

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pisemem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Ś, p. prof. Władysław Tyrchowski. — O nowotworach mózdzku. Napisał d-r med. L. Bregman. — Przyczynę do nauki o tętnie paradoksalnem. Napisał S. Muttermilch. — WYKŁADY KLINICZNE. Dostateczna dawka bromu i objawy ze strony żrenie w loczeniu padaczki. — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 10 I o występowaniu wolnego kwasu solnego w raku żoładka i o wartości rozpoznawczej kwasu mlecznego. II. O raku żoładka w wieku młodocianym. 12. O użyciu rękawiczek w chirurgii i położnictwie. — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2—9 sierpnia 1900 r.). (Ciąg dalszy). — O ruchu chorych w szpitalu miejskim św. Stanisława za czas od 14 grudnia r. z. do 14 stycznia r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Bregman — Sur les néoplasmes du cerveau. 2) D-r S. Muttermilch — Contribution à l'étude du pouls paradoxal.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r L. Bregman — Ueber Neubildungen des Kleinhirns. 2) D-r S. Muttermilch — Beitrag zur Lehre vom paradoxalen Puls.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Ś. P.

Prof. WŁADYSŁAW TYRCHOWSKI

W dniu 15 stycznia r. b. zmarł w Warszawie w 80 roku życia powszechnie znany i ceniony nestor tutejszego ciała lekarskiego, ś. p. d-r Władysław Tyrchowski, b. profesor Akademii medyko-chirurgicznej, b. dziekan wydziału lekarskiego Szkoły Głównej, b. profesor warszawskiego uniwersytetu. Zmarły urodził się w Krakowie w dniu 3 września 1820 r. z ojca Mikołaja, b. prorektora liceum św. Anny, i z matki Anny z Drachnow. W mieście swem rodzinnem uczęszczał do gimnazjum — po ukończeniu którego z chlubnem świadectwem dojrzałości zapisał się w poczet studentów wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej — i już w 1844 r. tenże wydział przyznał Mu stopień doktora medycyny i chirurgii oraz magistra akuszerji.

Wydział lekarski tej Wszechnicy, oceniając zdolność, pilność i zamiłowanie do nauki, zamianował młodego lekarza zaraz po ukończeniu studiów uniwersyteckich adjunktem przy klinice położniczej — które to obowiązki sprawował przez lat 3, t. j. do 1847 r. W tym to roku, zebrawszy sobie szczupły fundusz, powstały z oszczędności bardzo skromnych podówczas zarobków, ś. p. d-r TYRCHOWSKI, żądny dalszej nauki i wiedzy, udał się na dwuletnie przeszło studia do klinik zagranicznych — skąd powróciwszy, przybył do Warszawy w r. 1849 — w celu potwierdzenia swego naukowego dyplomu przez Radę lekarską egzaminacyjną, w temże mieście podówczas istniejącą. W niespełna 3 miesiące po świetnie złożonym egzaminie przed tą komisją, tegoż roku otrzymał stopień doktora medycyny — z prawem praktykowania w kraju. Młody lekarz, wyczerpawszy cały swój zaoszczędzony fundusz pieniężny — opuszcza Warszawę i udaje się najprzód na praktykę lekarską do Wodzisławia w gub. Kieleckiej, a następnie w 1850 r., otrzymawszy nominację na lekarza szpitala św. Trójcy oraz szpitala więziennego w Płocku, przenosi się do tegoż miasta. Na tem stanowisku stopniowo rozwijając swoją działalność lekarską — tak szpitalną jak i prywatną — z każdym rokiem swą wiedzą, gorliwością i nadzwyczaj wielką pieczołowitością zdołał zyskać coraz większe uznanie wśród kolegów i liczny już zastęp chorych. Pomimo uciążliwej, mozolnej prowincjonalnej praktyki, pełen zapału lekarz znalazł czas na prace literackie, czego dowodem są dwie jego prace, ogłoszone drukiem. Jedna z nich pod tytułem „O epidemiach cholery w Płocku“ 1860 r., druga pod tytułem „Rys położnictwa praktycznego“ 1861 r. Kto uprzytomni sobie ówczesny stan umiejętności lekarskich u nas i zupełny brak podręczników naukowych, ten uwielbiać musi autora wzorowej książki „Rys położnictwa praktycznego“, na której tyle pokoleń naszych lekarzy uczyło się. Ścisłość definicyi, treściwość i systematyczność w opracowaniu, niepokalana czystość i świetność języka uczyniły to dzieło prawdziwą ozdobą naszego piśmiennictwa naukowego.

W 1861 r. ś. p. d-r Władysław TYRCHOWSKI, już podówczas bardzo ceniony, wzięty i lubiany lekarz przez mieszkańców Płocka i jego okolic, powszechnie szanowany przez swych kolegów, nie zwierzając się nikomu z celu swej podróży, przybywa do Warszawy, aby stanąć do konkursu, ogłoszonego przez t. zw. komisję konferencyjną podówczas w tem mieście istniejącej Akademii medykochirurgicznej, na stanowisko profesora wakującej katedry akuszerii i chorób kobiecych w tej naukowej instytucyi.

Z pomiędzy 4 kandydatów jednocześnie współubiegających się z Nim o tę katedrę — większością głosów tego komitetu konferencyjnego zdobył ją d-r Władysław TYRCHOWSKI.

Uradowany tem, że spełniło się gorące jego życzenie poświęcenia swej pracy dla kształcenia młodych pokoleń, żegnany przez swoich pacjentów i kolegów płockich, którzy ofiarowują podczas zgotowanej Mu pożegnalnej uroczystości upominki, jeden z napisem „od wdzięcznych Płocczan — zacnemu swemu lekarzowi“, drugi z napisem „od lekarzy płockich — zacnemu swemu koledze“, przybywa ś. p. d-r TYRCHOWSKI na stałe do Warszawy, aby objąć świeżo zdobytą przez siebie katedrę. Zasiadając na niej przez ówierć blisko wieku, wytworną formą, bogactwem treści i nadzwyczajną jasnością swoich wykładów szanowny profesor krzewił w słuchaczach swoich gorące zamiłowanie nauki, przez siebie specjalnie uprawianej, wykształcił tysięczny zastęp zdolnych jej wykonawców i pokaźne grono specjalistów. Od pierwszej chwili objęcia katedry położnictwa w 1861 r. aż do opuszczania jej z końcem 1884 r., widzieliśmy Go pracującego za-

wsze z tą samą gorliwością i sumiennością nad kształceniem praktycznych lekarzy. Przepędzone na polu czystej praktyki lekarskiej lat kilkanaście przyniosły profesorowi, w zamian za liczne trudy i przykrości, obfity zasób doświadczenia, dały mu poznać, czego publiczność od lekarza wymaga i wymagać może, jakim powinno być stanowisko lekarza względem publiczności i względem kolegów, jak należy postępować, aby wobec rozmaitych i zawikłanych nieraz sytuacji utrzymać godność osobistą i zacność powołania lekarskiego. To długoletnie doświadczenie nadało klinicznym wykładom prof. TYRCHOWSKIEGO kierunek przeważnie praktyczny. Odpowiednio do tych celów starał się on przysposobić przyszłych działaczy lekarskich, nie tylko obznajmiając ich z zasadami nauki, przynoszącej rzeczywistą pomoc cierpiącym, ale nadto przedstawiając wskazówki, jak pomoc tę podać w sposób szlachetny. Tak się przedstawia w ogólnych zarysach działalność profesorska TYRCHOWSKIEGO — cześć i uwielbienie należy się Temu, kto tak pojmował i spełniał trudne zadanie przewodnika kształcącej się młodzieży lekarskiej. Tej samej umiejętności, sumienności i zamiłowania w spełnianiu przyjętych obowiązków złożył liczne dowody, kierując przez lat 4 (1866—1869) sprawami wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej, jako dziekan tego wydziału. Wydobycie bardzo wielu ważnych spraw z chaotycznego zamętu i skierowanie ich na właściwą drogę było Jego dziełem — Jego wyłączną zasługą (między innymi uregulowanie kwestyi t. zw. chronicznych kandydatów medycyny). W 1862 r. ś. p. TYRCHOWSKI wybrany został na członka komitetu do reorganizacji służby zdrowia w Królestwie Polskiem, jak również był członkiem Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych. I na tych stanowiskach nieboszczyk położył niepomierne zasługi dla swego społeczeństwa. Zmarły był również długoletnim bardzo czynnym członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, brał czynny udział w posiedzeniach tego Towarzystwa, dzieląc się z kolegami w zawodzie swem długoletnim doświadczeniem. W r. 1880 był prezesem, a w uznaniu zasług zamianowano Go w r. 1884 członkiem honorowym tej instytucji. Towarzystwa naukowe lekarskie: krakowskie, wileńskie, praskie oraz Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie uczciły zasługi profesora, wybierając Go na swego członka honorowego.

Zmarły liczył przeszło 50 lat praktyki lekarskiej, a nie znamy ani jednego takiego kolegi, któryby miał do niego jakąkolwiek urazę, z współzawodnictwa wynikłą. Był zawsze dla lekarzy stróżem i mistrzem etyki lekarskiej. Przewszystkiem mając dobro chorego na względzie, nigdy o swoim własnym nie myślał; zazdrości godnym taktem postępowania umiał każdego zniewolić do szanowania powołania lekarskiego, wszyscy lekarze mieli w Nim najżyczliwszego kolegę i najchętniejszego doradcę.

Z końcem 1884 r. ś. p. prof. TYRCHOWSKI, zmuszony opuścić zajmowaną przez siebie profesorską katedrę — usuwał się stopniowo i powoli od praktyki lekarskiej, spiesząc tylko w wyjątkowych razach na narady. Po opuszczeniu katedry przez ukochanego profesora, byli Jego uczniowie-lekarze, rozsypani po wszystkich zakątkach naszego Kraju, Cesarstwa i zagranicą — jedną ożywieni myślą, w d. 31 maja 1885 r. złożyli Mu okazałe pamiątkowe album z kilkuset swemi fotografiami, jako dowód swej dozgonnej wdzięczności za Jego wieloletnie trudy i niezmordowaną pracę, około ich wykształcenia podejmowane, jako wyraz najwyższego hołdu, uwielbienia i uznania zasług na rozległej niwie Jego działalności pedagogicznej i społecznej, życząc Mu, aby długi jeszcze szereg lat przyświecał im wzorowym przykładem zdolnego, prawego i czci godnego obywatela-lekarza! Życzenia te ziściły się, gdyż szanowny profesor, usuwając się coraz wię-

cej od praktyki lekarskiej, w zaciszu domowem zabral się ze swoją znaną sumiennością i gorliwością do opracowania historyi warszawskiego Instytutu położniczego, którego przez ćwierć wieku blisko był dyrektorem. W tym celu odszukiwał, przeglądał, robił wyciągi z akt odnoszących się do tej instytucyi, a przechowywanych w archiwum dawnych akt Królestwa Polskiego. Widzieliśmy Go całe dnie siedzącego przy swem biurku i pracującego nad tem dziełem, które wydrukował w 1898 r. w „Pamiętniku“ naszego Towarzystwa pod tytułem „Instytut położniczy w Warszawie“. Dzieło to, owoc kilkoletniej mozolnej pracy, przedstawia wyczerpującą i szczegółową historyę tej społecznej instytucyi od chwili założenia do 1885 r., jest dziełem wielkiej wagi w naszym piśmiennictwie. W ostatnich latach swego życia, zawsze interesujący się żywo sprawami lekarskimi, rozpytujący się o powodzenie lekarzy, byłych swych uczniów, cieszący się niepomierne ich powodzeniem, siadywał przy biurku i spisywał barwnym stylem dzieje naszego narodu z ostatniego stulecia, przeznaczając je dla swej najmłodszej i ukochanej córki. Ostatnia ta Jego praca pozostała w obszernym rękopisie, będącym w posiadaniu najbliższej rodziny.

