

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój.

Podał

Dr W. MIKLASZEWSKI.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 20 Października 1903 r).

(*Ciąg dalszy*).

Od tego samego czynnika zależy w pewnej mierze *regulacja ciepłoty ciała*, która przy skrajnych wahanach ciepłoty otoczenia zmienia się stosunkowo bardzo nieznacznie. Z badań Claude Bernard'a i Ludwig'a wiemy, iż krew żylna narządów wewnętrznych jest cieplejsza, niż tętnicza; na obwodzie zaś krew żylna ochładza się. Ciepłota ustroju i narządu jest wyrazem utleniania, odbywającego się w narządach, i zależy od ciepłoty krwi i jej ilości, przepływającej przez daną okolicę w jednostkę czasu. To też zabiegi wodolecznicze, sprowadzające przekrwienie danej okolicy, podnoszą jej ciepłość i naodwrot. Ponieważ przekrwienie jednych narządów idzie w parze z niedokrwistością innych, więc i podniesienie ciepłoty zachowuje się w podobny sposób. Wynika to w rzeczy samej z doświadczenia Buch'a (1877 r), Winternitz'a ¹⁾ i innych; np. pod wpływem okładu gorącego na ramię podnosi się ciepłota ręki i spada pod pachą.

Jednak inny szereg doświadczeń, wykonanych przez

¹⁾ Die Hydrotherapie auf physiologischer u. klin. Grundlage. 1890 r.

Schultze'go ¹⁾, Esmarch'a ²⁾, Szlikowa ²⁾, Chełmońskiego ³⁾, Kowalskiego ⁴⁾ i innych, wskazuje, że ciepłota zewnętrzna, zastosowana miejscowo, może przekazywać się narządom głęboko położonym. Zwłaszcza doświadczenia Esmarch'a, który otrzymywał przy zastosowaniu lodu na kończynę dolną w ciągu 9-ciu godzin zniżenie ciepłoty we wnętrzu kości goleniowej o 10°C., skłaniają do wniosku, że prawa fizyczne wzajemnego oddziaływania na siebie ciał o rozmaitych ciepłotach muszą być tu uwzględniane, pomimo, że skóra, tkanka podskórna i mięśnie są bardzo złymi przewodnikami ciepła (Adamkiewicz).

Nie ulega obecnie wątpliwości, że można przy pomocy zabiegów o ciepłocie nieobojętniej, działających na całą skórę, zmienić ciepłotę ciała, pomimo, że unerwienie, rządzące utrzymaniem niezmienionej ciepłoty, jest tak dokładne, że np. tylko bardzo zimny zabieg, lub chłodny długotrwały, albo połączony ze wzmożeniem rozszerzeniem naczyń wskutek mięsienia, jak to dowiódł Winternitz, są w możności obniżyć znacznie ciepłotę. Podobnież zabiegi gorące podnoszą ją równoległe do ciepłoty zabiegu i czasu jego trwania, nigdy jednak do stopni wody lub powietrza nagrzanego. O ile w kąpielach zimnych ustrój zabezpiecza się od nadmiernego ochłodzenia przez zmniejszony dopływ krwi do obwodu, o tyle zmniejsza wpływ gorąca zewnętrznego przez rozszerzenie naczyń i pocenie się. To też tam, gdzie istnieją dogodniejsze warunki dla tego odczynu, ciepłota nie podnosi się bardzo wysoko; to właśnie ma miejsce w łaźni suchej, gdzie powietrze może pochłonąć dużą ilość wilgoci, o wiele znaczniejszą, niż w łaźni parowej lub kąpeli gorącej.

Wszystkie te wahania ciepłoty ciała trwają naogół krótko i są najwyraźniejsze podczas samego zabiegu; po upływie pół

1) Deutsch. Arch. f. klin. Med. B. 13.

2) Patrz w podręczniku Winternitz'a.

3) Gazeta Lekarska, 1894.

4) Pamiętnik Tow. Lekar. War., 1898, Z. III.

godziny ciepłota wraca zwykle do stanu pierwotnego, lub nawet przekracza go nieco w kierunku odwrotnym.

Przy badaniach nad łaźnią suchą mierzyłem ciepłotę w jamie ustnej, w pochwie i pod pachą, oraz określałem ciepłotę moczu przed i po zabiegu. Wynikiem tych badań jest, że podniesienie ciepłoty dotyczy nie jedynie skóry, lecz i narządów wewnętrznych, krwi, soków i t. d. W jamie ustnej ciepłota podnosiła się o $0^{\circ}3$ — $1^{\circ}7$ C., w moczu o $0,^{\circ}5$ do $1^{\circ}5$ C. Po zabiegu spadek ciepłoty i powrót jej do normy, lub poniżej, odbywał się w ciągu 30—60 minut.

Większość autorów (Senator, Rosenthal, Winternitz, Speck i inni) skłaniają się wbrew zwolennikom Liebermeister'a do dawnego poglądu Bergmann'a (1845 r.), że te wahania ciepłoty zależą *od zmienionych warunków ochładzania ciała, a nie od zmienionego wytwarzania ciepła*, czyli w zasadzie powracamy znowu do tego samego czynnika, który jak widzieliśmy, kierował zmianami w krążeniu — mianowicie do wpływów naczynioruchowych.

Jeszcze w jednym kierunku zachodzą zmiany w układzie krążenia pod wpływem zabiegów wodoleczniczych. Mamy tu mówić o *zmianach, zachodzących w samej krwi*. Dopiero w ostatnim dziesiątku lat zwrócono uwagę na nie: Rovigthi¹⁾ zauważył po zabiegach zimnych powiększenie ilości ciałek białych we krwi, które niekiedy dochodzi do ilości 4 razy większej niż przed zabiegiem; naodwrot—gorąco wpływało na zmniejszenie ilości leukocytów o 33% . Niebawem potem zjawił się artykuł Winternitz'a²⁾, który nie przytacza coprawda ani jednego doświadczenia, lecz zato stawia bardzo fantastyczne wnioski co do odkrytej, jakoby, przez siebie leukocytozy po zabiegu zimnym. Zaznaczam ten szczegół dlatego, że od owego doniesienia tymczasowego Winternitz,

¹⁾ Arch. ital. d. med., A. 1893.

²⁾ Blätt. f. klin. Hydroth., Nr. 2, 1893.

a właściwie jego asystenci zabrali się do badań nad wpływem zimna i gorąca na krew, chcąc przekonać świat lekarski, że wszystko, co zrobiono w wodolecznictwie, jest owocem wyłącz- nie ich pracy. Tego niesympatycznego wrażenia dozna pe- wno każdy, przeglądając 12 wyszłych dotąd roczników »Blät- ter für klinische Hydrotherapie«, które stanowią organ tej szkoły, bądź-cobądź zasłużonej w badaniu naukowym leczenia wodą.

W 10 miesięcy po wspomnianem doniesieniu tymczaso- wem, znajdujemy w tem piśmie artykuł Winternitz'a ¹⁾, rozpatrujący zmiany we krwi pod wpływem zimna, i pobieżne wiadomości o działaniu gorąca, które sprowadza się do zmniej- szenia ilości ciałek czerwonych zaraz po zabiegu i nieznacz- nego powiększenia ich po pewnym czasie.

Nieco wcześniej Grawitz ²⁾ określił, że ciężar właściwy krwi zwiększa się pod wpływem zabiegów zimnych, a zmniej- sza przy gorących. Badania piknometryczne doprowadziły go do wniosku, że zimno wywołuje zgęszczenie krwi, a gorą- co — rozrzedzenie jej.

W dalszym ciągu Jaquet ³⁾ znalazł, że w stanach go- rączkowych zmniejsza się ilość krążków czerwonych, zaś po zabiegu zimnym u gorączkujących powiększa się o 100,000 do $\frac{1}{2}$ miliona. Podobnież u królika, ogrzanego do 40° C. zmniejsza się ilość krążków w żyłę usznej, a powiększa w wą- trobie.

Dalej mamy do zaznaczenia pracę Breitenstein'a ⁴⁾, który również znalazł, że u królików, trzymanyh w wysokiej ciepłocie, ilość krążków czerwonych powiększa się bardzo znacznie w żyłę wrotnej, a zmniejsza w żyłę usznej, choć już normalnie ostatnia krew jest uboższą w ciałka czerwone, niż pierwsza. Podobnież zmniejszeniu ilości krążków czerwonych

1) Bl. f. kl. Hydr., 1893, Nr. 11.

2) Zeitschr. f. klin. Med., 1892.

3) III zjazd międzynarod. fizyologów w Bernie 1895 r.

4) Arch. f. experiment. Pathol., 1896.

u chorych gorączkujących na obwodzie ma towarzyszyć powiększenie ich ilości w narządach wewnętrznych. Dlatego to zabieg zimny, ożywiając krążenie, ma sprowadzać u tyfusowych powiększenie ilości krążków w naczyniach obwodowych.

Podobne badania robił Löwy¹⁾ i znalazł, że u królików nagranych zmniejsza się ilość krążków w żyłe usznej, jednocześnie ze zmniejszeniem ciężaru właściwego, ilości istoty suchej krwi i mięśni i z podniesieniem nieznacznym ciężaru surowicy; natomiast w naczyniach włosowatych gęstość krwi powiększa się.

Następnie należy zaznaczyć badania Friedländer'a²⁾, który przy rozmaitych zabiegach gorących u ludzi (kąpiel gorąca, łaźnia rzymska, kąpiel piaskowa) otrzymywał: powiększenie ilości krążków przeciętnie o 10,93⁰/₀, ciałek białych o 17,68⁰/₀, ciężaru właściwego krwi i surowicy o 3 podziałki areometru; zaś po łaźni parowej: zmniejszenie ilości krążków o 8,48⁰/₀, powiększenie białych o 22,48⁰/₀, ciężaru surowicy o 1,8 podziałki. Po zabiegach zimnych krótkotrwałych: przyrost ilości krążków o 12,74⁰/₀, białych o 13,49⁰/₀ i ciężaru właściwego o 2,42 podziałki.

Z prac ostatnich czasów przytoczę badania Krebs'a i Mayer'a³⁾, którzy znaleźli, że pocenie się w łaźni suchej w ciągu 15—25 minut sprowadza w większości przypadków umiarkowaną leukocytozę, przeważnie neutrofilową, nieznaczny przyrost barwnika i ciężaru właściwego krwi. Podobne zupełnie wyniki daje pocenie się w kąpielach elektrycznych żarowych i łukowych. Wpływ łaźni parowej na krew ma być nieco inny: po 15—20 minutach przy 40⁰ C. nie znajdowano leukocytozy, nawet leukopenię, mniej barwnika i niższy ciężar właściwy krwi. We wszystkich przypadkach krew była brana z muszli usznej.

¹⁾ Berlin. klin. Woch., 1896, Nr. 41 i Bl. f. klin. Hydr., 1896, Nr. 11.

²⁾ Bl. f. klin. Hydr., 1898, Nr. 2.

³⁾ Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., Nr. 7, 1902.

Moje obliczenia przy łaźni suchej dały w 25 przypadkach (120 badań) zaraz po zabiegu stałe zmniejszenie ilości krążków czerwonych przeciętnie o 9,0452⁰/₀, ciałek białych powiększenie o 25,52⁰/₀ (rzadko zmniejszenie 9,4⁰/₀), zmniejszenie ilości barwnika krwi o 5⁰/₀, istoty suchej o 1,438⁰/₀, ciężaru właściwego o parę podziałek. Te zmiany stawały się coraz wyraźniejszymi po szeregu zabiegów, a przy dłuższem leczeniu dochodziły do wyższych procentów. W przerwach w leczeniu i jakiś czas po skończeniu go można było zauważyć dążność do powrotu do stanu pierwotnego, a u chorych niedokrwistych—nawet powiększenie ilości krążków czerwonych. Zwłaszcza znamionym jest fakt, że zmniejszenie ilości ciałek czerwonych barwnika i istoty suchej trzymało się dość długo po poszczególnych zabiegach (krew brana z palca).

Z przytoczeń powyższych, które nie obejmują bynajmniej wszystkich prac w tym kierunku, widać, że niema zgody pomiędzy badaczami co do wpływu wysokiej ciepłoty na krew. O wiele jednak większa niezgodność panuje w sprawie tłumaczenia zmian znalezionych. Większość badaczy odwołuje się tu do pracy Cohnstein'a i Zuntz'a¹⁾, którzy zauważyli, że w warunkach zwykłych stosunki ilościowe ciałek krwi w tętnicach i żyłach są jednakowe; natomiast przy zastojach w żyłach ma zbierać się więcej krążków, niż w tętnicach. Naczynia włosowate mają być normalnie uboższe w ciała: przez wiele z nich ma płynąć tylko osocze. Po przecięciu rdzenia powyżej nerwów trzewiowych, autorzy ci otrzymali zmniejszenie ilości ciałek czerwonych w żyłach usznej; przy podrażnieniu odcinka obwodowego rdzenia powiększenie ilości krążków o 25⁰/₀. Zmiany te tłumaczy Cohnstein i Zuntz tak: przy rozszerzeniu naczyń włosowatych one przedewszystkiem wypełniają się krążkami krwi, nawet te, przez które płynęło poprzednio tylko osocze: to też w reszcie naczyń ilość krążków musi zmniejszyć się. Naodwrot: jeśli sieć kapilarów zwęzi się, to w pe-

¹⁾ Pflügers Arch. T. 42, 1888.

wnej ich ilości może przeważać osocze, a ciała skupiają się w naczyniach.

Te doświadczenia stały się punktem wyjścia w tłumaczeniu zmian we krwi po zabiegach gorących i zimnych przez większość badaczy. Bezwzględni zwolennikami ich są: Breitenstein, Löwy, Friedländer, Knopfmacher i inni. W nieco zmienionej postaci spotykamy ten sam pogląd u Winternitz'a, który stara się nadać mu zupełnie oryginalny charakter. Winternitz utrzymuje, że w warunkach normalnych zbierają się (v. zatrzymują) preformowane ciała krwi w różnych narządach (??) i że pod wpływem bodźców termicznych, działających na serce, na sprężystość naczyń, ciśnienie krwi i t. d., przedostają się do ogólnego krążenia. Jest to więc tylko powtórzenie poglądów Cohnstein'a i Zuntz'a, którzy zaznaczyli różnice ilościowe ciałek czerwonych w kapilarach i naczyniach.

Oryginalne tłumaczenie zmniejszenia ilości ciałek czerwonych po łaźni parowej w dwóch przypadkach podaje Friedländer: sądzi, że nagromadzone w kapilarach ciała białe wytłaczają do tętnic krążki (??).

