

GAZETA LEKARSKA.

I. AFAZYJA I BEZWŁAD OGÓLNY POSTĘPUJĄCY.

Podał

D-r Albert Rosental,

ordynator szpitala Ś-go Jana Bożego.

Jakkolwiek afazyja nie należy do zbyt rzadkich objawów w przebiegu bezwładu postępującego, to jednakże przypadki, stwierdzone oględzinami pośmiertnymi, zasługują na uwagę; przyczyniają się one bowiem z jednej strony do wyświetlenia patologii bezwładu postępującego, z drugiej posłużyć one mogą do wyjaśnienia nauki o umiejscowieniu w mózgu. W monografii MENDEL'a ¹⁾ znajdujemy kilka tylko odnoszących się tu przypadków. W przypadku BILLOD'a — w którym niemota powstała po kilkoletniem trwaniu bezwładu ogólnego — stwierdzono po śmierci dwa ogniska rozmiękczenia w zawoju czołowym dolnym półkuli lewej. CULERRE spostrzegł przypadek analogiczny, lecz sekcja nie była dokonana. VOISIN w mózgach paralityków często znajdował rozmiękczenie wysepki REIL'a. W r. 1886 spostrzegalem też przypadek niemoty zmysłowej ²⁾ u dotkniętego bezwładem postępującym; badanie pośmiertne, oprócz zapalenia opon miękkich, wykazało rozmiękczenie II i III zawoju skroniowego lewego. Wreszcie wspomnieć tu należy o przypadku WERNICKE'go ³⁾; niemota zupełna u dotkniętej bezwładem postępującym, spowodowana rozmiękczeniem zawoju BROCA i I-go zawoju skroniowego lewego. Bez wątpienia przypadki bezwładu ogólnego, w których niemota stanowi objaw wybitny, zdarzają się częściej, lecz literatura naukowa dotąd dostarcza nam mało odpowiedniego materyjału.

Przypadek I. W. K., ogrodnik, lat 30 liczący, przybył do szpitala Ś-go Jana Bożego we Wrześniu r. 1888. Już dwa lata przedtem zauważono u chorego przemijające stany przygnębienia; w rok później pojawiły się idee wielkości i dążność do niszczenia przedmiotów otaczających. W Sierpniu r. 1888 nastąpił napad wrzeczono apoplektyczny, po którym pozostał niedowład strony prawej oraz niemota. Od 3-ch lat u chorego stale spostrzegać się daje obustronne rozszerzenie źrenic. W r. 1881 dotknięty był przymiotem. Chory o wątłej budowie ciała, źle odżywiony; budowa czaszki prawidłowa. Wyraz twarzy przygnębiony; brózdki noso-wargowe wygładzone. Źrenice nierówne,

¹⁾ MENDEL. Die Progressive Paralyse der Irren. 1880 p. 130.

²⁾ A. ROSENTAL. Przyczynek do nauki o afazyi zmysłowej. Medycyna T. XIV. r. 1886.

³⁾ WERNICKE. Centralb. f. Nervenkl. 1886, Nr. 4. Vortrag in der med. Section der schles Gesells. etc.

prawa szersza, oddziaływanie na światło zniesione. Język nie zbacza w stronę, lecz silnie drga. Mowa niezrozumiała; chory mówi zaledwie słów kilka; na zapytanie odpowiada jedynie: „tak, nie, dobrze“. Pytania, stawiane mu, chory pojmuje, słowa podpowiadane powtarza z łatwością. Czytanie jest również utrudnionem: niektóre wyrazy przecina, inne opuszcza lub powtarza; również nieprawidłowem jest pismo chorego. W mięśniach twarzy i kończyn zauważyć się dają drgania włókienkowe. Prawa strona ciała znajduje się w stanie parezy; chód powolny, niezgrabny, odruchy ścięgniste po tejże stronie wzmożone. Ze strony psychicznej zauważyć się daje: przyćmienie świadomości oraz przemijające napady wzburzenia. W stanie tym chory pozostawał do 13-go Listopada, gdy pojawił się napad padaczkowy, który pozostawił po sobie bezwład strony prawej oraz niemotę zupełną. W ciągu 5-cio-tygodniowego pozostawania w łóżku bezwład kończyn zmniejszył się stopniowo, niemota zaś pozostała [jedynie słowa chorego: „tak, nie“]. Od tego czasu stan chorego nie ulega już żadnej zmianie wybitnej w ciągu 9-u miesięcy następnych. Dopiero 4-go Września r. 1889 następuje silny napad padaczkowy, trwający blisko 6 godzin i składający się z całej seryi napadów drgawkowych; jednocześnie rozwija się ostry obrzęk płuc i 6-go Września nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne wykazuje: *Oedema pulmonum*. *Tumor lienis acutus*. *Echinococcus hepatis*. *Encephalomeningitis chronica diffusa*. *Atrophia gg. frontalis*. *Ramollitio insulae Reilii sin.* *Oedema cerebri*.

Czaszka symetryczna, zgrubiała. Powierzchnia wewnętrzna opony twardej gładka. Na powierzchni półkul mózgowych opony miękkie zmętniałe, nad płatem ciemieniowym znaczne nagromadzenie się płynu surowiczego. Przy zdejmowaniu opon z półkul mózgowych odrywają się z pojedynczych zawojów małe cząsteczki istoty korowej, zwłaszcza ze środkowej $\frac{1}{3}$, części lewego zawoju ciemieniowego wstępującego, oraz zawoju ciemieniowego górnego. Zawoje czołowe znacznie zanikłe, na podstawie mózgu lewy II-gi zawój czołowy w tylnej swej części uległ rozmiękczeniu. Lewa wysepka REIL'a na całej prawie przestrzeni przedstawia ognisko rozmiękczenia; wymiar podłużny ogniska — 3 ctm., poprzeczny — 4 ctm., głębokość — 1 ctm.. Lewy płat skroniowy w przednim swym końcu na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ ctm. również uległ rozmiękczeniu. Ogniska rozmiękczenia przedstawiają żółto-czerwoną miążgę, pod wpływem strumienia wody łatwo rozpływającą się. Badanie drobnowidzowe wykazało: naczynia wypełnione ciałkami krwi, które w znacznej ilości znajdują się i poza ściankami naczyń, dalej niezmierną ilość ciałek ziarnistych, myelinę w kroplach, oraz rozpad drobnokowy; komórki nerwowe trudno barwią się karminem, zawierają *vacuolae*, po części też sklerotyczne.

