącej sprawy rakowatej w przelyku, w której porażenia krtani nie należą do rzadkich, było nie dominujące — a więcej potwierdzające — o tyle znowu przy porażeniach krtani wskutek ucisku jedynie tylko chorobowo zmienionych gruczołów, których metodami fizykalnymi nie udaje nam się wykazać, może metoda ta mieć znaczenie pierwszorzędne.

Na pierwszym miejscu należy mi tu przytoczyć zajęcie gruczołów szyjowych resp. piersiowych w syfilisie, dalej w gruźlicy (przy braku, lub małych tylko zmianach w mięszu płucnym), wreszcie w leukemii: pseudoleukemii (tu się odnosi przypadek Lermoyer'a ¹⁾ w którym „positio cadaverica“ struny lewej było jedynym w ciągu kilku miesięcy objawem rzekomej białaczki).



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i hygiena.

309. J. Béclère (Paryż). **O znaczeniu promieni Röntgena dla rozpoznania gruźlicy.** (Klinisch-therapeutische Woch. № 32. 1898).

Dla rozpoznania gruźlicy wchodzi w grę zarówno radioscopia jak i radiografia. Pierwsza jest niezbędną dla badania poruszeń narządów śródpiersia i wystarcza w zupełności, gdy chodzi o zbadanie przy pomocy promieni Röntgena zmian chorobowych tych narządów. Gdy chodzi jednak o zdobycie niezmiennego dokumentu, gdy chodzi

¹⁾ Les causes des paralysies récurrentielles -- Bull. et. mem. de la soc. franc. d'otol. de lar. et de rhin, V. XIII. I. p. 283.

o wykrycie minimalnych różnic w prześwietlaniu, jak to ma miejsce w wierzchołkach płuc w rozpoczynającej się gruźlicy, wtedy bez radiografii obydź się niepodobna.

Radioscopia i radiografia objaśniają nas o kształcie, rozległości, położeniu i poruszeniu narządów śródpiersia, dają nam pojęcie o zmianach w przepuszczalności narządów, które w zwykłych warunkach przepuszczają promienie Röntgena, jak płuca i jego otoczki, wreszcie wskazują nam na stopień, umiejscowienie i rozległość tych zmian. Beźpośrednio nowa ta metoda nie więcej nam nie daje.

Powszechnie znane metody badania fizykalnego, jak wypukiwanie i wysłuchiwanie nie dają nam nic więcej, jak tylko zmiany w fizykalnych stosunkach tych narządów. Dopiero przez rozpatrzenie danych, otrzymanych z tych rozmaitych metod, przez ich porównanie dają się wyciągnąć wnioski rozpoznawcze.

Dla lepszego rozpatrzenia tych rozmaitych zmian gruźliczych narządów oddechowych, dzieli je autor na trzy grupy: skryta gruźlica u zdrowych jeszcze osobników, wątpliwa i rozwinięta już gruźlica.

Co się tyczy gruźlicy skrytej, to pod tą nazwą rozumiemy zmiany gruźlicze, które ukrywają się pod pozorem zupełnego zdrowia i nie dają żadnego znaku o sobie, bądź to przez jakiś objaw fizykalny, bądź też przez zaburzenie czynnościowe. Od czasów Loënnec'a, prawie wszyscy anatomo-patologowie zwracali uwagę na to, że bardzo często przy badaniach pośmiertnych zwłok ludzi różnego wieku, którzy wskutek najrozmaitszych przyczyn zmarli, znajdowano stare blizny i zwapniałe ogniska gruźlicze w gruczołach oskrzelowych, w wierzchołkach płuc, w opłucny, chociaż podczas życia nie było najmniejszego podejrzenia na gruźlicę.

Znanem jest również powszechnie, że przy badaniu zwłok osobników, zmarłych na gruźlicę prosówkową, znajdowano mniej lub więcej starych, serowatych ognisk, które przed wybuchem końcowych, ostrych objawów, nie dawały zupełnie znać o sobie. Już przed wielu laty Buhl przypisywał tym starym serowatym ogniskom główną rolę w rozwoju gruźlicy prosówkowej. We wszystkich grupach społecznych (dzieci, robotnicy, więźniowie, żołnierze i t. d.) znajdują się osobniki z gruźlicą ukrytą, która absolutnie żadnych objawów nie daje.

W ostatnich czasach Kelsch i Boinon dowiedli, że radioscopia ma wielką doniosłość dla wyrokowania o stanie zdrowia, jako też o przyszłości nowobrańców, ma ona nawet większą doniosłość od określenia wagi ciała, wzrostu i pojemności płuc.

Skryta postać gruźlicy spotyka się nie tylko u osobników na pozór zupełnie zdrowych. Trzeba tu również wziąć pod uwagę te liczne przypadki, gdzie gruźlica występuje pod maską bezkrwistości, blednicy, niestrawności lub neurastenii, wtedy, gdy jeszcze żadne zaburzenia czynnościowe nie wskazują na zmiany w płucach. Weźniej lub później u takich chorych występuje lekki, suchy kaszel lub też nieznaczny ból w piersiach, lub nieznaczne krwioplucie, pomimo tego jednak gruźlicy jeszcze rozpoznać nie można. Do tej grupy należą również wszystkie ostre postaci zaburzeń żołądkowych, tyfus brzuszny, zimnica, po za którymi kryje się ostra gruźlica prosówkowa, na

którą jednakże nie wskazują jakiegokolwiek objawy ze strony dróg oddechowych.

Jako gruźlicę wątpliwą, podejrzaną, uważać trzeba wszystkie te przypadki, które wskutek zmiany stanu ogólnego, upadku sił, gorączki, wychudnięcia lub też kaszlu, nieżyty oskrzeli, krwioplucia, zapalenia opłucny, wywołują w lekarzu obawę i wzbudzają podejrzenie, że ma do czynienia z gruźlicą, w których jednakże badanie płuc do rozpoznania tego nie prowadzi.

W podobnych przypadkach nie ma płwociny ropnej, lub też jeżeli jest, to nie zawiera laseczników gruźliczych. Zjawienie się laseczników w płwocinie należy tylko wyjątkowo do wczesnych objawów gruźlicy, zdarza się to w postaciach tak zw. suchot galopujących.

W zwykłych postaciach wystąpienie laseczników gruźliczych oznacza rozpad i owrzdodzenie gruzelków. Jeżeli zatem czekać będziemy na zjawienie się laseczników w płwocinie, by gruźlicę rozpoznać, to stracimy najcenniejszą porę w chorobie, w której leczenie właśnie w zaczątku coś zdziałać może. Chwytamy się wtedy zwykłych wyników, które nam perkusya i auskultacja dać mogą. Jeżeli jednak pomyślimy jakiego nagromadzenia gruzelków potrzeba by uwidocznić różnicę w odgłosie wypukowym, jakiego przeciągu czasu od początku sprawy aż do utworzenia się ścisłych mas, wtedy przekonamy się o niezbędności innych sposobów rozpoznawczych, by mógł postawić rozpoznanie w początkach tworzenia się gruzelków.

Wynika ztąd samo przez się, jakie znaczenie by miało uwidocznić dla oka to co dla ucha jest prawie niedostępnem, wykazać obecność, umiejscowienie i rozległość zmian w płucach. Radioskopia i radiografia powinny być w tych przypadkach ze skutkiem stosowane.

Rozróżniać przy tem trzeba rozmaite umiejscowienia gruźlicy.

Co się przedewszystkiem tyczy gruźlicy płuc, to już prof. Bouchard ogłosił przypadek, którym ogólne objawy i kaszel rzuciły podejrzenie na rozpoczynającą się gruźlicę, gdy tymczasem płwocina nie wykazywała laseczników i badanie fizykalne nic stanowczego wykryć nie zdołało. U chorego tego wykazała radioskopia, że jeden wierzchołek płuc był mniej przepuszczalny dla promieni Röntgena od drugiego i, rzeczywiście, po pewnym czasie wysłuchiwanie i badanie bakteryologiczne potwierdziły wyniki roentgenografii. Również przekonywującym jest przypadek podany przez prof. Maragliano. Dr. William wykazał, że zmniejszenie się normalnej przejrzystości płuc u wierzchołka, nie jest jedynym objawem, który do rozpoznania wczesnej gruźlicy sprzyja, podaje on jeszcze dwa inne.

Przedewszystkiem mniejsza objętość obrazu płuca po jednej stronie, jest okolicznością przemawiającą za zmniejszeniem objętości odpowiedniego płuca następnie zmiana położenia i ruchów jednej połowy przepony brzusznej. Na chorej stronie opuszcza się przepona przy końcu wdechu nie tak nisko, jak po stronie zdrowej, gdy tymczasem w końcu wydechu stoi po obu stronach na jednym poziomie.

Ten ostatni objaw dowodzi, że jedna połowa przepony podczas wdechu przy wydłużaniu się pionowej średnicy odpowiedniego płuca,

napotyka większy opór, aniżeli druga i rzuca podejrzenie, że jakieś stwardnienie robi płuco mniej rozciągliwym, aniżeli w warunkach normalnych. W rzeczywistości objaw ten napotkać można we wszystkich sprawach, w których mięsz płuca ulega stwardnieniu, naprzykład w zapaleniu płuc włóknikowem.

Zmniejszenie przejrzystości wierzchołka płuca może być skonstatowane jeszcze przed wystąpieniem stwardnienia i rzeżeń. W każdym razie przyznać trzeba, że w gruźlicy płuc radioscopia już bardzo wczesnie może dopomóc w rozpoznaniu, potwierdzając te minimalne zmiany, które przy nader uważnej auskultacji dostrzedz się dadzą. Praktyczny wniosek wyprowadzić z tego można, że każdy lekarz powinien chorych, u których gruźlicę podejrzewa, poddawać badaniu promieniami Röntgena.

Pleuritis diaphragmatica tuberculosa, występuje niekiedy pod taką postacią, że nawet przy najdokładniejszym badaniu ukrywa się przed okiem lekarza. U takich chorych zbadanie konturów przepony i jej ruchów, powinno dać cenne wyniki. Suche zapalenia opłucny, szczególnie zaś pleuritis diaphragmatica, dają się rozpoznawać lepiej za pomocą radioscopii, aniżeli innemi sposobami

W wielu przypadkach rozpoczyna się gruźlica zapaleniem opłucny, która występuje podczas pozornego zdrowia. Rodzi się tu pytanie, czy mięsz płuca jest zajęty, czy też nie, innemi słowy, czy mamy do czynienia ze zwykłym zapaleniem opłucny, czy też z gruźlicą płuc i opłucny. Pytanie to rozstrzygnąć może prześwietlenie wierzchołków płuc.

W przypadkach rozwiniętej, pewnej gruźlicy, radioscopia i radiografia służą do tego, by określić granice zmian chorobowych, daje się to tą metodą daleko łatwiej skuteczniej, aniżeli w inny sposób.

Jamy uwydatniają się jako jasne, mniej lub więcej błyszczące przestrzenie. Niekiedy jednakże nie występują one zupełnie w obrazie röntgenograficznym, pomimo, że auskultacją określamy je doskonale, zależy to od zgrubienia ścian otaczających jamę, oraz od zgęszczenia miąższu płucnego.

H. Kucharzewski.

310. L. Lilienfeld. **Synteza peptonów.** (Kl. Ther. W. № 33. 98).

Jednym z najtrudniejszych zadań chemii organicznej jest synteza białka, gdyż dotąd nie posiadamy danych dostatecznych do sądzenia o ugrupowaniu cząsteczek w białku. Mimo to wielu już badaczy pracowało nad tą syntezą. Grimaux, Schützenberger i w. in., mimo nader sumiennych prac nie doszli do wyników zadawalniających.

Autor w r. 1894 w instytucie Berlińskim zaczął pracę nad syntezą. Punktem wyjścia był ester etylowy kwasu amido-octowego. Przez kondensację tego ciała z esterami tyrozyny i leucyny otrzymał kilka gramów ciała, bardzo podobnego do peptonów i albumoz.

Naturalnie, praca ta mogła mieć tylko przygotowawcze znaczenie, gdyż punkt wyjścia—estery amidokwasów mogą być użyte w ma-

łych tylko ilościach, produkty zaś rozkładu esterów etylowych kwasu octowego, łatwo rozpadają się, ztąd pochodziło, iż w różnych doświadczeniach różne otrzymał wyniki.

Dalsze badania autora doprowadziły go do lepszych wyników. Kondensując fenol z kwasem amido - octowym w obecności chlorku fosforu otrzymuje się po strąceniu zapomocą wysokości i eteru ciała, zbliżone do peptonu. Odczynniki dają też same co ze zwykłym peptonem reakcyę, inne własności chemiczne i fizyczne otrzymanego na tej drodze ciała odpowiadają własnościom chemicznym peptonu, wreszcie potwierdza to i analiza molekularna.

Badania nad pożywnością otrzymanego ciała są w toku, dziś już jednak autor może twierdzić, iż wartość pożywna jest taka sama jak peptonu.

Z punktu widzenia chemii biologicznej, wynik doświadczeń autora ma wielką wartość, gdyż przez analogię, kondensując homologi fenolu i glikoholu, można otrzymywać różne rodzaje białka.

J. Zawudzki.

311. Rezolucye ostatniego Zjazdu międzynarodowego higieny i demografii w Madrycie. (Wien. Med. Woch. 1898).

Na żądanie Chantemesse'a, Nocard'a i Calmette'a postanowiono wybrać komisję międzynarodową, która zajęłaby się określeniem jałowitości surowicy przeciwbłonicowej. Komisya ta ma się również zająć zbadaniem niebezpieczeństwa, jakie leczenie surowicą przedstawia. Do komisji tej powołani zostali uczeni przedstawiciele wszystkich państw: dla Niemiec: Behring, Erlich, Fraenkel, Loeffler, Pfeiffer, Wassermann; dla Anglii: Woodhead i Mc. Fadyan; dla Austrii: Gruber i Klebs; dla Węgier: Pertik i Fodor; dla Ameryki: Sanarelli; dla Belgii: von Ermengenn; dla Rumunii: Babès; dla Hiszpanii: Slorente i Mendoza; dla Francji: Calmette, Chantemesse, Duclause, Marmorek, Nocard, Roux; dla Holandyi: Sponch; dla Włoch: Di Vestea i Selavo; dla Japonii: Kitasato; dla Rosyi: Gabryczewski i Władimirov.