Oto jest w krótkich zarysach opis życia i obraz działalności społeczno-lekarskiej ś. p. prof. d-ra TYRCHOŃSKIEGO, pracowitego i zacnego członka naszego społeczeństwa. Życzyłoby sobie należało, aby nasze społeczeństwo posiadało jak najwięcej takich członków, którzyby tak zaszczytnie i wysoko nieśli sztandar swego ziemskiego posłannictwa i swoich obowiązków.

Wyprowadzenie zwłok ś. p. prof. TYRCHOŃSKIEGO na cmentarz Powąskowski z kościoła św. Aleksandra, odbyło się w dniu 18 stycznia r. b. przy licznych współudziale przyjaciół, życzliwych i kolegów. Nad trumną, pokrytą mnóstwem wieńców, między którymi widniały nadesłane od różnych towarzystw naukowo-lekarskich, i nad otwartym grobem przemówił d-r KUNIEWICZ w imieniu b. asystentów i pomocników klinicznych zmarłego profesora, żegnając wymownymi i gorącymi słowami swego ukochanego mistrza i przewodnika. Niech mu ziemia będzie lekka!

Z ODDZIAŁU DLA CHORYCH NERWOWYCH D-RA BREGMANA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

O NOWOTWORACH MÓZDŻKU.

(Odczyt wygłoszony na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Podał

D-r med. LUDWIK E. BREGMAN.

Ordynator szpitala.

Nowotwory mózdzku zajmują w rzędzie nowotworów mózgowych miejsce bardzo ważne. Częstość ich jest pierwszą tego przyczyną. Według statystyki STARR'a na 300 nowotworów mózgu u dzieci 96 umiejscowilo się w mózdzku, na 300 takich samych nowotworów u dorosłych 45 w mózdzku. PETERSEN w liczbie 287 przypadków u dzieci znalazł 105 nowotworów mózdzkowych. Ale nie tylko pod względem częstości znaczenie tych nowotworów jest wielkie, niemniej rozpoznanie, rokowanie, a poniekąd i leczenie ich za-

sluguje na specjalną uwagę, Móżdżek należy do tych części mózgowia, w których rozpoznanie i umiejscowienie kliniczne jest możliwe. Według BRAMWELL'a nowotwory mózdzku zajmują pod względem łatwości umiejscowienia 6-te miejsce (1-e *basis cerebri*, 2-e most Varol'a i rdzeń przedłużony, 3) *centrum semiovale*, 4) zraz potyliczny, 5-e zwoje centralne), BRUNS, jak nam się zdaje, słusznie wyznacza im 4-e miejsce (*basis cerebri*, zwoje centralne, okolica mowy). Możliwość rozpoznania tych nowotworów opiera się 1) na objawach ogniskowych — bezład mózdzkowy, zawrót głowy, 2) na objawach ucisku sąsiednich części: pnia mózgowego (rdzeń przedłużony, most Varol'a, ciało czworacze) i nerwów mózgowych, 3) na silnym i szybkim rozwoju objawów ogólnie uciskowych mózgu, tarczy zastoinowej, bólów głowy, wymiotów i t. d. Stosując jednak dane te do rozpoznania zauważyć należy: a) że bezład mózdzkowy nie jest wyłącznie właściwy cierpieniom mózdzku, spotykamy bowiem podobne zaburzenia równowagi ciała i w cierpieniach mostu VAROL'a, konarów mózgowych, ciał czworaczych i, jak wykazały badania BRUNSA, zrazu czołowego. Na podstawie najnowszych badań anatomicznych i fizjologicznych mózdzek zawdzięcza swe znaczenie jako narządu, służącego do utrzymywania równowagi ciała, regulowania dokładności ruchów mięśniowych i napięcia mięśni, torom, łączącym go z rdzeniem i pniem mózgowym z jednej, z półkulą mózgową z drugiej strony. Kora mózdzku, głównie robak, otrzymuje przez pośrednictwo torów GOWERS'a, pęczków bocznych mózdzkowych, pęczków tylnych i włókien nerwu przedśionkowego wiadomość o stanie równowagi ciała i wysyła stosowne bodźce ruchowe, idące przez jądro DEITERS'a ku mięśniom ocznym i tylnemu pęczkowi podłużnemu (*fasciculus longitudinalis posterior*), a stąd przez pęczki przednie i przednio-boczne ku komórkom rogów przednich. Tworzy się tym sposobem łuk odruchowy, który BRUNS nazwał *spino-bulbo-cerebellarnym*. To jest niższa, bardziej automatyczna droga kontroli ruchów przez mózdzek. Po nad nią stoi droga wyższa, łuk odruchowy cerebro-cerebellarny, łączący mózdzek z przeciwległą półkulą mózgu. Część dośrodkowa tego łuku idzie prawdopodobnie z kory mózgowej, głównie, jak się zdaje, z kory zrazu czołowego, przez podstawę konaru mózgowego (*Hirnschenkelfus*) do zwojów (jąder) mostu (*Brückenganglien*), a stąd przez średnie nożki mózdzkowe do kory półkul mózdzkowych (*frontale Groshirnrinde-brückenbahn* BECHTEREW'a stanowi prawdopodobnie najważniejszą część tego toru). Część odśrodkowa tego łuku zaś wychodzi z ciała zębatego, krzyżuje się w ramieniu spajającym (*brachium conjunctivum*) i idzie do jądra czerwonego, do pagórka wzrokowego i do kory mózgowej. Tą drogą mózdzek wpływać może na bardziej powikłane i dowolne ruchy, nakazane z kory mózgowej.

Uwzględniając stosunki te, zrozumieć możemy łatwo, że nietylko cierpienia mózdzku samego spowodować mogą zaburzenia równowagi ciała, zwane bezładem mózdzkowym, że to samo nastąpić musi, gdy tory powyższe, łączące mózdzek z innymi częściami narządu ośrodkowego, uszkodzone zostaną. Bądź co bądź jednak, ponieważ w mózdzku wszystkie te tory na małej względnie przestrzeni się schodzą, objaw ten wyraźniejszy być musi w cierpieniach mózdzku, aniżeli przy jakimkolwiek innym umiejscowieniu. Ale i różne części mózdzku nie są równoznaczne pod względem wywołania ataksji, spostrzegano nawet niejednokrotnie przypadki cierpienia mózdzku bez tego objawu. Najważniejsza pod tym względem jest część środkowa mózdzku — robak i jego sąsiedztwo aż do ciała zębatego włącznie: przy umiejscowieniu

w robaku, a zwłaszcza w tylnej dolnej części jego, ani razu dotąd objawu wyżej wymienionego nie brakowało. Cierpienie półkul mózdkowych natomiast wywołuje bezład o tyle, o ile uciska na część środkową, ale za to już, zdaniem BRUNS'a przynajmniej, zaburzenia równowagi są wtedy tem silniejsze, że czynności mózdku są zakłócone jednostronnie.

Takie są zastrzeżenia co do bezładu; przechodzimy do innych punktów, utrudniających rozpoznanie.

Objawy uciskowe ze strony pnia mózgowego i nerwów mózgowych mają dla rozpoznania wielkie znaczenie. Ponieważ jednak cierpienia pnia mózgowego, jak już powiedzieliśmy, dać mogą również powód do powstania ataksji, a nowotwory tej okolicy na mózdzek nawet uciskać mogą, dla tego przy ocenie tych objawów bardzo ważna jest dokładna znajomość ich rozwoju, porządku, w którym na jaw występowały. W przypadkach, które w posuniętym okresie pod obserwację otrzymujemy, prześledzenie tego jest często niemożliwe.

Co do niektórych objawów, uważanych powszechnie jako uciskowe — niedowładu połowicznego, porażen mięśni ocznych — zauważyć jeszcze należy, że mogą one być zależne od samego cierpienia mózdku.

Widzieliśmy już powyżej, jakimi drogami mózdzek wpływa na mięśnie ciała i na mięśnie oczne. Przy jednostronnem cierpieniu wpływ ten przejawia się najbardziej na jednoimiennej stronie ciała i na mięśniach poruszających gałki oczne w tę samą stronę. Według LUCIANI'ego wpływ mózdku jest trojaki: toniczny, steniczny i statyczny. Po zniesieniu czynności tego narządu następuje: zniesienie napięcia mięśni (atonia), zmniejszenie siły (*asthenia*) oraz brak równowagi (*astasia*). Zgodnie z tem spostrzega się istotnie w nowotworach mózdku na jednoimiennej stronie ciała niedowład, bezład lub drżenie zamiarowe (jak w stwardnieniu wieloogniskowem), a niekiedy (BOETTIGER) i zniesienie odruchów. Według OPPENHEIM'a bezwład połowiczny zajmuje w połowie przypadków stronę przeciwległą cierpieniu mózdku (jak oczekiwać należy przy ucisku na jednoimienną połowę pnia mózgowego — przedewszystkiem mostu VAROL'a), w drugiej połowie zaś stronę ciała jednoimienną z nowotworem. Zdaniem innych autorów, to ostatnie spotyka się częściej: starano się wytłomaczyć je czy to uciskiem na mlecz poniżej skrzyżowania piramid, czy to przesunięciem pnia na stronę przeciwległą, a ztąd większym uciskiem ze strony kości na przeciwległą piramidę — najprawdopodobniej jednak wyłuszczonej powyżej wpływ mózdku ma tu znaczenie największe.

To samo powiedzieć można o porażeniach mięśni ocznych, gdy obie gałki nie poruszają się w jedną stronę (t. zw. Blicklähmungen), a mianowicie, jak i w jednym z moich przypadków w stronę nowotworu: bardzo prawdopodobnem jest, że są one również w bezpośredniej zależności od zakłócenia czynności mózdkowych. Dalszym wyrazem tego byłby w takim razie *nystagmus*, który również najczęściej spostrzegamy przy ruchach bocznych gałek: odpowiadałby on drżeniu zamiarowemu kończyn.

Bardzo charakterystycznym dla nowotworów mózdku objawem jest sztywność karku i odchylenie głowy w tył: nie brak go było w żadnym z moich przypadków. Objaw ten zajmuje miejsce pośrednie między uciskowymi miejscowymi i ogólnymi.

Silny stopień i wczesny rozwój objawów uciskowych mózgu (*Hirndruck-symptome*) powinny zawsze kierować uwagę lekarza na mózdzek: jako najważniejsze wymieniane są *neuritis optica* i wymioty. Tego ostatniego objawu

brak jednak było w jednym z moich przypadków z ogromnym nowotworem mózdzku.

Umiejscowienie bólu głowy w okolicy potylicznej nie jest objawem stałym: jeden tylko z moich trzech chorych wskazywał tę okolicę, ale i on narzekał równocześnie na bóle w okolicy czołowej. Inni dwaj mieli bóle głównie w czole lub nieokreślone w całej głowie.

Wreszcie pamiętać należy przy rozpoznaniu i o tem, że nowotwory mózgu bardzo często powstają w liczbie mnogiej. Dotyczy to w pierwszej linii nowotworów gruzliczych, najczęstszej postaci nowotworów mózdzku.