Również oryginalnie tłumaczy zmiany we krwi po łaźni elektryczno-światłej Rzętkowski¹⁾: »wskutek rozluźnienia naczyń ciecz pozanacyniowa dopływa w dużej ilości do krwi (pogląd Grawitz'a: patrz niżej), może być ona znaczniejszą, niż utrata płynów przez pot. Dopływ cieczy pozanacyniowej powoduje wzmożone dostarczenie czerwonych krążków ze strony narządów krwiotwórczych, zdążające do przywrócenia normalnego stosunku elementów krwi komórkowych do części jej płynnych²⁾. W przypadkach zaburzeń organów krwiotwórczych owego wzmożenia niema...«.

1) Sprawozdanie z posiedz. W. T. Lek. w grudniu 1902 r. (Pamiętnik).

2) Zkąd biorą się krążki tak szybko w tak wielkiej ilości i co robi się z nimi po łaźni? Szereg zabiegów musiałby wywołać wielkie zgęszczenie krwi?
(Przyp. autora).

Z innego stanowiska wychodzi Grawitz. Znalazłszy po zabiegach gorących zmniejszenie ciężaru właściwego krwi, a po zimnych — powiększenie, uważa pierwszą zmianę jako wyraz rozrzedzenia krwi, drugą — zgęszczenia jej. Ponieważ i w naczyniach włosowatych i w dużych występują podobne zmiany, więc tłumaczy je przez rozcieńczenie krwi sokami, przedostającymi się z tkanek przy zmniejszeniu ciśnienia w naczyniach i zgęszczenie — przez przetłoczenie płynnych części do tkanek przy podniesieniu ciśnienia w tętnicach.

Przeciwno temu pogładowi powstali wszyscy lekarze jako jeden mąż, powołując się głównie na doświadczenia Cohnstein'a i Zuntz'a ze wstrzykiwaniem roztworu fizyologicznego do krwi zwierzętom, przyczem miało pokazać się, że przesiąkanie z krwi do tkanek jest nader powolne, więc nie może w krótkim czasie nastąpić znaczne rozrzedzenie lub zgęszczenie krwi. Prócz tego doświadczenia Löwy przytacza, że w jego doświadczeniach nie zmniejszał się ciężar właściwy surowicy nagrzaných zwierząt, choć powinno by to mieć miejsce, gdyby soki z tkanek przedostawały się do naczyń.

W ostatnich czasach zjawiała się praca Becker'a ¹⁾, która przytacza dużo dowodów doświadczalnych i rozumowych, skłaniających się bardzo wyraźnie do poglądów Grawitz'a. Coprawda, praca ta tyczy się wyłącznie zabiegów chłodnych; jednak zasługuje na przytoczenie, ponieważ prostuje szereg błędów, które były powtarzane dotychczas bezkrytycznie przez innych autorów.

Z doświadczeń Becker'a przy stosowaniu półkąpieli i natrysków chłodnych wypada: 1) ilość ciałek czerwonych i białych w warunkach normalnych jest jednakowa w naczyniach włosowatych i odnośnych żyłach: 2) przy działaniu zimna na całą powierzchnię ciała ilość ciałek białych i czerwonych powiększa się w naczyniach włosowatych (pierwszych — bardzo znacznie, drugich — umiarkowanie); w odno-

¹⁾ Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1901, T. 70.

śnych żyłach powiększa się również ilość krążków, lecz zmniejsza znacznie ilość ciałek białych.

Pierwszy wynik badań stoi w przeciwieństwie zupełnem do poglądów Cohnstein'a i Zuntz'a, poglądów przyjętych powszechnie jako pewnik, a opartych na badaniu błon przezroczystych, w których wiele kapilarów ma zawierać tylko osocze. I z punktu widzenia teoretycznego byłoby niezrozumiałem, gdyby w naczyniach włosowatych miało być mniej ciałek krwi, niż w tętnicach i żyłach; w takim razie na przejściu tętnic w kapilary nagromadziłyby się prędko tyle ciałek, że krążenie stałoby się niemożliwem. Gdyby zaś przy zwięźeniu naczyń włosowatych miało w nich zbierać się przeważnie osocze, to w tętnicach krew uległa by znacznemu zgęszczeniu, a w żyłach—rozrzedzeniu. Badania, jak widziliśmy, dały inne wyniki; nie można więc przywiązywać większej wagi do tłumaczenia, że przy skurczu sieci kapilarów zbiera się w odśnych tętnicach nadmiar krążków krwi.

To samo można zastosować i do poglądów Winteritz'a, Breitenstein'a, Löwy, Friedlender'a, Strasser'a i innych: w normalnym ustroju niema żadnych zastojów ciałek krwi w narządach, bo musiałoby to prowadzić ostatecznie do przeladowania ich ciałkami i do przerwania krążenia; nieznaczne zaś zastoje, gdyby nawet miały miejsce, nie mogą odbić się na krążeniu tak wyraźnie, żeby sprowadziły znaczny przyrost krążków w naczyniach włosowatych. Zastoje w wątrobie w stanach chorobowych (tyfus), lub u zwierząt przegrzanych mogą być zapewne usuwane przez zabiegi chłodne; lecz wyrównanie zmienionego stosunku ciałek w tych przypadkach nie prowadzi jeszcze do wniosku, żeby normalnie miał zachodzić podobny niestosunek.

Podług Becker'a najtrafniejszym jest pogląd Grawitz'a, wypowiedziany poraz pierwszy przez Andreesena (1883). Doświadczenia Cohnstein'a i Zuntz'a z wstrzykiwaniem roztworu fizyologicznego do naczyń królików nie dowodzą bynajmniej trudności przesiąkania płynów z naczyń

do tkanek, lecz zdolności przystosowania się naczyń do znacznie większej pojemności płynu, którego nadmiar wydziela się przez nerki. »O zupełnie co innego«, powiada Becker, »chodzi przy wpływach naczynioruchowych: Skurcz naczyń wywiera ciśnienie na daną ilość krwi, wobec czego płyn musi przesączyć się dokądkolwiek; najprawdopodobniej znaczna część płynu przechodzi przez kapilary do żył, lecz pewna część musi przesączyć się i do tkanek. Naodwrot bywa przy rozszerzeniu naczyń, kiedy płyn zostaje wprost wchłonięty z tkanek do krwi«.

W ostatecznych wywodach Becker stara się pogodzić dwa główne obozy i sprowadza »zmiany w krążeniu po zabiegach wodolecznicznych poczęści do działania wazomotorów, poczęści do zastoju ciałek krwi w kapilarach, zaś w stanach chorobowych zabiegi zimne mogą wpływać w nieznacznym stopniu na usunięcie zastoju krążków w narządach wewnętrznych«.

Na zasadzie własnych badań skłaniam się w zupełności do poglądów Grawitza. Ponieważ badani tracili na wadze podczas łaźni przeciętnie 15,08% wagi swej krwi, jest więc rzeczą zrozumiałą, że płyny, które przed wyparowaniem (pot, wydechanie) musiały przejść przez krew, sprowadzały chwilowe jej rozcieńczenie. A że to rozcieńczenie spotykałem jako zjawisko stałe, przeto nie ulega wątpliwości, że odbywało się ono kosztem limfy i soków tkankowych, w zależności od wpływów naczynioruchowych. Jednak tłumaczenie to nie uwzględnia szeregu innych zjawisk, jakoto: długiego trwania zmniejszenia ilości krążków, pomimo powrotu ciśnienia krwi, ciepłoty i t. d. do normy; znaczniejszego zmniejszenia ilości krążków, niż by tego należało oczekiwać z ilości barwnika i istoty suchej; coraz znaczniejszego zmniejszenia ilości krążków w przebiegu leczenia łaźniami; występowanie objawów niedokrwistości przy dłuższem leczeniu; po łaźni i kąpieli 22° C. po chwilowem powiększeniu ilości krążków, przy leczeniu chorych niedokrwistych i t. d. Szereg tych faktów, znalezionych prze-

zemnie, skłania do wniosku, że prócz wpływów naczynioruchowych (rozcieńczenie krwi) ma tu miejsce jeszcze rzeczywiste zmniejszenie ilości krążków czerwonych pod zgubnem działaniem gorąca. (NB. Szereg dowodów przytoczyłem w pracy w »Archiwum«). Nie potrzeba chyba dodawać, że ten mój pogląd jest w zupełnem przeciwieństwie z panującymi obecnie.

Podobnie niezgodne wyniki badań i tłumaczenie powstawania *zmian ilościowych ciałek białych* po zabiegach wodoleczniczych spotykamy u autorów. Winternitz tłumaczył leukocytozę po zabiegach zimnych jako fagocytozę. Thayer¹⁾ sądzi, że leukocytoza pochodzi wskutek zwiężenia naczyń, co spowodza utrudnienie ruchu ciałek białych. Friedländer uważa to zjawisko za termotaktyczne, niezależne od bodźców naczynioruchowych. Do tego poglądu przyznaje się teraz, szkoła Winternitz'a w osobie Strasser'a²⁾. Becker który znajdował zmniejszenie ilości ciałek białych w żyłach, a zwiększenie w kapilarach, uważa, że w tych ostatnich muszą one zatrzymywać się i układać, jak to zaznaczył Cohnheim, na obwodzie (Randschichtenbildung); wchodzi tu więc w grę nie działanie układu naczynioruchowego, lecz swoisty wpływ ciepłoty.

Słowem, pytanie co do istoty zachowania się ciałek białych przy zabiegach wodoleczniczych wymaga jeszcze dokładniejszych badań.

Na zasadzie moich badań zwiększenie ilości ciałek białych po łaźni suchej tłumaczy się o wiele prościej: płyny, przyplływające do krwi wskutek zmniejszenia ciśnienia w tętnicach, zawierają dość znaczną ilość leukocytów (limfa, soki tkankowe); otóż te składniki morfologiczne pozostają we krwi, gdy płyny, z którymi zostały wchłonięte, zostają wydalone przez skórę, płuca i nerki. To też mamy tu do czynienia

1) Bl. f. klin. Hyd., 1893, Nr. 8.

2) Bl. f. klin. Hydr., 1899, Nr. 4 i 5.

z rzeczywistem powiększeniem ilości ciałek białych w układzie krążenia wskutek wpływów naczynioruchowych, a nie z niejednostajnym rozmieszczeniem ich we krwi.

Pozostaje nam pomówić jeszcze o wpływie *miejscowych zabiegów gorących na skład krwi*. Niewiele prac jest tu do przytoczenia. Badania Strasser'a i Werthheimer'a ¹⁾ wskazują, że miejscowe zastoinowe przekrwienie sprowadza zmniejszenie ilości krążków czerwonych i barwnika, a powiększenie ilości ciałek białych; wręcz odwrotne stosunki zachodzą w narządach odległych (w kapilarach palca przy okładach na brzuch lub łydkę), ilość krążków i barwnika powiększa się wyraźnie, ciałek białych — nieznacznie.

Inne wyniki otrzymał Alangianti ²⁾: po dłuższem stosowaniu gorąca miejscowo znalazł duży przyrost ilości ciałek czerwonych (do 2 milionów). Przy krótkotrwałem działaniu gorąca — zmniejszenie ilości krążków (o 1 milion). Wahania ilościowe ciałek białych były podobne, jak krążków czerwonych.

Laqueur ³⁾ nie znajdował zmian wyraźnych po zabiegach wejściowych (gorących i zimnych), najczęściej tylko nieznaczną leukocytozę w miejscu zabiegu i leukopenię w przeciwległym końcu ciała, lub nieznaczne powiększenie ilości krążków ciężaru i barwnika i zmniejszenie ich w przeciwległym członku.

Wbrew Winternitz'owi nie wykazał Laqueur różnicy w składzie krwi pomiędzy miejscowymi zabiegami gorącymi i rozgrzewającymi.

Lindemann ⁴⁾ robił doświadczenia z okładami miejscowymi elektrycznie rozgrzewanymi i otrzymał zmniejszenie ilości krążków i barwnika oraz leukocytozę pod ich wpływem.

1) Bl. f. klin. Hydr., 1894, Nr. 10.

2) Giorn. della R. Accademia, 1895. (Spraw. Bl. f. klin. Hydr., 1896, Nr. 5.

3) Deutsch. Med. Woch., 1902, Nr. 12.

4) Berlin klin. Woch., 1899, Nr. 18.

Poza temi pracami o bardzo rozmaitych wynikach, możnaby przytoczyć szereg badań, wykonanych przy pomocy specjalnych przyrządów do zastosowania miejscowego wysokiej ciepłoty. Prace te mają jednak tak mało cech badania ścisłego, a tak wiele ogólników o świetnem działaniu, że poprzestaną tylko na przytoczeniu paru autorów: Zimmermann'a ¹⁾, Lindemann'a ²⁾, Klapp'a ³⁾.

Moje badania nad wpływem łaźni miejscowych (przyrządy Kraus'a) na układ krążenia dały: bardzo małe zmniejszenie ciśnienia krwi, bardzo nieznaczne zmniejszenie ilości krążków czerwonych (w granicach błędu) i brak wpływu wyraźnego w innych kierunkach, pomimo, że ciepłomierz wskazywał niekiedy 150° — 250° C. wewnątrz przyrządu, a zabieg trwał 1/2 — 1 1/2 godziny. Ponieważ nie będę wracał później do tych przyrządów, przeto zaznaczę na tem miejscu, że, podobnie jak nie wywierają one wpływu fizyologicznego, tak też i opowiadanie i artykuły o cudownych wyleczeniach z gośćca i dny przy ich stosowaniu, są tylko reklamą niemiecką, obliczoną na łatwowierność polską. W kilkudziesięciu przypadkach, leczonych przy pomocy tychże przyrządów, nie otrzymałem najmniejszej poprawy.

Z tego rysu pobieżnego wynika, że morfologia krwi pod wpływem ciepłoty wyższej od ciepłoty ciała jest zbadana niedostatecznie; wyniki badań są często sprzeczne nie tylko u rozmaitych badaczy, lecz nawet u każdego poszczególne, a tłumaczenia tych wyników noszą najczęściej cechy szkół i stronnictw naukowych, a nie samoistnego dociekania.



(D. c. n.).

¹⁾ U. Erfahrungen m. Tallermanischen Apparate (Wien. kl. W., Nr. 11, 1901).

²⁾ U. lokale Behandlung v. Gelenkrheumatismus, Gicht. u. s. w, m. elektrischen Heissluftapp. (Therap. Monatsch., 1900, Nr. 3).

³⁾ U. d. Behandlung d. Gelenksergüsse m. heisser Luft. (Münch. Med. Woch., 1900, Nr. 23).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

196. Prof. Ad. Schmidt. **O leczeniu gościa stawowego surowicą przeciw paciorkowcową Menzer'a.** (Berlin. klinische Wochenschr., 1903, Nr. 49). Surowica przeciw paciorkowcowa przez pewien czas zupełnie zarzucona była, ostatnio znów w modę weszła, z tego powodu pojawiły się surowice różnemi drogami otrzymywane. Z jednej strony Marmorek, Aronsohn, Denys przeprowadzają paciorkowce, służące do przygotowania surowicy, przez szereg zwierząt, żeby paciorkowcom nadać większą żywotność, z drugiej Tavel, Menzer i Moser, opierając się na różnem oddziaływaniu ludzkiego i zwierzęcego organizmu, otrzymują surowicę wprost przez zarażenie zwierząt bezpośrednio paciorkowcami organizmu ludzkiego.