Używana odzież bywa bardzo często rozsądnikiem poważnych chorób: jak gruźlicy, błonicy, ospy, szkarlatyny i t. d. jeżeli nie była wyjałowiona. Sprzedaż takiej odzieży powinna być wzbroniona.

Przedmioty używane przez *cyrulików* i *fryzyerów* szerzą niejednokrotnie choroby skórne i przymiot. Byłoby bardzo pożądanem, aby każdy klient miał wszystkie własne przybory. Narzędzia, będące własnością razury, powinny być po każdym użyciu dokładnie wyjałowiane. Kundmanom, u których zauważyć można objawy jakiejś choroby skórnej, fryzyerzy usług swych odmawiać powinni.

W nowowznoszonych się *szpitalach* nie powinno się używać drzewa na podłogi. Tam zaś gdzie już one istnieją, mogą pozostać pod tym warunkiem, że je zrobiją nieprzepuszczalnymi.

Zraszanie i polewanie *jarzyn i owoców* brudną wodą powinno być wzbronione.

Zdrowotność poprawi się, jeżeli się zapobiegać będzie wybuchowi epidemii w miastach i innych miejscowościach zamieszkałych, przez usuwanie *wydzielin chorobowych* i obfite dostarczanie czystej wody.

Bruk uliczny powinien być w najwyższym stopniu gładki i nieprzepuszczalny, by uprzystępnąć utrzymanie czystości i ułatwić usuwanie pierwiastków zakaźnych.

Ulice powinny być jaknajszersze w stosunku do wysokości domów. Stosunek ten zależy od miejscowych i klimatycznych warunków. Każdy budynek zamieszkały powinien być od góry do dołu dobrze oświetlony i z dwóch stron dostępny dla powietrza.

Dla zapobiegania *ophthalmo-blennorrhoei* u noworodków, trzeba zachowywać najsurowiej przepisy aseptyki w czasie porodu.

Ujawnić skutki i wyniki jakie dają *kolonie letnie* dla dzieci i *ćwiczenia cielesne* na świeżem powietrzu.

(Wien. Med. Woch.).

H. K.

II. Choroby dzieci.

312. A. Antonelli. **Przyczynę do przymiotu dziecięcego.** (Annales de médecine et de chirurgie infantiles. № 12. 1898).

Autor podaje swoje uwagi względem przymiotu dziecięcego na niektóre pytania kwestyonariusza, wydanego przez belgijskie królewskie towarzystwo medycyny publicznej (la Société royale de Médecine publique de Belgique).

Autor — okulista, więcej niż od sześciu lat zajmuje się cierpieniami ocznymi przy przymiocie dziecięcym.

Przymiot czy to odziedziczony, czy nabyty jest u dzieci chorobą dosyć częstą. Postaci chorobowych klasycznych — z licznymi objawami — jest wogóle nie wiele, ponieważ przeważną liczbę stanowią postaci przymiotu złagodzone, z małą tylko ilością objawów albo nawet z jednym tylko objawem. Tak bardzo często trafia się w praktyce lekarskiej mieć pod swą opieką rodzinę, w której jedno z rodziców chorowało na przymiot i w której u kilkorga ich dzieci stopień odziedziczonego przymiotu rozmaicie się przedstawia, a nawet są dzieci, u których nie ma żadnych objawów przymiotu. Bardzo często dzieci ze złagodzonemi objawami przymiotu są uważane za gruźlicze lub skrofuliczne. A więc bardzo ważnym jest postawienie właściwego rozpoznania choroby w tak zwanych przypadkach wątpliwych. W takich razach niezbędnym jest badanie oczów, ponieważ dziecko z przymiotem dziedzicznym prawie zawsze jest dotknięte chorobowemi zmianami głębokich warstw oka, które rozwijają się w życiu płodowem lub podczas pierwszych lat życia. Duże wyniszczenie (cachexia) w przymiocie u dzieci, rzadko było spotykane przez autora.

Co się tyczy rodzaju cierpień przymiotowych, to autor zwykle spotykał się z objawami, stanowiącemi tak zwaną trójcę Hutchinsona. Otóż z tych objawów cierpienia uszu względnie były nie częste, lecz po większej części mało charakterystyczne, podczas gdy zmiany w oczach (Keratitis parenchymatosa etc.) były najwięcej stałemi i wydatnie rozwiniętymi. Keratitis parenchymatosa zwykle spotyka się u dzieci 6—10 lat mających, a cierpienia głębokich warstw oczów papillitis, chorioretinitis etc.) częste są nawet u dzieci kilkotygodniowych lub kilkomiesięcznych.

W końcu autor zaznacza, że udało mu się w ośmiu przypadkach stwierdzić dziedziczność wtórną przez skonstatowanie istnienia swoistych szczytkowych zmian na dnie oka u ojca lub matki małych pacjentów.

Rabek.

313. P. Hilbert. **Dlaczego możliwie wcześniej winniśmy wykonywać zastrzykiwania surowicy w błonicy?** (Deut. Med. Woch. № 15. 1898).

Liczne sprawozdania statystyczne z lat ostatnich co do leczenia błonicy surowicą zgadzają się na to, że wyniki leczenia są tem pomyslniejsze, im wcześniej nastąpiło zastrzyknięcie i, że z każdym dniem, który upłynął nieużytecznie, rokowanie staje się gorszem.

Z tego powodu autor zastanawia się nad rozpatrywaniem czynników, które mogą opierać się specyficznemu działaniu antitoksyny, gdy dopiero w późnym okresie choroby następuje zastosowanie surowicy. W tym względzie mogą być dwie możliwości: ilość jadu błonicowego zwiększa się bardzo obficie lub występują nowe, inaczej powstałe szkodliwości, na które surowica nie działa.

Z tych dwóch możliwości pierwsza jest mniej ważna, gdyż nie ma wątpliwości, że często cierpienie bardzo ciężkie i daleko posunięte, daje się usunąć przy pomocy surowicy. Należy mieć więcej na uwadze drugą możliwość. Przy błonicowym cierpieniu w błonach obok laseczników błonicowych, często znajdują się inne mikroorganizmy chorobotwórcze, które mogą wywołać w organizmie swoją działalność. Powstaje wtedy tak zwane zakażenie mieszane. W błonicy u człowieka największą wagę ma zakażenie streptokokkami.

Jakie ma znaczenie na przebieg cierpienia połączenie streptokokków z lasecznikami błonicowemi? Doświadczenia wykonane na zwierzętach ucza, że laseczniki błonicowe i streptokokki dobrze się rozwijają jedno obok drugich na sztucznym podłożu, nawet do pewnego stopnia ich wzrost wzajemnie jeden drugiemu sprzyja. Doświadczenia te dalej wskazują, że w ciele zwierzęcem występuje wzajemny wpływ u obojga pod względem zwiększenia się jadowitości.

Co do roli, jaką odgrywają streptokokki w organizmie ludzkim w cierpieniu błonicowym jest wiadomem co następuje. W błonach często znajdowano streptokokki obok laseczników Loefflera. Streptokokki znajdowano w narządach wewnętrznych w dużym procencie

zmarłych na błonicę. Wpływ streptokokków na błonicę u człowieka może być trojaki. Sprawa miejscowa w gardzieli z powodu obecności streptokokków, może się znacznie rozszerzyć, po drugie laseczniki błonicowe przy jednoczesnym rozwoju ze streptokokkami, mogą zwiększyć swą jadowitość, i w końcu streptokokki mogą opuścić pierwsiastkowe umiejscowienie w gardzieli, przesiedlić się w chore ciało i na własną rękę sprowadzić właściwe sobie spustoszenia. W pierwszym i drugim przypadku streptokokki pośrednio wpływają na przebieg cierpienia, w trzecim przypadku stanowią bardzo poważną komplikację. W razie najpomyślniejszym, streptokokki są zatrzymywane przez gruczoły chłonne, wywołują w nich ropnie, po których otwarciu i wyleczeniu wysiedlają się z organizmu. Najgorsze rokowanie mają przypadki, w których streptokokki przeszły do krwi i spowodowały posocznice.

Jaki jest wpływ surowicy przy mieszanem zakażeniu? Jeżeli z powodu obecności streptokokków błony osiągną znacznych rozmiarów, lub jadowitość laseczników błonicowych znacznie się spotęguje, to w każdym razie przy użyciu dużej ilości surowicy osiągnąć można zupełne wyleczenie.

W trzecim przypadku jest inaczej. Jeżeli streptokokki samodzielnie się rozwinęły i wystąpiła posocznica, to wtedy surowica jest zupełnie bezsilna. Jednak można uprzędzić taki stan rzeczy. Mianowicie streptokokki z początku są usadowione miejscowo tylko w gardzieli i tutaj, dzięki jednoczesnemu wrzodowi z lasecznikami błonicowemi, nabywają silnej jadowitości. Ile czasu potrzeba streptokokkom do osiągnięcia potrzebnej jadowitości, to nie jest wiadomem i w pojedynczych przypadkach ulega znacznym wahaniom. W każdym razie istnieje czas, kiedy błonica jest jeszcze nieskomplikowanym cierpieniem. Czas ten należy spożytkować dla leczniczych zabiegów. Przez zastosowanie surowicy usuwa się możliwość spotęgowania jadowitości streptokokków. Z tego powodu w każdym przypadku należy dążyć do leczenia surowicą możliwie jak najwcześniej.

Rabek.

314. H. K o s s e l. **Przyczynek do statystyki błonicy.** (Deutsche Medicinische Wochenschrift. № 15. 1898).

Autor dla wyprowadzenia wniosków co do działania surowicy przy leczeniu błonicy przytacza w tablicach dane statystyczne na dłuższe okresy czasu.

W pierwszej tablicy podaną jest liczba dzieci leczonych i zmarłych na błonicę w szpitalu Charité w Berlinie, w okresie czasu od roku 1886 do 1897/98. Śmiertelność ostatnich lat w porównaniu do lat poprzednich absolutnie i względnie jest mała. Jeżeli za przykładem Rosenbacha zebrać dłuższe okresy czasu, to wypada: dla czteroletnich okresów 1894—1898=134, 1990—94=308, 1886—90=316 śmierci; dla pięcioletnich okresów 1893—1898=211, 1888—93=410

śmierci. Zawsze takie same okresy, które obejmują leczenie surowicą, są pomyślniejsze, pomimo, że wykazują znacznie wyższą liczbę przyjmowanych chorych. W okresie leczenia surowicą 1894—1898 absolutna śmiertelność przy błonicy w Charité spadła do połowy śmiertelności poprzedniego takiej samej wielkości okresu.

Druga tablica wykazuje liczby chorych leczonych i zmarłych na błonice we wszystkich szpitalach Berlina i liczby przypadków zachorowania i śmierci na błonice w Berlinie po za szpitalami. Z tej tablicy widzimy, że w roku 1896 i 1897 w całym Berlinie było tylko tyle przypadków śmierci na błonice, ile dawniej było przypadków śmierci w latach najpomyślniejszych w samych tylko szpitalach. Absolutna śmiertelność ostatnich lat pozostała znacznie w tyle poza śmiertelnością lat poprzednich, tak że wynosi zaledwie trzecią część poprzedniej śmiertelności.

Trzecia tablica podaje liczby przypadków śmierci na błonice w miastach niemieckich z ludnością wyższą ponad 15,000. Tablica ta wykazuje nadzwyczaj duże zmniejszenie się przypadków śmierci przy błonicy.

Tablica czwarta podaje liczby zmarłych na błonice w Paryżu za ostatnie 10 lat. Z tablicy tej widzimy stałe zmniejszanie się przypadków śmierci.

Otóż przy obliczeniach statystycznych za duże okresy czasu przypada pomyślniejszy rezultat dla okresu leczenia surowicą. Nie ma danych, aby zmniejszenie się śmiertelności przy błonicy było tylko przypadkowym i nie zależało od nowowprowadzonej metody leczniczej.

Rabek.

III. Choroby układu nerwowego.

315. Prof. Dr. Moriz Benedikt. **O bólach głowy.** (Ueber Kopfschmerzen. Wiener Klinik. Heft. 3. S. 85—104. 1898).

Gwoli różniczkowania poszczególnych bólów głowy, autor przyjmuje trzy postaci nerwobólów wogóle: 1) nerwobóle, dosięgające momentalnie maximum nateżenia, by również szybko ustąpić; przyczem nawroty występują na tych samych miejscach, lub też innych, zaś całkowity okres trwania wynosi godziny, lub doby całe. Nie ulega wątpliwości, że bóle te, zwane błyskawicznymi, rwąciami, kłującymi, mają miejsce li-tylko w cierpieniach korzeni nerwowych, oraz ich najbliższych rozgałęzień w ośrodkowym układzie nerwowym. 2) Nerwobóle o nieznanem nateżeniu, wzmagające się stopniowo i podległe wahaniom; bóle takie po pewnym czasie spadają do minimum, lub zupełnie ustępują. Po okresie względnie wolnym od bólów, te ostatnie mogą się ponawiać, zachowując właściwy sobie charakter; mają miejsce przy zajęciu zwojów i pni nerwowych, występują na głowie w okolicy nerwu trójdzielnego, względnie nerwu nadoczodołowego, w okolicy nerwów potylicowych i zwoju szyjowego górnego. 3) Ner-

wobóle, podlegające stosunkowo małym wahaniom i trwające dłużej lub krócej, — mają miejsce w cierpieniach zwojów i nerwów obwodowych. Trzy te postaci stwierdzają mechaniczno-biologiczną właściwość poszczególnych części ustroju nerwowego, mianowicie różną odporność ich na bodźce chorobowe. Większość bólów głowy nosi cechę trzeciej postaci, czyli jak ją autor nazywa, miejscowej: w rzeczy samej wiele bólów jest cierpieniem miejscowym, powstałym w oponach zewnętrznych głowy i kościach czaszki wskutek np. przeziębienia, lub przymiotu; toć jednak miejscowe bóle głowy mogą występować i w sprawach, zachodzących w mózgu oraz w jamach kości twarzowych. Odrębną zupełnie postać od wyżej przytoczonych przedstawia sobą migrena, w której bóle występują również w narządach zewnętrznych, osobliwie w kościach, najważniejszym jednak i najstalszym objawem migreny jest chorobliwa nadeżność zmysłów, natomiast umiejscowienie jednostronne, jakoteż występowanie napaadowe są objawami niestałymi.