Według statystyki GOWERS'a w liczbie 183 przypadków w 83 tylko znaleziono jedno *tuberculum*, w pozostałych było ich więcej, liczba ich dochodziła do 20. Z dwóch moich przypadków sekcyjnych w jednym znalazłem tylko nowotwór mózdzku, w drugim prócz tego 2-e *tuberculum* w pagórku wzrokowym i 3-e w zrazie potylicznym. Przez powikłanie objawów, pochodzących z różnych ognisk mózgowych, powstają obrazy kliniczne, mogące rozpoznanie na fałszywe tory naprowadzić.

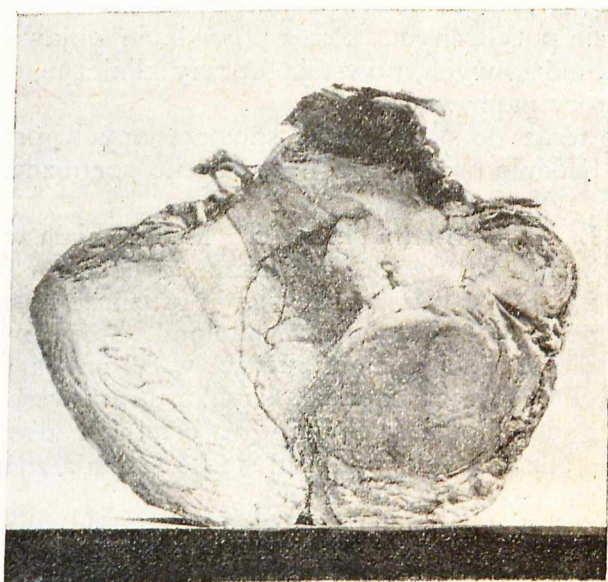
Przechodzę teraz do streszczenia spostrzeganych przezemnie przypadków. W dwóch badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie kliniczne, trzeci obserwowałem tylko klinicznie.

Przypadek I. D. S. 6-letni chłopiec. Matka miała w dzieciństwie konwulsje. U rodzeństwa cierpienia skrofuliczne, gruzlicze i konwulsje. Chory rozwijał się późno. Przed rokiem cierpienie gruzlicze kostne. Od 5—6 miesięcy napady silnego bólu głowy z wymiotami, stopniowo coraz częstsze i silniejsze, ostatnio z odchyleniem głowy w tył i wykrzywieniem tułowia w kształcie łuku. Po ostatnim napadzie szybka utrata wzroku w ciągu dwóch dni. Od kilku tygodni chodzi, jak pijany, w ostatnich dwóch tygodniach nie może już chodzić bez pomocy. Zapisał się do szpitala 21. II. 1900, adresowany łaskawie do nas przez kol. A. WIZIA.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Stan psychiczny euforii, chwilami wielka senność. Ból głowy nieznaczny, głównie na czole. Opukiwanie czaszki niebolesne. Tętno 96, prawidłowe. Zupełna ślepotą na obu oczach. Obustronna *neuritis optica* z przejściem w stan zaniku. Zrenice szerokie, oddziaływają na światło słabo. Ruchy gałek ocznych w prawą stronę ograniczone, w innych kierunkach wolne. W prawej połowie twarzy bezustanne drgania (choreatyczne, nierytmiczne). Ruch języka w stronę prawą ograniczony, drżenie włókienkowe języka. Ruchy głowy, zwłaszcza ku tyłowi, czynne i bierne, utrudnione i bolesne. W czasie badania kilkakrotnie mimowolne odchylenie głowy w tył w ciągu paru minut. Chód ataktyczno-cerebellarno-paretyczny, bez pomocy drugiej osoby niemożliwy. Nogi szeroko rozstawione, wyraźnego zbaczania w jednym kierunku nie zauważono. Odruchy ścięgnięte wzmożone, *clonus pedis* z obu stron. Żadnych innych zaburzeń. W czasie dwutygodniowego pobytu w szpitalu parę silnych napadów bólu głowy z wymiotami i odchyleniem głowy. Śmierć nagle 8. III. przy objawach porażenia ośrodków życiowych.

Rozpoznanie kliniczne: na podstawie stopniowo wzmagających się objawów ucisku mózgu—bóle i zawroty głowy, wymioty, *neuritis optica*, zmiany psychiczne — rozpoznaliśmy sprawę nowotworową. Silny stopień i wczesny rozwój tych objawów, szybko powstała ślepotą, bezład mózdzkowy — nasuwały przypuszczenie umiejscowienia w mózdzku. Szereg innych objawów potwierdzał to przypuszczenie i zarazem umożliwiał bliższe określenie punktu wyjścia nowotworu, były to:

- 1) drgania w prawej połowie twarzy w zależności od ucisku włókien prawego nerwu twarzowego lub jego jądra w moście VAROL'a;
- 2) niemożność poruszania galek na prawo — może być, jak już wspomnieliśmy, skutkiem zakłócenia czynności prawej połowy mózdzku lub ucisku na prawą połowę mostu VAROL'a;
- 3) niemożność poruszania języka na prawo, a zatem porażenie lewego nerwu podjęzykowego, prawdopodobnie po skrzyżowaniu się wskutek ucisku na prawą połowę mostu;
- 4) wzmożenie odruchów ścięgniętych i lekka w chodzie wyrażona parapareza kończyn dolnych również w następstwie ucisku na most VAROL'a.



S. D. Tumor cerebelli.

Wszystkie te objawy zgadzały się zatem z umiejscowieniem w mózdzku, a mianowicie w prawej jego połowie. Wobec późnego względnie wystąpienia bezładu punktem wyjścia nowotworu musiała być półkula, robak zaś później dopiero uciśnięty został.

Co się tyczy natury nowotworu, to wobec wywiadów i przeszłości chorego, nowotwór gruczliczy był najbardziej prawdopodobny.

Badanie pośmiertne (kol. J. STEINHAUS) potwierdziło w zupełności nasze rozpoznanie. Znalaziono: *tuberculum solitarium* w prawej półkuli mózdzku, wielkości dużego orzecha włoskiego, zajmujące środkową część półkuli; na stronie grzbietowej (dorsalnej) nowotwór dochodzi do powierzchni, w miejscu tem opona miękka zmieniona i zgrubiała, biała, lśniąca, wciągnięta w kształcie blizny, tu prawdopodobnie, zgodnie z przypuszczeniem niektórych autorów, szukać należy punktu wyjścia sprawy chorobowej. Kora w sąsiedztwie guza rozmiękczona. Gruzelków prosówkowych na obwodzie jego nie widać.

(D. n.).

Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH D-RA MED. TEODORA DUNINA
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przyczynek do nauki o tętnie paradoksalnem.

Podał

Stanisław Mutermilch b. asystent oddziału.

Tętno nosi w patologii miano paradoksalnego (*pulsus paradoxus s. respiratione intermittens*) wówczas, kiedy podlega pewnym rytmicznym wahaniom w zależności od aktu oddychania, mianowicie podczas wdechu staje się ono znacznie mniejszem lub też znika zupełnie, przy wydechu zaś powraca do normalnej wielkości. Tak brzmi zwykle określenie tego tętna u większości autorów. Tętno paradoksalne spostrzegął po raz pierwszy GRIESINGER ¹⁾ w r. 1856 u chorego, u którego w czasie badania pośmiertnego znaleziono zapalenie włókniste osierdzia i śródpiersia (*Mediastino-pericarditis fibrosa*). Rzecz ta jednak poszła w zapomnienie. Dopiero w 17 lat później KUSSMAUL ²⁾ zwrócił należyłą uwagę na zajmujące nas tętno, dokładnie je opisał na zasadzie trzech przypadków, nadał mu nazwę paradoksalnego oraz przypisał mu ważne znaczenie w sprawie rozpoznawania *mediastino-pericarditis*; u dwóch chorych jego badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie, zrobione za życia.

Uważam za właściwe opisać w głównych chociażby zarysach zmiany anatomiczne, cechujące wspomniane cierpienie, ponieważ one stanowią istotną przyczynę powstawania tętna paradoksalnego. Sprawa zapalna obejmuje nie tylko błonę surowiczą osierdzia, lecz przede wszystkim błonę jego włóknistą oraz tę tkankę łączną śródpiersia, która rozciąga się od miejsca zagięcia osierdzia wzdłuż wielkich pni naczyniowych do łuku aorty. Osierdzie ulega zgrubieniu poczęści wskutek tworzenia się włóknistych błon na powierzchni jego zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej, poczęści zaś z powodu zgrubienia samej błony surowiczej; jama osierdzia przytem zarasta (*Pericarditis fibrosa s. callosa*).

W śródpiersiu tworzą się bliznowe pęczki i zbite włókniste masy: ciągną się one od osierdzia do łuku aorty i żył bezimiennych, obejmują pnie wielkich naczyń, zwężają je, zginają i skręcają, łuk aorty przyciągają do osierdzia, czasami zaś wprost przytwierdzają pnie naczyniowe do górnej części mostka (*Mediastinitis fibrosa s. callosa*).

Co się tyczy przebiegu klinicznego omawianego cierpienia, to cechują je przede wszystkim objawy przewlekłego zapalenia osierdzia oraz jego zarosnięcia; o udziale zaś śródpiersia świadczy właśnie istnienie tętna paradoksalnego, a nadto pewien objaw ze strony żył szyjowych, opisany po raz pierwszy również przez KUSSMAUL'a i polegający na tem, że opuszki naczyń tych z obu stron lub też tylko z prawej ulegają przy dostatecznie silnym wdechu nabrzmiwaniu zamiast normalnego zapadania się. Mechanizm powstawania

¹⁾ A. WIDENMANN, Beitrag zur Diagnose d. Mediastinitis. Inaug. Diss. Tübingen. 1856.

²⁾ A. KUSSMAUL, Ueber schwierige mediastino-pericarditis u. den paradoxen Puls. Berlin. klin. Woch. 1873. Nr. 37—39.
MED. Nr. 4

tętna paradoksalnego KUSSMAUL. tłumaczy współdziałaniem dwóch czynników: normalnego przyrośnięcia osierdzia do mostka, jakie u ludzi dorosłych stale znajdujemy we wiadomem miejscu trójkątnem, oraz opisanych wyżej pęczków bliznowych, idących od osierdzia do łuku aorty. W tych warunkach przy każdym wdechu mostek będzie pociągał i przewęzał łuk aorty, do układu tętniczego krwi dostanie się znacznie mniej, tętno stanie się mniejszem lub też zniknie zupełnie.

W ten sam sposób powstać może wdechowe nabrzmiewanie prawej lub też obydwu żył szyjowych, jeżeli pęczki włókniste pociągać będą żyłę główną zstępującą lub też prawą żyłę bezimienną.

Bezpośrednie zrośnięcie pni naczyńiowych z mostkiem nie stanowi warunku niezbędnego dla powstawania omawianych zjawisk; zrośnięcie się listków osierdzia prawdopodobnie nie ma tu wpływu żadnego.

Pogląd swój na wartość kliniczną tętna paradoksalnego oraz wdechowego nabrzmiewania żył KUSSMAUL. wypowiada w sposób następujący: w przypadkach chorobowych, kiedy na zasadzie wywiadów, początku i przebiegu cierpienia oraz objawów fizycznych ze strony serca i zaburzeń w krążeniu mamy prawo podejrzewać przewlekłe zapalenie i zarośnięcie osierdzia, objawy te ze strony tętna i żył szyjowych przemawiają z dużem prawdopodobieństwem za włóknistym zapaleniem osierdzia i śródpiersia.