Przypadek powyższy przedstawia nam obraz bezwładu postępującego, do którego wskutek napadu apoplektycznego przyłączyło się porażenie połowicze oraz afazyja. Jest nią t. zw. niemota zmysłowa (*sensorische Aphasie*) bez głuchoty wyrazowej, gdyż chory pojmuwał mowę słyszaną, mógł nawet pojedyncze wyrazy powtórzyć za mówiącym. Zaburzenie to mowy trwało przeszło rok, pozwalało więc spodziewać się grubszej zmiany anatomicznej w odpowiednim ośrodku mózgowym. Znaleźliśmy w samej rzeczy ogniska rozmiękczenia w lewej półkuli mózgu, a mianowicie: w wysepce REIL'a, w oczodołowej części III-go zawoju czołowego, oraz w przednim zakończeniu płatu skroniowego. Pod względem natężenia pierwsze jednak miejsce zajmuje ognisko w wysepce REIL'a i do niego też odnieść należy afazyję w danym przypadku. Z literatury wiemy, iż podobne przypadki afazyi wskutek zniszczenia wysepki opisali: MEXNERT, LÉPINE i VOISIN. Nieznaczne uszkodzenie płatu skroniowego nie może

tu wcale iść w rachubę, gdyż cały zresztą zawój skroniowy I-szy i II-gi został nienaruszonym. Co się zaś tyczy porażenia połowiczego, które spostrzegliśmy w naszym przypadku, to należy je uczynić zależnym od zniszczenia lewego zawoju ciemieniowego wstępującego (*g. centralis post.*), oraz zrazika ciemieniowego górnego. Mamy więc w danym przypadku przykład, jak rozlane cierpienie kory mózgowej, stanowiące istotę bezwładu postępującego, wskutek miejscowego natężenia sprawy chorobowej, powoduje objawy cierpienia ogniskowego; do całości bowiem obrazu bezwładu postępującego afazyja bynajmniej nie należy, pojawienie się jej jest objawem powikłania sprawy chorobowej. Przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie; znanych jest dotąd zaledwie kilka przypadków, w rzędzie których jeden mój, o którym powyżej wspomniałem.

Przypadek II. D., 42-letni robotnik fabryczny, już od 3-ich lat zdradza objawy cierpienia umysłowego, które go uczyniły niezdolnym do pracy. Rok temu nastąpił udar mózgowy, który spowodował przemijające porażenie połowicze oraz niemotę zupełną. W ciągu ostatnich miesięcy przed przybyciem do szpitala pojawiały się objawy niepokoju, usiłowanie samobójstwa, oraz częste napady drgawek. Dziedzicznie usposobiony do chorób nerwowych, popełniał nadużycia wysokokowe. Przybył do szpitala 27-go Lipca 1889 r. Mężczyzna o prawidłowej budowie ciała, o układzie mięśniowym zwiotczalym, źle odżywiony. Żrenice zwężone, odruchowy ciężec źrenic (*reflect. Pupillenstarre*). Język nie zbacza w stronę, lecz drga znacznie. Mowa niewyraźna, składa się tylko z kilku niezrozumiałych dźwięków; pytań wcale nie pojmuję — odpowiada jedynie mimiką i ruchami rąk. Wyraz twarzy oznacza cierpienie; drżenie mięśni wyraźne. Chory nie jest w stanie chodzić wskutek znacznego osłabienia; w położeniu leżącym ruchy kończyn dolnych ograniczone; odruchy kolanowe wzmożone. W połowie Sierpnia nastąpił napad wrzekomo padaczkowy, który trwał około 6-u godzin; bezwładu kończyn po nim nie pozostało. W 5 dni później znowu drgawki prawej połowy ciała, poczem wyraźne osłabienie ruchów pozostało. Chory nie pojmuję wcale pytań, nie mówi wcale, gestykuluje. Mimo wolne oddawanie moczu i kału. Tętno słabe, zwolnione. 15-go Września znowu 5 napadów drgawkowych przy udziale wszystkich kończyn i mięśni twarzy — poczem pozostał bezwład kończyn strony lewej, a zwłaszcza górnej. Rozszerzenie źrenicy prawej; oddziaływanie obu zniscone. Niemota zupełna. 22-go Września nastąpiła śmierć wskutek porażenia płuc.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: *Pneumonia cachecticorum. Hepar moschatum. Hyperostosis cranii. Encephalomeningitis chronica diffusa. Hydrocephalus internus. Haemorrhagiae corticales.*

Opony miękkie zgrubiałe, nieprzejrzyste, oddzielają się trudno od zawojów, a zwłaszcza czołowych i czołowego wstępującego. Istota korowa tych ostatnich, szczególnie na półkuli lewej, znajduje się w stanie widocznego zaniku. W istocie korowej zawojów napotykam nieznaczne wybroczyny krwawe, na półkuli lewej: 1) jedną wielkości ziarna grochu polnego u górnego końca zawoju czołowego wstępującego i dwie mniejsze w końcu dolnym tegoż; 2) dwie wielkości główki od szpilki — w końcu tylnym zawoju czołowego środkowego; 3) jedną wielkości ziarna grochu — w dolnym końcu zawoju ciemieniowego wstępującego. Na półkuli prawej — wielkości ziarna grochu — w zawoju potylicowym II-gim. Wylewy te zajmują prawie całą grubość istoty szarej zawojów. Lewy płąt skroniowy spłaszczony, zawój jego pierwszy zanikły; długość jego wynosi 4 ctm., szerokość zaledwie 0,5 ctm.; natomiast wymiary zawoju skroniowego I-go strony prawej wynoszą 7 i 2—3 ctm.. Wysepka REIL'a nie przedstawia zmian. Węzły podkorowe i rdzeń przedłużony również prawidłowe.