Do zabrania atoli głosu o bólach głowy, skłonił autora znamieny fakt, że przy miejscowych cierpieniach mózgu, osobliwie przy nowotworach tegoż, niezależnie od umiejscowienia nowotworu, mogą występować silne nader bóle głowy, które noszą *charakter miejscowego cierpienia* opon, ewentualnie kości. Przystępując do wyjaśnienia owego zjawiska, autor zwraca uwagę na panujące dotychczas błędne pojęcie co do rozwoju kości wogóle, kości zaś czaszki w szczególności. Mianowicie, dość rozpowszechnione mniemanie, jakoby rozwój kości odbywał się tylko po brzegach tychże i, co zatem idzie, że przedwczesne zrośnięcie szwów hamuje rozwój mózgu, jest bezwątpienia, błędnem. Dzisiejszym anatomom znane jest prawo o wspólności przyczyny, warunkującej sobą tak rozwój mózgu, jak i rozrost czaszki: raczej ten ostatni jest więcej zależny od pierwszego. Ponieważ tedy wszelki rozwój mózgu powoduje odpowiedni rozrost czaszki, staje się zrozumiałem, iż podobny stosunek może zachodzić, gdy bodziec fizyologiczny zostanie zastąpiony przez bodziec chorobowy, który, mając swe siedlisko w mózgu, wywołuje podrażnienie kości i powłok zewnętrznych. Następstwem owego podrażnienia są zmiany analogiczne z tymi, które zachodzą przy rozwoju fizyologicznym kości, zatem w pierwszym rzędzie zaburzenia w krwiobiegu i odżywianiu, a te wystarczają, by powstał ból miejscowy.

Wspomniana wspólność przyczyny, warunkującej sobą rozwój czaszki i mózgu, jest tylko wyrazem doniosłego nader *prawa biologicznego o wspólności warunków rozwoju i egzystencji tak powłok zewnętrznych, jak i narządów wewnętrznych*, wogóle. Prawo to znajduje zastosowanie nietylko w procesach fizyologicznych, lecz i w sprawach chorobowych, zachodzących w ustroju: w tych ostatnich przypadkach nazywa go autor *prawem o wspólnem oddziaływaniu narządów na bodźce chorobowe*.

Dla lepszego zrozumienia powyższych praw biologicznych, przytacza Benedikt liczne przykłady. Tak prawo o wspólności warunków rozwoju i egzystencji narządów stwierdzają: 1) znana już Meweniusowi Agrippie zależność organizmu od żołądka i odwrotnie; 2) wzajemny stosu-

nek zachodzący między poszczególnymi narządami ciała dzięki wydzielinom tychże i resztą narządów; 3) wzajemny stosunek między jakością krwi a warunkami istnienia i sprawnością wszystkich narządów ciała; 4) tak zwane *wydzieliny wewnętrzne*, polegające na tem, że niektóre narządy, jako to śledziona, gruczoł tarczowy, przydatek mózgu, produkują substancje, które, dostawszy się do krwi, przyjmują udział w tworzeniu się innych narządów, jako też podtrzymują ich sprawność; wzajemny stosunek, zachodzący między sercem i nerką: ten ostatni stał się zrozumiałym od chwili badań Tigerstäda, który w wyciągu nerek znalazł substancję, nie występującą wprawdzie w moczu, podnoszącą jednak w ustroju napięcie naczyń obwodowych. Tym sposobem substancja owa, wzmagając pośrednio działalność serca, może dać powód do zwyrodnienia tegoż.

Prawo o wspólnem oddziaływaniu narządów na bodźce chorobowe między innymi stwierdzają: 1) fakt, że dwa lub więcej narządów bez względu na budowę, podlegają tym samym uszkodzeniom, od kurzu, np. mogą zachorować oba oczy. 2) Toksyny, krążące we krwi, które również bez względu na budowę narządów, wywołują w nich to samo cierpienie (podagra, gościec stawowy, gościec tryprowy, przymiot; zatrucie rćcią, ołowiem, wyskokiem). 3) Prawo, znajdujące swój wyraz w tem, że narządy naszego ciała są przystosowane do czynności swych tylko na określony przeciąg czasu, poczem wszystkie bez względu na rolę, jaką odgrywają w ustroju, podlegają zwyrodnieniu.

Opierając się następnie na danych o nowotworach, które, jak wiadomo, rozszerzają się przerzutowo, wyprowadza autor *prawo o przerzutowym rozszerzaniu się bodźców chorobowych*. Prawo to wspólnie z prawem o jednakowym okresie trwania wszystkich narządów, tłumaczy w zupełności jednoczesne występowanie rozsianych zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, jak to ma miejsce, np. w wadzie rdzenia, paraliżu postępowym i t. d.

Zatem w cierpieniach tych każdy objaw lub każdą grupę objawów należy starać się wiązać z odpowiednim ośrodkiem mózgowym: jest to *zasada rozpoznania wieloogniskowego*, zawdzięczająca swój początek autorowi, a znosząca istniejącą dotychczas *zasadę Bell'a rozpoznania jednoogniskowego*, według której wszelkie objawy sprowadzano do jednego ośrodka w mózgu. Zjawisko przerzutowego rozszerzania się bodźców chorobowych już dawno zwracało na się uwagę badaczy: osobliwie objawowe bóle głowy i zapalenie tarczy wzrokowej, występujące w przebiegu nowotworów, były faktami zbyt uderzającymi, by nie postarano się o ich objaśnienie. Tłumaczono je też sobie teorią o ucisku mózgu.

Jak błędem jest podobne tłumaczenie, wykazuje najdowodniej spostrzegany przez autora przypadek mięsaka mózgu. Przypadek ów, dotyczący 44-letniego mężczyzny, dawał następujący obraz kliniczny: początkowo niewielkie bóle głowy i stopniowy zanik pamięci, po dwóch tygodniach obustronne zapalenie nerwu wzrokowego, drgawki kończyn lewych, niedowład mięśni wargowych lewych, bóle głowy,

poczem osłabienie kończyn lewych, mimowolne oddawanie moczu i kału. W 5 tygodni od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby — śmierć wśród objawów zapaści. Badanie pośmiertne wykazało w lewej półkuli obecność mięsaka wielkości wiszni w okolicy rogu Amona, następczy przerost półkuli prawej, osobliwie zwojów ośrodkowych, przepuklinowe wyrostki mózgu wielkości ziarnka prosa, występujące przez otwory opony twardej, równoległe do brzegu prawego zrazu skroniowego, wgłębienia na kościach czaszki. Zwracając uwagę, że w chwili zgłoszenia się doń pacyenta, nowotwór nie był większym od ziarnka konopnego, pomimo to wtedy już dawał objawy zaburzeń w sferze psychicznej, trudno pojąć, by przyczyną tych zaburzeń było ciśnienie, wywołane przez nowotwór tak nieznacznej wielkości, znajdującej się przytem w narządzie, który z ośrodkami życia duchowego pozostaje w związku nader luźnym. Również pozostaje niezrozumiałem, jak ciśnienie to mogło spowodować pęknięcie opony twardej i wgłębienia na czaszce. Zresztą jak to uprzednio wykazał Benedikt, w mózgu istnieje specjalny przyrząd, służący do regulowania powstającego wewnątrz ciśnienia: jest nim plexus chorioideus, którego komórki, jak również komórki opon miękkich są narządami wydzielniczymi. Pełniąc czynność wydzielniczą przy zmniejszającym się ogólnie ciśnieniu mózgu, te same narządy warunkują sobą wessanie z chwilą, gdy ciśnienie mózgu się zwiększa.

W końcu mówi autor o zabiegach leczniczych, stosowanych przez się w bólach głowy. Tak przy nerwobólach głowy, jakoteż nerwobólach wogóle, najlepsze wyniki spostrzegał Benedikt przy stosowaniu jodku sodu. Niemniej dobre wyniki otrzymywał: 1) przez leczenie elektrycznością; 2) stosowanie points de feu, drażniąc ranę za pomocą ungt. Mezerei; 3) przez wstrzykiwanie podskórne 2^o/_o roztworu kwasu karbolowego. W nerwobólach nerwu trójdzielnego i zwoju szyjowego górnego, w celu uniknięcia zeszeceenia, zamiast points de feu zaleca Benedikt zabieg operacyjny, polegający na wyciąganiu nerwu aż do przerwania tegoż. W rwie kuluszowej, stosował autor wyciąganie bezkrwawe, w nerwobólach kończyn wogóle metody mechaniczne, jako to szczypanie i t. p. Rozumie się samo przez się, że w nerwobólach, których przyczyną są sprawy ogólnej natury, jakoto bezkrwistość, przymiot, biąkomocznica i t. p. oprócz wzmiankowanych zabiegów symptomatycznych, należy stosować leczenie tym cierpieniem właściwe. Migrenę należy leczyć: 1) elektrycznością; 2) magnetyzmem przez kładzenie magnesu metalicznego na głowę; 3) hypnotyzmem; 4) jodkiem sodu. We właściwie objawowych bólach głowy, występujących w przebiegu nowotworów mózgu, jako środki jedynie skuteczne, uważa Benedikt jod i rtęć: tę ostatnią należy stosować i w tych przypadkach, gdzie momentem etiologicznym nie jest przymiot. Ważnym również zabiegiem leczniczym w objawowych bólach głowy, jest stosowanie points de feu loco doloris, następcze drażnienie rany za pomocą ungt. Mezerei przynajmniej w ciągu tygodnia, poczem dopiero ranę należy zagoić.

W. Hanicki.

316. H. K ö s t e r. **Przyczynek do Dermatomyositis.** (Zur Kenntniss der Dermatomyositis). (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. XII. Z. 2).

Cierpienie w nagłówku wymienione, a poraz pierwszy przez *Unverrichta* opisane, jest dotąd mało znane, kazuistyka jego nieliczna, odróżnienie od niektórych pokrewnych obrazów klinicznych niekiedy bardzo trudne. W pracy swej autor bardzo zwięździe zestawia szereg przypadków, znakomicie te trudności rozpoznawcze ilustrujących. Pierwszy przypadek, pomimo niektórych mniej ważnych złożeń — brak powiększenia śledziony, obrzęk powiek i warg — uchodzić może za typowy.

W krótkim streszczeniu jest on następujący:

36-letnia kobieta w końcu r. 1892 poczuła ogólne osłabienie. W marcu 1893 bóle i obrzęk w udach, następnie w ramionach i przedramionach; przy ucisku i najmniejszym poruszaniu, bóle wzmagaly się; pocenie się nadmierne części dotkniętych. Kali jodatum, kąpiele przyniosły ulgę, ale tylko czasową. W sierpniu: silny obrzęk powiek, skóra na nich czerwoną; na wargach obrzęk mniejszy, mowa jednak utrudniona. Ucisk na twarz, poruszenie mięśni twarzowych — sprawiają chorej ból. Błona śluzowa gardzieli zaczerwieniona, zaburzenia przy łykaniu.

Silny obrzęk w okolicy *Mm. supraspinales* i *cuculares*, oraz na stronie wyprostnej obu ramion; obrzęk ciastowaty, skóra blada, ucisk bardzo bolesny, pozostawia zagłębienie nieznaczne i na krótki czas; mięśnie wyczuć trudno, miejscami tylko wyczuwa się je jako twarde masy. *M. deltoides* w stanie zaniku. Pozostałe części kończyn i tułowia również przy ucisku wrażliwe, ale obrzęku w nich niema. Na grzbiecie ręki występuje chwilami silne zaczerwienienie, szybko przechodzące.

Chora nie jest w stanie podnieść się, ani siedzieć, ani głowy podnieść z poduszki. W kończynach górnych ruchy ograniczone i słabe. Kończyny dolne prawidłowe.

W dalszym przebiegu obrzęk z wolna się rozprzestrzeniając, zażył całe kończyny górne i dolne, język, a w końcu i klatkę piersiową. Mięśnie brzucha były przy naciskaniu bolesne, ale obrzęku w tem miejscu nie było. Kończyny były zupełnie nieruchome, językiem chora poruszała z trudnością, zaburzenia przy łykaniu się wzmożyły, wystąpiła duszność, przyłączyła się pneumonia dextra — w końcu września chora zmarła.

Taki jest typowy obraz dermatomyositis, ale objawy podobne, jak już powiedzieliśmy, występować mogą i w innych warunkach. Reumatyczne cierpienie mięśni — *polymyositis rheumatica* — daje również bóle, bolesność mięśni, obrzęk ich resp. większe napięcie — brak jednakże obrzęku tkanki podskórnej w okolicy mięśni dotkniętych oraz zmian w skórze. W jednym przypadku, przytoczonym przez autora, *endocarditis v. mitralis* potwierdzało pochodzenie reumatyczne choroby.

W towarzystwie ostrego reumatyzmu stawów, występować może obrzęk kończyn, dotyczący przede wszystkim tkanki podskórnej, ale i mięśnie być mogą obrzękłe i przy ucisku bardzo wrażliwe. Przypadek taki autor opisuje szczegółowo. Rozpoznanie nie jest tu trudne: obrzęk w reumatyzmie stawowym jest odmienny, niż w dermatomyositis, przy ucisku pozostaje znaczne zagłębienie, brak obfitych potów, Natrium salicylicum okazuje się skutecznem; wraz z ustąpieniem cierpienia stawowego obrzęk się zmniejsza.

W rozsianem zapaleniu nerwów wreszcie również spostrzegać można obrzęk mięśni i wielką bolesność ucisku na nie w połączeniu z obrzękiem tkanki podskórnej. Obecność innych objawów polimyositis, brak zmian w skórze (zresztą, spotkać można krwotoki, jak np. w jednym przypadku autora) ułatwiają rozpoznanie.