Klinicznie działanie surowicy obserwowano w płonicy i w gościcu stawowym, w ostatniem cierpieniu specjalnie studiował surowicę Menzer, wychodząc z założenia, że wrotami zakażenia w gościcu są naczynia chłonne gardzieli i dlatego jako materiału do otrzymania surowicy używa hodowli paciorkowców otrzymywanych z anginy. Autor stosował surowicę w 15 przypadkach gościa podostrego i przewlekłego, 8 przypadków były leczone już salicyłem, antypiryną i metodami fizykalnemi ciepłem powietrzem, kąpielami piaskowemi i t. d. Cztery przypadki były jeszcze ostre, w których, co prawda, objawy gorączkowe już przeszły, jednak obrzęk i ból w niektórych stawach jeszcze były i żadnym środkiem się nie poddawały. Wreszcie, 3 ostatnie przypadki dotyczą gościa przewlekłego. Autor robił od jednego do ośmiu wstrzykiwań surowicy po 5—20 ctm. sz. do zjawienia się wyraźnej reakcyi, przyczem wstrzykiwał w okolicę zajętego stawu, uważając, że oddziaływanie jest większe, o ile się wstrzykuje w bliższe, niż dalsze, okolice. Reakcyja ogólna polega na gorączce, miejscowa na nacieczeniu okolicy nakłucia, poczerwienieniu skóry, słowem — na objawach, jakie towarzyszą innym zastrzykiwaniom, naprz. surowicy przeciwbłoniczej, tuberkuliny i t. d.

Specjalnego oddziaływania zajętego stawu autor nie spo-

strzegął, natomiast jest zdania, że silniejsze oddziaływanie lepsze skutki daje, w ten sposób nie uważa oddziaływania za uboczne działanie surowicy. Autor nie uważa ani lekkiego zapalenia wsierdza, ani skompensowanej wady serca, ani zapalenia krtani za przeciwwskazanie do wstrzykiwania surowicy, zwykle jednak czekał, aż minie gorączka, temi powikłaniami wywołana. S. przychodzi do wniosku, że tutaj o specyficznem działaniu, jak przy surowicy przeciwbłoniczej lub tuberkulinie mowy niema, klinicznie jednak nie można tej surowicy odmówić pewnych dodatnich rezultatów, lecz tylko w postaciach podostrych; w ostrych bardzo mały, a w przewlekłych— żaden, w każdym razie radzi używać surowicy, dopiero po bezskutecznem stosowaniu innych środków. *M. Hirsz.*

197. Dr. Willy Alexander-Katz. **Profilaktyka raka żołądka.** (Deut. med. Wochen., 1903, Nr. 47). Autor uważa, że żaden z przyczynowych momentów raka nie jest dotychczas ani klinicznie, ani doświadczalnie dowiedziony; wyjątek stanowi długotrwałe drażnienie. To ostatnie, bądź chemiczne, bądź mechaniczne, ma swój skutek w codziennie spotykanym raku robotników w fabrykach parafiny i dziegciu, w raku wargi u palaczy, w raku wskutek zepsutych zębów, wskutek noszenia pessariów, w raku pęcherza żółciowego i t. d.

Nawet rak przewodu pokarmowego, jak wiadomo, przekłada miejsca, które najczęściej i najbardziej podlegają uciskowi, tarciu i szarpaniu, jako to: okolicę bifurkacyi w przelyku, małą krzywiznę i odźwiernik w żołądku i t. d. Okoliczność, że rak zdarza się i w narządach takich, dla których wyżej wzmiankowanej przyczyny znaleźć nie można, dowodzi, że są i inne przyczyny raka.

Wiadomem jest jednak, że nie wszystkie długotrwałe drażnienia wywołują raka; zależy to od odporności organizmu, podobnie jak pewne osobniki na najmniejsze podrażnienie skóry reagują pryszczycą, inni pomimo silnych podrażnień wcale nie reagują. Autor uważa, że rak, który chętnie powstaje na bliznach lub wrzodach, zawdzięcza swe pochodzenie nie dalszemu bujaniu tkanki, lecz uciskowi i drażnieniu, jakiemu te miejsca, wskutek mechanicznych warunków podlegają. To samo, według spostrzeżeń Futterera w Czykago, da się powiedzieć o rakach żołądka; F. znalazł w materyale sekcyjnym, składającym się z wrzodów żołądka powikłanych

rakiem, że niemal zawsze rak rozpoczyna się na pewnym określonym brzegu wrzodu, a mianowicie na dolnym lub bliżej odźwiernika, nigdy się nie poczynając z górnego lub z brzegu bliżej wpustu leżącego; wyjaśnienie tego autor, zgodnie z F., widzi w fakcie, że miejsca te przy przechodzeniu miazgi pokarmowej przez żołądek najbardziej podlegają drażnieniu. I w raku kiszek autor widzi potwierdzenie swojego poglądu: stawia częstość raka w zależności od konsystencji, w jakiej pokarm przez dany odcinek kiszek przechodzi, a więc — przez kiszki cienkie pokarm przechodzi w stanie płynnym, w kiszce grubej stopniowo twardnieje aż do odbyticy, gdzie nieraz jest zupełnie twardy, temu autor przypisuje najczęściej spotykany rak prostnicy. Ta, zresztą, a nie inna jest przyczyna, dlatego rak się w późniejszym wieku rozwija: potrzeba mu do rozwoju długotrwałych, latami powtarzających się, drażeń. Zważywszy wszystkie wyżej wspomniane okoliczności, autor za zasadę profilaktyki raka żołądka uważa, żeby zawartość żołądka była płynna i wolna od ciał stałych. Pierwszy warunek: dobre przeżuwanie jadła. W naszych czasach, w życiu wielkomiejskim, gorączkowem, coraz bardziej wchodzi w zwyczaj jedzenie pośpieszne, często bardzo dla pośpiechu śniadamy, czy obiadujemy, stojący, polykając zaledwie nieco rozmiękczone kawały chleba i mięsa; autor uważa to za nader szkodliwe, gdy natomiast przy powolnem, starannem przeżuwaniu zyskujemy podwójnie, primo: wprowadzając już z ust do żołądka pokarm napół płynny, secundo: że przy dobrem żuciu, wcześniej uczuwamy nasyceenie, co nas zabezpiecza od zbytniego przeładowania żołądka.

Drugi warunek zapobiegawczy—to wybór potraw; autor poleca potrawy z mięsa, cienko siekanego, skrobanego, a przede wszystkim dobrze ugotowanego, następnie gani zarzucenie przez ludność wielkich miast zup i płynów, które używane są w niewielkiej ilości w postaci używek. Wprowadzanie do żołądka płynów autor uważa za trzeci warunek zapobiegawczy, nie znaczy to bynajmniej, iż należy płyny w zbyt wielkiej ilości wprowadzać, chodzi o to, żeby przez wprowadzenie z suchym pokarmem płynu nadać mu postać bardziej rozpuszczalną; powtóre, naturalnie, pokarm w stanie płynnym mniej drażni mechanicznie ściany przewodu pokarmowego, co, jak widzieliśmy, ma swoje znaczenie. Autor kończy uwagę, że dopóki żadnej ogólnej przyczyny raka nie znamy, zmuszeni

jesteśmy traktować raka jako chorobę miejscową nie tylko pod względem terapeutycznym, lecz i profilaktycznym.

M. Hirsz.

198. K. Bornstein. **Czy kuracja tucząca jest pożyteczna?** Rzecz, czytana w Tow. Lek. w Lipsku. (Münc. Med. Woch. 22, XII, 1903). Autor poddaje surowej krytyce t. zw. kurację tuczącą (Mastkur), wykazując potrzebę zastąpienia jej kuracją, skierowaną ku dostarczeniu organizmowi osłabionemu raczej nadmiaru białka, niż tłuszczu, który po za pewnymi, nielicznymi wyjątkami nie ma żadnego znaczenia.

Wiadomo powszechnie, że wiele osób otyłych i na pozór świetnie odżywionych, choruje na neurastenię i pod względem sił i zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Z drugiej strony wiele osób szczupłych, mało ważących i prawie całkowicie pozbawionych tłuszczu, cieszy się pożądanem zdrowiem. Nie o sam więc tłuszcz i o powiększenie wagi ciała chodzić powinno, ale przeważnie o zwiększenie i poprawę substancji, dla życia doniosłe znaczenie mającej; a tą jest białko.

Jak wpłynąć korzystnie na zawartość tego ostatniego? Oto pytanie, z którym lekarz w praktyce niemal codzień się spotyka. Dwie metody, którymi w tym celu posługujemy się, streszcza B., jak następuje. Najzwyczajniejsza polega na dostarczeniu choremu smacznych potraw, na zachęcaniu i podawaniu środków, pobudzających apetyt do spożywania większej ilości białka, węglowodanów i białka. Metoda ta, która najjaśkrawszy wyraz znajduje w kuracji Weir-Mitchel'a, bywa stosowana w rekonwalescencji, niedokrwistości, blednicy, neurastenii. Druga polega na dostarczaniu ciał, oszczędzających białko, więc tłuszczów, węglowodanów (tranu, oleju sezamowego, śmietanki i t. p.). Oprócz nich, zdaniem autora, istnieje trzecia, polegająca na gromadzeniu w organizmie białka; wszakże metoda ta, acz bardzo prosta i łatwa, mało bywa stosowana głównie dlatego, że w fizjologii przemiany materii utrwaliło się przekonanie, iż przyjętego w nadmiarze białka ustrój nie jest w stanie zatrzymać.

Zdanie to opierało się na znanem doświadczeniu v. Voit'a, wykonanem w swoim czasie na psie, który po największej ilości białka, przyjętego w postaci mięsa, pozostawał niemal ciągle w t. zw. równowadze azotowej. Doświadczenie to, wykonane na psie, nie może być miarodajne dla człowieka, gdyż

pierwszy jest zwierzęciem mięsożernem, drugi zaś wszystkożernem. Henneberg, Pfeiffer i Kalb wykazali u baranów nagromadzenie się białka przy obfitem odżywianiu się białkiem, zbliżone wyniki otrzymał Pflüger u kota. Prace v. Noorden'a i wielu badaczy niemieckich, ostatnimi czasy także skandynawskich i amerykańskich przyczyniły się do wyjaśnienia różnych odnośnych kwestyi, dotyczących przemiany materii u człowieka.

Szukając odpowiedzi na pytanie, czy możliwą jest rzeczą zwiększenie zawartości białka w organizmie normalnym, czyli, jak on je nazywa, »Eiweissmast«, B. robił liczne doświadczenia w Instytucie fizyologicznym Heidenhein'a we Wrocławiu z tak zw. surogatami mięsa (peptonem, aleuronatem, somatozą i nutrozą).

Pomyślny wynik tych doświadczeń zachęcił go do wykonania w następstwie próby na sobie samym w Instytucie prof. Zuntz'a w Berlinie. Doświadczenia, robione w styczniu r. 1898, trwały 18 dni. Po 4-dniowym przygotowaniu się, podczas którego doszedł do równowagi azotowej, zaczął dodawać codziennie po 50 g. Caseinnatrium = 7 g. N. Po 14-tu dniach z 98 g. N., przyjętych nad normę, zatrzymał 16 g.; pozostałe 82, które uległy rozkładowi i utlenieniu, zaoszczędziły około 200 g. tłuszczu, więc oprócz tego nagromadzone 800 g. substancji białkowej, która, zdaniem autora, nie idzie na budowę komórek, ale na wzmożenie i poprawę czynności komórek (eutrophia w myśl Virchow'a). W grudniu tegoż roku przystąpił do drugiej seryi doświadczeń przez 18 dni, wykonywując podczas tychże umiarkowaną pracę ergometrem Zuntz'a. Przez ten czas z przyjętego nadmiaru 121,5 g. N. zatrzymał 26,25 ($22\frac{0}{10}$), z tłuszczu swego stracił 27 g. Doświadczenie to, oraz zbliżone do tegoż wyniki Caspari'ego (otrzymane w doświadczeniu z psem) są niezmiernie ważne pod względem teoretycznym i praktycznym przy stosowaniu t. zw. metody odtłuszczającej (Entfettungskur).

Nie będziemy tu streszczali ani pozostałych uwag autora, ani polemiki jego z Munk'iem i Albu, zadowolniając się zaznaczeniem przewodniej myśli, którą jest, jak wzmiankowaliśmy, zastąpienie t. zw. Mastkur odżywianiem przeważnie białkiem.

Kuracja autora polega na następującem: Najpierw pozwala pacjentowi żyć się tem, co mu instynktownie wydaje

się najwłaściwszem i przyczem tenże zazwyczaj pozostaje w równowadze azotowej. Gdy chodzi o powiększenie składu białka, dodaje mu 50 g. białka w jakiejś postaci, najczęściej nutrozę lub tańszy plazmon; w zamożniejszej praktyce zaleca sanatożen, tańszy roborat i z dawniejszych aleuronat (w pieczywie); zamiast tych preparatów nadaje się też świeży ser, jaja, mleko zbierane i t. p. Autor daje pierwszeństwo preparatom kazeinowym i w ogóle wyrabianym z naturalnego białka, gdyż dawkowanie ich jest łatwiejsze dla lekarza i pacyenta. Kurację tę łączy z podawaniem chininy i żelaza (w pigułkach) i z zalecaniem pracy mięśniowej, gimnastyki domowej i t. p. *Gdzie wychudzenie jest bardzo znaczne, lub gdzie zaburzenie stanu psychicznego chorego tego wymaga, zarówno jak w przypadkach nerki wędrującej, gdzie tłuszcz jest niezbędny jako podściółka, uważa za wskazaną metodę Weir-Mitchel'a.*

»W pozostałych przypadkach«, kończy autor, »ponieważ znamy metody, łatwiej i skuteczniej wiodące do celu, przez z kuracją tuczącą, która zniża człowieka do poziomu zwierzęcia — przez z wyrazem: kuracja tucząca!«. B. Polikier.

199. A. Baginsky. **Sprawozdania kliniczne.** (Arch. f. Kinderh., 1903, T. XXXVI, 160—173). Praca autora obejmuje 4 sprawozdania, z których każde zawiera jedną lub parę notatek kazuistycznych, opartych na spostrzeżeniach w szpitalu imienia ces. Fryderyków w Berlinie. W pierwszym z nich znajdujemy opis 3-ch przypadków ciał obcych u dzieci. Jeden z nich dotyczył 4-letniego dziecka, które od 3-ch miesięcy uczuwało ból brzucha, zwiększający się po jedzeniu, silne pragnienie i brak apetytu. Dziecko dobrze odżywione i dobrej budowy, nie zdradza po za tem żadnych objawów chorobowych. Podczas pobytu w klinice wystąpiły częste wymioty, które nie ustawały pomimo zalecania lodu, bizmutu, mentolu i małych dawek makowca. Na 3-ci dzień po przybyciu do szpitala śmierć przy objawach zapaści. Autopsya wykazała zmiany tylko w kiszce czczej (jejunum), w której znaleziono utkwiony kawałek kostki, z brzegami ostrymi i śpiczastymi odnogami, nadającym mu kształt zbliżony poniekąd do rozwartych skrzydeł ptaka. Był to odłamek kości (sterni) kurczenia długości 2 cm.