Stwierdziliśmy więc tu, prócz rozlanego zapalenia opon miękkich i zawojów mózgowych wraz z zanikiem ostatnich (*Encephalomeningitis diffusa*), wybroczyny krwawe w zawojach, oraz wybitny zanik I-go zawoju skroniowego strony lewej. Klinicznie zaś — jest to przypadek bezwładu postępującego, w którym afazyja zupełna wraz z głuchotą wyrazową stanowiły objaw najbardziej wybitny. O ile napady drgawkowe, spostrzegane w przypadku powyższym, możemy uczynić zależnemi od wspomnianych wybroczyn w korze mózgowej, o tyle afazyję wraz z głuchotą psychiczną musimy przyznać zależnemi od zaniku I-go zawoju skroniowego lewego. Zauważyć tu muszę, iż afazyja do tego stopnia wystąpiła tu na plan pierwszy, iż cierpienie podstawowe w zupełności zamaskowanem zostało. Afazyja bowiem wyklucza sobą cały szereg objawów zboczenia umysłu, cechujących bezwład postępujący, pozostawia jedynie zupełną utratę władz umysłu (*dementia*). Zwężenie źrenic, drżenie mięśni, wzmożenie się odruchów, wreszcie napady drgawkowe cechują tu bezwład postępujący. Jednakże brak dokładnych wiadomości anamnestycznych, oraz zaburzeń sfery psychicznej, czyni ściśle rozpoznanie postaci klinicznej niepewnem i zbliża cały obraz chorobowy do cierpienia ogniskowego mózgu. Anatomiczne zmiany wszelako przemawiają za cierpieniem rozlanem mózgu. Bliższe szczegóły, odnoszące się do różniczkowego rozpoznania bezwładu postępującego od cierpienia ogniskowego, znajdzie czytelnik w pracy mej: „O bezwładzie postępującym“ ¹⁾.

Przypadek III. I. F., kopyciarz, 46 lat liczący, od 3-ich lat uległ chorobie umysłowej, jakoby wskutek silnego uderzenia w głowę. Od czasu tego wystąpiły: niepokój, niewłaściwe zachowanie się, zaś wskutek udaru mózgowego bezwład strony prawej, oraz afazyja. Przyjęto go do szpitala obłąkanych 13-go Czerwca 1889 r.. Chory o słabej budowie ciała, źle odżywiony. Czaszka symetryczna; źrenice zwężone nie oddziałują na bodźce. Język na żądanie nie zostaje wysuniętym. Mowa zupełnie zniesiona: na zapytania nie odpowiada wcale, a z zachowania się jego i gestów widać, iż pytań zupełnie nie pojmuje. Kończyny strony prawej znacznie słabsze, aniżeli lewostronne; wszystkie ruchy górnej ograniczone, nogą zaś powłóczy; odruch kolanowy tejże strony wzmożony; ruchy bierne napotykają też na silny opór. Badanie czucia z powodu stępienia uniemożliwione. Rozedma płuc w nieznanym stopniu; tony serca czyste. Apatya i niemota zupełna; chory pozostaje na jednym miejscu i nie jest w stanie sam przyjmować pokarmów. W stanie tym chory pozostawał do 1-go Listopada 1889 r.; ostatnie 2 tygodnie spędził w łóżku, przyłączyło się opadowe zapalenie płuc i we wspomnionym dniu nastąpiła śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: *Pneumonia cachecticorum*. *Hepar cyanoticum*. *Gastroenteritis cat. chronica*. *Atrophia lobi temporalis parietalis sin.* *Ramollitio g. temporalis I.* *Hydrocephalus internus*.

Co się tyczy mózgu, to opona twarda nie przedstawia nic nieprawidłowego. Po wyjęciu mózgu z czaszki, tenże okazuje się niesymetrycznym: półkula lewa przedstawia się o $\frac{1}{3}$ węższą, aniżeli prawa. Opony miękkie, nieco zmętniałe, oddzielają się z łatwością od zawojów mózgu. Naczynia na podstawie mózgu prawidłowe. Zawoje czołowe, a zwłaszcza dolny po stronie lewej, znacznie są węższe, aniżeli prawostronne. Zawój skroniowy I strony lewej ścięnczony do $\frac{1}{3}$ części w porównaniu z takimże zawojem strony prawej — w tylnej swej części przedstawia się w stanie żółtego rozmiękczenia. Na powierzchni płatu ciemieniowego w kierunku pionowym do brzozy śródcieniowej widocznem jest za-

¹⁾ A. ROSENAL. Paralysis progressiva 1879. Odb. z Pam. Tow. Lek. str. 100.

głębień, spowodowane zanikiem istoty białej. Obie komórki boczne rozszerzone, lewa jednak jest w czwórnasób powiększoną, gdyż ściana jej boczna dotyka prawie istoty korowej zawojów ciemieniowych i skroniowych. Węzły podkorowe należyście uwydatnione; most WAROL'a i rdzeń przedłużony nie wykazują zmian widocznych.

W powyższym mamy więc przypadek niemoty zupełnej wraz z głuchotą wyrazową u osobnika, dotkniętego bezwładem kończyn strony prawej. Sprawa chorobowa, powstała jakoby pod wpływem silnego obrażenia głowy, trwała przeszło 3 lata, a wykazując przytem nieokreślone i przemijające objawy zбочenia umysłu, doprowadziła do otępienia umysłowego (*dementia*), nie zaś do bezwładności ogólnej postępującego. Mamy tu więc otępienie z bezwładem (*dementia cum paralysisi*) w odróżnieniu od *paralysis progressiva*. Anatomiczne zaś badanie wykazuje zanik lewej półkuli mózgu, a mianowicie: zanik zawoju Broca i wysepki, rozmiękczenie tylnej połowy zawoju skroniowego pierwszego, oraz zanik zarówno zawojów, jakoteż istoty białej płatu ciemieniowego i skroniowego. Nie łatwym jest wytłumaczyć, w jaki sposób powstał tak ogromny zanik półkuli lewej; przypuścić można, iż ognisko rozmiękczenia, którego cząstkę widzimy na zawoju skroniowym, w ciągu trzyletniego okresu trwania choroby wywołał ów zanik tylnej połowy *c. semiovalis*. Znaczenie spostrzeżenia niniejszego leży w tem, iż w przypadku, w którym prócz afazyi była i głuchota psychiczna, znaleźliśmy, oprócz zniszczenia zawoju Broca i wysepki, rozmiękczenie I-go zawoju skroniowego lewego.

W końcu wspomnę tu jeszcze o przypadku, opisanym przezemnie r. 1884¹⁾. Była to afazyja wraz z głuchotą wyrazową u dotkniętego bezwładem lewostronnym. Badanie pośmiertne wykazało, prócz zniszczenia zawoju ciemieniowego wstępującego strony prawej, rozmiękczenie zapalne $\frac{1}{3}$ tylnej części zawoju skroniowego I-go i II-go strony lewej.