Pomimo to, spotykają się przypadki, w których rozpoznanie pozostaje niepewnem. Tak np. u 8-letniego chłopca po zapaleniu gardzieli, wystąpiły silne bóle w mięśniach kończyn i tułowia; przy ucisku i ruchach bóle się wzmagaly. Obrzęk mięśni zauważono tylko w łydkach, obrzęku tkanki podskórnej nie było; w kończynach dolnych w okolicy stawów kropkowane i większe krwotoki; później przyłączył się nephritis, po 2-ech miesiącach — wyzdrowienie. Wykluczając trychinozę oraz reumatyzm stawowy (pomimo peliosis rheumatica), autor, biorąc głównie pod uwagę powikłanie z zapaleniem nerek, bardzo rzadkie w reumatyzmie mięśniowym, oświadcza się za nietypową postacią dermatomyositis.

Co się tyczy etyologii tego ostatniego cierpienia, to jedni autorzy przemawiają za zakażeniem z zewnątrz (infectio), drudzy za autointoksykacją. Przebieg cierpienia zazwyczaj przewlekły i bezgorączkowy — nie zgadza się wcale z przypuszczeniem infekcyi. Powiększenia śledziony również często brak. Zresztą ani autor, ani przed nim *Unverricht* i *Strümpell* nie wykryli w mięśniach żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych tak, że *Strümpell* już przypisać musiał winę toksynom. Że otrucie może być przyczyną cierpienia, dowodzą przypadki *Boecka*, po wcieraniu balsamem kopaiwy i *Senatora* po spożyciu nieświeżych raków. Za możliwością samozatrucia przemawia przypadek *Albu*, w którym cierpienie mięśniowe było następstwem długotrwałych zaburzeń żołądkowych.

Co się tyczy wreszcie patogeny pojedynczych objawów, to autor mniema, że zmiany w skórze, obrzęk mięśni i obrzęk podskórny powstają niezależnie jeden od drugiego. Obrzęk tkanki podskórnej nie jest zapalnym, jak głoszą niektórzy autorzy; charakter jego jest inny, bardziej trwały. Nie zawsze znajdujemy obrzęk podskórny tam, gdzie są największe zmiany w mięśniach: obrzęk tych ostatnich może być dość znaczny, a tkanka podskórna pozostać niezmienną. Bardzo rzadko bywa odwrotnie t. j. obrzęk li-tylko tkanki podskórnej bez odpowiednich zmian w mięśniach.

Badając mięśnie w przypadku, zakończonym śmiercią, autor prócz zmian degeneracyjnych — w mniejszym lub większym stopniu: zwyrodnienia hyalinowego, rozpadu drobno- i gruboziarnistego — znalazł wszędzie bardzo znaczne rozszerzenia małych i włoskowatych

naczyń. Rozszerzenie naczyń i przekrwienie znaleziono nawet w mięśniach (np. sercowym), w których zwyrodnienie było bardzo nieznaczne. Zdaniem autora, pareza naczyń jest w tem cierpieniu objawem głównym, któremu przypisać należy, zarówno zmiany w skórze jak i obrzęk podskórny. O ile zmiany mięśniowe są od niego zależne, na razie rozstrzygnąć nie można. Również pozostaje dotąd niewyjaśnionem, czy ta pareza naczyń powstaje wskutek działania przypuszczalnych toksyn na same naczynia, czy też na ośrodki. Symetria cierpienia w większości przypadków, niekiedy zajęcie pojedynczych nawet mięśni na obu stronach ciała przemawia bardziej za ostatniem przypuszczeniem.

Bregman.

317. Eulenburg. Przeszczenie ścięgien w przypadku paraplegia. *Spastica cerebialis czyli t. zw. choroby Little'a.* (Schneüberpflanzung in einem Falle spastischer cerebraler paraplegie). (Deutsche Med. Woch. № 14. 1898).

Wiadomo, że w przypadkach paralysis spinalis infantilis, które doprowadziły do nieprawidłowego ustawienia stopy (pes varus, equinus, equino-varus, valgus, calcaneus), gdy elektryczność, gimnastyka, ortopedia celu nieosiągają, stosowano wprowadzony przez Nicoladoni'ego i Drobnika zabieg chirurgiczny, t. zw. przeszczepienie ścięgien, którego celem jest czynnościowo osłabione i niesprzeczne mięśnie podać nowej odśrodkowej innerwacji. W przypadku pes varus i equinovarus będących następstwem paralys. spinal. infant. rozszczepiano wzdłuż ścięgno z częścią gastrocnemii i łączono ze ścięgnem m. peronei lub ścięgna tibialis ant. i extensor hallucis z ext. digitor. com. i otrzymywano bardzo zadawalającą restytucję czynności niesprzecznych mięśni.

Otóż autor powziął myśl zastosowania podobnego zabiegu w przypadku diplegiae spasticae cerebialis infantilis czyli t. zw. choroby Little'a. Nieprawidłowe ustawienie stopy w tych przypadkach nie jest następstwem zaniku i zwyrodnienia mięśni, które też niekoniecznie bywają porażone, lecz następstwem kurczowego napięcia mięśni. Te t. zw. „przymusowe ustawienia“, różnią się od przykurczeń porażonych pochodzenia rdzeniowego tem, że stosownie do stopnia kurczu, nie zachowują się jednostajnie, niekiedy w spoczynku zuiakają, w ruchach zaś nateżonych występują bardzo silnie i, naturalnie, ruchy utrudniają lub całkiem uniemożliwiają.

Łączą się one z innymi objawami spastycznymi: wzmożeniem odruchów ścięgowych, drżeniem, atetozą i t. d. i były objaśniane pierwotnie niedorozwojem dróg piramidalnych. Ponieważ jednak mogą być nabyte, autor objaśnia je naruszeniem równowagi w ośrodkach korowych pod wpływem chorobliwego zбочenia pobudzeń fizyologicznie regulujących koordynacją ruchową mięśni antagonistycznych. Zwykle nadmiernej innerwacji podlegają zginacze. W leczeniu tej ciężkiej, zwykle z niedorozwojem mowy i inteligencji oraz ze skłonnością do

nerwie drgawkowych (chorea, athetosis, epilepsia) występującej choroby, masaż, czynna gimnastyka tylko mało i chwilowo pomagają i są wogóle do zastosowania w praktyce u takich chorych trudne, powyższe względy usprawiedliwiają pomysł autora zastosowaniem przeszczepienia ścięgna w przypadku następującym:

4-letnia dziewczynka z rodziny nerwowo nie obciążonej, której matka na 6 tygodni przed porodem uległa przypadkowi przejechania na ulicy, w kilka tygodni po urodzeniu zaczęła zezować, oraz zdradzać paręzę prawostronną. Inteligencya dziecka nierozwijała się, na początku 4-go roku zaczęła wymawiać niewyraźnie jednozgłoskowe wyrazy. Rysy twarzy idyotyczne, półotwarte usta, niewymotywowane krzyki i płacze. Sama chodzić nie mogła, musiano ją ciągnąć ku przodowi, przyczem stopy w położeniu varo-equicus ciągnęły się, ślizgały po posadzce lub krzyżowały przy jednoczesnym zgięciu w stawach kolanowych i biodrowych, z nachyleniem ciała ku przodowi. Nie było zaniku mięśni, oddziaływanie elektryczne prawidłowe, wzmożone odruchy. Nadmiernej innerwacji podlegały zginacze.

Na propozycyę autora prof. Sonnenburg zgodził się sposobem próby na przeszczepienie ścięgna Achillesa na m. peronei. Początkowo dokonano tego tylko na kończynie prawej. W głębokiej narkozie odcięto wzdłuż przyległą do peronei połowę ścięgna Achillesa z częścią solei, pozostałą część ścięgna Achillesa przecięto, następnie rozpruto ścięgna peronei i, włożywszy weń oddzielną część ścięgna Achillesa z mięśniem, przszyto je katgutem. Zeszywszy ranę skórą, stopę zgiętą grzbietowo i w pronacji, umieszczono w przyrządzie gipsowym. Po 2-ach tygodniach, gdy przyrząd zdjęto, znaleziono poprawione położenie stopy i brak wszelkich objawów kurezowych. Podczas drażnienia faradycznie n. tibialis w jamce podkolanowej, otrzymano pronacyę stopy jako dowód, że rozkład czynności podług założenia osiągnięto, t. j. że część innerwacji ze zginaczy podszwowych przeszła na zginacze grzbietowe i na peronei. Dziecko mogło stąpać całą stopą, zanotowano natomiast wychudzenie i pewne osłabienie zginaczy podszwowych, przejściowe, które przypisano przecięciu ścięgna Achillesa. W miesiąc potem zoperowano zupełnie w tenże sam sposób, z wyjątkiem przecinania ścięgna, kończynę lewą. Wynik ogólny był bardzo pomyślny. Położenie obu stóp zostało poprawione, mięśnie miękkie i giętkie w ruchach czynnych, bez skłonności do skureczu, tylko w prawej nodze zjawiał się jeszcze czas jakiś skurecz zginaczy palców. Chód znakomicie się poprawił, tylko niekiedy jeszcze pod wpływem zmęczenia lub rozdrażnienia, lewa stopa zdradzała pewną skłonność zwracania się ku wewnątrz. Stopniowo wszelki ślad kurezów zniknął.

Autor przypisuje zmianie warunków na obwodzie wpływ regulujący na drodze dośrodkowej koordynacyi ośrodków. Jakkolwiek wiek dziecięcy przedstawia dogodniejsze warunki do takiej regulacyi koordynacyi, gdyż zwykle ruchy miejscowości nie zautomatyzowały się jeszcze, sądzi jednak, że zakres opisywanego zabiegu chirurgicznego, należałoby rozszerzyć i próbować jego skuteczności nawet na dorosłych w częściowych porażeniach po hemiplegii, w ciężkich

zastarzałych porażeniach obwodowych, w porażeniach częściowych urazowych i t. p. *Rzeźniowski.*

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

NOWE LEKI.

318. **Glandula parotis sicc. pulv.** Otrzymuje się ten preparat z gruczołu przyusznego owiec i baranów. 1 część preparatu odpowiada 10 częściom świeżego narządu. Już w r. 1896 spostrzegł R. Bul (*Therap. Wochenschrift*), że parotis wywiera znaczny wpływ na jajniki. Nie można stanowczo twierdzić, że choroby jajników zależą od pewnej niedostatecznej, specyficznej funkcji gruczołu przyusznego, chociaż przemawiają zatem spostrzeżenia autora, również jak i Mc. Gregors'a, który skutecznie leczył choroby jajników podawaniem gruczołu przyusznego. W roku zeszłym ogłosił Bell w *Intern. Med. Mag. Ng.* przeszło 60 przypadków powiększenia i bolesności jajników, w których udało mu się osiągnąć wyleczenie jedynie preparatami gruczołu przyusznego. Stosuje się po 0,3 kilka razy na dzień. *H. K.*

319. **Rosenbach** (z Petersburga) opisuje następujący **niewykłty przypadek zboczenia popędów płciowych**: 19-letni mężczyzna już od dzieciństwa (od 10-go roku życia) czuł szczególnie pociąg do chłopców; widok ich sprowadzał erekcyę, a niekiedy nawet ejakulacyę. W następstwie popęd ten wzmagał się jeszcze bardziej; największe jednak działanie wywierał widok oddawania przez chłopca moczu. W ostatnich 2 latach chory dużo masturbował; w celu pobudzenia płciowego służył mu mocz kolegi, z którym dzielił pokój, i mocz ten chory brał do ust, lub zamaczał w nim, wnet po wypuszczeniu go, obie ręce, albowież obmywał nim części płciowe i bieleźną swą. Największą satysfakcyę sprawiał mu mocz, będący w stanie rozkładu (ale zawsze cudzy), chory maczał w nim chustki i przechowywał je, lub zawiesział nad łóżkiem.

Drugi sposób pobudzenia fantazyi płciowej chorego, stanowi wykolejenie się wagonu. Niekiedy już myśl o tym fakcie wystarczała do wywołania erekcyi. Innym razem chory (mieszkając w bliskości cegielni, do której prowadziła mała kolejka) sam podkładał kamienie, lub nastawiał zwrotnicę, chcąc sprowadzić wykolejenie wagonu. Przytem największe zadowolenie sprawiało mu, gdy sam w tym wagonie się znajdował. Ciało kobiece, a zwłaszcza piersi zawsze wstręt w nim budziły.

(*Neurol. Centr.* № 24 1897).

B-n.

320. N ä c k e opisuje następujące spostrzeżenie, oparte na samo-
obserwacji: w czasie wizyty lekarskiej na oddziale psychiatrycz-
nym został przez obłąkanego uderzony w twarz, padł nieprzy-
tomny na ziemię. Obecni podnieśli go i posadzili na kanapie;
przytomność wróciła po chwili, (N. pamięta, jak siadł na kana-
pie), lecz potem nastąpił okres zamroczenia przytomności, trwający
10—15 minut i powikłany całkowitą amnezją. Po kilku sekun-
dach N. się podniósł, zapisał w dzienniku, że chory go uderzył,
zaordynował hyoscynę, dokończył wizytę, opuszczając jednakże jeden
pokój i zszedł po schodach do swego mieszkania. O tych wszystkich
czynnościach, również jak o samym uderzeniu N. nic nie pamięta.
Pamięć wróciła dopiero z chwilą, gdy wszedł do mieszkania. Cały
dzień jeszcze N. doznawał pewnej trudności w myśleniu (torpor ce-
rebr).

Spostrzeżenie to jest z tego względu bardzo ciekawe, że lekki
stosunkowo uraz — uderzenie w twarz ręką, bez naruszenia czaszki,
sprowadził wstrząśnienie mózgu, a w następstwie poważne, choć krót-
kotrwale — zaburzenia psychiczne. Spostrzeżenie takie, — słusznie
kazuje autor — powinno być przestrożą dla nauczycieli zbyt po-
chopnych do wymierzania uczniom kary doraźnej.

(Neurol. Centr. № 24. 1897).

B-n.