Drugi przypadek dotyczył dziecka rocznego, które odano do szpitala z powodu chrypki i świszczącego szme-

ru oddechowego. Przy badaniu dziecka znaleziono sinicę z wciąganiem in jugulo i na klatce piersiowej i świst inspiracyjny obok rzężeń w płucach. Bezwłocznie przystąpiono do tracheotomii, po której oddech poprawił się, sinica zniknęła. Atoli po paru godzinach sinica, wciąganie i t. d. powtórzyły się, ciepłota podskoczyła do $41,2^{\circ}\text{C}$. i dziecko zmarło przy zaznaczonych wyżej objawach.

Podczas autopsyi przy przecinaniu krtani napotkano na przeszkodę, którą okazała się haftka, używana do zapinania sukien damskich, utkwiona w plica aryepiglottica sin., na $1\frac{1}{2}$ cm. nad raną tracheotomiczną. Po obu stronach haftki błona błona śluzowa krtani wygląda jak nadżarta, cart. aryt. w części obnażona. W płucach dużo krwi, znaczne części ich twarde przy wymacywaniu.

Trzeci przypadek spostrzegł autor u chłopca 15-tomiesięcznego, który, jak się okazało przy sekcji, połknął guzik od spodni; ten ostatni utkwiał w przelyku i, przedziurawiwszy tylną ścianę tegoż, spowodował bronchitidem putridam z zejściem śmiertelnem. Pacjent chorował na odrę, do czego przyłączyło się lewostronne zapalenie płuc z otitis media i ropny wysięk opłucny.

W drugim sprawozdaniu autor podaje 2 przyczynki do patologii chorób gruczołów oskrzelowych. Najpierw autor opisuje historję choroby dziecka 7-omiesięcznego, które przybyło do szpitala z powodu silnej błonicy nosa, gardzieli i krtani i leczone było surowicą przeciwbłonicy, oraz tracheotomią, poczem powstawała gorączka dość wysoka oraz silna duszność z wciąganiem in epigastrio po każdej próbie wydalenia kaniulki. Po opadnięciu gorączki: na żądanie rodziny dziecko wypisano, pozostawiwszy rurkę w ranie. Po paru tygodniach dziecko przyniesiono znowu w stanie sinicy, z dusznością i t. d.; po wyjęciu rurki znów zatchnienie; zrobiono przecięcie tchawicy aż do 8-ej chrząstki i przekonano się, że tylna ściana tchawicy nad miejscem bifurkacyi jest wypukłona w kierunku naprzód i że przy każdym wdychaniu dochodzi do przedniej ściany, niemal całe światło tchawicy zamykając. Z trudnością udało się przez wprowadzenie z boku rurki umocować ją za pomocą tamponady tak, że guz uciskający został zepchnięty w tył, poczem dziecko poprawiło się i zaczęło przyjmować pożywienie. Napady jednakże po-

wtarzają się i podczas jednego z nich dziecko umiera przy objawach osłabienia serca.

Przy oględzinach znaleziono nad bifurkacją tchawicy na przedniej ścianie tejże wrzód błony śluzowej wielkości grochu. Na przeciwległej ścianie zgrubienie błony śluzowej; na prawo z tyłu na tejże wysokości przylega grupa małych gruczolów, wielkości bobu oraz większy gruzoł, wielkości orzecha laskowego, na przekroju szaro-brunatnawy.

Następnie autor opisuje przypadek przedziurawienia przełyku, przedziurawienia, spowodowanego rozpadem przylegającego gruczolu oskrzelowego u 5-letniego chłopca, którego ojciec i dziad umarli na gruźlicę. Od 2-ch tygodni gorączka, kaszel, brak apetytu, od 2-ch dni krwioplucie. Stępienie obustronne z odcieniem bębenkowym in regione infraclaviculari i z tyłu, rzeżenia dźwięczne, polykanie utrudnione, płwocina cuchnąca. Autopsya wykazała na 6 cm. poniżej cartil. aryt. przedziurawienie przełyku i oskrzela przez rozpadły gruczol oskrzelowy i wytworzenie się komunikacji między częścią przewodu pokarmowego i zgangrenowaną odnośną częścią płuca. Przypadek ciekawy ze względu na objawy kliniczne i rozmiary zniszczenia.

W trzecim sprawozdaniu Baginsky zastanawia się nad etyologią i profilaktyką chorób rzeżączkowych u dzieci, opisując niemowlę, 3¹/₂ tygodnia liczące, którego choroba zasługuje na uwagę ze względu na umiejscowienie. W kilka dni po urodzeniu zauważono zaczerwienienie naokoło pępka. Sznurek odpadł 10-go dnia, pozostawiwszy ranę ropiejącą, wciąż zwiększającą się, z obwódka również zwiększającą się. Skóra prącia zaczerwieniona i obrzękła; na zewnętrznej powierzchni obrzmiałego napletka również owrzodzenie, pokryte ropą. Zalecono surowicę przeciwpaciorkowcową (! sprawozdawca), opatrunek płynem Burowa. Hodowle z ranki na członku i pępku wykazały obecność typowych gonokoków obok stafilocoków i pneumokoków.

Ostatnie sprawozdanie zawiera 2 przypadki stosowania żelatyny w krwotokach u dzieci. Pierwszy dotyczył 5-letniego chłopca, dotkniętego haemophilia, który przybył do szpitala z powodu silnych bólów przy każdej próbie wyprostowania prawej kończyny dolnej w stawie biodrowym i kolanowym. Gdy ból w stawach ustał, pojawiły się krwotoki podskórne, gorączka i krwotok z nosa, wymagający tamponady. Po od-

daleniu tamponu stwierdzono w gardzieli nalot błonicy, poczem zastrzyknięto surowicę przeciwbłonicy. Po wznowieniu się krwotoku z nosa, powtórna tamponada i zastrzyknięcie 20 cm. sześć. 10-proc. roztworu żelatyny. Po 3-ch dniach usunięto tampon: znowu krwotok, znów tedy tamponada i zastrzyknięcie 25 cm. sz. żelatyny. Krwotok ustał i pacjent z poprawą opuścił szpital. Po jakimś czasie z powodu krwotoków podskórnych i pod okostną powrócił do szpitala i leczy się wstrzykiwaniami żelatyny.

W drugim przypadku autor miał do czynienia w praktyce prywatnej z dzieckiem 3-dniowym, któremu z powodu melaenae neonatorum dwukrotnie zastrzyknięto po 10 cm. sz. 10%-owego roztworu żelatyny i podawano mrożone mleko i herbatę. Dziecko wyzdrowiało. Wstrzykiwania żelatyny wydają się autorowi ważnym środkiem pomocniczym w leczeniu ciężkich krwotoków, tembardziej, że nie spostrzegął on żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Dodaje wszelako, że w jednym, niedawno spostrzeganym, przypadku melaenae neonatorum, środek ten zawiódł jego oczekiwania i nie uratował dziecka, które zmarło z krwotoków.

(Przypisek sprawozdawcy. Jako rzecz, w związku będącą z ostatnim przypadkiem Baginsky'ego, ośmielam się dodać, że przed kilku laty spostrzegalem w praktyce prywatnej przypadek melaenae neonatorum u dziecka 2-dniowego. O leczeniu żelatyną mowy jeszcze nie było wtedy. Zaleciłem mleko z wodą silnie ochłodzone i małe dawki liq. ferri sesquichl. Gdy krwotoki zaczęły się zmniejszać i pojawiały się z usteczek i odbytu tylko strupy czarno-brunatne, pozwoliłem przystawić dziecko do piersi. Przypadek ten opiszę w innem miejscu; tu zaznaczę, że zakończył się wyzdrowieniem).

B. Polikier.

II. Choroby układu nerwowego.

200. J. Babiński. **O zmianie porządku odruchów skórnych w chorobach układu piramidnego.** (Sur la transformation du régime des réflexes cutanés dans les affections du système pyramidal). *Revue neurologique*, Nr. 2, 1904. Sprawozdanie z posiedz. Tow. necrol. 7 stycznia 1904). Ogól-

nie przyjmują, że choroby pęczka piramidalnego wzmagają odruchy ścięgnowe, a osłabiają lub znoszą odruchy skórne.

Referent przedstawia chorą z paraplegia spasmodica, zależną od ogniska sklerotycznego w okolicy grzbietowej rdzenia. U tej chorej odruchy ścięgnowe są wzmożone, *trepidatio pedis*, brak odruchu skórno brzuszno. Lecz u teje chorej, pobudzając skórę podeszwy, goleni lub uda, otrzymuje się prócz ekstenzyi palucha ruchy różnych odcinków kończyn dolnych, w większym stopniu niż u zdrowego, jak np. zgięcie uda. Uogólniając ten fakt, możnaby twierdzić, że odruchy skórne są wzmożone wbrew zachowaniu się odruchu brzuszno.

Van Gehuchten utrzymuje, że zmniejszonymi są odruchy skórne normalne, czyli fizyologiczne, t. j. takie, które wymagają pobudzenia pewnej określonej okolicy skóry, wówczas gdy odruchy skórne patologiczne są odruchami, które powstają przez drażnienie jakiegokolwiek okolicy skóry kończyn dolnych.

Według Babińskiego, nie można na takiej podstawie klasyfikować odruchów skórnych na fizyologiczne i patologiczne. U niektórych zdrowych ludzi można wywołać odruch na cremaster, drażniąc nie tylko skórę uda na górno-zewnętrznej powierzchni, lecz drażniąc goleń, podeszwę, czyli jakikolwiek punkt powierzchni skóry dolnych kończyn, a z drugiej strony w paraplegia spasmodica forma odruchów palcowych może się zmieniać zależnie od tego, czy drażnimy część dolną, lub górną kończyny.

Podstawy klasyfikacji odruchów skórnych nie są dotychczas ściśle. Z tego powodu w opisie odruchów skórnych należałoby oznaczać w każdym przypadku granice okolic, których drażnienie wywołuje pewien odruch, a nadto określać ściślej sposób pobudzenia (techtanie, szczypanie, zastosowanie ciepła, zimna, elektryzacyę).

Według Babińskiego, prawa rządzące odruchami skórnymi podlegają w chorobach pęczka piramidalnego transformacji. Wykazuje się ona zwłaszcza w ruchach palucha, w przypadkach, w których zjawisko palcove (*phénomène des orteils*) jest bardzo wyraźne i daje się wywołać przez pobudzenie skóry nie tylko podeszwy, lecz goleni, a nawet dolnej części uda, można niekiedy, pobudzając skórę górnej części uda lub nawet brzucha, otrzymać fleksyę odruchową palucha.

Takież zjawisko spostrzegał Remak w myelitis dorsalis, transversa: pobudzenie skóry podeszwy powodowało ekstenzyę palucha, fleksyę stopy i goleni. Remak nazwał femoralnym odruch tak otrzymany. Nie jest ta nazwa właściwą, ponieważ u chorych, przedstawionych przez referenta, tenże odruch może być wywołany przez drażnienie skóry brzucha. Należy zatem klasyfikować odruchy skórne podług reakcyi mięśniowych.

I nietylko w cierpieniach pęczka piramidalnego pobudzenie skóry brzucha może wywołać odmienne ruchy palców niż drażnienie podeszwy. Oto np. chory z ischias sinistra: zgięcie palców podczas drażnienia skóry podeszwy jest słabsze po stronie chorej, niż zdrowej; przeciwnie, gdy drażnić skórę brzucha, zgięcie palców jest większe po stronie chorej.

Rozumie się, że pobudzenie skóry w górnej części uda lub na brzuchu nie u wszystkich chorych w paraplegia spasmodica wywołuje zgięcie palców. Są tacy, u których palce rozciągają się podczas drażnienia jakiegokolwiek bądź okolicy skóry.

Wreszcie, referent przedstawia chorego z paraplegia spasmodica ze wzmoczeniem odruchów ścięgowych i trepidacyą. Skoro lechtać podeszwę, palce zginają się i zbliżają do siebie, lecz skoro szczytać skórę części przednio-zewnętrznej goleni, palce, a zwłaszcza mały palec przyjmują położenie abdukcji (signe de l'éventail Soc. de Neurologie 3 Dec. 1903).

Z powyższych faktów autor wyprowadza wniosek następujący: w chorobach układu piramidalnego osłabienie lub zniesienie odruchów brzusznych i na cremaster stanowi kontrast ze wzmoczeniem odruchów ścięgowych. Lecz wogóle nie można powiedzieć o odruchach skórnych, że są osłabione lub w antagonizmie z odruchami ścięgowymi, jak również, że są wzmożone jak odruchy ścięgnowe. Można twierdzić tylko, że porządek ich uległ zmianie.

Rzeczniowski.

201. Brissaud et Brécy. **Neuromyelitis optica acuta.** (Revue Neurologique, Nr. 2, 1904). Od spostrzeżeń Clifforda Albutta w 1870 r., że pewne ostre myelity mogą poczynać się od neuritis optica acuta, istnieje zaledwie około 25 spostrzeżeń tej choroby, z których $\frac{1}{3}$ z autopsyą.

Choroba zaczyna się od zaburzeń wzroku, dotyczących

stopniowo obu oczów. i prowadzi do amaurosis bilateralis totalis. Dopiero później występują objawy myelitu ostrego. Rzadziej neuritis optica i objawy myelitu występują współcześnie, najrzadziej zaś myelitis poprzedza. Neuritis optica może stopniowo poprawiać się i rokowanie zależy od przebiegu myelitu. Wyleczenie jest dość częste. Przypadek poniższy miał przebieg bardzo gwałtowny:

16-toletni chłopiec dostaje w nocy b. silnego bólu głowy w okolicach czołowo-skroniowych. Nazajutrz zaburzenie widzenia; następnego dnia osłabienie w nogach i chód utrudniony.

Po 2-ch dniach stwierdzono: brodawki zastoinowe, silniej po stronie prawej, żyły rozszerzone. Z prawej strony źrenica rozszerzona nie oddziaływa na światło. Chory widzi rękę. Po stronie lewej szeroka źrenica oddziaływa na światło i akomodację. Chory liczy palce z odległości 20 ctm. Następnie porażenie kończyn dolnych, wstępuje do szpitala. Inteligencya normalna, brak sztywności, odruchy rzepkowe wzmożone, ślad drżenia epiloptoidalny po stronie lewej, objaw Babińskiego po obu stronach. Siła mięśniowa zachowana. Anestezja dotykowa i bólowa absolutna w części dolnej aż do żeber fałszywych. Zauważył ją chory od samego początku. Mięśnie brzuszne przykurczone. Zaparcie, lecz brak zaburzeń zyeraczy. Ból głowy ustał, brak gorączki. Puls regularny 70. Płyn mózgowordzeniowy przezroczysty, lecz zawiera ciała krwi w wielkiej liczbie, limfocyty i niektóre wielojądrowe. Ciśnienie jego nie zdaje się zwiększone. Punkt kryoskopowy 0,61.