Reasumując wyniki powyższych spostrzeżeń, otrzymujemy, co następuje: 1) afazyja zmysłowa u dotkniętego bezwładem postępującym — rozmiękczenie lewej wysepki REIL'a; 2) afazyja zupełna wraz z głuchotą wyrazową przy bezwładzie postępującym — zanik I-szego zawoju skroniowego lewego; 3) afazyja zupełna wraz z głuchotą wyrazową — zanik zawoju Broca i rozmiękczenie I-go zawoju skroniowego lewego. Dodawszy do tego dwa moje dawniejsze spostrzeżenia: 4) głuchota wyrazowa — rozmiękczenie I-go i II-go zawoju skroniowego lewego. Na zasadzie tych danych możemy wyprowadzić wnioski następujące: a) w przebiegu bezwładności postępującej najczęściej spotykamy się z afazyją zmysłową samą, lub połączoną z głuchotą wyrazową; b) podstawa anatomiczna głuchoty wyrazowej leży prawie wyłącznie w I-ym zawoju skroniowym półkuli lewej; wreszcie c) afazyja zmysłowa zależną jest od zniszczenia wysepki REIL'a, lub II-go i III-go zawoju skroniowego lewego.

Ze spostrzeżeń powyższych widzimy, iż w obrazie bezwładności postępującej nie rzadko pojawiają się głębsze zaburzenia mowy [afazyja i t. d.], które na

1) A. ROSENAL. Przypadek porażenia korowego wraz z głuchotą wyrazową. Gaz, lek. 1883.

cierpieniu podstawowem szczególnie wyciskają piętno. Przypadki te pod względem anatomicznym stanowią niekiedy postacie przejściowe od rozlanego porażenia kory mózgowej do ogniskowego cierpienia mózgu. Rozumie się samo przez się, iż pod względem też klinicznym niektóre przypadki tego rodzaju przedstawiają trudności rozpoznawcze. Z 3-ch moich powyższych spostrzeżeń: 1-e stanowi niewątpliwie bezwład postępujący, 2-e jest już postacią przejściową do cierpienia ogniskowego mózgu, 3-e zaś stanowi bezwarunkowo cierpienie ogniskowe. Do tej ostatniej kategorii należy też mój powyżej wspomniany przypadek porażenia korowego wraz z głuchotą wyrazową. Trudność w rozpoznaniu będzie dla nas tem bardziej zrozumiałą, gdy zważymy, iż afazyja jako porażenie ważnej czynności psychicznej daje obraz zupełnego otępienia umysłu, a sprawa chorobowa, ją powodująca, w samej rzeczy prowadzi do zupełnego zniesienia czynności psychicznych, oraz do porażen ruchowych. Słowem: ogniskowe cierpienie prowadzi do stanu chorobowego, który nie da się odróżnić od bezwładu postępującego.

Opierając się na powyższych danych, stawiam następujące wnioski: 1. Afazyja jako objaw cierpienia ogniskowego mózgu może często dać powód do przypuszczenia istnienia bezwładu postępującego lub też istnienie tego ostatniego uniewidocznic. 2. Badanie bezwładu postępującego przyczynia się do wyświetlania pytań, odnoszących się do nauki o umiejscowieniu czynności mózgu.

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ PRZY UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM.

II. O PRZEJAWACH RUCHOWYCH,

otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej,

PRZY PODNIESIENIEM I OBNIŻONEM CIŚNIENIU KRWI W TĘTNICACH.

Podat

Adolf Szpanbok.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 9].

II.

O wpływie drażnienia końca obwodowego nerwu błędnego na stan pobudliwości sfery ruchowej.

1. **Urządzenie doświadczeń.** Ażeby wywołać przemijające zmniejszenie się ciśnienia krwi w tętnicach, drażniłem koniec obwodowy nerwu błędnego. Doświadczenia wykonywałem na psach bez znieczulenia. Odszukawszy na szyi pień nerwu błędno-współczulnego, według znanych prawideł, przewiązywałem go i następnie kładłem koniec jego obwodowy, przy zachowaniu odpowiednich ostrożności, na elektrody platynowe, ujęte w oprawie z kauczuku hartowanego. Elektrody łączyłem z aparatem Du Bois REYMOND'a, zasilanym sto-sem GRENET'a. Obnażenie brzozy krzyżowej i badanie pobudliwości sfery ruchowej odbywało się w ten sam sposób, jak w doświadczeniach wyżej opisanych;

to samo należy powiedzieć o zapisywaniu ciśnienia krwi i mierzeniu otrzymanych przy tem krzywych.

2. Doświadczenia.

Doświadczenie I. Operacja zwykła. Opona twarda zdjęta. Najmniejszy odczyn ruchowy — doprowadzenie prawej kończyny przedniej — przy odległości cewek = 13 ctm.. Drażnienie końca obwodowego nerwu błędnego trwało 2 minuty. Badanie pobudliwości pod koniec tego okresu pokazuje, że najmniejszy odczyn ruchowy może być osiągnięty przy odległości cewek = 8,5 ctm.. Przy drażnieniu nerwu błędnego spostrzegamy ruchy wymiotne. Po upływie jednej minuty po przerwaniu drażnienia najmniejszy odczyn ruchowy następował przy odległości cewek = 7 ctm.; po 5-ciu minutach przy odległości cewek = 12,5 ctm., po 10 minutach — przy odległości cewek = 13 ctm..

Doświadczenie II. Operacja zwykła. Opona twarda zachowana. Najmniejszy odczyn ruchowy — wyprostowanie kończyny przedniej, przy odległości cewek = 11 ctm.. Drażnienie nerwu błędnego w ciągu 1-ej minuty [odległość cewek = 2 ctm.]. Pod koniec tego okresu czasu najmniejszy odczyn przy odległości cewek = 9 ctm.. W dwie minuty później otrzymałem ten sam odczyn przy odległości cewek = 7 ctm., po 10-iu minutach — przy odległości cewek = 11 ctm..

Doświadczenie III. Operacja zwykła. Opona twarda zachowana. Najmniejszy odczyn ruchowy — doprowadzenie kończyny przedniej — przy odległości cewek = 12 ctm.. Drażnienie nerwu błędnego w ciągu jednej minuty [odległość cewek = 2 ctm.]. Pod koniec tego okresu czasu najmniejszy odczyn ruchowy otrzymać się daje przy odległości cewek = 9,5 ctm.. Po dwóch minutach spokoju — przy odległości cewek = 7,5 ctm.; po 5-ciu minutach — przy odległości cewek = 12 centymetrów.