321. J. B. Charcot i Byron spostrzegali **otrucie ołowiem**
u kobiety zajmującej się wyrabianiem kwiatów sztucznych. Zajęcie jej
polegało na obwijaniu łodyg gumowych papierem zielonym; dla
ułatwienia sobie tej roboty chora zwilżała ustami koniec wstęgi pa-
pierowej. Badanie chemiczne tego papieru również jak innych w tym
samym celu używanych barwy brązowej lub brązowo-zielonej, zie-
lono-żółtej lub czysto żółtej — wykazało dość znaczną zawartość
chromianu ołowiu, jako barwnika żółtego. Barwnik ten rozpuszcza
się dość łatwo w płynach alkalicznych, do jakich ślina należy.
Doświadczenie w epruwetce dowiodło w samej rzeczy, że dość znac-
na ilość ołowiu przejść może z papieru do śliny.

(Arch. de Neurol. 1897).

B-n.

322. Parlament w *Connecticut* postanowił **zabronić epileptykom**
wstępowania w związek małżeński, jeśli kobieta ma mniej niż 45.
Za wykroczenie przeciw temu prawu oznaczono jako karę, trzy lata
więzienia. Osobom, które przyczyniły się do takiego małżeństwa,
wyznacza się rok więzienia lub karę pieniężną w ilości 1000 dolarów.

B-n.

323. A p e r t znajdował w niektórych **przypadkach anginy micro-**
coccus tetragenis, — lub w towarzystwie innych drobnoustrojów.
Prawie we wszystkich tych przypadkach objawy ze strony gardła
poprzedzane były zapaleniem opłucny.

(Soc. de biolog.).

H. K.

324. Boucheron w Tow. Biologicznem w Paryżu przytaczał
dwa przypadki astmy, wyleczone zastrzykiwaniami surowicy przeciw-
paciorekcowej.

Pierwszy przypadek dotyczył 43-letniego mężczyzny, cierpiącego na przewlekły nieżyt nosa i napady nocne duszniczy. Napady te, które zjawiały się codziennie, znikły zupełnie od czternastu miesięcy, dzięki zastrzykiwaniom powtarzanym od czasu do czasu. Drugi przypadek dotyczył mężczyzny w wieku lat 50, u którego również nocne napady duszniczy znikły bezpowrotnie po czterech zastrzykiwaniach surowicy.

H. K.

325. De Cyon zdawał sprawozdanie w Paryskiej Akademii Nauk z prac swoich nad **funkcją przydadku mózgowego** (hypophysis cerebri). Badacz ten przekonał się, że każdy ucisk nawet lekki, wywołany na przydatek, manifestuje się bezzwłocznie przez raptowną zmianę ciśnienia krwi i przez wyraźne zwolnienie bicia serca, którego siła na ten czas znacznie się wzmacnia. Podrażnienie hypophysis prądem elektrycznym nawet bardzo słabego natężenia, sprowadza te same zjawiska co i ucisk mechaniczny, chociaż w znacznie wyższym stopniu. Oprócz tej roli czysto mechanicznej, przydatek mózgowy ma i znaczenie chemiczne, wytwarza on ciało: hypofizynę lub też fosforohypofizynę, przeznaczoną dla zmniejszenia pracy mechanizmu automatycznego.

(La Sem. Med. 1898).

H. K.

326. Na jednym z ostatnich posiedzeń Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. A. Bagiński zabierał głos w kwestyi **ogólnego i miejscowego upustu krwi u dzieci**. Mówca wogóle jest przeciwny puszczaniu krwi u dzieci pod jaką bądź postacią, uważa on ustrój dziecięcy za słaby na ten heroiczny zabieg leczniczy. Ogólny upust krwi mianowicie wenesekę dopuszcza Bagiński jedynie w tym przypadku, gdy wskutek przeszkód mechanicznych w obiegu krwi, grozi paraliż przepelnionemu sercu. Miejscowy upust, pod postacią pijawek uważa za wskazany w przypadkach eklampsyi, czy to zwykłej, czy uremicznej, również wskutek przeszkód mechanicznych w krążeniu czaszkowym.

(Berl. Kl. Woch.).

H. K.

327. **Hoek w przewlekłych zapaleniach oskrzeli**, pozostających niekiedy u dzieci po przebytej odrze, grypie, kokluszku, wietrznej ospie i t. d., zaleca **kreozotal** w 3—5% roztworach. Środek ten wolny jest od drażniących własności kreozotu, który przez dzieci bywa znoszony w roztworze najwyżej dwuprocentowym, i to nie zawsze. Jeżeli apetyt chorego jest dobry, można zaczynać od razu od 3^o/_o-go roztworu i stopniowo dojść do 5^o/_o-go. Podawać należy 2—3 łyżeczki dziennie. Po upływie 10—14 następuje znaczna poprawa, zaś po 3—6 tygodniach zupełne wyleczenie, poczem kreozotal powinien być przyjmowany jeszcze przez czas pewien w zmniejszających się stopniowo dawkach.

(Wiener Med. Blätter. № 10. 1898).

F. S.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Rok 1898.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4-go stycznia.

(Ciąg dalszy).

Przewodniczący. — Prezes: Janiszewski.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia:

II. *Prezes* odczytuje list d-ra Polaka, w którym tenże donosi o mającym się odbyć w roku bieżącym w Madrycie IX międzynarodowym kongresie higienicznym, polecając jak najserdeczniej sprawę udziału w tymże kongresie Towarzystwu Lekarskiemu. Towarzystwo postanowiło pozostawić udział w kongresie inicyatywie prywatnej członków Towarzystwa.

III. *Biernacki* odczytuje rzecz o „intubacji“ i demonstrowa instrumenty, używane przy niej.

I. *Historya*. Przeświadczenie, iż utrudnienie oddechu w krtani zależy od mechanicznego zwężenia światła krtani, musiało doprowadzić lekarzy do odpowiedniej, mechanicznej terapii. I tutaj tak samo, jak w akuszerii, leżały dwie drogi do wyboru, jedna *per vias naturales*, a druga zewnętrzna za pomocą rany. Jakkolwiek ta pierwsza droga zdaje się a priori naturalniejszą i prostszą, jednakże trudności lokalne były tego rodzaju, iż nie tak szybko doprowadziły do pożądanego celu.

Już w r. 1798, zaczął Dessault próbować katetyzacji krtani za pomocą kateterów, lecz z wynikiem ujemnym i następnie Bouchut wprowadził w r. 1858 rurkę intubacyjną, którą za pomocą cienkiego druciku wkładał do krtani. Rurka ta była krótka, kaniula często wypadła, a zakładanie było nadzwyczaj trudne, a do tego zostawał drucik w jamie ust, nadzwyczaj drażniący błonę śluzową. Cóż więc dziwnego, że wobec takich warunków przeciwnikowi Bouchout wielkiemu Trousseau było łatwo zdyskredytować jego metodę, tembardziej wobec ulepszonej techniki tracheotomii i jej względnie pewnych rezultatów. Myśl zwalczania zwężenia za pomocą drogi naturalnej, podjął w r. 1885 na nowo O'Dwyer i wprowadził całe nowe instrumentarium.

II. *Przyrządy*. Najprzód zdał on sobie sprawę z wielkości krtani dzieciennych za pomocą odlewów gipsowych i doszedł za pomocą rozmaitych prób do skonstruowania swojej rurki. Interesuje nas tutaj: a) główka rurki, b) światło, c) długość, d) zgrubienie. Główka rurki tworzy u góry płaszczyznę pochyłą, z przodu niższą, niż z tyłu; w tył główka nachylona jest pod kątem większym niż 90° i wystaje nazewnątrz. Tem tylnem zgrubieniem rurka opiera

się o ścianę tylną krtani, epiglottis zaś wskutek ściśnięcia poprzedniego, swobodnie może się poruszać. Światło nie jest okrągłe, ale eliptyczne z osią największą od przodu do tyłu, gdyż tylko w tym kierunku rurka się nie zwęża. Rurka posiada w niższej swej połowie zgrubienie a to w celu umocowania rurki i ma długość taką, aby: 1) nigdy nie mogła odpowiednio do wieku dostać się do bifurkacyi tchawicy, 2) dość długą aby się dostać do krtani, 3) nie tak długą, aby manipulacya w jamie ust była utrudniona. Chodziło więc teraz o skonstruowanie 2-eh instrumentów: do osadzania i wyjmowania rurek.

Aby rurkę złączyć z instrumentem, wprowadził O'Dwyer w nią mandryn, który dośrubowuje się do intubatora. Mandryn jego jest tak długi, jak rurka, zakończony kulką, zrobił on go nie z jednego, lecz z dwóch ruchomych między sobą części w tym celu, aby przy wyjmowaniu mandryna, w tak głębokiem miejscu, ten ostatni nie zawadzał i nie wyciągnął napowrót rurki. Sam intubator składa się z zagiętej pod prostym kątem pałeczki z rączką i przyrządu do zrzucania, który u O'Dwyer'a stanowi metaliczna sprężyna, zakończona 2 zębami.

Na pałeczce jest jeszcze przyrząd do umocowania palców. Ekstubacyę można dokonać: 1) za pomocą nitki, którą przeciągamy przez dziurkę, umieszczonej z lewej strony główki i pozostawionej na zewnątrz; 2) za pomocą ekstubatora. Instrument ten składa się z rodzaju odwrotnej pensety, zakończenie wchodzi w światło rurki i przez zewnętrzny nacisk w tym świetle rurki, otrzymuje się wyciągnięcie całego instrumentu i powoduje wyciągnięcie rurki. Aby mózdz dokonać tych wszystkich manipulacyj w jamie ust, trzeba, ażeby usta dziecka były otwarte maksymalnie i w trakcie operacyi się nie zamknęły. Temu zadaniu podoła otwieracz ust O'Dwyer'a ze sprężyną, który się zakłada po lewej stronie policzka. Jeżeli teraz przyjrzymy się modelowi Collin'a, to nam się wyjaśni, co od czasów O'Dwyera w tym czasie zrobionem zostało. Przedewszystkiem interesuje nas rurka. Otóż Collin skrócił tę rurkę, nie skróciwszy mandryna O'Dwyer'owskiego. Rurka wraz z mandrynem odpowiada co do długości wyżej zanotowanym warunkom, jest zaś o wiele krótszą. Nowsze wymiana sterylizacyi instrumentów spowodowały też Collin'a do zastąpienia śruby, trudnej do dezynfekcyi i ambarasownej, przez zasuwkę, przyrząd zaś do zrzucania przekształcono ze sprężyny na dźwignię. Widzimy więc, że zasadniczą rzeczą w instrumencie Coillin'a, jest skrócenie rurki. Zalety krótkości rurki są ogromne: 1) mniejsze prawdopodobieństwo odleżyn tchawicy, 2) ułatwienie ekstubacyi za pomocą zewnętrznej manipulacyi. Ta manipulacya — polega na zewnętrznym ucisku krtani poniżej rurki za pomocą dwóch wielkich palców z równoczesnem tłoczeniem jej w górę.

Jest to, żeby pozostać przy mojem akuszeryjnym porównaniu, rodzaj Crédé'go. Rurka wyskakuje i przy zgiętej głowie naprzód regularnie wylatuje przez usta. Ten sposób ekstubacyi jest tak łatwy, prędko i dogodny, że wyrugował kompletnie, przynajmniej w paryskich szpitalach, dawniejsze nitki i ekstubatory. Wskutek

tęgo w mojem instrumentarium niema ekstubatora. Co zaś do nitki, to bardzo dużo dzieci z trudnością tylko znosi jej obecność w ustach: dwa razy zdarzyło mi się, iż dziecko przegryzło nitkę, 2 razy samo przedwczesnie wyciągnęło rurkę wskutek braku dozoru. Nitka więc wymaga ciągłego dozoru i utrudnia i tak już przy intubacji niełatwe odżywianie. Dlatego w ostatnich intubacjach zaraz po wsadzeniu rurki, nitkę zrywałem. Jednakże nitka musi być zawsze zakładana podczas operowania, gdyż w przypadku nieudanej intubacji, umożliwia łatwe i wygodne wyjęcie rurki z przełyku.

III. *Rękoczynny*. Opisawszy historję i przyrządy intubacji przechodzę do samego rękoczynu. Pozycja najdogodniejsza jest usadowienie małego pacjenta na kolanach osoby siedzącej, ręce zawinięte w szal lub prześcieradło, nogi między nogami trzymającej osoby. Następnie potrzebna jest druga osoba, któraby utrzymywała główkę w prostej, nieruchomej pozycji. Po otworzeniu ust małego pacjenta, wsadzamy z lewej jego strony rozwieracz i doprowadzamy do możliwie szerokiego otwarcia ust. Instrument trzyma się sam przez się. Operator tymczasem za pomocą miarki wymierzył odpowiedni kaliber rurki, przymocował do intubatora i nałożył niezawiazaną nitkę. Następnie siada naprzeciwko pacjenta i wkłada wskazujący palec lewej ręki głęboko do jamy ust, wyszukuje nagłośnię, odciska ją naprzód i znajduje otwór krtani. Wtedy prawa ręka intubatorem i rurką wykonywa ruch półkolisty, wskutek czego rurka i mandryn przychodzą w bezpośrednie zetknięcie z lewym palcem.

Pod kierownictwem jego staramy się teraz, aby rurka weszła do krtani; gdy przypuszczamy, iż to nastąpiło prawa ręka za pomocą przyrządu spycha rurkę i następnie cofa się tym samym półkolistym ruchem, jakim intubator wszedł do krtani. Na tem zakończy się zabieg. Tymczasem widzimy z objawów, czy intubacja się udała; w razie szczęśliwego wypadku, oddech staje charakterystyczny, od dźwięk podobny do tego, jak przy tracheotomii, chory zakaszuje się i często wyskakują duże kawały błon dyftertycznych. Jeżeli widzimy, że oddech się poprawił i gdyśmy się za pomocą palca przekonali o prawidłowem położeniu rurki w krtani, wyciągamy nitkę, przytrzymując rurkę, zdejmujemy roztwieracz i cały rękoczyn jest skończony.