W 9 dni od początku choroby: prawie nie widzi, mowa nieco skandowana, głos nosowy, ślinotok, język szaro-obłożony. Głową nie może poruszać w kierunku przednio-tylnym, tylko na bok. Strabismus divergens oka lewego, nystagmus verticalis. Oddaje płyny przez nos, uczucie duszenia się bez przyśpieszenia oddychania, ziewa i wymiotuje, oddaje mocz w łóżko. Zaparcie mimo środków czyszczących. Nie może zrobić żadnego ruchu w łóżku ani unieść ręki. Przedstawia obrzęk śluzowy i usposobienie kataleptoidalne. Odruchy normalne. Anestezja zupełnie niżej przepony. Puls 76, ciepłota 37°. W dalszym przebiegu pogarsza się jeszcze mowa, uczucie duszności, inercya zupełna. Odruchy pozostają normalnymi, podszwowy wzmożony. Czucie powyżej przepony zmniejsza się, obrzęk dolnych kończyn, brak odleżyn. Puls nie przyśpiesza

się, lecz staje się nieregularnym, oddech brzuszny, powierzchowny. Na 13-ty dzień choroby śmierć.

Na miesiąc przed chorobą miał odpływ uszny obu stronny, nieleczoney.

Autopsya. Makroskopowo niema zmian. Pod drobnowidzem w rdzeniu grzbietowym i szyjowym dokoła naczyń proliferacja komórek endotelialnych wypełnia przestrzenie okołonaczyniowe. Naczynia niezmiennione. Substancja rdzeniowa również. W miejscu połączenia rdzenia z opuszką zmiany bardziej rozlane, rogi przednie, pęczki przednio-boczne zawierają mnóstwo elementów embryonalnych. Komórki nerwowe są zmienione w różnym stopniu, w niektórych miejscach brak ich zupełny. Tu i owdzie małe ogniska wylewów. W tylnych pęczkach zmiany ograniczone do przestrzeni okołonaczyniowych i dokoła naczyń w warstwie d. rozległej cylindry osiowe i myelinowe znikły zupełnie.

Takiż proces zapalny w dólnej części opuszki, w piramidach przednich, pęczkach bocznych i formatio reticularis. Na poziomie średniej części oliw proces słabnie i tylko kępki komórek około niektórych naczyń, szczególnie w rowku pośrodkowym. Różne jądra dna 4-ej komórki nie zmienione. Zmiany dokołonaczyniowe b. nieznaczne w moście Varola, lecz znowu większe na przecięciach przechodzących przez okolice corpora geniculata interna.

Na przecięciach zawojów nic osobliwego. W niektórych korzeniach, szczególnie w canda equina, niektóre pęczki obfitywały bardziej w komórki embryonalne, lecz nigdzie nie znaleziono ognisk zapalnych i włókna były nienaruszone. Korzenie szyjowe, nerwy błędne, n. tibialis posterior, ischiadicus, cruralis, medianus, nie przedstawiały zmian.

Nerwy wzrokowe: zgrubiałe. Przegrody interfascykularne zgrubiałe przez nabrzmienie włókien łącznych, przez zwiększenie liczby jąder łączno-tkankowych grubych niespłaszczonych, przez obecność corp. granulosa, zawierających granulacye, barwiące się osmem.

Tętnice nerwów puste, normalne, żyły przepelnione krwią.

Pochwy nerwów: Zmiany opony miękiej takie, jak w przegrodach interfascykularnych. Oedema pochwy. Proliferacja komórek endotelialnych w przestrzeniach podpajęcznych.

Pęczki nerwowe: 1) Zwiększenie liczby jąder neuroglei.
2) Za pomocą żadnych sposobów barwienie nie daje się wy-

kryć ani cylindrów osiowych ani pochew myeliny. Włókna nerwowe i neuroglei zwały się z sobą i nie barwią się. Za pomocą metody Marchi wykrywa się tu i owdzie corp. granulosa o ziarnach czarniawych. Nigdzie nie znajduje się kulek myeliny, która znikła.

Zmiany te dotyczą nerwu tak w przebiegu wewnątrz-oczodołowym, jak i wewnątrzczaszkowym. Nie można orzec, gdzie rozpoczęła się neuritis, lub czy cały nerw od początku uległ zapaleniu.

Nie odnaleziono również żadnych mikroorganizmów.

Komórki epitelialne, wypełniające przestrzenie okołonaczyniowe, znajdowano oddawna w ostrych myelitach. Naczynia, otoczone niemi, bywają normalne (Achard i Guinon). Początek ich jest sporny, jedni uznają je za modyfikację neuroglei, inni za infiltrację leukocytów, wreszcie inni za proliferację śródbłonna przestrzeni okołonaczyniowych.

Im przypisuje się absorbcyę tłuszczu i myeliny, która w danym przypadku dokonana została w niektórych miejscach zadziwiająco szybko.

Przypadek ten odznacza się wogóle nadzwyczaj szybkim przebiegiem, który tłumaczy się lokalizacyą przeważnie opuszkową zmian zapalnych. Zmiany w nerwie wzrokowym przypisać należy infekcyi. Lokalizacya spólczesna w pęczkach rdzenia i w nerwie wzrokowym objaśnia się stosunkami budowy embryologicznymi i daje się porównać z tem, co spotyka się w przewlekłych cierpieniach rdzenia, np. w tabes. W tym przypadku nie znaleziono zmian ważniejszych w pęczkach i substancyi szarej rdzenia, lecz raczej endotelitis pochew okołonaczyniowych, spowodowaną przez infekcyę, nie dającą się bliżej określić.

Nie mniej przeto myelitis acuta z neuritis optica duplex stanowi oddzielną chorobę, mającą swą symptomatologię i przebieg. Devic wyróżnił więc neuromyelitis optica acuta z pośród myelitów ostrych rozlanych.

Rzeczniowski.

202. Natan Larrier i Maillard. **Syndrom i choroba Bonnier'a.** (Syndrome et maladie de Bonnier. Arch. gener. de Médecine, Nr. 7, 1904). 48-letni mężczyzna silnej konstytucyi i dobrego zdrowia, posłaniec w Hallach, zachorował 25 grudnia 1902 r.

W chwili, gdy mu kładziono na plecy worek obciążony,

wydało mu się, że otaczające przedmioty posuwają się w lewo i że doświadcza silnego szumu w lewym uchu, oraz mrowienia w okolicy skroniowo-czołowej lewej. Następnie nogi ugięły się pod nim i upadł na lewą stronę, mając pierś jakby ściśniętą w kleszczach, nadzwyczajną anxiętas i silny ból w okolicy nadczołowej lewej, a nadewszystko doświadczał nadzwyczaj silnego pragnienia. Nie tracąc na chwilę przytomności, leżał przez kilka minut i spostrzegł wówczas, że palce rąk były zaciśnięte i pokrywały palec duży, tak, że prosił otaczające osoby, aby mu rozwarły palce, które trzymał następnie oparte na kolanach. Wargi i gardziel schły mu nieustannie, prosił więc o wodę, której wypił litr naraz.

Po kilku minutach, skoro usiłował się podnieść, chwiały się na nogach, które były bolesne. Idąc, zataczał się wlewo. Zużyć musiał około godziny na przejście z trudem, opierając się co chwila, stosunkowo małej przestrzeni. Osunął się więc na ławkę i w tejże chwili dostał powtórnie napadu zupełnie podobnego do pierwszego. Aż do 15 stycznia nie miał napadu, tylko silne pragnienie pozostało, osłabienie mięśniowe wzmagало się, zaburzenie w chodzeniu nie ustawało i przyłączyło się nader szybkie chudnienie. Wystąpił nadto ból w okolicy lewej łopatki, kaszel i plwocina cuchnąca. 15 stycznia, gdy szedł do szpitala, dostał nowego napadu, a przywieziony do szpitala, miał znowu napad. Od tego czasu do końca pobytu w szpitalu napady się nie powtarzały.

Badanie wykryło przedewszystkiem znaczne wychudnienie. W ciągu 3-ch tygodni stracił 20 kilogram. na wadze, osłabł, prawa ręka daje wedle skali pressyi na dynamometrze 22, lewa 19. Opór na ruchy bierne prawie żaden.

Pragnienie nieznośne, wargi i język są suche i krwawią, gardziel czerwona i połyskująca. Polidypsji nie towarzyszyła zrazu polyuria, wystąpiła ona w końcu stycznia (6,--7 litrów). Mocz nie zawierał białka ani cukru, 1006, wodnisty. Polyuria zjawia się w nocy, poczynając od 6-tej wieczorem, popólnocy zmniejsza się i napady te powtarzają się codziennie.

Plwocina cuchnąca, krwawa, rżenia wilgotne w prawym szczyście, gorączka, wobec złego stanu ogólnego sprowadzały obawę zgorzeli płucnej. Stan jednak płuc poprawił się szybko.

Wtedy badano chorego na znamiona histeryi i badanie to dało zrazu wynik ujemny. Dopiero po 15 dniach od pierwszego badania znaleziono zmniejszenie czucia na dotyk, ból,

ciepłotę w całej połowie lewej ciała z włączeniem języka, jak również utratę oceny położenia członków. Prócz anestezji gardzieli zmniejszenie smaku po stronie lewej i smak gorzki, pojawiający się napadami podobnie, jak bóle w zakresie trigemini, stopienie słuchu po stronie lewej, które pozostało od 1-go napadu.

Stwierdzono dalej, że lewem okiem nie widzi od 1874 r., w którym to czasie przechodził keratitis centralis. Jednakże pozostał odruch źrenicy na światło nawet przy zamkniętem prawem oku, tak, że stwierdzono amaurozę histeryczną, trwającą od r. 1874. Chory nie był syfilytykiem, jedna z sióstr jego cierpi na ataki histeryczne. Po miesiącu leczenia chory utył, chodził dobrze, skarżył się jednak na napady gwałtownych bólów ponad lewym oczodołem. Następnie zjawily się napady nagłej szkarłatnej czerwonoci całej twarzy, trwające po godzinie. Podczas napadu takiego krwawiły dziąsła. Później napady przybrały postać silnej iniekcji twarzy, łącznie i bł. śluzowej jamy ustnej z wymiotami, mgłą przed oczami i amnezyą ponapadową, odnoszącą się do faktów daty najświeższej.

Zrobiono wówczas punctio lumbalis, która nie wykazała ani zwiększonego ciśnienia płynu, ani zmian w nim żadnych. W marcu napady trwały, hemianestezya lewostronna w wyższym stopniu, chudnie, występuje anorexia, którą poprzedziły napady silnego głodu, podobne do napadów pragnienia. Wymiotuje niestrawione mleko.

Zaczerwienienia twarzy komplikowały się dwukrotnie obrzękiem o brzegach wyraźnie ograniczonych, jak w erysipelas. Chory podlegać zaczął impulsom chorobliwym, i mimo swego osłabienia, upierał się iść piechotą do Bretanii. Nie podobna było zatrzymać go dłużej pod obserwacją.

Syndrom nagłych pierwotnych napadów tego chorego zakomunikowany był poraz pierwszy 27 grudnia 1902 roku Tow. biologicznemu przez Bonnier'a pod nazwą Syndromu jądra Deitersa, następnie zaś tenże Bonnier na podstawie autopsyi wykazał, że zmiany zachodzą w bocznych okolicach bulbi, irrygowanych przez arteriae radicales. Autorowie zatem proponują nadać tej chorobie nazwę *choroby Bonnier'a*.

Charakterystycznymi objawami napadu jest zawrót (vertigo bulbaris), zaburzenia okoruchowe (nystagmus periodicus), bóle w zakresie trigemini, szum w uchu jednostronny, hemiasthenia mięśniowa, jak tu—lewostronna, w skutku której upa-

dek; na ogół tych objawów Bonnier zapatruje się, jako na reakcyę jądra Deitersa. Według niego, tło, na którym napad występuje, jest stanem patologicznym wyłącznie opuszkowym i wyraża się w zaburzeniach ogólnego odżywiania, krążenia naczyńioruchowych, oddychania, polyuryi resp. glycozuryi. Punktem wyjścia są zaburzenia czynnościowe arter., radicul. prowadzić mogące do rozmiękczenia.

Co do historyi w danym przypadku, ta objawiła się po raz pierwszy znacznie wcześniej w skutek wypadku z okiem. Ukazała się ona powtórnie z powodu napadu pochodzenia opuszkowego i rozwijała się następnie skrycie. Autorowie uznają ją zatem za wtórną. Na podstawie analizy objawów stałych, jak: wychudnienie, pragnienie, asthenia, polyuria, oraz na podstawie analogii z wynikami autopsyi w przypadku Bonnier'a autorowie czynią te objawy zależnymi od zmian trwałych w dolnej części bulbi, wówczas, gdy objawy naprzemienne lub przejściowe zdają się zależeć od irradiacyi jednego ośrodka na drugie podczas napadu. *Rzeczniowski.*

203. F. Munch. **Leczenie operacyjne porażenia twarzowego.** (Le traitement chirurgical de la paralysie faciale). (Semaine médicale, 1904, Nr. 10). W ostatnich czasach w leczeniu porażenia twarzowego, jak i wielu innych cierpień nerwowych, zaczęła ujawniać się dążność do stosowania zabiegów operacyjnych. Nie znaczy to bynajmniej, aby chirurg miał w danym razie wkraczać w dziedzinę neuropatologa, — przeciwnie—probuje on tylko otrzymać jeszcze wynik jakiś w przypadkach, uznanych już za nieuleczalne przy stosowaniu innych metod leczniczych.

Zabieg polega na utworzeniu toru łącznego (anastomozy) między porażonym nerwem twarzowym i którym z innych nerwów czaszkowych. Autor zebrał w piśmiennictwie 22 przypadki tego rodzaju operacyi. W znacznej większości spostrzeżeń łączono koniec obwodowy nerwu twarzowego (odcięty o ile możności bliżej dziury rylco-sutkowej) z *nerwem dodatkowym Willis'a*, bądź z gałęzią, idącą do mięśnia mostko-obojęczkowo - sutkowego (m. sternocleido - mastoideus), bądź z idącą do mięśnia kapturowego (m. cucullaris). W siedmiu przypadkach nerw twarzowy przeszczepiano do *nerwu podjęzykowego*. Wreszcie, proponowano w tym celu i n. *językogardzielowy*, nadający się ze względów teoretycznych—trudno-

ści jednak techniczne w wykonaniu tego zabiegu są tak znaczne, że zaden z chirurgów dotąd operacji się tej nie podjął.