Doświadczenie IV. Zwykła operacja. Opona twarda zachowana. Najmniejszy odczyn ruchowy, wyprostowanie przedniej kończyny, przy odległości cewek = 11 ctm.. Drażnienie nerwu błędnego [odległość cewek = 5 ctm.]. Po jednej minucie drażnienia odczyn ruchowy następuje przy odległości cewek = 9 ctm.. Po 5 minutach spokoju — przy odległości cewek = 10 ctm.. Powtórne drażnienie nerwu błędnego w ciągu jednej minuty. Pod koniec tego okresu odczyn ruchowy przy odległości cewek = 8 ctm.. Po jednej minucie spokoju — przy odległości cewek = 6 ctm.; po dwóch minutach — przy odległości cewek = 8 ctm.; po 5-ciu min. — przy odległości cewek 9 ctm.. Trzecie podrażnienie nerwu błędnego w ciągu 1-ej minuty. Najmniejszy odczyn ruchowy w końcu tego okresu czasu przy odległości cewek = 6 ctm.. Po 5-iu minutach spokoju przy 9 ctm.. Czwarte podrażnienie nerwu w ciągu 5-iu minut. Po 1-ej minucie podrażnienia odczyn ruchowy — przy odległości cewek = 8 ctm., po dwóch minutach — przy odległości cewek = 7 ctm., po 5-iu minutach — przy odległości cewek = 5 ctm.. Po 5-iu minutach spokoju ten sam odczyn — przy odległości cewek = 10 ctm., a po 10-ciu min. — przy odległości cewek = 11 ctm.. Piąte drażnienie nerwu błędnego w ciągu 5-ciu minut. Po pierwszej minucie podrażnienia odczyn ruchowy — przy odległości cewek = 10,5 ctm., po 2-u minutach — przy odległości cewek = 9 ctm., po 5-iu min. — przy odległości cewek = 8 ctm.. Po upływie 5-iu minut spokoju ten sam odczyn następował

przy odległości cewek = 10 ctm.. Przy tem doświadczeniu zapisywałem ciśnienie krwi, w ciągu trzech pierwszych prób z podrażnieniem nerwu błędnego. Dane co do ciśnienia krwi zsumowane są w poniżej przytoczonej tablicy:

Warunki doświadczenia.	Odległość cewek potrzebna do wywołania najmniejszego odczynu ruchowego w ctm.	Przeciętne ciśnienie tętnicze w mm. Hg.
Warunki prawidłowe	11	136
Drażnienie nerwu błędnego Po upływie 1-ej minuty	9	48
Spokój. Po upływie 5-iu minut . . .	10	130
Drażnienie nerwu błędnego [II] Po upływie 1-ej minuty	8	44
Spokój. Po upływie 1-ej minuty . . .	8	144
Po upływie 2-ej minuty	8	136
Po upływie 5-ej minuty	9	130
Drażnienie nerwu błędnego [III] Po upływie 1-ej minuty	6	42
Spokój. Po upływie 5-ej minuty . . .	9	132

Doświadczenie V. Operacja zwykła. Opona twarda usunięta. Najmniejszy odczyn ruchowy — wyprostowanie kończyny przedniej — przy odległości cewek = 14 ctm.. Pierwsze podrażnienie nerwu błędnego w ciągu jednej minuty. Pod koniec tego okresu ten sam odczyn ruchowy następuje przy odległości cewek = 12 ctm.; po następnych zaś dwóch minutach — przy 13 ctm.. Drugie podrażnienie nerwu błędnego w ciągu jednej minuty. Próby na pobudliwość, zrobione po 20-u sekundach, wykazują, że odczyn ruchowy otrzymuje się teraz przy odległości cewek = 14 ctm.; pod koniec całego okresu podrażnienia ten sam odczyn otrzymuje się — przy odległości cewek = 12,5 ctm.. Po 5-iu minutach spokoju — przy odległości cewek = 14 ctm.. Następuje trzecie podrażnienie nerwu w ciągu 0,5 minuty. Najmniejszy odczyn ruchowy przy odległości cewek = 15,5 ctm.. Po 5-iu minutach spokoju — przy odległości cewek = 14 ctm.. Czwarte podrażnienie nerwu błędnego w ciągu dwóch minut. Około 20-ej sekundy po rozpoczęciu drażnienia najmniejszy odczyn ruchowy otrzymujemy przy odległości cewek = 15 ctm., po dwu minutach podrażnienia ten sam odczyn — przy odległości cewek = 13 ctm.. Spokój w ciągu 5-ciu minut: odczyn — przy odległości cewek = 14 ctm.. Piąte podrażnienie nerwu w ciągu 1½ minuty. Po 20-u sekundach podrażnienia najmniejszy odczyn ruchowy — przy odległości cewek = 15,5 ctm., po 80-iu sekundach przy odległości cewek = 13 ctm.. Spokój w ciągu 5-iu minut; odczyn najmniejszy przy odległości

cew. 14 ctm.. Szóste podrażnienie nerwu błędnego w ciągu $1\frac{1}{2}$ minuty; po 30-u sek. podrażnienia najmniejszy odczyn ruchowy — przy odległości cewek = 15,5 ctm., po $1\frac{1}{2}$ min. — przy odległości cewek = 13,5 ctm.. Spokój w ciągu 2 min. odczyn — przy odległości cewek = 14 ctm.,

Przy tem doświadczeniu zapisywałem zmiany ciśnienia krwi i otrzymane dane przytaczam w niniejszej tablicy:

Warunki doświadczenia.	Odległość cewek potrzebna do otrzymania najmniejszego odczynu ruchowego w ctm.	Przebite ciśnienie w tetnicach w mm. Hg.	Warunki doświadczenia.	Odległość cewek potrzebna do otrzymania najmniejszego odczynu ruchowego w ctm.	Przebite ciśnienie w tetnicach w mm. Hg.
Warunki prawidłowe .	14	148	Podrażnienie u. błęd. [IV] Po 20-iej sekundzie . . .	15	36
Podrażnienie n. błęd. [I] Po upływie 1-iej minuty .	12	66	Po upływie 2-iej min. . .	13	26
Spokój. Po upływie 2 m.	13	166	Spokój. Po upływie 5 m.	14	148
Podrażnienie n. błęd. [II] Po upływie 20-iej sek. . .	14	50	Podrażnienie n. błęd. [V] Po upływie 20-iej sek. . .	15,5	34
Spokój. Po 1-iej min. . .	12,5	166	Po upływie 80-iej sek. . .	13	28
Po 5-iu minutach	14	158	Spokój. Po upływie 5 m.	14	168
Podrażnienie u. błęd. [III] Po upływie 30-iej sekundy	15,5	50	Podrażnienie n. błęd. [VI] Po upływie 30-iej sek. . .	15,5	28
Spokój. Po 5-iej minucie .	14	180	Po upływie 90-iej sekundy	13,5	46
			Spokój. Po upływie 2-iej m.	14	170

Doświadczenie VI. Szczenię 6-tygodniowe. Opona twarda usunięta. Najmniejszy odczyn ruchowy, wyprostowanie przedniej kończyny — przy odległości cewek = 16,5 ctm.. Podrażnienie końca obwodowego nerwu błędnego w ciągu jednej minuty. Po 20-u sekundach podrażnienia odczyn ruchowy ten sam — przy odległości cewek = 18 ctm.; ku końcowi pierwszej minuty — przy odległości cewek = 14,5 ctm., po 5-iu minutach przy odległości cewek = 15 ctm.; po 10-ciu minutach przy odległości cewek 16 ctm..