To jest tok prawidłowy. Opisać należy teraz wszystkie możliwe niefortunne wypadki i błędy możliwe operacyjne. A naprzód, chociaż to dziwnem jest do uwierzenia dla tych, co tego niepróbowali, że z początku bardzo jest trudno wogóle znaleźć krtani. Nagłośnię są tak dziwnie różne, raz miękkie, drugi raz zwinięte w trąbkę, odległość krtani wydaje się też raz mała, drugi raz nadzwyczaj głęboka, tak że dopiero po pewnym czasie udaje się nam szybko oryentować co do miejsca otworu. Położyliśmy palec na krtani, zwiększamy wtenczas egzystującą dyspnoe, dziecko dochodzi do apnoe, prawa ręka wykonywa szybko ruch półkolisty, rurka dotyka się lewego palca, maszynka szybko została puszczona w ruch— i rurka siedzi, lecz nie w tchawicy, tylko w przełyku, ztąd prawidło łacińskie *festina lente*

nie może mieć lepszego zastosowania jak w intubacji. Tak, zapewne szybko, ale nie tak żeby robić niedokładnie i niezdać sobie sprawy z każdego momentu. Po dojściu rurki do lewego palca jest jeszcze jeden moment, to jest samo wsuwanie do krtani; a o tem tak łatwo zapomnieć. A i to się udało, spuszczałem z lekka maszynkę, ciągnę — intubator nie chce wychodzić i ciągnie rurkę za sobą, bo maszynka nie została odpowiednio wprowadzona w ruch, a intubator nie podniesiony do wysokości artykulacji mandryna. Kto te wszystkie błędy kilka razy zrobi i nauczy się ich unikać, dla tego intubacja staje się rzeczą łatwą.

IV. *Wskazania.* Wskazanie do intubacji nie jest tak obszerne, jak do trachotomii. Wyraźne przeciwwskazaną jest intubacja w zapaleniu ochrzęstnej (perichondritis), gdyż łatwo zrozumiemy, że gdy zwężenie jest materyalnem, nienormalnem obrzmieniem wskutek ropnia, rurka intubacyjna do tchawicy dostać się nie może.

Miałem sposobność 2 razy spotkać się z rurkami intubacyjnymi w rękę z tą chorobą. Raz było to z kol. Dobruckim, mieliśmy przypadek zwężenia krtani u dziecka po tyfusie, około 2-tych tygodni powstałe. Mimo iż przypuszczaliśmy możliwość zapalenia ochrzęstnej, jednakowoż, wobec braku badania laryngoskopijnego, niemożliwego u rocznego dziecka, spróbowaliśmy intubacji, — otóż okazało się, że rurka wchodziła tylko do zgrubienia, stała w krtani, a dalej pójść nie chciała, i przy dotykaniu palcem chwiała się na wszystkie strony, jak gwóźdź słabo wbity w ścianę. Drugi raz u dorosłego dyagnoza była pewną, stwierdzoną laryngoskopijnie, a później po sekcji na preparacie w Tow. Lek. Otóż tam nie potrzebowaliśmy intubacji, ale od razu wykonaliśmy tracheotomię. Jednakże gdy po tygodniu spróbowaliśmy wyjąć rurkę tracheotomijną, a stenoza była jeszcze oczywistą, spróbowałem intubować rurkę dla 12-letniego chłopca przeznaczoną. Rurka weszła ale została wykalszona zaraz. Otóż intubacja jest wskazaną, gdy zachodzi zwężenie krtani w następujących przypadkach. I) we wszystkich przypadkach krup; II) w przypadkach laryngospasmus; III) w przypadkach obrzęku krtani, jeżeli niema wielkich owrzodzeń; IV) w przypadkach ciał obcych w krtani; V) w przypadkach po tracheotomii, gdy usunięcie rurki sprowadza ciągle jeszcze napady stenozy. Intubacja jest przeciwwskazaną, a natomiast jest wskazaną tracheotomia. I) w perichondritis; II) w przypadkach obrzęku krtani wskutek owrzodzeń tuberkulicznych, syfilitycznych, rhinoskleromatycznych, rakowatych.

V. *Sposób działania intubacji.* Wprowadzenie rurki do krtani sprowadza dla powietrza dogodną i gładką drogę, zabezpieczoną z boków od możliwych zanieczyszczeń. Do światła rurki może więc się coś dostać tylko z dołu. Teoretycznie nieprzyjacielem intubacji utrzymywali, iż rurka intubacyjna musi, zsuwając błony nadół, utworzyć rodzaj szpuntu, który powiększy stenozę. Że to może się zdarzyć, to miałem sposobność stwierdzić z kol. Jaworowskim i Dobruckim u małej Z. Przywołany w nocy, wziąłem rurkę zadużą do jej wieku, zdziwiony byłem trudnością zrobienia pierwszego obrotu, gdy to mi się jednak udało, robiąc manipulacje boczne i gdy rurkę wprowa-

dził nastąpiła apnoe, która nas zmusiła do natychmiastowego wyjęcia rurki, poczem nastąpiło wykształcenie całego odlewu tchawicy, przynajmniej na 5 cm. Gdy kol. Dobrucki po jakimś kwadransie wsadził jej mniejszą rurkę, duszność ustąpiła, lecz na bardzo krótko, gdyż w godzinę potem zostaliśmy zaarlamowani przez ojca, który wskutek duszenia pociągnął za nitkę i ekstubował dziecko. Jeden z nas za-intubował jeszcze raz i skutek był wyśmienity. Dziewczynka wyzdrowiała. Ta ilustracja wskazuje, że ewentualne zepchnięcie całego odlewu na dół doprowadza do wykształcenia całego tego odlewu zwykle przez rurkę, czasami jak to raz jeden w tym przypadku widziałem, rurka zaważała widocznie i wykształcenie nastąpiło po wyjęciu rurki. Oberwanie więc błon należy raczej uznać za dodatnią stronę, gdyż regularnie prawie po każdej intubacji następuje wykształcenie i wypluwanie mniejszych lub większych kawałków błon. Po takim oczyszczeniu tchawicy, bezpośrednio następuje zwykle oddech spokojny, dziecko zasypia i czuje się dobrze.

Jednakże zdarza się, iż, mimo obecności rurki, następuje zwężenie, chrapliwy oddech i wciągnięcie epigastrium i dolnych części klatki piersiowej. Wtedy przypuścić należy zatkanie rurki i ekstubacja jest wskazana, i dlatego zostawienie nitki w miejscowościach odległych od lekarza jest nieodczownem.

Oprócz obecności błon egzystuje jeszcze drugi moment warunkujący zwężenie t. j. spazm krtaniowy. Na ten ostatni zwrócił uwagę mój nauczyciel co do intubacji dr. Variot, ze szpitala Trousseau w Paryżu, są wypadki, gdy zwężenie występuje po wprowadzeniu rurki na bardzo krótki czas bez wydzielania błon i te inaczej, jak spazmem objaśnić nie można. Z drugiej zaś strony można napotkać tchawicę i oskrzele kompletnie wysłane błonami, a jednakowoż niema żadnej stenozy. Podobny przypadek widziałem u niego na sekcji. Z tąd też płynie przepis jego podawania kodeiny w lżejszych przypadkach, gdzie intubacja nie jest jeszcze wskazana. Łatwo zrozumieć, że rurka spazm ten przerywa kompletnie i to czasem w zadziwiająco szybkim czasie.

VI. *Porównanie intubacji z tracheotomią i wyniki.*

Intubacja ma następującą przewagę nad tracheotomią.

1. Intubacja jest zabiegiem samym w sobie niewinnym, nie prowadzącym nigdy do śmierci, może się conajwyżej nie udać, chociaż to nam mnie i kol. Dobruckiemu już w całym szeregu 8 przypadków i przynajmniej 25 razy intubowania, nigdy się nie zdarzyło.

2. Intubacja nie stwarza rany i wszystkich jej konsekwencji, np. pokrycie się jej nalotem, krwotoki i t. p.

3. Intubację można dokonać szybciej i w mniejszej asyście — jest to metoda, która ułatwi w przyszłości praktykowanie po wsiach.

4. Intubacja nie przestrasza w tym stopniu rodziny dziecka, co tracheotomia.

5. Intubacja jest operacją nadzwyczaj giętką, t. j. można ją używać na 5 minut, na kilka godzin, na jeden dzień i na kilka dni. Czy zwężenie będzie krótkotrwałem wskutek spazmu, czy będzie bar-

dzo długiem, tracheotomia musi zawsze zrobić wielką ranę szyjową, natomiast intubacja nagina się do przypadków, — wobec niewinności zabiegu, probujemy zostawić rurkę na krótko, na 12 godzin, najwyżej na 24 godzin i przekonywamy się po wyjęciu, jaki efekt osiągamy. Dalsze postępowanie zależy od wypadku. Mieliliśmy przypadki, gdzie jedna 12 godzinna intubacja stanowiła całą kurację, w drugich powtarzaliśmy po 2, najwyżej 3 razy. Tylko mój ostatni przypadek potrzebował 5 intubacji. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie surowica była szybko stosowana, nie mieliśmy potrzeby nigdy uciekać się jak do 2-ch intubacji 12-to lub 24-ro godzinnych.

VII. *Intubacja daje lepsze wyniki niż tracheotomia.*

Pod tym względem nie mam dużych danych statystycznych, podaje Jakubowski 44% wyzdrowień, Winderhofer 348 intubacji 61,5%, 484 tracheotomii 50%, i to w czasie przed surowicą. Ja miałem 8 przypadków, 6 żyje, 2 umarły.

VIII. *Wady intubacji.* Najgłówniejszą wadą jest: 1) pewna trudność w odżywianiu. Chory przy użyciu pokarmów kaszle i krztusi się, mianowicie gdy używa płynnych pokarmów. Ta trudność odżywiania jest daleko większą, gdy zostawimy nitkę, daleko mniejszą bez nitki. Nadto niepowinniśmy nawet w długotwałych stenozach codzien ekstubować, a chociaż stenoza wraca szybko, jednakże zawsze na to dosyć jest czasu, aby użyć go bez rurki dla odżywienia chorego. Odżywianie przy rurce powinno być papkowate, np. dzieci doskonale znoszą bułkę maczaną w mleku. W najgorszym razie nie powinniśmy zwlekać z pożywieniem przez odbytnicę. 2) Następnie intubacja wymaga ciągłej kontroli, może w większym jeszcze stopniu, niż tracheotomia i to nie za pomocą felezera, ale samego lekarza, gdyż naprzykład intubacje bez nitki felezer z trudnością będzie mógł wykonać, chociaż możnaby i wyuczyć specjalnego felezera. Przy tem dodaję, iż w mojej obecności były robione na trupach próby nacisku na tchawicę dzieci za pomocą 2 wielkich palców, aby się przekonać czy pod wpływem wielkiego ucisku nie może pęknąć który z krążków tchawicy i okazało się że zapomocą palców to zdarzyć się nigdy nie może. 3) Opisują dalej owrzodzenia wskutek ucisku tak zwane *Druckneurose* w krtani. Jednakowoż przy częstem ekstubowaniu to się wcale nie zdarza. Tylko w ostatnim przypadku intubowanym 5 razy miałem i po wyjęciu rurki pewne trudności łykania, które o małym stopniu odciśnięcia zdawały się świadczyć.

Reasumując wady i zalety intubacji, zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż intubacja bezwarunkowo w większości przypadków zasługuje na pierwszeństwo. Nie idzie zatem, aby tracheotomia nie miała swych wskazań, ale co do krupu to odsuwa się ona wciąż na plan dalszy. W czasie swojej bytności w Paryżu, w oddziale specjalnie dyfterytycznym, gdzie robiono przynajmniej 4 intubacje dziennie, nie widziałem w ciągu miesiąca ani jednej tracheotomii.

Jednem słowem, intubacja w Ameryce, Anglii, Francji wyrugowała tracheotomię zupełnie, w Niemczech w części, a do nas po-

woli się przedostaje. Chciałbym zwrócić uwagę na soeyalną stronę intubacyi; gdyby każdy lekarz, wybierający się na głuchą prowincję wyuczył się intubacyi, mógłby z łatwością ją sam wykonywać i uratować życie tylu małym dzieciom, które teraz napewno umierają. A jakżeż o wiele trudniejszą do dokonania dla jednego lekarza na wsi jest tracheotomia! pozostaje ona zwykle *pium desideryum* i tylko gdzieś niegdzie ktoś z odważniejszych się na nią zdobędzie. Pomyślmy bowiem, co to jest tracheotomia bez chloroformu, bez asysty i bez doświadczenia chirurgicznego.

Dobrucki w dyskusyi mówi o nowym przyrządzie (amerykańskim), używanym do intubacyi z twardego kauczuku z poprzecznymi krążkami, który ma tę zaletę, że choremu go trudniej wykalszać. Prócz tego przyrząd ten jest bez mandryna i wyjęcie tegoż jest łatwiejsze, aniżeli rurek Collin'a.

Dalej mówi o wynikach intubacyi, że wogóle intubacya w ostrych przypadkach stenozy krtani daje lepsze rezultaty, aniżeli przy chronicznych.

IV. *Biernacki* odczytuje krytykę porównawczą urzędzeń bezpłatnego leczenia ludowego, mianowicie krytykę urzędnika w gub. Płockiej, w ziemstwach i projektu p. inspektora gub. lubelskiej a to celem lepszego i wszechstronnego wyjaśnienia tej kwestyi przed wypracowaniem ostatecznego projektu dla gub. lubelskiej.

V. *Doliński* odczytuje swój projekt co do urzędnika lekarzy gminnych w gub. lubelskiej.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Prezesa: *E. Kuszelewski.*

Sekretarz: *St. Radomyski.*

VI. LISTY z KRAKOWA.

W sierpniu.

I znowu spadła gwiazda z naszego horyzontu wiedzy i nauki: gwiazda jasna, chociaż nie migotliwa, i wielka, chociaż świecąca łagodnie a trwale. I chociaż życie to gasło zwolna bo przez ciąg kilku miesięcy, to łudziliśmy się wszyscy chętnie i krzepili nadzieją i dlatego cios spotkał nas prawie nieprzygotowanych. Bo czyż to podobna, by ten serdeczny kolega, dzielny lekarz, zący profesor, czynny obywatel, opiekun chorych, szermierz nauki, wytrwały pracownik, tak kochający wszystkich i tak przez wszystkich kochany, ubył tak nagle z pośród nas.