Myśl przewodnia omawianego zabiegu z punktu widzenia fizjologii i patologii układu nerwowego wydaje się uzasadnioną. Badania z ostatnich czasów (Ballance, Stewart) wykazały, że wbrew dawnym, uznanym za klasyczne twierdzeniom, odcinek obwodowy nerwu odgrywa w sprawie odrodzenia nerwu (regeneracji) rolę czynną, a nawet główną. Nowa nitka osiowa powstaje z komórek, zawartych w ciałkach Schwanna, — a że koniec obwodowy odciętego nerwu zachowuje owe komórki Schwanna przez szereg miesięcy, może i lata, nawet wówczas, gdy zamiast nerwu pozostaje tylko polko powrózko tkanki łącznej — więc w razie połączenia tego końca obwodowego z odcinkiem ośrodkowym innego jakiego nerwu — odrodzenie nerwu, a zatem i przewodnictwo nastąpić może. Słowem, teoretycznie wydolność życiowa nerwu jest zawsze zapewnioną. Ze względów praktycznych ważną jest inna kwestya — mianowicie *stan mięśni*; jeśli tkanka mięśniowa, wskutek zwyrodnienia utraciła swą kurczliwość, to i odtworzenie przewodnictwa nerwowego na nic się przydać nie może. Dla tego też, gdy powstaje zamiar zabiegu chirurgicznego, przedewszystkiem dokładnie zbadane być winny porażone mięśnie.

Połączenie n. twarzowego z n. dodatkowym Willis'a jest pod względem technicznym zabiegiem względnie łatwym. Metoda ta jednak ma złe strony. Najpierw pamiętać należy, że zranienie gałązki n. dodatkowego pociąga za sobą zawsze większy lub mniejszy stopień porażenia mięśnia kapturowego z zanikiem następczym. Ruchy ramienia mogą się przez to okazać upośledzonymi. Powtóre, w razie udanej operacji, to jest, gdy wraca ruchliwość twarzy — wytwarza się współdziałanie (synergia) mięśni twarzy i ramienia: wszelki ruch dowolny lub mimowolny ramienia pociąga za sobą współruch w odpowiedniej połowie twarzy.

W obec tych niedogodności zaczęto zaszczepiać nerw twarzowy do nerwu podjęzykowego, chociaż i po tym zabiegu mogą być następstwa niepożądane, mianowicie zanik połowy języka, a wskutek tego pewna trudność w przyjmowaniu pokarmów.

Tą, czy inną drogą przedsięwzięta operacya do celu szybko nie prowadzi: pierwszych oznak powrotu ruchliwości

w twarzy nie należy oczekiwać przed upływem sześciu, a nawet więcej miesięcy od samego zabiegu. Zresztą, i wyniki ostateczne zbyt zadowalającymi nie są; dotąd nie udało się przywrócić mięśniom twarzy ich ruchliwości właściwej, dowolnej. Wykonywując operację, mamy na widoku jedynie *cel kosmetyczny*: poprawić brak symetrii w twarzy podczas spokoju i przywrócić mięśniom porażonym ich poprzednie napięcie. Nawet w najszcześniejszych przypadkach przy ruchach twarzy porażenie uwydatnia się, a ruchliwość mięśni porażonych jest minimalną; w dodatku, chcąc jakiś ruch miniczny po stronie dotkniętej wykonać, chory musi koniecznie podnosić ramię (w razach połączenia z n. dodatkowym).

Wobec tych wszystkich warunków, dziwić się nie można, że przeszczepianie n. twarzowego do innych pni nerwowych—dotąd wielu zwolenników nie znalazło i kto wie, czy zabieg ten pomimo całej swej dowcipnie obmyślanej podstawy zupełnie zaniechanym nie zostanie. *Stanisław Orłowski.*

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

204. **Subcutinum.** Anestezyna, etylowy eter kwasu paraamidobenzoowego, okazała się niezdatną do wstrzykiwań, gdyż nie rozpuszcza się w wodzie, oraz wywołuje objawy uboczne. Obecnie *Ritzert* wynalazł derywat anestezyny, który się w wodzie łatwiej rozpuszcza i daje tylko nieznaczne objawy uboczne.

Subkutyna jest białym, krystalicznym proszkiem, który przy 195,6° topnieje i rozpuszcza się w zimnej wodzie do 1%, a w ciepłej do 2,5%. Roztwory nie psują się i mogą być wyjałowione gotowaniem. Subkutyna w dawkach, używanych jak anestezyna, jest niejadowita. Psy znoszą per os 4 — 6 gramów, króliki zaledwie po wstrzyknięciu 1,6 grama na kilogram wagi zwierzęcia okazują krótkotrwałe objawy zatrucia. W oku królika wkraplanie 0,5 — 1% roztworu subkutyny wywołuje zupełne znieczulenie, trwające od 8 do 10 minut. Jednakże 1% roztwór wywołuje nieznaczne podrażnienie i bardzo krótkotrwałe zmętnienie rogówki.

Do wstrzykiwań używa się następującego przepisu: Subcutini 0,8, Natrii chlorati 0,7, Aquae destillatae 100,0.

Roztwór ten, izotoniczny z płynami tkankowymi, nie wywiera

żadnego drażniącego działania i wywołuje znieczulenie zupełnie bez bólu przy wstrzykiwaniu. Zatem dla znieczulenia sposobem Schleicha subkutyna jest świetnym środkiem, zastępującym kokainę, a posiada tę wyższość, że nie jest trująca. Można jej też używać i do znieczulenia sposobem Obersta.

Wykonano 54 operacji, znieczulając subkutyną, między niemi i większe, jak gastrostomię, przyczem przekonano się, że środek ten działa znacznie lepiej, niż kokaina. Bardzo dobrze zastępuje on kokainę przy cystoskopii. (Therap. Monatshefte, Nr. 10, 1903).

W. B.

205. **Scabiol.** Jest nowym środkiem przeciwko świerzbie. Jest to czerwono-brązowy płyn, bez zapachu, spójności wody i zawiera przeważnie styrax, 20⁰/₀ wysokoci i mydła. Barabas, który wypróbował ten środek na 50 chorych, powiada, że środek ten nie ma przykrego zapachu styraksu; wyniki były zadowolniające. Recydywę zauważył on w 2–4⁰/₀; przypisuje on to nieuwadze chorych, a nie skabiolowi. Zalety skabiolu następujące, nie mówiąc już o tem, że nie ma zapachu: nie wala ani skóry, ani bielizny, gdyż dzięki wyskokowi szybko się ulatnia i na skórze zasycha. Z tego powodu chorzy z chęcią używają skabiolu. Przy obecności na ciele wyprysku wywołuje po pierwszym nasmarowaniu lekkie palenie, które prędko znika, zapalenia skóry nie zauważono. Świerzba ustępuje po 2–7-krotnych wcieraniach. Do zalet tego środka należy, że jest on o 25⁰/₀ tańszy, niż Unguentum Wilkinsonii i inne środki. (Therap. Monatshefte, Nr. 12, 1903).

W. B.

206. **Odżywianie w ulcus ventriculi.** Prof. Lenhartz z Hamburga sprzeciwia się dawaniiu chorym po kilka litrów mleka, twierdząc, że z powodu tego następuje rozszerzenie żołądka, a z niem wszystkie jego nieprzyjemne skutki, nie jest on też za odżywczeni lawatywami—natomiast radzi żywić chorego jajkami i mięsem. Lenhartz każe jeść żółtko z białkiem, na zimnie ubitem, z winem lub bez (wszystko to ustawione powinno być na lodzie), nie trzeba się obawiać krwotoku, można też jajka zaraz dawać po wymiotach. Pierwszego dnia autor daje jedno jajko, zwiększając stopniowo ilość i dochodząc pod koniec tygodnia do 8 lub 10 jajek. Mleka można dawać tylko litr dziennie. Począwszy od 6-go dnia do jajek dołącza mięso wołowe surowe, drobno posiekane. Pierwszego dnia chory otrzymuje 35 grm., następnego dnia otrzymuje porcyę podwójną, którą następných dni stale się zwiększa. Po miesiącu takiego odżywiania można przejść do pokarmów mieszanych.

Lenhartz żywił w ten sposób 60 osób, dotkniętych wrzodem żołądka, i tylko w 5 przypadkach zauważył wtórne wymioty krwawe. (Sem. méd. Nr. 3, 1904).

Matylda Biehler.

207. **Leczenie Chorea minor** za pomocą wstrzykiwań kwasu karbolowego. Dr. Carlos Manzo z Brazylii używa następującego roztworu, z którego zastrzykuje po 2 do 3-ch ctm. sz. 3 razy dziennie: Acid. carb. cryst. 1,50, Glycerini neutr. 5,0, Aq. destil. sterilis. 45,0. Zmieszać i przefiltrować.

Wypada to 3^o/_o roztwór kwasu karbolowego (dla 10-letniego dziecka), dla młodszych dzieci można używać 1^o/_o roztworu. Najlepiej, gdyż nie wywołuje bólu, zastrzykiwać w pośladki.

Bóle gośćcowe znikają po kilku dniach, ruchy zaś płasawicze po 2 lub 3-ch tygodniach. (Sem. méd., Nr. 5, 1904).

Matylda Biehler.

208. **Hydrochinon** daje doskonale rezultaty w nerwobólach, według Meyer'a. Dawka początkowa dzienna równa się 1 gr. którą powiększa się następnie do 4 gr. Najlepiej jest przepisywać hydrochinon w roztworze i dawać na noc, gdy chory leży w łóżku. Po zażyciu hydrochinonu występują obfite poty, w szczególności na miejscach dotkniętych nerwobólem. Lekarstwo należy trzymać w ciemnej butelce, zdaleka od światła.

Meyer dawał po 40 gr. podczas całego leczenia, nie spostrzegając przytem żadnych zaburzeń, raz tylko zanotował bicie serca i zawroty głowy, które znikły zaraz po zaprzestaniu przyjmowania hydrochinonu. Jeżeli po wyzdrowieniu następuje recydywa nerwobólu—należy powrócić na jakiś czas do lekarstwa, a wtedy następuje wyzdrowienie zupełne. (Sem. méd., Nr. 6, 1904).

Matylda Biehler.

209. **Exodinum.** Jest to nowy środek czyszczący, stojący blisko do emodyny i purgatywy. Przedstawia się on pod postacią żółtego, pozbawionego smaku i zapachu proszku, topi się przy 180 — 190^o, nie rozpuszcza się w wodzie, trudno w wyskoku. Preparat został przez Ebstein'a z dobrym skutkiem zastosowany w zaparciu stolca. Na żołądek exodinum nie działa ujemnie; nie wywołuje ściskania w dołku, odbijania, braku łaknienia, mdłości. Po 8—10 godzinach występuje bez bólów papkowate wypróżnienie. Środek ten rzadko tylko zawodzi, jest to łagodny środek czyszczący, który nadaje się także podczas ciąży. Dawka wynosi dla dzieci po jednej tabletki po 0,5, dla starszych 2—3 tabletki. (Therap. Monatshefte, Februar, 1904).

H. K.

IV. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego za rok 1902/3.

W końcu czerwca 1903 roku L. T. L. składało się z 11 członków honorowych, 7 członków korespondentów i 40 członków czynnych, pomiędzy którymi jest 35 lekarzy, 4 aptekarzy i 1 lekarz weterynaryi.

Zarząd Towarzystwa składali: prezes Władysław Totwiński, wiceprezes Aleksander Jaworowski, sekretarz Czesław Czerwiński, skarbnik Aleksander Staniszewski i bibliotekarz Witold Chodźko.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo odbyło 22 posiedzenia, z nich jedno roczne, 1 nadzwyczajne i 20 zwyczajnych.

Na posiedzeniach tych wygłoszono:

1. M. Arnsztajn. O jednostronnych wylewach płynu do jamy opłucny przy cierpieniu serca.
2. W. Chodźko przedstawił chorego z malum perforans pedis, które powstało po zranieniu n. ischiadicus.
3. Tenże przedstawił chorą z więdem rdzenia.
4. Tenże: uwagi o przedstawionym poprzednio przypadku malum perforans.
5. Tenże przedstawił przypadek hemiplegia infantilis cerebr. sin. cum hemiathetosi sin.
6. Tenże przedstawił przypadek histeryi u chronicznego alkoholika z napadami paramyoclonus multiplex.
7. Tenże przedstawił przypadek choroby Parkinson'a.
8. Tenże przedstawił troje chorych z drżączką porażenną.
9. Tenże przedstawił dwie chore ze stwardnieniem rozsianem.
10. Tenże przedstawił jeszcze jeden przypadek drżączki porażennej.
11. C. Czerwiński przedstawił kawałki ciała obcego (korzenia fijołkowego, usunięte przez cewkę z pęcherza ciężarnej).
12. Tenże przedstawił chorą z dysmenorhoea nasalis, wyleczoną po usunięciu lewej dolnej muszli nosowej.
13. Tenże przedstawił chorą z rozmiękczeniem kości.
14. Tenże przedstawił rzadki okaz nieprawidłowego łożyska, wydobytego po poronieniu w przebiegu duru brzuszego.
15. Tenże przedstawił, usuniętą przez pochwę, rakowato-zwyrodniałą macicę.
16. Tenże przedstawił dużych rozmiarów mięśniak podśluzowy macicy, którego usunięcie drogą zabiegu pochwowego dało powod do niezwykle obfitego w tych przypadkach krwawienia.
17. S. Dobrucki przedstawił przypadek wglóbenia kiszki u chłopca 6-letniego—wyleczony operacyjnie.
18. Tenże przedstawił przypadek mięsaka jądra.
19. Tenże przedstawił przypadek wola mięsaszowego, operowany

- sposobem Mikulicza.
20. Tenże przedstawił chorego, wyleczonego zabiegiem krwawym ze skrętu esicy.
 21. Tenże przedstawił chorą po dokonanej gastrostomii wskutek zwężenia przelyku.
 22. Tenże przedstawił chorą po dokonanej nefropeksyi.
 23. Tenże przedstawił chorą po owariotomii.
 24. Tenże przedstawił 2 przypadki złamania kości ramieniowej, nadające się do zeszcicia kości.
 25. Tenże przedstawił 26-cioletniego mężczyznę, operowanego z powodu raka dolnej wargi.
 26. Tenże przedstawił chorą 60-cio-letnią, skutecznie operowaną z powodu dużych rozmiarów torbieli jajnika.
 27. Tenże przedstawił 24-roletnią chorą, po dokonanej gastrojejunostomii z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika.
 28. F. D z i e w i n e k. Sprawozdanie z obecnego stanu nauki o zastrzykiwaniu surowicy przeciwskarlatynowej w szkarlatynie.
 29. Tenże przedstawił chorego z albinismus partialis.
 30. K. J a c z e w s k i przedstawił przypadek mięsaka jądra, pochodzenia traumatycznego.
 31. Tenże. Sprawozdanie z pobytu swojego we Lwowie.
 32. Tenże przedstawił przypadek dystrofii czaszki w kile dziecięcej.
 33. Tenże przedstawił przypadek Tuberculosis cutis propria ani.
 34. Tenże przedstawił chorego z przypuszczalną syringomyelią.
 35. Tenże przedstawił przypadek molluscum contagiosum na twarzy i głowie.
 36. Tenże przedstawił przypadek laryngitidis gummosae.
 37. Tenże przedstawił vegetationes laryngis lueticae.
 38. Tenże przedstawił chorego z promieniłą szyi.
 39. Tenże przedstawił 18-o-letniego chłopca z gigantismus localis dolnych kończyn.
 40. K o r c z a k przedstawił wątpliwy przypadek choroby Addison'a.
 41. A. M a j e w s k i przedstawił przypadek operacyjnego leczenia Malum perforans pedis za pomocą zeszcicia nerwu kulszowego.
 42. M a j e w s k i opisał przypadek wgłobienia kiszki ślepej, odgłobieniem wyleczony.
 43. Tenże przedstawił przypadek wola mięsaszowego, operowany sposobem Mikulicza.
 44. Tenże opisuje przypadek zapalenia kiszki ślepej, operacyjnie wyleczony.
 45. Tenże opisuje przypadek bliznowatego zwężenia oddźwiernika, wyleczony drogą gastroenteroanastomozy.
 46. Tenże opisuje przypadek podwiązania obu tętnic szyjowych z powodu silnego krwotoku po przecięciu ropnia na szyi.
 47. Tenże przedstawił chorą, po całkowitem wycięciu drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego.
 48. Tenże przedstawił preparat żołądka z gastritis phlegmonosa przy raku przelyku.