Znaczenie, nadane przez KUSSMAUL'a tętnu paradoksalnemu, wkrótce jednak zostało poważnie zachwiane dzięki licznym spostrzeżeniom, w których tętno podobne znajdowano w rozmaitych innych cierpieniach serca, osierdzia, opłucny, dróg oddechowych i t. d., i, co najważniejsze, nawet u osobników zupełnie zdrowych. SOMMERBROD³⁾ np., podając dwie krzywe sfigmograficzne, pochodzące od ludzi zdrowych, ze znikaniem tętna przy wdechu, twierdzi nawet, że w przypadkach patologicznych nigdy nie udaje się otrzymać tak wybitnego tętna paradoksalnego, jak właśnie u osób zdrowych z dobrze rozwiniętą klatką piersiową.

Widzimy zatem, jak poważne zarzuty postawiono całej nauce o tętnie paradoksalnem.

W artykule niniejszym pragnę zwrócić uwagę na kilka faktów, które zdaniem mojem, przyczyniły się do niewłaściwej oceny znaczenia tętna paradoksalnego.

Głównem źródłem błędów w całej nauce o tętnie paradoksalnem jest ta okoliczność, że liczni autorowie, stwierdzając obecność podobnego tętna, zadowaliali się badaniem wyłącznie tętnicy promieniowej, nie zwracali zaś żadnej uwagi na zachowanie się innych tętnic podczas wdechu; KUSSMAUL zaś w pracy swojej, dając określenie tętna paradoksalnego, wyraźnie powiada, iż powinno ono znikać przy wdechu na wszystkich dostępnych badaniu tętnicach.

W krótkim czasie spostrzegalem cztery przypadki, w których przy dostatecznie silnym wdechu tętno znikalo na tętnicy promieniowej, gdy jednocześnie na wszystkich innych tętnicach, jak szyjowych, skroniowych i t. d., pozostawalo bez żadnej zgola zmiany.

W tych przypadkach nie mamy, rozumie się, prawa mówić o tętnie paradoksalnem istotnem.

Przypadki moje tyczą się ludzi zupełnie zdrowych, którzy nie przechodzili żadnych chorób serca i płuc. U dwóch osób tętno znikalo wyłącznie na

³⁾ J. SOMMERBROD. Gegen die Lehre v. Pulsus paradoxus. Berlin, klin. Woch. 1877. N. 42.

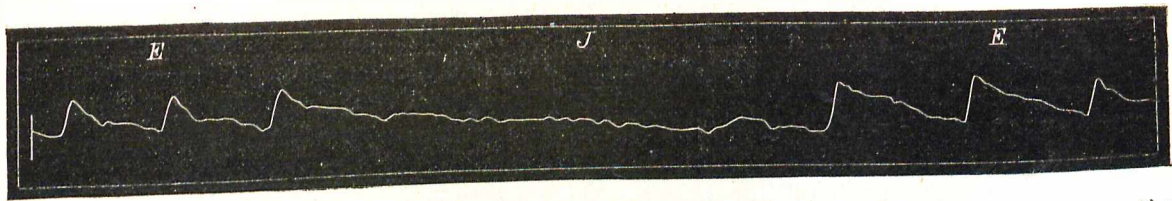


Fig. I. Dr. R. lat 30. Tętnica promieniowa lewa.

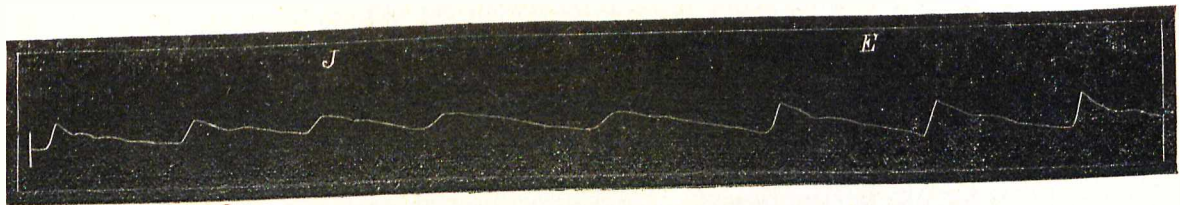


Fig. II. Dr. R. Tętnica promieniowa prawa.

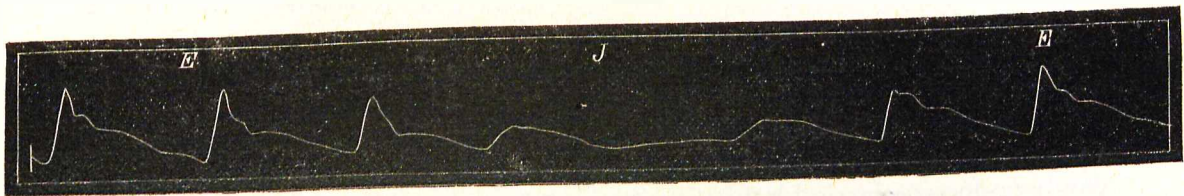


Fig. III. Dr. L. lat 33. Tętnica promieniowa lewa.

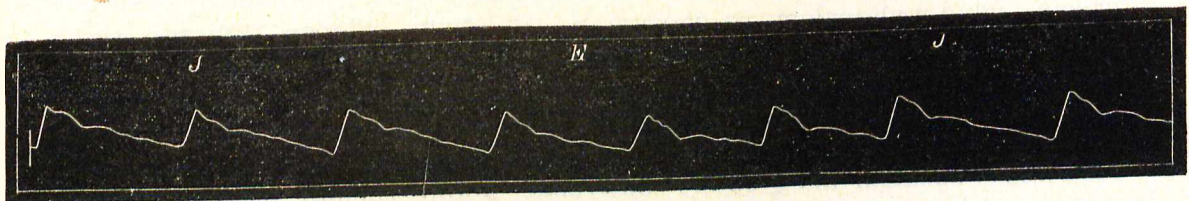


Fig. IV. Dr. L. Tętnica promieniowa prawa.

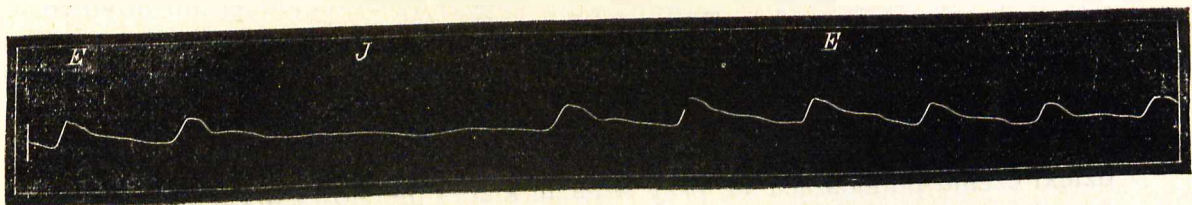


Fig. V. Dr. D. lat 15.

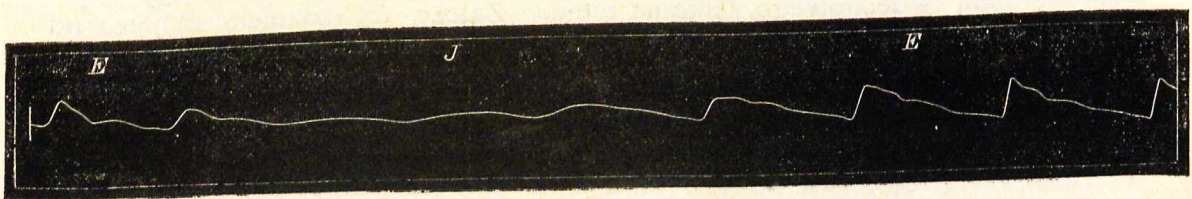


Fig. VI. Dr. G. lat 34.

jednej, mianowicie lewej tętnicy promieniowej, u dwóch pozostałych, już to na obydwóch tętnicach, już to na jednej, również lewej. Załączone figury 1, 3, 5 i 6 przedstawiają krzywe tętna pomienionych osób, zdjęte za pomocą sfigmografu DUDGEON'a z tych tętnic promieniowych, na których objaw opisywany występował; jak widzimy, tętno znika tu niemal zupełnie przy wdechu, gdy jednocześnie na tętnicach promieniowych prawostronnych D-ra R. i D-ra L. krzywe sfigmograficzne (fig. 2 i 4) wykazują tylko nieznaczne wahania tętna w zależności od ruchów oddechowych.

To znikanie wdechowe tętna odznaczało się w przypadkach moich pewną niedającą się bliżej wytłumaczyć niestałością, jednego dnia np. występowało ono u danej osoby bardzo wybitnie, gdy natomiast drugiego, wdech żadnego prawie wpływu nie wywierał; czasami tętno podobne udawało się otrzymać dopiero po zmęczeniu fizycznym np. wskutek wchodzenia na schody. Położenie ciała, jakie dana osoba zachowywała podczas badania, wogóle pozostawało bez wpływu na powstawanie takiego tętna, czasami znowu otrzymywano je wyłącznie przy staniu. Tętno znikało jedynie przy głębokich ruchach oddechowych; oddech spokojny pozostawał bez wpływu widocznego.

Sposób powstawania podobnego tętna można tłumaczyć li tylko działaniem jakiejś przyczyny miejscowej; gdyby bowiem wchodził tu w grę wpływ oddechania na ciśnienie tętnicze, uwydatniłby się on musiał niewątpliwie na wszystkich tętnicach. Prawdopodobnie rzecz się ma tak, że wskutek wdechowego podnoszenia się klatki piersiowej tętnica pachowa zostaje uciśnięta aż do zupełnego prawie zamknięcia światła w przebiegu swoim pomiędzy obojczykiem i pierwszym żebrem. Że to istotnie jest możliwe, dowodzi doświadczenie, jakie wykonałem na chorym S., 17-letnim chłopcu, którego serce i płuca nie przedstawiały żadnych zmian (zapisał się on do szpitala z powodu nieznacznych przypadłości kiszkiowych). Tętno jego na tętnicach promieniowych przy głębokich nawet ruchach oddechowych wykazywało tylko nieznaczne wahania (fig. 7). Gdy jednak silnie uciskałem oba jego obojczyki i wówczas kazałem mu głęboko oddychać, tętno znikało niemal zupełnie podczas wdechu na lewej tętnicy promieniowej (fig. 8). Takie same doświadczenie powtarzałem wielokrotnie na ludziach zdrowych, przyczem często otrzymywałem w ten sposób wdechowe znikanie tętna na jednej lub obydwu tętnicach promieniowych. W czterech opisanych wyżej przypadkach moich ucisk obojczyka okazywał się zawsze przyczyną wystarczającą, aby tętno znikło przy wdechu wówczas, kiedy, jak to wyżej zaznaczyłem, objaw ten bez widocznej przyczyny zawodził. Zjawisko to objaśnić sobie można tylko w ten sposób, że przez ucisk unieruchamiamy do pewnego stopnia obojczyk, dzięki czemu podnosząca się przy wdechu klatka piersiowa przyciska do niego tętnicę pachową.

Wspomnieliśmy wyżej o wysiłku fizycznym, jako czynnika, sprzyjającym wystąpieniu wdechowego znikaniu tętna. Zależy to, zdaniem mojem, od tego, że zmęczenie wpływa, jak wiadomo, na zmniejszenie się napięcia tętnic, przez co tętnica pachowa łatwiej uleść może uciśnięciu; prócz tego pewien wpływ ma tu również osłabienie mięśnia sercowego, o czym niżej obszerniej będzie mowa.