3. Ocena wyników doświadczeń.

Zanim przystąpię do zestawienia wyników moich doświadczeń, muszę zwrócić uwagę na to, że siła prądu, potrzebna dla wywołania najmniejszego odczynu ruchowego, była tu w tak zwanych prawidłowych warunkach, t. j. przed podrażnieniem nerwu błędnego, cokolwiek inna, niż zwykle, a mianowicie większa. Być może, iż jest to w związku z przewiązaniem nerwu ¹⁾, zmniejszającym

¹⁾ BUBNOFF i HEIDENHAIN. Ueber Erregungs — und Hemmungsvorgaenge innerhalb der motorischen Hirncentren. Pflüger's Archiv. 1881. Bd. XXVI.

pobudliwość kory mózgowej. Jest zresztą rzeczą możliwą, że zależy to jedynie od przypadku.

Zestawienie wyników moich doświadczeń prowadzi mnie do wniosku, że warunki otrzymania najmniejszego odczynu ruchowego ze strony kory mózgowej przy podrażnieniu końca obwodowego nerwu błędnego zupełnie się zmieniają.

Na zasadzie danych pierwszych czterech doświadczeń można przypuszczać, że pobudliwość kory mózgowej zmniejsza się już po jednej minucie podrażnienia nerwu. Tak więc w jednym przypadku [doświadczenie II] trzeba było już po jednej minucie zbliżyć do siebie cewki o 1,7 ctm., w innym [dośw. III] — o 2,5 ctm., w trzecim [dośw. IV] — o 2 ctm., w czwartym [pierwsza próba dośw. V] też o 2 ctm.. Cyfry te są dość jednostajne: pozwalają one mniemać, że na zmniejszenie się pobudliwości w warunkach moich doświadczeń uboczne okoliczności w mniejszym stopniu wpływają, aniżeli w pierwszej grupie doświadczeń. Dać zupełnie określoną odpowiedź na to, o ile w rozpatrywanym przez nas obrazie przyjmują bezpośredni udział ośrodki ruchowe, jest obecnie rzeczą trudną; możemy tylko twierdzić, że zaburzenia w krwiobiegu, wywoływane przez podrażnienie końca obwodowego nerwu błędnego, nie pozostają bez wpływu na nie.

Im dłużej trwa — w pewnych, naturalnie, granicach — podrażnienie nerwu błędnego, tem jaśniej występuje zmniejszenie się pobudliwości. Tak np., w jednym przypadku [dośw. I] trzeba było dla otrzymania najmniejszego odczynu ruchowego zmienić odległość cewek po 2-u minutowem podrażnieniu nerwu nie o 2 ctm., lecz o 4,5 ctm.; w innym przypadku [próba 4 a doświadczenia IV] po jednominutowem podrażnieniu potrzeba było odległość cewek zmienić z 9 ctm. na 8 ctm., po dwóch minutach — na 7 ctm., po 5-iu — na 5 ctm.; w trzecim przypadku [próba 5-a doświadczenia IV] mamy dla 1-ej, 2-ej i 5-ej minuty podrażnienia nerwu następujące dane dla odległości cewek: 10,5 ctm., 9 ctm., 8 ctm. [w prawidłowych warunkach odległość cewek = 11 ctm.].

Badając pobudliwość kory mózgowej zaraz po rozpoczęciu drażnienia nerwu błędnego, spostrzegamy następujące ciekawe zjawisko: w ciągu pierwszych kilku sekund pobudliwość nie tylko się nie zmniejsza, ale przeciwnie powiększa się. Tak np. w jednym przypadku [doświadczenie V] po 20-u sekundach podrażnienia nerwu błędnego trzeba było odległość cewek zmienić z 13 ctm. [norma] na 14 ctm., po 60 iu zaś sek. na 12,5 ctm. [próba II]. W innym przypadku odległość cewek musiała być zwiększona o $1\frac{1}{2}$ ctm. [z 14 ctm. na 15,5 ctm.] [próba 3-cia]. W trzecim przypadku [znowu dośw. V.] przy podrażnieniu nerwu w ciągu 20-u sekund trzeba było zmienić odległość cewek z 14 ctm. na 15 ctm., po 2-u zaś minutach odczyn ruchowy następował przy odległości cewek = 13 ctm.. Słuszność mojego wniosku stwierdzają jeszcze inne próby [obacz próbę 5-ą i 6-ą doświadczenia V].

Zwróćmy się teraz do rozpatrzenia zjawisk, spostrzeganych po przerwaniu podrażnienia nerwu błędnego.

Widzimy tutaj przede wszystkim, że pobudliwość sfery ruchowej pod wpływem podrażnienia nerwu błędnego zmniejsza się jeszcze przez pewien czas po przerwaniu tego podrażnienia. Naprzykład: w jednym przypadku [dośw. I] odległość cewek po 2-u minutach podrażnienia = 8,5 ctm., w minutę po przerwaniu podrażnienia odległość cewek 7 ctm.. W innym przypadku [dośw. II] mamy dla odległości cewek przejścia od 9,5 ctm. do 8 ctm. [po pierwszej próbie] i od 9-u do 7-u [po 3-iej próbie]. W trzecim przypadku [dośw. IV] mamy przejście odległości od 8 ctm. do 6 ctm. [po drugiej próbie]. Widzimy również, że to postępowe zmniejszanie się pobudliwości po przerwaniu drażnienia nerwu błędnego jest tylko krótkotrwałem; wkrótce bowiem obraz się zmienia, pobudliwość zaczyna znów wzrastać. Im więcej przeszło czasu od chwili przerwania drażnienia nerwu błędnego, tem więcej zbliża się pobudliwość kory mózgowej do stanu prawidłowego. Tak np. mamy w jednym przypadku [doświadczenie I] po upływie 5-iu minut od chwili przerwania podrażnienia nerwu błędnego odległość cewek = 21,5 ctm., po 10-ciu min. — 13 ctm. W innym przypadku [dośw. IV] odległość cewek po dwóch minutach = 8 ctm., po 5-ciu zaś = 9 ctm. [próba 2-a]. W trzecim przypadku [też dośw. IV] po 5 ciu min. odległość cewek = 10-ciu, po 10-ciu min. = 11 ctm. [próba 4-a].