I dzisiaj dopiero poczynamy wpatrywać się w tę drogę jasną i prostą, chociaż ciernistą, w to życie czynne pełne poświęceń i trudów i pytamy ze zgrozą, dlaczego ta droga tak krótka? Mówię o *Obalińskim*.

Życiorys krótki podaliście w jednym z zeszytych numerów, ograniczę się więc na skreśleniu chwil ostatnich i pogrzebu.

Od kilku już miesięcy Obaliski począł podupadać na zdrowiu i siłach, a w początkach czerwca wezwani prof. Neisser i Mikulicz zgodzili się na wykonanie laparotomii, którą dnia 16 lipca ten ostatni wykonał, kamienie żółciowe, zamykające przewod pęcherzykowy, wydobyto, lecz wycięcie organizmu było już tak znaczne, że w dwa dni potem t. j. 18-go lipca rano — wywieszono już na gmachu kliniki żalobną chorągiew.

Wydział krajowy, uznając wyjątkowe jego zasługi, jako prymariusza szpitala Ś-go Łazarza w ciągu lat 27, uchwalił by pogrzeb odbył się kosztem funduszu tegoż szpitala.

Obrzęd ten odbył się nadzwyczaj wspaniale. Stosy wieńców złożono u trumny, tłumy odprowadziły ją z kliniki gdzie prof. umarł, na miejsce wiecznego spoczynku. Przemawiał nad trumną prof. Kostanecki imieniem Wydziału lekarskiego krakowskiego Uniwersytetu, prof. Rydygier imieniem lwowskiego Wydziału, prof. Trzebiecki imieniem lekarzy szpitala Ś-go Łazarza, dr. Kwaśniewski jako reprezentant Tow. Lek. Krak., dr. Drobn w imieniu asystentów i stud. med., Pacyna imieniem młodzieży.

Lecz świat światem. Kiry i chorągwie zdjęto i chociaż smutek jeszcze w sereu, już walka się wszeczyna o miejsce po ś. p. profesorsze. A nie tak łatwo je obsadzić, mając świeżo w pamięci wielkiego poprzednika, i uznając znaczenie katedry chirurgicznej naszego uniwersytetu. Kandydatów mimo to nie brak, walka jednak rozegra się zapewne tylko między Kaderem i Trzebieckim, obecnym prymariuszem szpitala Ś-go Łazarza. Na razie sprawę tę odłożono do jesiieni, na czas powakacyjny.

I tak zakończył nasz uniwersytet rok szkolny, kreśląc żalobny krzyż na ostatniej karcie, a rok ten zresztą był pomyślny. Asystent prof. Jordana, Dr. Świtalski habilitował się na docenta chorób kobiecych, a doc. Sieradzkiemu udzieliło ministeryum oświaty veniam legendi z zakresu medycyny sądowej, co z blizką obsadą tejże katedry w uniwersytecie lwowskim stoi, zdaje się, w pewnym związku. Dr. Święcicki kontrkandydat prof. Marsa ustąpił, co spowodowało, że wszyscy, którzy dotąd za nim byli, oddali swe głosy prof. Marsowi, ten jako jedyny teraz kandydat na katedrę chorób kobiecych przeniesie się niebawem do Lwowa.

Mimo zmniejszonej znacznie frekwencyi młodzieży na wydziale lekarskim, — 71, jak już pisaliście, otrzymało w ubiegłym roku szkolnym stopień doktorów wszech nauk lekarskich. Mając wygodnie teraz urządzone sale wykładowe i laboratoria, i łatwiej z powodu mniejszej ilości słuchaczy mogąc z nich korzystać, chętniej i pilniej garnie się młodzież do pracy i prędzej ją też kończy. I jeszcze jedną rzecz w tym roku zanotować i podkreślić trzeba. Pani Klemensiewiczowa i p. Janina Kosmowska otrzymały pierwsze w tym roku stopień magistrów farmacyi, a p. Zofia Moraczewska, posiadająca już szwajcarski dyplom doktora medycyny, zdała pierwsza egzamin ścisły lekarski. Tak więc, chociaż prawo austriackie przypuszcza do egzaminów lekarskich tylko kobietę posiadającą już zagraniczny dyplom lekarski, to i takie znajdują się zwolna za

przykładem pani Moraczewskiej, a wtedy będziemy mogli coś pewniejszego powiedzieć o uzdolnieniu kobiety do stanowiska lekarza. Wobec jednak warunków bytu i nadmiernej, jak na Galicyę, liczby lekarzy, żadnym nadzwyczajnym nabytkiem zachwycać się nie możemy. Chętniej więc dowiadujemy się o konkursie stypendyjalnym dla lekarzy, chcących się kształcić w weterynaryi, jaki ministerjum na wniosek grona profesorów Wydziału lekarskiego uniwersytetu w Krakowie rozpisuje. Kandydat się zobowiązuje, że „poświęca się przez lat 6 akademickiemu zawodowi nauczycielskiemu w zakresie weterynaryi w wyższych zakładach naukowych w Krakowie lub we Lwowie, ma się po odbyciu studyów habilitować w jednym z uniwersytetów krajowych, względnie w akademii weterynaryi, a w razie potrzeby wykładać ten przedmiot w tych zakładach za odpowiednią remuneracyą“.

Dr. B. Zgoda.

VII. LISTY z PARYŻA.

Paryż, 23-go lipca.

Położenie lekarza francuskiego.

Upały poczynają doskwierać, zbliżają się wakacye, zaczynające się we Francyi od pierwszego sierpnia i za jakie dziesięć dni ulice paryskie będą na poły puste. Natomiast zaroń się w miejscach kąpielowych i na willegiaturach.

To opustoszenie Paryża odbija się i na dochodach lekarzy. Warunki trudniejsze z każdym rokiem, stają się w okresie letnim jeszcze bardziej przykre.

Przyjrzyjmy się im nieco, zwłaszcza że świeżo wydana książka doktora Floquet'a o honoraryach lekarskich we Francyi, dostarczy nam danych z ostatniej chwili.

Walka o byt — mówi jej autor — bardziej zawzięta w naszych czasach, niż kiedykolwiek przedtem, zmieniła z natury rzeczy i stanowisko lekarza. Dziś lekarz, mniej, niż dawniej, może gardzić płacą. Osaczony hasłami sprawiedliwego wynagrodzenia pracy, zmuszony nadto do tego podrożeniem wszystkiego, co potrzebne do życia, musi i on się upominać o swój zarobek, jak każdy pracujący.

Lekarze poczęli łączyć się dzisiaj jak robotnicy, w syndykaty, ale potrzeba wyznać, że z tego rodzaju organizacyi, stan lekarski nie zebrał jeszcze świetnego plonu. Co najwyżej współzawodnictwo jednostek przemieniło się w konkurencyę grup. Ogół leczący nie nie zyskał.

Jakieś rady potrzeba jednak szukać. Na razie zaś należy poznać przynajmniej stan rzeczy, gdyż mówiąc po lekarsku, dobra znajomość symptomatów ułatwia nietylko poznanie choroby, ale pozwala także przewidzieć i możliwie pomyślnym uczynić przyszły jej przebieg.

Zaledwie lekarz francuski rozpocznie praktykę, twarda rzeczywistość płata mu figla.

Chorzy zjawiają się dość licznie. Niedawno gabinet lekarski został otwarty, a tu wchodzi i jeden i drugi i trzeci. Oto wierz kolegom, którzy żalą się na brak pacjentów — myśli młody eskulap. I z całym oddaniem się, z całą rozumie się powagą, pielegnuje swoich przybyszów, dziś, jutro, za tydzień i za dwa tygodnie. Księga rachunkowa wypełnia się nazwiskami i pozycjami; jak na początek weale to nie źle.

Istnieje we Francji zwyczaj, pozwalający zaczynającemu medykowi dość długo bujać w snach zadowolenia. Zrzadka tylko chorzy płacą zaraz. Przeważająca większość, zwłaszcza gdy idzie o choroby długie, uiszcza się z należności tylko przy końcu półrocza. Po tym okresie zaczęną mu opadać łuski z oczu.

Wysyła, kiedy wspomniana chwila zbliża się, rachunek. Radby nie obarczać swego pacyenta, nie liczy czasem krótszych wizyt..

Czeka tydzień, dziesięć dni, odpowiedzi niema. Czemu? Nareszcie zniecierpliwiony zasięga bliższych wiadomości. Okazuje się:

Jeden wyprowadził się i „nie zostawił adresu“. Drugi — teraz nie ma pracy. Trzeci chory, albo też żona mu chora, albo dzieci nie zdrowe. Słowem nieprzewidziane przeszkody nie dozwoliły odłożyć sumy przeznaczonej dla lekarza. „Ale niechaj pan konsyliarz będzie spokojny, my nie jesteśmy niewdzięcznikami i gdy tylko będziemy mogli...“ i t. d.

Są to sumy bajońskie. Co najmniej połowy ich doktor nie ogląda. Później przekonywa się, że ci niewypłacalni znani są w dzielnicy ze swej zacności i że nie poraz pierwszy wpadają oni na podobne pomysły. Wyzyskują tak coraz to nowych lekarzy, głównie świeżo osiadłych, a potem przefruwają do innej dzielnicy.

Nie są to przeważnie biedacy. Latem na wieś lub nad morze znajdują grosiwo; na dobre ostrygi, albo na szparagi także im niebrak.

Niechaj zaś ów „zdzierca“ zaskarży dłużnika do sądu! Z trudnością wygzekwuje część sumy, albo i weale jej nie uzyskuje, bo rzeczy „są zapisane na kogo innego“. Za to wdzięczny ekspacyent obiegnie całą dzielnicę i przedstawi w niej w strasznych barwach tego, który go wyleczył!

Smutne warunki, zarazem ogniowa próba każdego zaczynającego.

Wobec tego kwestya określenia wysokości należnych honoraryów jest piekąca. Floquet podaje cały szereg praw, regulaminów, okólników odnoszących się do zapłaty lekarzowi, do stosunku lekarza względem dłużnika, względem „Pomocy powszechniej“, towarzystw wzajemnej pomocy, towarzystw asekuracyjnych i wreszcie względem sądu. Koniec końców określenie prawne honoraryów niemal nie istnieje... Stanowi o nich głównie, że tak powiem, — prawo obyczajowe.

Taryfa lekarska zmienia się zależnie od wielu warunków, i w każdym departamencie, niekiedy w każdym powiecie, jest inną. W samym Paryżu przedstawia cały szereg stopni.

Zasignięcie rady lekarskiej w mieszkaniu lekarza kosztuje, zależnie od dzielnicy i stanowiska naukowego mistrza, dwa do dwudziestu franków. Cena zwykłych odwiedzin lekarskich waha się ze wskazanych względów między trzema a pięćdziesięcioma frankami. Najniższe z tych opłat pobierają zwykli lekarze w dzielnicach robotniczych.

W stanie średnim, bierze się za konsultację w gabinecie trzy franki, za odwiedzenie pięć franków. Jeśli lekarz jest docentem uniwersytetu, albo sprawuje godność szpitalną — lekarzem w szpitalu można być tylko po zdaniu całego półtuzina egzaminów, ponawianych co kilka lat — wynagrodzenie podnosi się w pierwszym wypadku do dziesięciu, w drugim do dwudziestu franków.

Gdy lekarza szpitalnego wzywa się na prowincję, dopłacać się ma do tego jeszcze pięć franków od kilometra przebytej drogi. Niektóre miejscowości mają wyjątkową taryfę. I zład za wyjazd do Rouenu powaga lekarska z Paryża otrzymuje 600 do tysiąca franków; do Lille półtora tysiąca do dwóch; do Bordeaux trzy do półpięta tysiąca, do Nicei pięć do dziesięciu tysięcy.

Przeciętny lekarz prowincjonalny, bierze za poradę u siebie dwa do trzech franków. Wyjeżdżając do sąsiednich wsi, liczy franka za kilometr.

Kwestya niewypłacalnych dłużników, kwestya wynagrodzeń lekarskich, nie są jedynymi pytaniami, dotyczącymi bytu lekarza francuskiego. Pytania te są wiece piekące, naprzykład dla rozwiązania pierwszego, proponowano parę lat temu tak zwaną „czarną księgę“, w którą miano wpisywać niewypłacalnych, na to, aby wobec ich zatwardziałości przekazać ich imiona wszystkim kolegom i udzielać im pomocy tylko za zapłatą z góry. Projekt ów jednak odrzuciła większość lekarzy. Co do drugiego zagadnienia, nie schodzi ono z porządku dziennego obrad syndykatów i „Bulletin officiel du syndicat des medecins de la Seine“ przepelniony jest rozprawami na ten temat. Floquet między innymi, ułożył szemat honoraryów, szemat ów jednak również nie został przyjęty. Razi w nim szczególnie robienie różnicy pomiędzy lekarzami, którzy byli niegdyś tak zwanymi internami w szpitalach i którzy nimi nie byli. Interni bowiem, nie różnią się tak wiece pod względem wiedzy od reszty lekarzy, by dla nich zdwajać prawie honorarium innych.

W bardzo kłopotliwe położenie stawia lekarza często wspomniany zwyczaj płacenia mu tylko dwa razy do roku. Pomyślmy sobie znowu medyka zaczynającego praktykę. Mieszkanie musi zapłacić, służącego musi co miesiąc wynagrodzić, musi żyć i odziać się. Skoro nie ma kapitału na początek, zkad wziąć na to? Istnieje wprawdzie kredyt, ale i o kredyt nie jest tak łatwo dzisiaj.

Mocno zmniejszając praktykę lekarską szpitale. Korzysta z nich bowiem niestety nietylko ludność uboższa. Mimo wszelkich zaostreżeń, wślizgują się tu i zamożni i to w ilości wcale dużej. Obecnie objawiła się wśród lekarzy paryskich ogólna dążność przeciw klinicom. Tu w szczególności każdą kwestyę należałoby poddać pod dyskusję, są bowiem przypadki, gdzie kliniki oddają wielkie usługi

ogółowi, mało narażając lekarzy, są i inne, gdzie konkurencya „koleżeńska“ daje się dobrze we znaki. Niedawno zarząd „Assistance publique“ podniósł myśl urządzenia przy wszystkich szpitalach oddziałów specjalnych (ocznego, chorób usznych, nosowych i gardłanych i t. p.), wobec istnienia licznych klinik prywatnych bezpłatnych, wywołało to także znaczne wzburzenie umysłów.