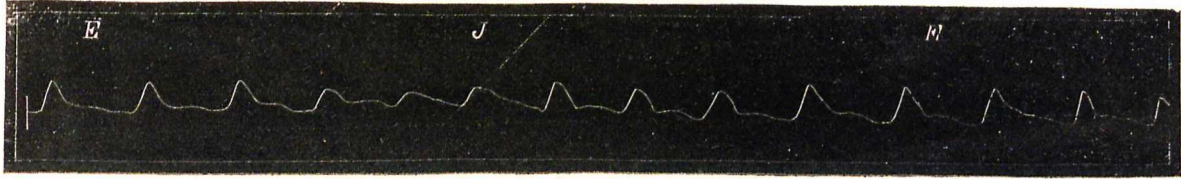


Fig. VII. S. Tętnica promieniowa lewa.

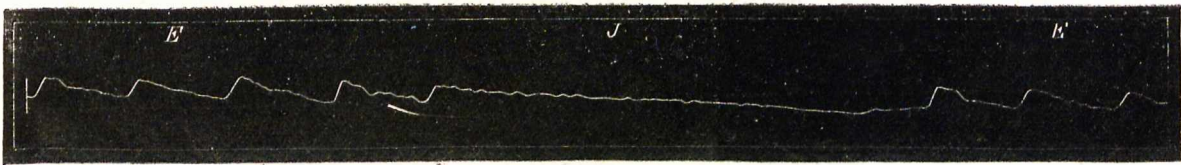


Fig. VIII. S. Tętnica promieniowa lewa, Ucisłk obojczyka.

Nie mam zamiaru wchodzić w bliższe rozpatrywanie sposobu, w jaki przychodzi do skutku wdechowe znikanie tętna na tętnicach promieniowych w opisanych przypadkach. Chodzi mi bowiem jedynie o należyte podkreślenie doniosłości samego faktu, że tętno t. zw. paradoksalne może być objawem czysto miejscowym, niezależnym od reszty układu tętniczego.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

GILLES de la TOURETTE.

Dostateczna dawka bromu i objawy ze strony źrenic w leczeniu padaczki.

Pod powyższym tytułem autor, znany ze swych prac w dziedzinie chorób nerwowych, podał wielce pouczający artykuł, zasługujący na obszerniejsze streszczenie.

Dwoma sprawami, mającemi ważne znaczenie praktyczne, autor głównie się zajmuje, t. j. tak zwaną przez niego dostateczną dawką (*dose suffisante*) bromu w leczeniu padaczki, pod którą rozumie dawkę, która leczy, i pewnymi objawami ze strony źrenic, posiadającymi duże znaczenie, a dotychczas jeszcze przez nikogo nie opisanymi.

Leczenie wyłącznie za pomocą bromu stanowi właściwie najlepsze, jeśli nie jedyne, zdaniem autora, leczenie padaczki. Lecz trzeba umieć posilnkować się tym lekiem, znać zasady jego użycia, czem też autor na mocy swych ścisłych badań i spostrzeżeń stara się tu zająć uwagę czytelnika, gdyż jest przekonany, że w rękach niedoświadczonych, niepewnych lek ten nie daje tak pomyślnych

wyników, jak wtedy, gdy jest zalecony przez praktyka wprawnego i wierzącego w jego moc leczniczą.

Wogólności leczenie za pomocą bromu padaczki średniego natężenia powinno trwać 2 do 2½, jeśli nie 3 lata. Chory lub jego otoczenie powinno być już przy pierwszej konsultacji o tem uprzedzone, by się mogło oswoić z myślą o tak długotrwałem leczeniu i by się odpowiednio mogło urządzić.

Leczenie padaczki powinno być prawie zawsze podjęte w kółku domowym, familijnem. Lekarz powinien umieć znaleźć w rodzinie osobę zaufaną, która się zastosuje do chorego, weźmie w swe ręce kierunek leczenia i, stosując się do ścisłych wskazań lekarskich, przyjmie na się obowiązek spełniania akuratnie poleceń lekarza.

Akuratność w stosowaniu leku jest konieczna i z trudnością da się przeprowadzić w zakładzie prywatnym, a jeszcze mniej publicznym, gdzie służba jest zmienna i ma różne zajęcia, a liczba chorych na padaczkę jest zbyt wielka, by się można nią zajmować ciągle i dosyć starannie.

Dobrze jest zobowiązać osobę, która czuwa nad leczeniem, aby prowadziła rejestr napadów drgawek, zawrotów lub napadów nieprzytomności, mając na oku dawkę bromu. Rejestr ten powinien być przedstawiony lekarzowi za każdym razem tak, by on mógł sobie zdać jasno sprawę z liczby napadów, ich natężenia w stosunku szczególnie do dozy przyjętego bromu.

Pierwszem prawidłem jest, by brom był podawany w dawkach i w czasie, zaleconym przez lekarza, bez najmniejszej przerwy. W tym celu należy od samego początku zwrócić uwagę chorego, że przerwa choćby kilkudniowa, wówczas gdy od 6 miesięcy na przykład odpowiednia dawka bromu dała zadawalniające wyniki, jest zdolna wywołać powrót napadów, niszcząc skutki leczenia już tak długotrwałego. Przez lekarzy niedoświadczonych dosyć często bywa zalecane przerywanie od czasu do czasu podawania bromu pod pretekstem uniknięcia działania zbiorowego: jest to pogląd błędny, sprowadzający smutne wyniki. Tylko w przebiegu chorób gorączkowych można chwilowo przerwać podawanie bromu; podczas choroby o łagodnym przebiegu i krótkotrwałej jest to, zdaniem autora, zupełnie zbyteczne. W każdym razie należy stosować się do okoliczności i po pewnej przerwie rozpocząć leczenie od podawania małych dawek z chwilą rozpoczęcia rekonwalescencji.

U kobiet nie należy przerywać leczenia podczas miesiączki, ani też podczas ciąży. Wszyscy lekarze zgadzają się na to, że brom jest nietylko nieodzowny dla matki, lecz nie wpływa nigdy niepomyślnie na dziecko w jej łonie.

Użycie bromu, z wyjątkiem przypadków, o jakich była mowa, i pewnych innych dosyć rzadkich okoliczności, o których niżej będzie mowa, nie powinno przeto być nigdy przerywane aż do dnia, w którym lekarz rozważnie zdecyduje z początku niżenie dawki, a następnie przerywanie leczenia podług prawideł ściśle określonych, a niżej podanych.

Autor nie poddaje dyskusji wartości leczniczej różnych bromków, lecz zadawalnia się podaniem sposobu, jakiego się osobiście trzyma, sposobu, wskazanego przez CHARCOT'a.

Bromek potasu jest, zdaje się, najskuteczniejszym ze wszystkich bromków. Opierając się na poszukiwaniach BROWN-SEQUARD'a i BALL'a, którzy dowiedli, że połączenie bromków sodu i amonu z bromkiem potasu w stosunku 1/3 do ostatniego daje najlepsze wyniki, CHARCOT przepisywał te 3 sole w wzmiankowanym stosunku.

Autor zwykle przepisuje:

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Bromku potasu | 40 gramów |
| Bromku sodu | } <i>auu</i> 12 " |
| Będźwinianu sodu | |
| Wody | 1000 cc. |

W łyżce stołowej roztworu jest 1 gram bromków. Należy zawsze postugiwać się jednakową miarą, a mianowicie tą samą łyżką, zawierającą 15 gramów roztworu, a tem samem 1 gram bromków. Ponieważ jednak nie wszystkie łyżki stołowe są jednakowe, ponieważ nie łatwo za każdym razem napełnić łyżkę tą samą ilością płynu, i ponieważ niekiedy wypada podawać pół łyżki, przeto najlepiej kazać przygotować, jak to uczynił autor, odpowiednią miarkę z napisem 15 cc. i 7½; w ten sposób dawka podawanego bromu będzie zawsze jednakowa, co jest nie mało ważne.

Powyżej było zaznaczone, że brom powinien być podawany we właściwym czasie, ponieważ u niektórych chorych czas podawania leku może posiadać do-
 syć ważne znaczenie.

W tym względzie należy uwzględnić dwa przypadki: w pierwszym najczę-
 stszym napady mają miejsce w czasie nieokreślonym, a w takim razie dawkę co-
 dzienną bromu należy podzielić na dwa razy: rano przy śniadaniu i wieczorem
 lub też przed samem położeniem się. Dawka niech będzie podzielona na równe
 części. Jeżeli dawka jest bardzo wysoka—8 do 10 gramów, można ją podzielić na
 3 części podawane rano, w południe i wieczór.

W drugim przypadku napady mają miejsce w godzinach prawie stałych
 Wówczas należy na raz dać $\frac{2}{3}$ dawki na 2 godziny przed napadem.

Są np. chorzy, u których napady mają miejsce w nocy. Jeśli dawka dzien-
 na wynosi 6 gramów, należy podać 2 gramy rano, a 4 przed położeniem się do
 łóżka. Jeśli napady mają miejsce wieczorem, należy większą dawkę podać mniej
 więcej o 4-tej. Najważniejszym we wszystkich przypadkach jest stosować dawkę
 dostateczną bez wszelkiej przerwy.

Bromki winny być rozpuszczone w wodzie, a nie w wyskoku, który jest
 nieodpowiedni dla chorych na padaczkę. W chwili podania bromków należy
 roztwór zmieszać z pół szklanką wody ocukrzonej lub z napojem kwaskowatym
 przyjemnym w smaku. Mleko jest również dobrym ośrodkiem. Posiada ono wła-
 sności moczopędne, co je bardzo zaleca. Chory dorosły powinien w czasie trwa-
 nia leczenia przyjmować 1 do 1½ litra mleka dziennie.

W jakich dawkach codziennych i w jakich warunkach co do czasu powi-
 nien być stosowany brom?

Ustalenie dawki leku posiada pierwszorzędne znaczenie; zależy ona od wie-
 ku, od szczególnej tolerancji do leku, od liczby i natężenia napadów.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

11. L. RUETIMYER. I. O występowaniu wolnego kwasu solnego w raku żołąd-
 ka i o wartości rozpoznawczej kwasu mlecznego. II. O raku żołądka w wieku młodo-
 cianym. Już w r. 1883 HAUSER zwrócił uwagę, iż w rakach żołądka, powstałych
 w następstwie wrzodu, często napotkać można wolny kwas solny w zawartości
 żołądkowej. Lecz po za przypadkami tego rodzaju zdarzają się niewątpliwie

przypadki raka żołądka, z wrzodów nie powstające, w których jednakże wolny kwas solny w zawartości żołądkowej się wykrywa. ROSENHEIM, SCHUELE, HAMMERSCHLAG i RICHTER wykrywali wolny HCl w 8—27% z pośród spostrzeganych przez siebie przypadków raka żołądka. Autor opiera swoje wnioski w tej sprawie na 86 przypadkach raka żołądka, spostrzeganych w ciągu sześciu lat. Wolny HCl wykryty został w 14 przypadkach z pośród 86-iu, czyli w 16% przypadków raka żołądka. Z 14 przypadków autora, przebiegających z wolnym HCl w zawartości żołądkowej, sześć można było uważać za powstałe wskutek wrzodu żołądka pierwotnego, parę przypadków było pod tym względem niepewnych, w kilku wreszcie stanowczo można było wyłączyć poprzedzający wrzód żołądka.