Po upływie 5 — 10 minut pobudliwość zwykle jest już zupełnie normalna. Taki zupełny powrót do normy można zauważyć nawet po wielokrotnem podrażnieniu nerwu błędnego, jeżeli tylko pojedyncze okresy drażnienia nie następują po sobie zbyt szybko. Przekonały mnie o tem nieraz moje doświadczenia [N-ra II, IV, V].

Używając do doświadczeń młodych szceniąt, łatwo było zauważyć, że w ogólnych zarysach obraz zmian, wywołanych przez zmniejszone ciśnienie krwi, pozostaje ten sam [porówn. dośw. VI]: sześciotygodniowe szcenię zachowuje się pod tym względem tak samo, jak i dorosłe zwierzę.

Badając dane co do ciśnienia krwi, widzimy [por. szczególnie dośw. IV i V], że wogóle, im niższem jest ciśnienie, tem mniejsza jest pobudliwość sfery ruchowej. Jest to, jak widzimy, tylko formuła odwrotna dla tego prawa, które wyprowadzałem wyżej na podstawie pierwszych doświadczeń. Trzeba mieć na względzie, że tutaj o ściśle proporcjonalnych stosunkach może być jeszcze mniej mowy, niż w rozdziale pierwszym; najbliższym bowiem skutkiem podrażnienia końca obwodowego nerwu błędnego jest krótkotrwałe zwiększenie się pobudliwości; nadto zmniejszenie się pobudliwości, stanowiące fakt główny, po przerwaniu podrażnienia nerwu błędnego trwa jeszcze przez pewien czas. Jednakże, wykluczając powyższe komplikacje, maskujące doświadczenie i zależne, jak się o tem niżej przekonamy, nie od zmian ciśnienia, lecz od innych okoliczności, możemy pozostać przy naszej tezie o stosunku pobudliwości do ciśnienia.

O zmianie ilości skurczów serca i ruchów oddechowych dużo mówić nie będę, gdyż zmiany te miały charakter zwykły, powszechnie znany. Zwrócę prze-

dewszystkiem uwagę na to, że w obecnych warunkach moich doświadczeń zmniejszeniu się pobudliwości towarzyszyła zmniejszona ilość skurczów serca. Rzecz prosta, że te same omówienia, które porobiłem przy ciśnieniu krwi, zostają tutaj w swojej sile.

Doświadczenia, odnoszące się do seryi drugiej, były niewątpliwie mniej złożone, niż doświadczenia seryi pierwszej. Nie mówiąc już o tem, że przy stosowaniu cewnika aortalnego doświadczenie nieraz się nie udawało skutkiem pęknięcia części kauczukowej cewnika, trzeba mieć na uwadze i to, że przy zatkanium aorty zwierzęta przechodzą w stan ogólnego pobudzenia, podczas gdy przy podrażnieniu nerwu błędnego psy leżą spokojnie. Napady wymiotowe, które miały przy tem niekiedy miejsce, przeszkadzały stosunkowo bardzo mało.

Znający obecny stan nauki o zemdleńiu (*syncope*) zauważy niewątpliwie analogię pomiędzy niektórymi klinicznymi zjawiskami i wynikami moich doświadczeń. Zaburzenia w czynnościach nerwu błędnego grają zresztą i w wielu innych klinicznych zjawiskach doniosłą rolę; doświadczenia moje będą więc mogły znaleźć praktyczne zastosowanie nietylko w nauce o czynnościach sfery ruchowej mózgowia.

[D. n.]

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

III. O BĄBŁOWCU SIECI Z PUNKTU CHIRURGICZNEGO, Z OPISANIEM WŁASNEGO PRZYPADKU BĄBŁOWCA POJEDYNCZEGO SIECI I KRÉZKI.

Podał

Władysław Matlakowski.

[Dalszy ciąg.—Patrz Nr. 9].

Przypuszczenie powyższe potwierdzają poniekąd znane przypadki samotnego bąbłowca krézki, co do którego rzecz ma się w taki sam sposób, jak z bąbłowcem pojedynczym sieci, lecz możliwość którego potwierdzają dwa przypadki, stwierdzone przez badanie pośmiertne. Jeden jest wzmiankowany już przypadek CARTER'a (1), który tu przez wzgląd na jego rzadkość przytaczamy w streszczeniu:

44 letnia kobieta, aż dotychczas zupełnie zdrowa, przed dwoma laty zauważyła guz w brzuchu wielkości pomarańczy, na wysokości pępka, przesuwany się z boku na bok. W chwili zbierania spostrzeżenia brzuch powiększony daje wszędzie uczucie chełbotania; w obwodzie mierzy 38 cali, od pępka do spojenia 8 cali, a do wyrostka mieczykowatego 9 cali; szyja maciczna na lewo; macica ruchoma. Rozpoznanie: torbiel jajnika jednokomorowa. Cięcie w smudze; ręką wprowadzoną do jamy otrzewnej stwierdzono, że cienkościenna torbiel nie jest przyrośniętą ani od przodu, ani z boków lub od góry. Nakłuto ją i wypuszczono 16 kwart płynu przezroczystego, przyczem wyciągnięto jednocześnie samą tor-

(1) British medical Journal. 1883, str. 7.

biel, która nie łączyła się wcale ani z macicą, ani z jajnikami, lecz była przyrośnięta z boku kręgosłupa w lewej okolicy lędźwiowej; gdy przy usiłowaniu wycięcia okazały się grube żyły, z obawy krwotoku podwiązano szypułę i wszystko ją w ranę, obciawszy wszystko, co było można. Śmierć z gnilnego zapalenia otrzewnej. Przy sekcji okazało się, że torbiel szeroką szypułą wychodziła z okolicy lędźwiowej lewej, a nadto, że macica jajniki i inne narządy były zupełnie zdrowe.