Wielką konkurencyę robią lekarzom obecnie przedsięwzięcia lekarsko-handlowe. Szczególniej w zakresie dentystryki podrywają wprost byt zawodowców. Jest to, że użyję tego wyrażenia, współzawodnictwo wielkiego i drobnego przemysłu... Taki „honore dentaire“ i kilka innych podrzędnych „domów“ zatrudniają po kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu specjalistów i miewają 300,000, niekiedy milion franków dochodu rocznego.

Słowem, walka zawodowa wre w naszej dziedzinie zaciekle i wywołuje czasami nastroj bardzo melancholijny w obserwowującym. Jej wynikiem jest także zamknięcie praktyki lekarskiej dla nie — francuzów, jej wynikiem jest uniemożliwienie prawie uzyskania zastępstwa lekarskiego w czasie wakacji, jeśli się nie jest pochodzenia francuskiego. Nadmienię bowiem, że według praw francuskich, słuchacz medycyny mający szesnaście inskrypcyi, może zastępować lekarza.

Nie wiem, czy Francuzi wpadli tu na pomysł najszcześniejszy, bo zagranica dała im wielu znakomitych uczonych i pośród profesorów fakultetu, można naliczyć sporo cudzoziemców. Ostatecznie jednak jest to jeden ze sposobów walki, często używanych w różnych sferach.

W czem atoli winniśmy ich naśladować i co poruszam tem chętniej, że w *Kronice Lekarskiej* była kilkakrotnie mowa o tem, to towarzystwa lekarskie wzajemnej pomocy. Jest ich dotychczas sześć.

Najpowaźniejszym i najdawniejszem jest „Stowarzyszenie lekarzy departamentu Sekwany“ (Association des médecins de la Seine). Założył je w r. 1833 Orfila.

Zadaniem stowarzyszenia jest przychodzić z pomocą dotkniętym jakimś nieszczęściem i zwłaszcza ich rodzinom. Za opłatą roczną dwudziestu franków (nadto wpisowego dwanaście franków), każdy członek może żądać pomocy dla siebie lub dla swej rodziny w razie potrzeby. Fundusze stowarzyszenia wynoszą więcej niż 1,400,000 fr. Sam zapis doktora Renata Moryolino, równa się 500,000 franków. Od 1883 stowarzyszenie udzieliło tytułem zapomogi swoim członkom lub wdowom i sierotom po nich, 657,695 franków, w samym roku 1897, rozdało między pięciu lekarzy i 61 wdów i rodzin 44,350 fr. Nadto 33 lekarzy nie należących do stowarzyszenia otrzymało z osobnego funduszu 5,800 franków.

Dziś liczy ono 800 członków, zarząd składa się z czterdziestu czterech osób, wybieranych przez losowanie. Prócz zapomóg, stowarzyszenie wypłaca stałe pensye dotkniętym niemocą i należącym przez więcej niż lat piętnaście.

W r. 1858 powstało „Stowarzyszenie ogólne wzajemnej pomocy lekarzy francuskich“. Wpis wynosi 12 franków, roczna wkładka tyleż. Cel ten sam, co towarzystwa poprzedniego.

W r. 1882 założono „Towarzystwo francuskie wód mineralnych“. Towarzystwo posiada kasę pomocy dla wdów i sierot uczestników; także kasę pensyi dla członków, którzy przekroczyli 60 lat życia i należą do Towarzystwa od więcej niż piętnastu lat. Udział zapewnia akcyą kosztującą obecnie 130 franków i przynoszącą rocznie 5—6^o/. W r. 1898 towarzystwo wypłaca 80 pensyi siedemdziesięciu pięciu lekarzom i pięciu wdowom.

Nazwa „kasy pensyi dla sędziwych lekarzy francuskich“ (1884) wskazuje dokładnie cel. Wkładka proporcjonalna do wieku uczestników. „Wzajemne stowarzyszenie lekarskie departamentu Sekwany“ (od 7 grudnia 1886), zdąża do zapewnienia lekarzowi bytu w czasie choroby. Płacąc 10 franków miesięcznie (wpis: franka od każdego roku życia) lekarz nabywa prawo pobierania dziesięciu franków dziennie w razie choroby, bez względu na jej trwanie. Wdowy otrzymują dochód od złożonej przez męża sumy. Pierwszego stycznia 1898 było w kasie „Stowarzyszenia“ 227,000 franków.

Ostatniem wreszcie jest „Przyjacielskie stowarzyszenie lekarzy francuskich“, gdzie wkładka wynosi stosunkowo do wieku 50—100 fr., a w razie choroby wypłaca się 10 fr. dziennie przez dwa pierwsze miesiące, potem 100 franków miesięcznie nawet jeśli przeciag choroby przewlekły staje się nieokreślonym.

Włodzimierz Bugiel.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go września 1898 r.

—j.z.— Za kilka miesięcy kończą się egzamina na tutejszym wydziale lekarskim i znów kilkudziesięciu lekarzy rozpocznie działalność samoistną.

Niewątpliwie, część ich na razie pozostanie w Warszawie, aby uzupełnić w szpitalach swą wiedzę praktyczną, część jednak znaczna wyjedzie szukać chleba wprost na prowincyę. I znów zaczną się bezowocne częstokroć podróże do miast i miasteczek, które pozostawią po sobie gorzkie zawody i zniechęcenie u progu działalności, a wszystko to dla braku dokładnych wiadomości o miejscowościach, które nie posiadają lekarzy. Czyżby takiej informacji trudno było dostarczyć. Zdaje się, że więcej jest pod tym względem opieszałości niż utrudnień.

Już dawniej zwracaliśmy się do kol. lekarzy powiatów i miejskich, aby wykazy takie nadsyłałi do pism lekarskich, ale głos nasz nie znalazł oddźwięku. Pismom lekarskim ułożenie takiego wykazu na zasadzie istniejących niedostatecznych danych sprawiłoby wielką trudność, ale dla pojedynczego lekarza powiatu, który zna stosunki w swoim okręgu, jest to kwestya paru godzin pracy.

Chodzi tylko o wymienie miasteczka lub osady, liczby mieszkańców i wyrażenie zdania czy lekarz mógłby w danej miejscowości liczyć na praktykę. Informacje takie mają znaczenie i dla dawniej osiadłych w miejscowościach różnych lekarzy, po co bowiem do miasteczka, gdzie jeden lekarz zaledwo utrzymać się może, ma przyjeżdżać drugi, po co nadaremna konkurencya, obniżająca poziom etyczny stanu lekarskiego. Kto mimo ostrzeżeń, mimo informacji sumiennych uda się do miejscowości, gdzie jest zbyt liczny, sam sobie winę niepowodzenia przypisze, ale chodzi o tych, którzy uczynią to przez nieświadomość i dla których zmiana ciągła miejscowości jest ruiną nie tylko materialną.

Polecamy gorąco nasz projekt kolegom i upraszamy o możliwie szybkie wysłanie potrzebnych informacji, które zgrupujemy i podamy do wiadomości publicznej.

Ci, którzy pośpieszą na nasze żądanie, zyskają wdzięczność szeregu młodszych kolegów i spełnią obowiązek obywatelski przez udostępnienie pomocy lekarskiej miejscowościom, które jej dotąd nie posiadają.

Powtarzamy, że chcemy się oprzeć na danych pewnych i tylko takie podawać będziemy do wiadomości ogółu kolegów.

* * *

— Dziwić się zaiste należy z jaką pohopnością prasa codzienna pewnej kategorii poluje na sensację. Niedawno mieliśmy tego dowód w wyciągniętej niewiadomo przez kogo sprawie pozostawienia przez jednego z chirurgów pincetu w jamie brzusznej. Niesprawdzone dostatecznie fakty podaje się do wiadomości publicznej, rzucając nazwiskiem powszechnie szanowanym i zasługującym na trochę więcej względności. *Errare humanum est*, być więc może, że i fakt miał miejsce, ale od tego jest sąd, do którego sprawę skierowano, aby bezstronnie rozważył czyja była wina i skutkiem czego nastąpiła śmierć chorej, a w żadnym razie nie jest ku temu właściwem *forum* prasa codzienna, informowana jednostronnie i niekompetentna w roztrzyganiu spraw specjalnych. Nie stajemy w niczyjej obronie, gdyż czekamy w danej sprawie właściwych materyałów, których tylko śledztwo sumienne dostarczyć może, notujemy tylko fakt goły sięgania po czyjaś sławę bez dostatecznych dowodów. Jako pismo lekarskie czujemy się do tego powołani i najgoręcej przeciw temu protestujemy.

—z.— Słyszeliśmy, iż kolega nasz redakcyjny W. Garliński zamierza otworzyć pierwszą lecznicę okulistyczną w Łodzi. Myśl ta wobec rozrostu miasta i fabrycznego jego charakteru, usposabiającego do cierpień ocznych, zasługuje na zaznaczenie. O ile wiemy, lecznica będzie otwarta w październiku.

—z.— Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, iż w grudniu (12—16 st. st.) odbędzie się w Petersburgu zjazd balneologiczny. Referaty nadsyłać należy do dnia 1-go listopada (st. st.) pod adresem Dmitrowskij pereułek, 15. Prezesem zjazdu jest prof. Lebedew, sekretarzem W. Hubert.

—z.— Moskiewskie tow. lekarskie obchodzić będzie 2-go października, r. b. 25-lecie swego istnienia.

—z.— 25-go września rozpoczęcie się w Ostendzie V-ty zjazd międzynarodowy balneologów.

—z.— W Edinburgu na zjeździe dorocznym Brit med. Assoc. po raz pierwszy zainicjowano sekcję p. n. „medycyna w stosunku do ubezpieczeń na życie“. W słowie wstępnym Claud Muirhead przytoczył, iż 43,7% ludności Wielkiej Brytanii jest ubezpieczonych. Liczba polis wynosi 17,403,680, suma ubezpieczeń 714,418,787 funt. szterl. (około 7 miliardów rubli). Wobec tego występuje na plan pierwszy stosunek lekarzy do towarzystw; na odpowiedzialności lekarza leży dokładne zbadanie kandydatów. Nadto dr. M. podnosi kwestję opracowania tabel długości życia w rozmaitych chorobach na wzór tabel dla ludzi zdrowych, kwestya to nader ważna, pozwoli bowiem z ubezpieczenia na pewnych warunkach korzystać i ludziom chorym.

—z.— Na wyspie Paros w Grecyi zrobiono ciekawe odkrycie archeologiczne, znaleziono mianowicie starożytną świątynię Eskułapa, opiewaną przez poetów. Świątynia zachowała się w całości, posiada 41,25 metr. długości i 19,5 metr. szerokości. Aczkolwiek niewiele pozostało kolumn w ruinach, wszelako znaleziono kilka na nich napisów, posiadających pierwszorzędne dla historii medycyny znaczenie. Niedaleko świątyni odkopano fontannę z 5—6 wieku przed Chrystusem; do dziś wydajność wody przypadkowo odkopanej fontanny jest obfita. Badania w okolicach prowadzą się w dalszym ciągu.

Sprostowanie.

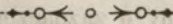
W zeszycie *Kroniki* z dnia 1-go sierpnia:

Na str. 668:

- wiersz 2-gi od góry wydrukowano: *szczegółowego*, powinno być: *naturalnego*
 „ 19-ty „ „ *mieszanki* „ *mieszanki Biederta*
 „ 15-ty od dołu niewłaściwie dodano wyraz: *slabo*.
 „ 6-ty od dołu wydrukowano *Watpoffa*, powinno być: *Watjoffa*.

Na str. 669:

- wiersz 19-ty od góry wydrukowano: *na każde dziecko wypadły 4 dozorczyń* powinno być: *na czworo dzieci wypadła 1 dozorczyń*.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- Najnowsze prądy w nauce o odporności — Dr. Jerzy Bruner — str. 721.
Z kazuistyki laryngo-rynologicznej — Dr. Jan Sędziak — str. 727.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i higiena.

309. J. Bécélère—O znaczeniu promieni Röntgena dla rozpoznania gruźlicy—str. 729.
310. L. Lilienfeld — Synteza peptonów — str. 732. 311. Rezolucye ostatniego Zjazdu międzynarodowego higieny i demografii w Madrycie — str. 733.

II. Choroby dzieci.

312. A. Antonelli — Przyczynę do przymiotu dziecięcego — str. 734. 313. P. Hilbert — Dlaczego możliwie wcześniej winniśmy wykonywać zastrzykiwania surowicy w błonicy?—str. 735. 314. H. Kossel— Przyczynę do statystyki błonicy— str. 736.

III. Choroby układu nerwowego.

315. Prof. Dr. Moriz Benedikt — O bólach głowy — str. 737. 316. H. Küster — Przyczynę do Dermatomycosis — str. 741. 317. Eulenburg — Przeszczepienie ścięgien w przypadku paraplegia. Spasticae cerebrials czyli t. zw. choroby Little'a—str. 743.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 745 —318—327.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 748.

VI. Listy z Krakowa. — str. 754.

VII. Listy z Paryża — str. 756.

Kronika bieżąca — str. 760.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 14 Августа 1898 года.

Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Przedmieście 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.

BUSKO D-r GRABOWSKI. Lekarz zakładu kąpielowego
Ordynuje od lat 12-tu.

FRANZENSBAD

ŹRÓDŁO-NATALII

Zalecona przez pierwsze powagi lekarskie.

Moczopędna.

Smak przyjemny.

SZCZAWA—LETYNOWA.

Skuteczna we wszystkich przypadkach dżatezy moczowej, przy piasku moczowym, przy chorobach nerek, pęcherza, reumatyzmie, podagrze i t. p.

Wyłączna przesyłka **HEINRICH MATTONI**, Franzensbad, Karlsbad,
Wiedeń, Budapeszt.