Kwas mleczny został z pewnością stwierdzony przez autora w 87% badanych przypadków. Inni badacze otrzymywali wyniki zbliżone: ROSENHEIM wykrywał kwas mleczny w 78% przypadków raka żołądka, STRAUSS w 91%, HAMMERSCHLAG w 78%. Jakkolwiek zaś kwas mleczny wykrywa się niewątpliwie czasem i w cierpieniach żołądka, nie wspólnego z rakiem nie mających, jako to: w *achylja gastrica*, w niezycie ostrym żołądka i t. d., objawu przeto bezsprzecznego dla raka żołądka nie stanowi, jednakże znaczenie jego rozpoznawcze jest duże wobec częstości wykrywania kwasu mlecznego właśnie w raku żołądka. Zdanie to co do wartości rozpoznawczej kwasu mlecznego podzielają także ROSENHEIM, KLEMPERER, RIEGEL i inni.

Takież znaczenie dla rozpoznawania raka żołądka posiadają i znane łasieczniki długie, opisane przez KAUFMANN'a i OPPLER'a w r. 1895. (U nas zwrócił na nie uwagę jeszcze w r. 1887 PACANOWSKI. Przyp. ref.). Autor znajdował je w 80% wszystkich przypadków raka żołądka. Jak wiadomo, łasieczniki te wytwarzają kwas mleczny w żołądku.

Czwórniaki spostrzegł autor 9 razy na 41 przypadków raka żołądka, badanych w tym kierunku.

Co się tyczy przyczyny występowania wolnego HCl w raku żołądka, to autor sądzi, iż mający zazwyczaj miejsce w tej chorobie zanik gruczołów żołądkowych w niektórych przypadkach nie jest całkowity, t. j. sprawa zanikowa nie dotyka wcale pewnej części tychże gruczołów. ROSENHEIM w jednym przypadku raka odźwiernika, przebiegającym z nadkwaśnością, stwierdził po śmierci chorego, iż błona śluzowa pod względem histologicznym była zupełnie prawidłowa. Prócz tego pewną rolę mogą tu odgrywać także i wpływy nerwowe, jak na to zwrócił uwagę RICHTER.

Przy rozpoznawaniu raka żołądka zwracamy, jak wiadomo, baczną uwagę na wiek chorego, pomnąc na utarte oddawna zdanie, że raki najczęściej rozwijają się w wieku późniejszym. Istotnie statystyki dowodzą prawdziwości powyższego twierdzenia: HAEBERLIN na podstawie 11,422 przypadków raka żołądka twierdzi, że 72% tychże przypadków przypada na wiek od 40—70 lat, BRINTON, WELCH i inni podają, że na wiek powyższy przypadają $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków. Lecz niezbyt rzadko napotyka się raki żołądka i w wieku wcześniejszym: BOAS np. uważa, iż 35% przypadków zdarza się pomiędzy 30—50 rokiem życia; SCHAEFFER napotykał 2% raków żołądka w wieku do lat 30-tu i t. d. Pomijając przeto nawet przypadki bardzo wcześnie rozwijającego się raka żołądka, notowane dotąd w literaturze bardzo rzadko, jak przypadek CULLINGWORTH'a, dotyczący 5-tygodniowego dziecka, przypadek KAULICH'a u dziecka 1½ rocznego, musimy pamiętać, iż i w wieku młodocianym powstać może rak żołądka. Autor podaje 3 swoje spostrzeżenia, w których rak żołądka stwierdzony został z pewno-

ścią w 14, 19 i 23 roku życia. Rozpoznanie raka w tych przypadkach nie ulegało wątpliwości wobec wyników badania mikroskopowego.

(*Corresp.-Blatt f. Schweizer-Aerzte, Nr. 21 i 22, 1900*).

W. Rubin.

12. E. WORMSER. **O użyciu rękawiczek w chirurgii i położnictwie.** Myśl posługiwania się rękawiczkami przy operacjach mogła powstać dopiero po upadku teorii odkażania rąk. Dziś stało się pewnem, że żaden ze sposobów odkażania skóry nie może zabić wszystkich zarodników, zawartych na powłokach ludzkich. Jakkolwiek niektórzy autorzy, a szczególnie AHLFELD, twierdzą, iż zupełne wyjałowienie rąk jest możliwe, to jednak dokładne i ściśle badania wykazują, że nawet przy tak zachwalanym sposobie odkażania AHLFELD'a ręce nie są jałowe lub przynajmniej pozostają jałowemi przez bardzo tylko krótki czas! Najbardziej zresztą przekonywającym dowodem jest fakt, że wszyscy chirurdzy, którzy zaczęli już używać rękawiczek, zauważyli znaczne zmniejszenie się przypadków zakażenia rany; wykazuje to, iż zarodniki, które nie zginęły od środków przeciwnilnych, są w pewnym stopniu szkodliwe.

Pierwszym, który zaczął systematycznie używać rękawiczek, ocenił ich wartość i uczynił ich użycie prawie nieodzownem w pewnych przypadkach, był MIKULICZ. Zauważył on, iż stosunek ran operacyjnych zakażonych obniżył się z 16% do 5%.

Uznając konieczność rękawiczek, należy wynaleźć takie, któreby odpowiadały wszelkim warunkom. Według WÖLFLEA rękawiczka operacyjna winna być nieprzemakalna, miękka, cienka, łatwa do wyjaławiania i tania.

Obecnie posługuje się dwoma rodzajami rękawiczek, nicianemi i gumowemi. Rękawiczki niciane mają tę wadę, iż są przemakalne. Dopóki są suche, nie przepuszczają one drobnoustrojów; należy je przeto zmieniać co 5—10 minut, co jest bardzo niedogodne. Niedogodności tej można uniknąć, używając rękawiczek gumowych, zalecanych przez FRIEDREICH'a.

Głównym zarzutem, jaki można by zrobić tego rodzaju rękawiczce, jest ten, iż trudno je wkładać na ręce. Dla zmniejszenia tej trudności zalecano napelniać je wodą lub roztworem lizolu, inni zalecają smarowanie rąk wazeliną; najlepszy jest sposób HAEGLER'a, polegający na wsypaniu do rękawiczki, przed umieszczeniem jej w wyjaławiaczu (co wymaga 20 minut przy ciepłocie 110° C.), szczypty talku. Sposób ten ułatwia znakomicie wkładanie rękawiczek, i, jak to się dzieje przy sposobie wilgotnym, nie rozszerza kauczuku i nie czyni w ten sposób rękawiczek, po 2—3 wyjałowieniach, za długimi i za szerokimi.

Przed włożeniem rękawiczki, przygotowanej sposobem HAEGLER'a, należy starannie odkazić i wytrzeć ręce wyjałowionym ręcznikiem do zupełnej suchości; bardzo wtedy łatwo włożyć wytalkowaną wewnątrz rękawiczkę na suche palce.

Drugim zarzutem, robionym często rękawiczkom wogóle, jest osłabienie uczucia dotyku. Nie można zaprzeczyć, że osłabienie to jest istotne; tylko, że jest ono tak nieznaczne przy używanych dziś cienkich gumowych rękawiczkach, iż przeszkadza orientowaniu się w bardzo nieznaczny sposób. Idzie tu tylko o przyzwyczajenie się do rękawiczek.

Wskazania do użycia gumowych rękawiczek opierają się na dwóch rodzajach względów: z jednej strony, zabezpieczyć rękę chirurga od zetknięcia z ogniskiem zakażonem w jego własnym interesie lub w interesie mających być później operowanymi; z drugiej uniknąć zetknięcia się rany operacyjnej z ręką „zakażoną“.

Lekarz, zmuszony wykonać zabieg chirurgiczny lub położniczy bez możliwości odkażenia swych rąk, czy to wobec stojącego na przeszkodzie bardzo niedawnego zanieczyszczenia, czy to że nagle potrzeba operacji nie daje mu na to czasu, czy też, wreszcie, że obecność małych ranek, szczelin, pryszczycy rąk, i t. p., czyni bezgnilność niemożliwą, będzie szczęśliwy, mogąc okryć swe palce bezwzględnie jałowemi rękawiczkami.

Na zasadzie wspomnianych uwag można wyliczyć następujące okoliczności, w których użycie kauczukowych rękawiczek zdaje się być korzystnym lub nawet koniecznym.

A. Zabezpieczenie rąk chirurga: 1) badanie odbytnicy, badanie ran ropiejących, raka w stanie rozkładu, przypadków gorączki połogowej, poronienia gnilnego, róży, i t. d.; 2) operacje gnilne (t. j. w jednym z wyżej wspomnianych cierpień); 3) zajęcia anatomiczne (badania pośmiertne i t. p.); 4) skórne cierpienia rąk, mogące być zakażonemi (niebezpieczeństwo dla lekarza zarażenia gnilnego, przymiotowego, tężcowego).

B. Zabezpieczenie rany operacyjnej: 1) operacje bezgnilne, wykonywane mniej, niż w 48 godzin po zanieczyszczeniu rąk; 2) konieczność ukończenia bezgnilnie zabiegu, w ciągu którego ręce były zawalane zawartością kiszek, pęknięciem otorbionego ropnia, i t. d. (np., konieczność założenia bezgnilnie szwów i przewiązania naczyń); 3) zabiegi nagłe, nie pozwalające na prawidłowe odkażenie (cięcie krtani, zabieg wskutek krwotoku połogowego lub urazowego i t. d.); 4) skórne cierpienia ręki, przeszkadzające odkażeniu (pęknięcia, rany, krosty, pryszczycy, i t. d.).

Z wyliczenia tego, które bez wątpienia nie jest zupełne, staje się widocznem, iż użycie rękawiczek kauczukowych ma liczne wskazania. Duży z nich pożytek odniesie nadewszystko lekarz wiejski, który jest zmuszony robić wszystko, porody i małe operacje, który często, po zbadaniu przypadku gorączki połogowej, dotykania dziecka chorego na płonicę lub błonicę, przecięciu czyraka, wykonaniu opatrunku rany ropiejącej, zniewolony jest wykonać operację położniczą lub opatrzyć świeżą ranę.

Wyniki, otrzymane w szpitalach przy użyciu rękawiczek gumowych, nie pozostawiają nic do życzenia. DOEDERLEIN, badający rodzące tylko w rękawiczkach, stwierdził na 400 kobiet rodzących tylko 32 przypadki bardzo lekkiej gorączki, gdy AHLFELD, nie używający rękawiczek, miewa od 30% do 35% śmiertelności.

Z punktu widzenia położniczego należy jeszcze zaznaczyć jedną dogodność rękawiczek gumowych, wyływającą z gładkości ich powierzchni: nigdy wprowadzenie ręki do części rodnych kobiety (dla wykonania obrotu i t. p.) nie uskutecznia się tak łatwo, jak w gumowej rękawiczce zwilżonej na powierzchni roztworem lizolu, co czyni ją jeszcze bardziej śliską; nawet bez uśpienia, ręka w ten sposób zabezpieczona przechodzi przez srom, pochwę i szyję maciczną bez żadnego wysiłku i powoduje bardzo tylko nieznaczny ból.

Należy, wreszcie, dodać, że dzięki rękawiczkom nie narażamy się już wcale na skaleczenia palców przy zaciskaniu przewiązek na naczyniach; że ponieważ skóra jest mniej drażniona, szczeliny i pęknięcia jej stają się rzadszemi; że trzeba tylko wymoczyć po pierwszej operacji ręce w rękawiczkach w płynie odkażającym, aby być gotowym do nowego zabiegu.

Ztąd widocznem się staje, iż korzyści z użycia gumowych rękawiczek są dośyć liczne, aby każdy lekarz dał się nakłonić do ich wypróbowania, które go przekona o ich istotnej użyteczności.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYKARODOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 3).