49. Tenże przedstawił 2 chorych po gastroenteroamastomozie z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika.
50. Tenże przedstawił chorego, wyleczonego z varicocele przez operację wycięcia moszny z podwiązaniem naczyń sznurka.
51. Tenże pokazał guz jajnika, wydobyty przed 2-ma dniami.
52. Tenże przedstawił chorą po wydobytym guzie jajnika.
53. Tenże przedstawił chorego po wyłuszczeniu gruczołów na szyi sposobem Mikulicza.
54. Tenże przedstawił torbiel jajnika w stanie zgorzeli wskutek skrętu szypuły.
55. Tenże przedstawił chorą, wyleczoną z wypadnięcia odbytnicy za pomocą wycięcia kiszki sposobem Mikulicza.
56. A. Puławski odczytał swoje o 2 nowych zakładach leczniczych: Sanatorium Dłuskiego w Zakopanem i „Therapii“ Ebersa w Cirkwenicy.
57. S. Radomyski odczytał sprawozdanie z działalności pracowni miejskiej—chemiczno-bakteryologicznej za 1902 rok.
58. S. Rudzki przedstawił przypadek rzekomego nowotworu płucny.
59. Tenże opisał przypadek diabetes mellitus u 3-letn. dziecka.
60. Tenże odczytał „Rzecz o cukrzycy trzustkowej“.
61. Tenże przedstawił chorą po zaccadzeniu o niezwykłym przebiegu.
62. Tenże przedstawił okaz serca przy systolia alternans.
63. Tenże odczytał obszerniejszą pracę p. t. „Obraz kliniczny i rozpoznanie różniczkowe choroby Addison'a“.
64. Tenże przedstawił chorą z prawdopodobną chorobą Addison'a.
65. Tenże przedstawił preparaty sekcyjne w przypadku choroby Addison'a, powikłanej wrzodem okrągłym żołądka.
66. Tenże opisał przypadek wilka twarzy powikłanego, ciężką płamicą krwotoczną, i przedstawił chorą.
67. Tenże przedstawił preparaty sekcyjne w chorobie Addison'a.
68. Tenże wygłosił odczyt o wodzie krościeńskiej.
69. Tenże wygłosił odczyt o ważności zastąpienia wszystkich wód mineralnych obcokrajowych krajowemi.
70. Tenże przedstawił preparat połowiczego stłuszczenia serca.
71. Tenże przedstawił, ułożoną przez siebie, tablicę porównawczą wód polskich i obcokrajowych.
72. Tenże przedstawił preparat jednostronnego zaniku nerki i nadnercza.
73. Tenże przedstawił preparat wielorakich zatorów w obydwóch nerkach chorej z podwójną wadą serca.
74. A. Staniszewski przedstawił dziecko, u którego połknięty kłós żyta usunięto przez powłoki brzuszne.
75. Tenże przedstawił rzadki przypadek recydywy raka sutki w 11 lat po odjęciu gruczołu piersiowego u 64-letniej kobiety bez zajęcia gruczołów chłonnych.
76. Talko przedstawił chorego z bardzo skutecznem wyleczeniem silnej krótkowzroczności drogą operacyjną.

77. E. Ty miński opisał przypadek cięcia cesarskiego z powodu pęknięcia macicy przy porodzie.
78. Zajdenman przedstawił 10-letnią dziewczynkę z bliznami na obu rogówkach po przebytej ospie.
79. Tenże przedstawił chorego, u którego przy pomocy elektromagnesu wydobyl kawałek żelaza z wnętrza gałki ocznej.
80. Tenże przedstawił chorego po abscessus reg. orbitalis.

Prócz wymienionych wyżej prac z treścią czysto-naukową Tow. Lekarskie wykazało w roku sprawozdawczym wyjątkowo dużo ży-
wotności na polu pracy społeczno-lekarskiej. Zorganizowanie w Lu-
blinie fili Warsz. Tow. Hygienicznego, utworzenie stałej komisji
dla popierania przemysłu lekarskiego krajowego, wprowadzenie
w czyn myśli o otworzeniu w Lublinie szpitala dziecięcego — oto
fakty, które są wymownem świadectwem tej naszej żywotności.

I w życiu wewnętrznem naszego Towarzystwa rok ubiegły
zaznaczył się wieloma dodatnimi objawami. Wskutek wtrójnasób
większej, w porównaniu z latami dawnymi, liczby referatów, od-
czytów i pokazów zwiększyła się znacznie frekwencya członków na
posiedzenia i, co za tem idzie, rozprawy stały się więcej interesują-
cemi i ożywionemi. Utworzona przed paru laty komisya biblioteczna,
oznaczywszy sobie stałe terminy posiedzeń, pracowała z całą
energiją nad wypracowaniem stałych zasad przy wyborze dzieł, ma-
jących powiększyć nasz księgozbiór, a rezultaty tej pracy ocenić
można ze sprawozdania bibliotekarza.

Nakoniec, rok ubiegły dał nam opracowany przez specjalną
komisję regulamin, brak którego przez cały szereg lat nie pozwa-
lał nam, w znaczeniu organizacyi, prawidłowo funkcjonować.

Zamykając więc ten rok naszego istnienia, kończymy go z tem
przeświadczaniem, że dzięki dobrym chęciom członków, skromne
ramy naszego prowincjonalnego życia pozwoliły Lub. Tow. Lekar-
skiemu, bodaj czy nie poraz pierwszy, stanąć na wysokości zadania
instytucyi społeczno-lekarskiej, a poczęści i naukowej.

Sprawozdanie ze stanu kasy za ubiegły rok 1902/3.

Ważniejsze pozycye wydatków były następujące: lokal 75 r.,
pensya woźnego 60 r., opał 13 r. 26 kop., materiały piśmienne
i portorya 22 r. 9 k., światło 15 r. 69 k., asekuracya 21 r. 81 k.,
biblioteka 154 r. 16 kop., remont 26 r. 36 kop., wianek na grób
b. p. kol. Flindra 19 r. 30 kop., drobne 26 r. 89 $\frac{1}{2}$ k.. Razem
wydatkowano 434 r. 56 $\frac{1}{2}$ kop.

Dochody: Remanent z roku poprzedniego 60 r. 85 kop.,
składki od członków 413 r., razem 473 r. 85 k. Remanent na rok
następny wynosi 39 r. 28 $\frac{1}{2}$ kop.

Sprawozdanie ze stanu biblioteki Towarzystwa Lekars. Lubels. i z czynności Komisji Bibliotecznej tegoż Towarzystwa w roku 4902/3, przedstawione na zebraniu rocznem Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w dniu 4 lipca 1903 roku.

Szanowni Panowie!

A. W ciągu roku sprawozdawczego 1902/1903 do biblioteki Tow. Lek. Lub. przybyło zapisanych do księgi inwentarzowej czyli katalogu A. numerów książek i czasopism 492 w 594 egzemplarzach. Nie wszystkie tu wymienione numery przybyły w ciągu ostatniego roku, ale dopiero w tym roku zostały wciągnięte do odpowiedniego katalogu.

Z ważniejszych dzieł, które przybyły do biblioteki Tow. Lek. Lub. w ciągu roku 1902/1903, wymieniamy:

Biegański. „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“, 2 t.

Korczyński. „Zarys balneoterapii krajowej“, 1 t.

Krysiński. „Słownictwo anatomiczne“, 3 t.

Jaworski. „Podręcznik chorób żołądka“, wyd. II, 1 t.

Cybulski. „Fizjologia człowieka“, wyd. II, 1 t.

Żałęski. „Królestwo Polskie pod względem statystycznym“, 2 t.

Boucharđ. „Traité de Pathologie générale“, 6 t.

Cornil-Ranvier. „Manuel d'histologie pathologique“, 2 t.

wszystkie z zakupu.

Zaprenumerowano:

„Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ na rok 1902 i 1903.

„Pamiętnik fizyograficzny“, tom XVI-ty.

„Rozprawy Akademii Umiejętności w Krakowie“. Wydział matematyczno-przyrodniczy na rok 1901, 1902 i 1903.

„Schmidts Jahrbücher der gesammten Medicin“ na rok 1902.

„Encyclopädische Jahrbücher“ (tom XXVII-y Encyklopedyi Eulenburg'a) na rok 1902.

„Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“, na rok 1902 (dar kol. Jaczewskiego).

Oprócz tych przybyło kilkadziesiąt roczników i broszur, uprzejmie ofiarowanych na rzecz biblioteki przez kolegów: Jaworowskiego, Dobruckiego, Czerwińskiego, Olechnowicza, Jaczewskiego, Radomyskiego, Biernackiego, Rudzkiego, Puławskiego, Talkę, — z Warszawy kol. Higiera, Stankiewicza, Grabowskiego, Męczkowskiego, — z Radomia kol. Majkowskiego i Pełczyńskiego, z Krakowa kol. Adama Wrzoska, z Łodzi—kol. Serkowskiego.

Wszystkim tym Kolegom wyrażamy niniejszem podziękowanie.

Do czytelników Towarzystwa otrzymywaliśmy bezpłatnie czasopisma następujące:

„Kronikę lekarską“, „Nowiny lekarskie“, „Gazetę lekarską“,

„Medycynę“, „Časopis lékařův českých“.

Wszystkim Redakcyom przesyłamy wyrazy podziękowania za ich ofiarność.

Wszystkie wstępujące do Biblioteki nowe dzieła i kilka z dawniejszych zostały oprawione.

Od dnia 6 października 1902 roku biblioteka Towarzystwa była otwierana stale co poniedziałek (z wyjątkiem świąt uroczystych) od godziny 6-tej do 8-ej wieczorem dla lekarzy, chcących czytać na miejscu. Frekwencya kolegów z samego początku niewielka, pod koniec roku sprawozdawczego ustała zupełnie. Odwiedzali czytelnicy następujący koledzy: Arnstein, Dobrucki, Jaczewski, Jaworowski, Królewski, Majewski, Markiewicz, Rudzki, Tymiński, Staniszewski.

B. Komisya biblioteczna.

Komisję biblioteczną w roku sprawozdawczym 1902/1903 stanowią:

Wice-prezes Jaworowski—jako przewodniczący; Arnstein, Dobrucki i Jaczewski, jako członkowie z wyborów; Staniszewski i Chodźko z urzędu; Sekretarzem był Chodźko.

Komisyja ta odbyła w ciągu roku 3 posiedzenia, a mianowicie: 5 sierpnia, 31 października 1902 roku i 30 czerwca 1903 roku, na których załatwiono sprawy następujące:

wyznaczono książki do zakupu i czasopisma do zaprenumerowania;

uchwalono na żądanie Prezesa Towarzystwa, zaznaczone w Jego mowie wstępnej — regulamin dla Komisji bibliotecznej (który wszedł później częściowo w skład ogólnego regulaminu Towarzystwa); *zarządzono* otwieranie biblioteki do czytania na miejscu raz na tydzień.

zaprowadzono na wzór Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego następujące książki sznurowe dla biblioteki:

a) Księga inwentarzowa czyli repozytoryalna (katalog A) do zapisywania dzieł w miarę ich przybywania do biblioteki;

b) Księga umiejętnościowa (katalog B) do zapisywania książek według działów;

c) Księga kontroli dzieł wypożyczonych P.P. członkom, opatrzona z boku literami alfabety.

(Dotychczas dopiero pierwsza z tych ksiąg została użyta).

Księgi te są opatrzone pieczęcią przewodniczącego w Komisji i pozostają u Bibliotekarza.

Zaprowadzono również księgę żądań do zapisywania tytułów dzieł, których nabycie dla biblioteki życzyliby sobie P.P. członkowie Towarzystwa i księgę uchwał Komisji bibliotecznej;

zarządzono druk 1000 egzemplarzy katalogu kartkowego;

wystarano się o ustawienie w sali biblioteki Tow. Lek. tablicy drewnianej (dar kol. Jaworowskiego), do której postument ofiarował kol. Jaczewski;

ubezpieczono w podwyższonym szacunku inwentarz biblioteki; *zakwalifikowano* niektóre dzieła do wyłącznego czytania na miejscu (dzieła te są wymienione w księdze uchwał Komisji na posiedzeniu z dnia 31 października 1903 r.);

uchwalono zwrócić się do Dziekanów wydziałów lekarskich w Krakowie, Lwowie i Pradze z prośbą o nadsyłanie odbitek prac i rozpraw, drukowanych przez profesorów i uczniów tychże wydziałów, do Biblioteki Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego—uchwałę tę postanowiono wnieść pod obrady zwyczajnego posiedzenia Tow. Lek. Lub. w celu jej zatwierdzenia i wykonania, co dotychczas uskutecznionem nie zostało — proponujemy zatem wnieść ją pod obrady członków na posiedzeniu rocznem Towarzystwa.

Komisyja biblioteczna starała się w granicach wyznaczonego jej budżetem funduszu nabyć dla Towarzystwa te dzieła i czasopisma, które wydawały się najpotrzebniejszymi i w danej gałęzi wiedzy najbardziej wyczerpującymi. Przy wyborze dzieł do zakupu kierowaliśmy się przeświadczeniem, że przede wszystkim Biblioteka Tow. Lek. Lub. posiadać winna wszystkie dzieła lekarskie oryginalne polskie, ukazujące się w danej chwili, a z dzieł cudzoziemskich — traktujące o przedmiotach, mogących obchodzić ogół lekarzy, a ze względu na wysoką cenę dla każdego pojedynczego członka Towarzystwa nie dostępne. Zresztą, pod tym względem wszyscy koledzy mają możność wyrazić swoje życzenia w zaprowadzonej przez komisję księdze żądań.