D-r Paul FLECHSIG (Lipsk). Liczne prace mówcy nad rozwojem mózgu, a więc embryologiczne i myelogenetyczne, doprowadziły go do wniosku, że istnieje prawo ogólne, które orzeka, iż włókna nerwowe równoznaczne, t. j. należące do tych samych pęczków, otrzymują powłokę myelinową równocześnie; włókna zaś różnoznaczne otrzymują ją nie jednocześnie, lecz w ściśle określonym porządku. Prawo to odnosi się zwłaszcza do włókien nerwowych półkul mózgowych. To też na zasadzie tworzenia się kolejnego rozmaitych dróg czuciowych, ruchowych, krótkich i długich włókien układu kojarzeniowego, można wyodrębnić na korze mózgowej pola myelogenetyczne, na całej przestrzeni których można wykazać te same okresy rozwoju. Ilość tych pól korowych sięga niemal 40-tu, a w celu łatwiejszego zorientowania się zostały one podzielone na trzy grupy: *a*) przestrzenie o rozwoju wczesnym (Primordialgebiete), *b*) przestrzenie o rozwoju opóźnionym (Terminalgebiete) i *c*) przestrzenie, które pod względem rozwoju znajdują miejsce pośrednie pomiędzy dwiema pierwszymi (Intermediargebiete). Podział ten niema wcale na celu sprostowania, względnie zastąpienia dawniejszego podziału ośrodków nerwowych na zmysłowe i kojarzeniowe; zasada podziału jest tu i tam różna. W każdym bądź razie z dotychczasowych wiadomości ogólnych o kolejnym rozwoju włókien nerwowych wynika, że przestrzenie o rozwoju wczesnym powinny istotnie zająć inne miejsce w układzie całkowitym włókien nerwowych. Jednakże dopiero badanie każdej przestrzeni myelogenetycznej, wziętej oddzielnie, może określić ich topografię szczegółową. Badanie to powinno się uskuteczniać za pomocą metod, używanych do studyowania mózgu ludzkiego, ponieważ metody, któremi posilkuje się anatomia porównawcza nie doprowadzą do pożądanego celu. Anatomia wykształconego zupełnie mózgu daje nam pewnych danych bardzo mało, a jeszcze mniej anatomia mózgu płodu i noworodka, lecz i tu można wyodrębnić nieco pól myelogenetycznych: 1) Znajdujemy 18—20 pól myelogenetycznych, na których łatwo wykazać istnienie *corona radiata*, na innych zaś polach nie znajdujemy tego ani w mózgu dziecka, ani dorosłego; tu więc *corona radiata* nie rozwija się nigdy. 2) Przestrzenie, pozbawione *corona radiata*, obfitują w długie włókna kojarzeniowe, których brak zupełnie lub są nieliczne w przestrzeniach z *corona radiata*. 3) Stosownie do tego można podzielić przestrzenie kory mózgowej na ośrodki rzutowe i kojarzeniowe. Ośrodków rzutowych dawniej rozróżniano cztery: sfera czuciowa (dotyk), sfera wzroku, słuchu, i węchu i smaku wspólna. Późniejsze badania dowiodły, że wszystkie one, z wyjątkiem słuchowej, składają się z większej ilości sfer myelogenetycznych: sfera dotyku z 8-iu, a każda z pozostałych z trzech. Ośrodków kojarzeniowych rozróżniano pierwotnie również cztery: czołowy, ciemieniowy, skroniowy i wysepkowy, później skroniowy i ciemieniowy połączono w jeden pod nazwą tylnego wielkiego ośrodka kojarzeniowego. Na tych właśnie dwóch ośrodkach łatwo bardzo stwierdzić dwa poddziały: pas obwodowy, który rozwija się wcześniej, i pas środkowy, którego rozwój zupełny następuje dopiero w wieku młodzieńczym. Na ośrodku czołowym spostrzegamy to samo, lecz ściśle rozgraniczenie pasów jest trudniejsze. Pasy obwodowe przylegają do

ośrodków zmysłowych i są połączone z nimi za pomocą licznych włókien łukowatych (*fibrae arcuatae*). Być może, iż pasy obwodowe tworzą formacje przejściowe pomiędzy przestrzeniami, zawierającymi *coronae radiatae* i pozbawionemi jej. Czasami, lecz bardzo rzadko, spotyka się w tych pasach obwodowych pęczki nietypowe *coronae radiatae*, które stanowią wyraz zboczenia włókien rzutowych ośrodków zmysłowych. Pasy środkowe ośrodków kojarzeniowych stanowią, według wszelkiego praw dopodobieństwa, punkty węzłowe układu długich włókien kojarzeniowych, w obwodowych zaś włókien takich znajduje się bardzo niewiele. Wszystkie przestrzenie środkowe są to przestrzenie końcowe i stanowią cechę mózgow ludzkich. Zniszczenie ich jedynie nie pociąga za sobą żadnych zaburzeń czuciowych, ani ruchowych. Objawy podrażnienia w sferze ruchowej mogą w nich mieć źródło, należy jednak zapatrywać się na nie jako na działanie przeniesione (*action à distance*). Przestrzenie środkowe ośrodków kojarzeniowych są to ośrodki, połączone mniej więcej bezpośrednio z większością sfer zmysłowych, i kojarzą działalność ostatnich. Po obustronnem uszkodzeniu ich występują zawsze braki w inteligencji, a zwłaszcza zaburzenia kojarzeniowe. Ośrodki te są zatem siedliskiem czynności duchowych, gdzie następuje odbudowa obrazów duchowych, na które składają się liczne wrażenia zmysłowe, np. nazywanie przedmiotów, czytanie i t. p. Czynności te ulegają zaburzeniu z wyjątkową prawidłowością w cierpieniach tylnych ośrodków kojarzeniowych; spostrzeżenia więc kliniczne w zupełności usprawiedliwiają słusność podziału kory mózgowej na ośrodki zmysłowe (rzutowe) i kojarzeniowe.

Prof. HIRZIG (Halle). O ośrodkach rzutowych i kojarzeniowych mózgu ludzkiego.

Teorya prof. FLECHSIG'a o istnieniu ośrodków rzutowych i kojarzeniowych, wskutek czego kora mózgowa powinna posiadać dwie czynności odrębne, opiera się na danych następujących:

1) Na stwierdzonej obecności w pierwszych włóknach rzutowych i na braku ich w ośrodkach kojarzeniowych. Twierdzenie po wyższe nie da się utrzymać w całej rozciągłości ze względu na to, że FLECHSIG stosuje je tylko do pewnej części swych ośrodków kojarzeniowych, inni zaś badacze znaleźli włókna rzutowe i w ośrodkach kojarzeniowych. Bądź co bądź, nie ulega zaprzeczeniu, iż pewne okolice mózgu zawierają znacznie mniej włókien rzutowych, niż te, które znajdują się w mniej lub więcej bezpośrednim związku z zakończeniami nerwów czuciowych lub zmysłowych.

2) Na prawie o niejednoczesnem rozwoju myeliny we włóknach obydwóch rodzajów omawianych ośrodków, a zwłaszcza rozmaitych ośrodków rzutowych. To orzeczenie również nie może być pochytywane za pewnik, ponieważ sam FLECHSIG znalazł różnice osobnicze, które przypisuje wpływom patologicznym, gdy inni badacze kładą je na karb praw fizyologicznych. Z tego wynika, że to prawo rozwojowe jest dostatecznie uzasadnione tylko w swych najogólniejszych zarysach i dla tego jest zbyt apodyktyczne.

3) Na różnicach w budowie anatomicznej rozmaitych ośrodków rzutowych w przeciwieństwie do kojarzeniowych. Poglądy rozmaitych badaczy na tę sprawę są tak niezgodne pomiędzy sobą, że wprost niepodobna wyrobić sobie w tej mierze żadnych stałych poglądów. Zadanie ośrodków zmysłowych FLECHSIG upatruje w odbieraniu podrażnień, wychodzących z licznych powierzchni zmysłowych, i w przetwarzaniu tych podrażnień w obrazy duchowe. Dla uzasadnienia tego zdania ucieka się do wyników spostrzeżeń patologicznych, jak np. niemota słuchowa. Rola zaś ośrodków kojarzeniowych polega, według FLECHSIG'a,

na zatrzymywaniu obrazów wspomnień, w ich odtwarzaniu i kojarzeniu, bądź wskutek pobudzenia sąsiednich ośrodków zmysłowych, bądź innych ośrodków kojarzeniowych. Ośrodki te zatem poczytuje za narządy myślenia i ośrodki psychiczne istotne. Poglądy takie wydają się bardzo hipotetycznymi, a hipoteza o obrazach wspomnień, które są umiejscowione w pewnych grupach komórek, jest zupełnie nie dowiedziona. Pomimo wszystkiego jednak, prace FLECHSIG'a stanowią ogromny postęp w poznaniu budowy i czynności narządów myślenia, posiadałyby zaś one daleko więcej znaczenia, gdyby były wypowiedziane z większą powściągliwością, a mniej kategorycznie.

Prof. E. JENDRASSIK (Peszt). O istocie odruchów ścięgnistych. 1) Odruchy ścięgniste są to prawdziwe ruchy zwrotne, których droga prowadzi w poprzek przez istotę szarą rdzenia na wysokości drugiego i czwartego korzenia nerwów lędźwiowych. 2) Odruchy kolanowe i ścięgniste w ogólności stanowią wynik silnego mechanicznego podrażnienia chwilowego nerwów czuciowych, które przebiegają w tkankach, otaczających ścięgną, lecz nie można poczytywać ich za drgania ścięgną, przeniesione na mięsień. 3) Odruchy omawiane nie powinny być utożsamiane z innymi ruchami zwrotnymi. Zwykle odruchy skórne posiadają luk, który sięga aż do mózgu, a może aż do kory mózgowej, ruchy zaś zwrotne, spostrzegane u paraplegików (np. *flexio dorsalis pedis* w *myelitis transversa*) i zależne od dłużej trwającego podrażnienia skóry, nazwać należy odruchami patologicznymi, zależnymi od pewnego rodzaju wykołajenia się prądów nerwowych, które nie mogą odnaleźć swej drogi do mózgu, albo od nadmiernej pobudliwości komórek rdzenia niezależnie od ośrodków wyższych. 4) Napięcie mięśni posiada wielki wpływ na odruchy ścięgniste: wobec napięcia wzmożonego, odruchy są bardzo żywe, przeciwnie — brak napięcia może stać się przyczyną zniesienia odruchów. 5) Zniesienie odruchów rzepkowych w władze rdzenia nie jest dostatecznie wytłomaczone za pomocą teorii współczesnych; być bardzo może, iż brak napięcia mięśniowego stanowi przyczynę istotną tego objawu. 6) Według spostrzeżeń obecnych w przypadkach chorób mózgu wyjątkowo tylko spotykamy brak tych odruchów ścięgnistych, a brak ten może zależeć albo od wstrząsu (shock), albo od wtórnego cierpienia rdzenia. 7) W cierpieniach mózdzku rzadko notowano brak odruchów, natomiast wzmożenie ich stanowi objaw stały. To też brak odruchów rzepkowych wobec nowotworów mózdzku powinien być uważany za objaw ogólny, zależny może od hydromyelii wtórnej albo od przykurczeń mięśni. 8) Brak odruchów kolanowych wcale nie przemawia za uszkodzeniem poprzecznym zupełnym tkanki nerwowej zdzenia. 9) W przypadkach uszkodzeń urazowych części szyjowej lub grzbietowej rdzenia brak odruchów rzepkowych dowodzi, że i istota szara rdzenia okolicy rdzeniowej również uległa uszkodzeniu. Za pomocą naszych dotychczasowych metod histologicznych nie jesteśmy nie raz w stanie wykazać tych zmian, lecz pouczają nas o tem poważne zaburzenia odżywcze: odleżyny ostre, zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych septyczne, zaburzenia naczynioruchowe, zaniki mięśni i t. p. 10) Wykazanie obecności odruchów rzepkowych nie zawsze jest łatwe u paraplegików: czasami wydaje się, że brak ich istotnie, tymczasem badanie umiejętnie prostuje pomyłkę.

Prof. SHERRINGTON (Liverpool). Pod nazwą odruchów rozumiemy dwa różne rodzaje zjawisk: 1) odruchy prawdziwe rdzeniowe lub mózgo-rdzeniowe, otrzymywane ze ścięgien; 2) odruchy rzekome, zwane powszechnie przez autorów angielskich i amerykańskich objawami ścięgnowymi lub wstrząśnieniami (francuskie „secousses“, angielskie „jerks“). Wywoływanie pierwszych w przeważnej liczbie przypadków nie napotyka poważnych trudności; inaczej rzecz ma się

z drugimi, wskutek czego odruchy rzekome posiadają pewne znaczenie kliniczne. Typem ich jest objaw ścięgnowy kolanowy. Nazwie „objaw lub zjawisko ścięgnowe“ można zarzucić, że, właściwie mówiąc, ścięgno nie gra roli głównej w tem zjawisku. Z drugiej strony nie są to odruchy prawdziwe; jest to raczej odpowiedź bezpośrednia mięśnia na nagłe, mechaniczne naciągnięcie ścięgna; odpowiedź tę otrzymać można tylko wtedy, kiedy pobudliwość mięśnia jest znaczna; natomiast nie otrzymamy jej wcale, kiedy mięsień jest oderwany od swych neuronów ruchowych w rdzeniu, które regulują napięcie mięśnia. Łuk odruchowy, od którego zależy napięcie mięśnia, składa się z włókien nerwowych dośrodkowych, idących od mięśnia (w danym przypadku trójgłowy uda) i jego neuronów ruchowych. Czynność tego łuku odruchowego może wzmacniać się lub słabnąć pod wpływem stanu czynnego innych łuków odruchowych rdzeniowych lub rdzeniowo mózgowych. Zniszczenie półkul mózgowych sprowadza natychmiast znakomite wzmocnienie napięcia mięśniowego *m. tricipitis cruris* wskutek wzmocnienia czynności neuronów ruchowych tego mięśnia. Z drugiej strony czynność neuronów ruchowych mięśnia trójgłowego w rdzeniu może ulec osłabieniu wskutek pobudzenia czynności neuronów ruchowych mięśni przeciwdziałających (antagonistów), t. j. zginaczy kolana. Czynności tych właśnie neuronów towarzyszy zwykle pewien stopień oporu ze strony mięśni wyprostnych kolana.

(C. d. n.).

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława za czas od 14 grudnia r. z. do 14 stycznia r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca i roku chorych 126 (m. 67, k. 59); przybyło w grudniu 86 (m. 47, k. 39); wypisało się 85 (m. 44, k. 38); zmarło 27 (m. 19, k. 8); pozostało na miesiąc i rok następny chorych 100 (m. 51, k. 49).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w ubiegłym miesiącu, dzięki znacznemu zmniejszeniu się epidemii ospy. Gdy w listopadzie przybyło 129 nowych chorych, to w grudniu zaledwie 64. Odwrotny stosunek natomiast zachodzi co do natężenia choroby i śmiertelności, które w miesiącu sprawozdawczym znacznie się wzmogły, rozumie się, u osób nieszczepionych. Na 26 zmarłych było 24 chorych nieszczepionych. Zdarzały się również dosyć częste przypadki ospy krwotocznej. Chorzy przybywali z najrozmaitszych punktów miasta.

Ogólna liczba chorych na ospę nowo przybyłych wynosi 64 (m. 37, k. 27), z których szczepionych było 34 (m. 21, k. 13), nieszczepionych zaś 27 (m. 13, k. 14), śmiercią zakończyło się przypadków 26 (m. 18, k. 8), z nich 24 u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowolipki 72 i 51, Twarda 58 i 31, Marszałkowska 123, Podwale 18 i 3, Wronia 38 i 33, Żelazna 16 (2 przypadki), Sienna 4, Zielna 4 i 6, Złota 63, Leszno 69, Grzybowska 40, 57, 18, 10 i 78 (2 przypadki), Ogrodowa 61 i 46, Maryańska 1, Tamka 35, Nowogrodzka 21, Nowiniarska 12, Dzielna 59 (2 przypadki, i 5, Chmielna 9 i 128, Pańska 10, Lucka 19, Koszykowa 16, Wilcza 46, Piękna 19, Królewska 31, Brzeska 9, Fabryczna 8 (2 przypadki); Młynarska 12 i 8, Solec 71, Bugaj 21, Wróbla 24, Leopoldyny 20, Wspólna 8, Browarna 8, Samborska 1, Towarowa 36, Karmelicka 17, Gęsia 87, Dobra 10, Elektoralna 11, Widok 4, oraz wieś Wola, Mokotów, Skrzyżnin i Dzierzby.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: odry 8 przypadków (m. 4, k. 4) z ulic: Koźła 9, Przyrynek 7, Grzybowska 7, Freta 21, Ogrodowa 24, Złota 7,

Widok 16, Wolska 28. Po 2 przypadki tyfusu wysypkowego (Dzielna 23, Ząbkowska 30) i reumatyzmu wielostawowego, oraz po jednym przypadku płonicy (Piwna 37), tyfusu brzuszego (Grochów) i bieguuki krwawej.

Chorych, niewłaściwie do nas skierowanych, mieliśmy 5.

Biletów odmownych chorym, niekwalifikującym się do szpitala Św. Stanisława, wydano 13 (m. 8, k. 5).

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 3359 (m. 1099, k. 1660).

Śmiertelność miesięczna wynosiła 12,7% (m. 16,7, k. 8,16%).

J. Szwejcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== FREUDWEILER rozpatruje znaczenie gorączki w raku narządów wewnętrznych, opierając się na materiale statystycznym kliniki w Zürichu. Od 1884 do 1897 roku zebrał 475 przypadków niewątpliwego raka następujących narządów: żołądka 265; gardzieli, przełyku i wpustu 105; wątroby i pęcherzyka 38; kiszki grubej 24; kiszek cienkich i otrzewny 3; innych 10. Miało gorączkę 189 chorych (39,8%). W 6% gorączka miała typ stały, w 41% przepuszczający lub zwalniający, w 38,5% był typ nieprawidłowy. Gorączka nie pogarsza rokowania, o ile nie prowadzi do szybkiego wyniszczenia. (D. Arch. f. kl. Med. T. 64.)

== GORDON uważa nitro-propiol za wyborczy odczynnik do wykrywania cukru w moczu. Odczyn występuje już po 30—40 sekundach od chwili rozpuszczenia w moczu krążka nitro-propiolowego, przyczem mocz należy ogrzewać aż do wrzenia. Nawet 0,06% cukru wykryć można. Wyższość tego nowego sposobu nad odczynnikami FEHLING'a polega 1) na tem, iż żadne inne ciało w moczu nie daje odczynu z nitropiolem; 2) że niema nieprzyjemnego zapachu. (Lancet. 5. 5. 1900).

== Na zjeździe internistów niemieckich w Wiesbaden SCHOTT mówił o wpływie influenzy na przewlekłe choro-

by serca. W czasie epidemii grypy wzrasta się zarówno liczba chorych na serce jakoteż śmiertelność wskutek chorób serca. S. dzieli choroby serca w grypie na: 1) pierwotne, 2) następne, 3) dawne cierpienia, pogarszające się pod wpływem grypy. Z pierwotnych zasługują na uwagę nerwice serca: tętno przyspieszone i zwolnione (tachy-bradykardia). Następnie po grypie rozwija się dusznica bolesna i neurastenia serca. Bardzo częste jest cierpienie mięśnia sercowego, powstające niekiedy wskutek nerwicy serca. Największemu niebezpieczeństwu ulegają chorzy, już przed grypą cierpiący na choroby wsierdzia lub mięśnia serca. Znaczne rozszerzenie serca następuje po grypie nawet wobec zwykłego jedynie osłabienia mięśnia sercowego. (Klin.—therapeut. Wochenschr. 29. 4. 1900).

== Niektóre objawy podmiotowe pozwalają, zdaniem Symons ECCLES'a rozpoznawać lub conajmniej przypuszczać rozszerzenie aorty we wczesnych okresach nawet, gdy brak jeszcze objawów fizycznych. Tu należą: 1) ból w prawym barku; 2) zawroty przy odchyłaniu głowy w tył; 3) uczucie przestachu i omdlenia w pierśsiach podczas ruchów wzmożonych; 4) ból między łopatkami. (New-York. Med. Jour. 24. 2. 1900).

— LENHARTZ zaleca zastrzykiwania soli kuchennej w chorobach ostrych: tyfusie brzuszny, biegunkach letnich u dzieci i biegunce krwawej, ropniach około-kątnicznych i zapaleniach otrzewny. Metoda ta zasługuje na uwagę i w osłabieniu czynności serca i niedostatecznym napełnieniu naczyń, jak to zwykle bywa w chorobach zakaźnych ostrych.

W razie zwyrodnienia mięśnia sercowego zastrzykiwania są przeciwwskazane, ponieważ serce takie nie jest w możności przepychania większej ilości płynu w układzie krążenia. Dzieciom wstrzykuje się 100—200, — dorosłym 500—1000 cm. sz. roztworu fizyologicznego naraz. (D. Arch, f.kl. Med. T. 64).

P.

Wiadomości bieżące.

— We Lwowie ma zacząć wychodzić nowe czasopismo p. t. „Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“, w dwóch wydaniach, t. j. w wydaniu polskim oraz w wydaniu, zawierającym dokładne przekłady artykułów polskich na języki angielski, francuski lub niemiecki. Archiwum to ma wychodzić w dowolnych zeszytach. 40—50 arkuszy druku ma stanowić oddzielny tom. Członkiem założycielem tego pisma może być każdy, składający jednorazowo 50 rb., a przez lat dwa po 60 rb., w ratach miesięcznych. Cena tomu wynosić będzie: wydania polskiego 20 koron, niemieckiego 30, a obu wydań razem 35 koron. Redaktorem ma zostać prof. KADYI ze Lwowa.

— W Towarzystwie lekarskim łódzkim na rok bieżący na prezesa wybra-

ny został d-r JONSCHER, na wiceprezesa d-r L. SIKORSKI, na sekretarza d-r HANDELSMAN.

— Lokal Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy przeniesiony został na ulicę Niecałą Nr. 7, m. 15.

— Na Zjazd balneologów w Berlinie, który ma się odbywać w roku bieżącym od 7 do 12 marca, zgłoszono dotychczas 37 odczytów. Niedługo ma być ogłoszony szczegółowy program tego zjazdu.

— **Zmarli.** W Poznaniu w d. 12 stycznia r. b. zmarł d-r Klemens KOEHLER w 61 roku życia.

— W Paryżu zmarł prof. POTAIN w 76 roku życia.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty w celu uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma i o uregulowanie zaległych rachunków.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доянолево Цензурою, Варшава, 12 Января 1901 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8