Na tem miejscu nie możemy powstrzymać się od zaznaczenia, że fundusz wyznaczony na zakup książek i prenumeratę pism jest stanowczo zbyt szczupły, abyśmy mogli wykonać nawet nasze własne zamierzenia, nie mówiąc już o wypełnieniu żądań Członków. Ogółem wydaliśmy na książki i czasopisma oraz na oprawę tychże rubli 155 kop. 25. Zapewne, jest to znaczny postęp wobec rubli 10 kop. 40 wydanych w roku 1901/1902 (nie wchodzi tu 75 rubli wydanych na »Kronikę lekarską«), ale jest to niewiele wobec 325 rubli, wydanych na tenże cel przez młode Towarzystwo Lekarskie Radomskie. Towarzystwo to prenumeruje 20 czasopism lekarskich w różnych językach i otwiera czytelnię codziennie od godziny 10 rano do 10 wieczorem.

Są to stosunki, które mogą wzbudzić w nas tylko zazdrość przy porównaniu z panującymi u nas pod tym względem stosunkami. Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie przy budżecie nie większym od naszego również otwiera swoją czytelnię codziennie i posiada znaczną ilość czasopism bieżących.

Sądzymy, że budżet naszej biblioteki powinien być bezwarunkowo zwiększony.

Bibliotekarz Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego;

Sekretarz Komisyi bibliotecznej, *Chodźko.*

Członkowie Komisyi: *Jaczewski, Dobrucki, Arnstein.*

Wice-prezes Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego

Przewodniczący w Komisyi, *A. Jaworowski.*

Lublin, 29 czerwca 1903 roku.

Kronika bieżąca.

—kd— **Lekarze rezerwiści.** Znów 26 kolegów, należących do rezerwy, powołano do służby wojskowej na Dalekim Wschodzie. 6 z nich przeznaczono do rozporządzenia lekarza korpusu w Chabarowsku, 5 do rozporządzenia zarządu brygady miejscowej w Irkucku, pozostałych zaś 15 do rozporządzenia inspektora wojskowo-lekarskiego stepowego w Omsku. Koledzy ci powołani zostali poważnie z prowincyi, głównie z gub. Piotrkowskiej i Kaliskiej. Łącznie więc z pierwszą partją ogółem z Królestwa dotychczas powołano 95 lekarzy.

Ponieważ już kilkakrotnie zwracano się do nas w różnych kwestiach, tyjących się spraw wojskowo-lekarskich, przeto uważamy za pożyteczne przytoczyć poniżej kilka informacji dla kolegów, będących w rezerwie.

Każdy z lekarzy, należących do rezerwy, *powinien* zawiadomić naczelnika wojskowego o *wszelkich* swych nominacjach na posady rządowe, dołączając swą nominację oraz książeczkę zapasową w celu zapisania owej zmiany, o rangach, które otrzymuje na służbie, oraz o zmianach rodzinnych, z dołączeniem pełnych aktów ślubu, urodzenia dzieci i t. p.

Musimy tu zauważyć, że są posady lekarskie, które uwalniają od powołania do armii czynnej; w naszym kraju do takich należą: posady *lekarzy naczelných szpitali lub zakładów leczniczych prywatnych* (liczących nie mniej niż 16 etatowych łóżek), gdyż skoro w szpitalu jest tylko jeden lekarz, uważać go należy za lekarza naczelnego (Dodatek do § 25. VII, Tom IV Zebr. Praw. Ust. o pow. wojsk.). Następnie, uwalniają posady *laborantów i prosektorów* przy uniwersytecie, o ile zajmujący je lekarze posiadają stopień doktora medycyny (Ibidem). Do takich-że uwalniających posad należą posady *lekarzy etatowych* przy instytucjach i szkołach imienia Cesarzowej Maryi (Ibidem).

Kto więc z lekarzy nie dopełnił powyższych formalności, niech śpieszy dopełnić je jaknajprędzej przed wezwaniem, bo później naczelnicy wojskowi nie uwzględniają żadnych podań z braku czasu, gdyż muszą o każdej zmianie służbowej lekarza rezerwy dawać znać do zarządu brygady miejscowej i zarządu wojskowo-lekarskiego w Warszawie, gdzie są prowadzone dokładne listy stanu służby lekarzy, zapisanych do rezerwy i zkąd przychodzą nominacje.

Ranga ma duże znaczenie przy powołaniu do służby czynnej: podług niej lekarze otrzymują pieniądze na drogę, podług niej otrzymują rodziny wsparcie w postaci kwaterunkowego, podług niej lekarze na wojnie otrzymują dyety.

Lekarze młodszy, nie posiadający rangi lub rangę radcy honorowego, otrzymują na przejazd na dwa konie, t. j. po 5 kop. od wiorsty; lekarze zaś, posiadający rangę asesora kolegijskiego,

radcy dworu lub też stopień doktora medycyny (o ile przedtem zawiadomili naczelnika wojskowego o posiadanej randze, stopniu) otrzymują na 3 konie, t. j. po $7\frac{1}{2}$ kop. od wiorsty.

Na przejazd do miejsca przeznaczenia kolejają przeznaczono 300 wiorst na dobę, końmi szosą 75 w., a drogami bocznymi 50 w., licząc początek wyjazdu na dzień następny po upływie 5-dniowego terminu na wyekwipowanie. Pensya wezwanym liczy się od dnia wezwania, o ile się nie spóźnią z przyjazdem na miejsce przeznaczenia; jeżeli zaś przyjazd swój opóźnią, to pensyę otrzymywać będą od dnia przybycia na miejsce.

Oprócz pieniędzy na drogę lekarze winni otrzymać pieniądze na umundurowanie w ilości rub. 100, oraz t. zw. „dodatkowe“: kawalerowie mianowicie otrzymują pensyę dwumiesięczną, t. j. rubli 152, a żonaci—czteromiesięczną—rubli 304. (Rozkaz do Władz Wojskowych, punkt 113 i 418).

Lekarze żonaci mają prawo dla swych rodzin otrzymywać „kwaterunkowe“, które wynosi dla lekarzy, nie mających rangi lub rangę radcy honorowego, rocznie rubli 200 (w Warszawie), 108 i 60, zależnie od miejscowości; posiadający zaś rangi sztab-oficerskie—otrzymują kwaterunkowe podwójne.

Lekarze, jak i oficerowie, mogą ze swej pensyi zostawić na utrzymanie rodzinom pewną część do wysokości $\frac{1}{2}$ pensyi; muszą przedtem wraz z żoną być u naczelnika wojskowego i w jego obecności podpisać odpowiednie zobowiązanie.

Jeżeli który z powoływanych lekarzy nie otrzyma oznaczonych pieniędzy, to naczelnik wojskowy wyda mu zaświadczenie, że takowych nie wydał, a po przyjeździe na miejsce przeznaczenia władza bezpośrednia wypłaci mu niedobór.

Z powołanych na wojnę lekarzy zaledwie kilku otrzymało określone miejsca, reszta zaś została przeznaczona do dyspozycji lekarzy korpusów i inspektorów wojskowo-lekarskich. Jednakże i zanominowanie na określone stanowisko (np. w lazarecie, szpitalu, pociągu sanitarnym) nie jest stałe, bo w czasie wojny codziennie mogą zmieniać się okoliczności, a w miarę tego i przeznaczenie lekarzy.

W sprawie szpitali. Ciągłe i słuszne narzekania na brak szpitali w Warszawie nie ustana dopóty, dopóki wszelkie przedsiębiorstwa nie postarają się o urządzenie szpitali własnych. Dość powiedzieć, że dotąd w Warszawie jedynie tylko koleje nadwiślańskie posiadają szpital własny, kolej zaś wiedeńska dotąd jeszcze szpitala nie wystawiła.

Szpital kolei Nadwiślańskiej mieści się przy ulicy Brzeskiej na Pradze i rozwija się coraz bardziej, dziś obliczony jest na 60 łóżek, wkrótce jednak będzie rozszerzony. Zwiedzaliśmy szpital niedawno, aby przekonać się, co można zdziałać, gdy pracuje się z planem ściśle nakreślonym. Szpital przerobiono z dawnej szkoły technicznej, dziś już jednak jest tak urządzony, że wiele szpitali miejskich pozazdrościć mu może. Ściany szpaklowane, wszędzie zaprowadzona woda gorąca, a do salki operacyjnej sterylizowana,

dużo światła i powietrza, a urządzenia gospodarcze wyborne. Lekarz naczelny kolei nie szczędzi zachodu, aby szpital wciąż ulepszać, liczna zatem rzesza chorych kolei nadwiślańskich winna mu wdzięczność za opiekę i starania.

Gdyby za tym przykładem poszły inne koleje i większe przedsiębiorstwa, sprawa szpitalna w części przynajmniej mogłaby znaleźć należyte rozwiązanie.

Wagon sanitarny. Mieliśmy sposobność zwiedzać w ostatnich czasach zbudowany specjalnie dla kolei nadwiślańskich wagon sanitarny, przeznaczony na wypadek zderzeń pociągów lub innych wypadków na linii.

Wagon ten, obmyślany przez naczelnego lekarza kolei, d-ra W. Kryżego, został zbudowany w warsztatach kolei nadwiślańskiej.

Wagon jest zwykłego typu Pullman'a z kilkoma piętrami osi, długości normalnych wagonów, podzielono go na 3 części: w tylnej, z wejściem z korytarza, mieści się spiżarnia i skład bielizny oraz sprzętów gospodarczych, dalej idzie klozet ze skrytką na baseny i z dopływem wody, tuż obok niego przedział sypialny dla lekarza, zaopatrzone w biurko, wysuwaną sofkę i inne niezbędne przybory, oraz w wodociąg i zlew, tuż poza przedziałem lekarza mieści się apteka i narzędzia lekarskie.

Drugą część stanowi pokój obszerny na 4 łóżka, ustawione po 2 nad sobą. Łóżka sprężynowe, doskonale izolowane, przy łóżku są dzwonki i telefony do służby.

Poza salkę dla chorych widzimy wybornie oświetloną i urządzoneą salkę operacyjną z podłogą nieprzemakalną i spustem, ściany o ile można wygładzone, umywalnia z dopływem wody gorącej. Za salką operacyjną mieści się wanna oraz szerokie wyjście z wagonu.

Urządzenie to, niewątpliwie, posłuży jako typ dla tego rodzaju wagonów, które znajdować się winny na każdej stacji większej, przewożenie bowiem, jak się to dziś dzieje, chorych w wagonach zwykłych wobec dzisiejszych wymagań nauki, ostać się nie może.

Nie wątpimy, że i w czasie obecnej wojny wagony tego typu znajdą szerokie zastosowanie, tem więcej zatem czujemy zadowolenie, że myśl wagonu powstała u nas i że pierwszy wagon tutejszy, jako typ urządzeń, zyskał sobie uznanie.

(hk). Zmniejszenie się liczby słuchaczy medycyny w Uniwersytetach niemieckich występuje w obecnym półroczu bardzo wybitnie. W zimowym semestrze 1894 — 5 liczba ta wynosiła 7796, obecnie spadła ona do 6072, zatem przez przeciąg lat 10 zmniejszyła się o 22%. W niektórych uniwersytetach spadek ten jest nadzwyczaj jaskrawy, w Würzburgu liczba medyków przez ten czas zmniejszyła się z 753 na 422, w Lipsku z 727 na 445, w Gryfii z 381 na 156. Na niektórych fakultetach liczba słuchaczy medycyny cokolwiek wzrosła, mianowicie w Giessen, Heidelbergu i Rostoku. Na najliczniejszym fakultecie lekarskim, mianowicie

w Berlinie cyfra studentów nieznacznie tylko uległa wahaniam: z 1220 zesłała do 1193. (St. Petersb. Med. Woch.).

—jw— Od drugiej połowy marca zaczęły występować w Warszawie dosyć liczne przypadki krwawej biegunki (dyszenterji) jednak przeważnie o przebiegu łagodnym i krótkotrwałym. W tej porze roku epidemia tej choroby należy do rzadkości i dla tego fakt ten godzien jest zanotowania.

Z innych chorób zakaźnych występuje doszć często grypa (influenza), również o przebiegu łagodnym i ospa. W ostatnich dniach marca zaczęło występować i włóknikowe zapalenie płuc.

W Kasie pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy odbyło się zebranie ogólne, które po zatwierdzeniu sprawozdania wybrało cały Zarząd i Kom. rew. ponownie. Kasa pogrzebowa będzie otwarta niebawem.

Zmarli. Dr. Antoni Misiewicz, dnia 16 marca r. b. w Petersburgu.

— Dr. Jan Radecki, lekarz naczelny kolei petersburskiej, dnia 11 marca r. b. w Petersburgu, w wieku lat 67.

— Dr. Wacław Zaremba, autor licznych prac z dziedziny historii medycyny, dnia 13 marca r. b. w Krakowie, w wieku l. 58.



— Dr. Aleksander Janiszewski, wieloletni prezes Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego, prezes Komitetu Tow. Kredytowego m. Lublina, człowiek nieposzlakowanej uczciwości, dobry kolega, bardzo wzięty lekarz-praktyk, dnia 12 marca r. b. w Lublinie, przeżywszy lat 69.



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 Марта 1904 г.

KROWIANKA  Ospa ochronna 

Daniłowiczowska 8. * Telefon 528.

Inst. D-ra TCHÓRZNICKIEGO



PEPTONATE DE FER ROBIN

Peptonat żelaza Robin'a.

Prawdziwa sól żelaza, łatwo przyswajalna
przygotowana przez M. ROBIN'A

ŻELAZO ROBIN'A

skutecznie działa przeciw anemji blednicy

Pobudza odżywianie i nie wywo-
łuje nigdy zaparcia.

Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku
Przyjmuje się 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podcza-
je enia w małej ilości wody lub wina. Każdy flakon star-
czy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w aptekach i w składach aptecznych



GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

GLICEROFOSFAT ziarnisty ROBIN'A

Glicerofosfat wapnia i sody
Stosowany w szpitalach paryżkich

Wzmacniający system nerwowy

Wskazany przeciw krzywicy, słabości kości,
w okresie rośnięcia u dzieci, podczas karmienia
i ciąży, przeciw neurastenii, przeciążeniu umy-
słowemu i t. p.

Przyjemny w smaku; zażywa się w małej ilo-
ści mleka i wody.

Dla dotkniętych cukrową chorobą wy-
rabia się w formie pastylek.

Sprzedaż w aptekach i większych składach
aptecznych.

Próbne flakony wysyła p. lekarzom na żądanie.
Reprezentant na Król. Polskie i Rossję:
Władysław Hoffman Warszawa, Królewska 20.
Telefon 2114