Drugi przypadek równie ciekawy opisał CIMBALI [⊕]). 18 lat liczący krawiec dostał po kąpieli ostrego zapalenia otrzewnej; po ustąpieniu objawów w prawej połowie brzucha znaleziono guz, przechodzący za linię pośrodkową, chełboczą, odgraniczony od wątroby, nie przesuwalny; w płynie wypuszczonym znaleziono haczyki. Ponieważ nerkę i wątrobę można było wykluczyć jako punkt wyjścia guza, przeto opierając się na zupełnie bezbolesnym rozwoju torbieli bąblowca w kręzce, zaznaczanym przez MORGAGNI'ego, CHARCOT'a i DAVAINÉ'a, przyjęto za punkt wyjścia guza kręzkę. Laparotomija: znaleziono torbiel, zawierającą około 2 litrów, ze ścianą zwapniałą na znacznej przestrzeni; przeciwotwór w prawej pachwinie; dren. W następstwie krwotoki z torbieli, przedziurawienie okrężnicy wstępującej do worka, śmierć po 20 dniach przy objawach gorączki i drgawek. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono rozlane zapalenie otrzewnej; wątroba i nerki zdrowe; torbiel wychodziła z kręzki.

Utrzymując przeto w całej mocy zastrzeżenia, poczynione przez WITZEL'a, przyjmujemy możliwość bąblowców samotnych w sieci, jak w każdym innym narządzie, a obecnie przechodzimy do ich opisu klinicznego. W literaturze znaleźliśmy 10 przypadków niezawodnych [SCHEERENBERG, ANNANDALE, SŁAWIAŃSKI, WITZEL-TRENDELENBURG, BOUILLY, LIHOTZKY-ALBERT, BACKHOUSE, DICK, REIN, MATLAKOWSKI], oraz dwa prawdopodobne [LEGG i PANAS]. Pozostawiamy je na boku, jako niepotwierdzone ani przez laparotomię, ani tembardziej przez badanie pośmiertne. Z owych dziesięciu jeden tylko SCHEERENBERG'a zakończył się śmiercią skutkiem zapalenia otrzewnej po nakłuciu i przy badaniu zwłok, oprócz dużego worka bąblowcowego, znalazł S. jeden mały skurczony pęcherzyk w sieci, oraz pozostałość bliznowatą po obumarłym pęcherzyku w wątrobie. Na zasadzie tego przypadku z zupełną słusnością WITZEL powiada, że gdyby był chory po operacji wyzdrowiał, niepodobna byłoby za życia domyślić się, że nosi w sobie dwa skurczone pęcherze i przypadek zaliczonyby został do nielicznych samotnych bąblowców sieci. Tą samą rezerwę zachowuje i względem wszystkich innych spostrzeżeń, nie wyłączając swojego. Prawdopodobnie przypadki pojedynczych bąblowców sieci [z punktu klinicznego] częściej napotykanne będą w miarę coraz większego rozszerzania się chirurgii brzusznej. Tu i owdzie napotykamy u autorów wzmianki o podobnych guzach, np. LEGG, zdając sprawę o swoim przypadku, wspomina, że podobny guz widział MATTHEWS DUNCAN; nie podaje wszelako źródła i z tego powodu przypadek ten zupełnie musieliśmy pominąć.

Przyjmując w tych przypadkach nazwę bąblowca sieci, musimy zrobić to zastrzeżenie, że w większości przypadków nazwa ta nie jest ścisłą, z powodu,

⊕) Streszczenie, niestety, niedostateczne w *Ctblatt f. Chir.* 1888. str. 476.

że worek przyrosły był nietylko do sieci, lecz i do innych trzew brzusznych, mimoto wolę ją zostawić, niż używać nazwy bąblowiec otrzewnej, która jest za obszerną i nie wskazuje odrazu bliższego miejsca usadowienia się pasorzyta.

W jednych razach worek przyrośnięty był do ściany brzusznej; tak np. w przypadku BOUILLY'ego znajdował się guz mało ruchomy, elastyczny, wystający pod skórę, rozpoznany jako bąblowiec *m. recti abdominis dextri*, dopiero przy wycinaniu okazało się, że worek leży w jamie otrzewnej, z przodu ściśle zrosły z listkiem ściennym, z tyłu z dwiema pętlcami kiszki. Przypadek ten jest nieco podobny do przypadku WILDE'go, który również, przeciąwszy ścianę brzuszną, otworzył worek bąblowca i otrzymał wyzdrowienie. WITZEL powątpiewa, czy to był bąblowiec sieci, za jaki go uważał WILDE, i przypuszcza, że punktem wyjścia guza była ściana brzuszna; na tej podstawie przypadku tego nie wliczyliśmy do zebranej kazuistyki. Nie można tego powiedzieć o przypadku BOUILLY'ego, który, otworzywszy jamę otrzewnej, miał sposobność ściśle oznaczyć stosunek worka do ściany brzusznej z jednej, a do trzew z drugiej strony. Również obszerne zrosty z przednią ścianą brzuszną istniały w przypadkach SCHEERENBERG'a, SŁAWIAŃSKIEGO i ALBERTA-LIHOTZKY'ego. Na odwrót w przypadkach ANNANDALE'a, WITZEL-TRENDELENBURG'a, DICK'a i moim worek wcale zrośnięty ze ścianą nie był. W przypadku BACKHOUSE'a bąblowiec był zropiały; przecięto go i przedrenowano, ztąd wnosić się godzi, iż był zrośnięty, chociaż sucha wzmianka, na jakiej się opieramy, nie daje prawa do wyciągnięcia pewnych wniosków.

Z drugiej strony bąblowiec wchodzi w bliższe połączenie z trzewami brzuszными swoją powierzchnią głęboką, czyli tylną; tak było w przypadkach ANNANDALE'a, SŁAWIAŃSKIEGO, BOUILLY'ego i moim. W przypadku BOUILLY'ego i moim były zrosty z kiszki, w innych, w których nie było robione wycięcie worka, autorowie nie podają ani rodzaju, ani rozległości zrostów. Samo połączenie z siecią bywa rozmaite: podczas gdy w przypadku DICK'a bąblowiec łączył się jedynie z tylną powierzchnią sieci zrostem, mającym na szerokość trzy palce, w moim był on opleciony z kilku stron przez pasemka sieci, uległej fenestracyi i jaknajściślej z niemi zrośnięty. Ponieważ połączenie z kręzką było najmocniejsze i najszersze, przeto nazwałem cierpienie bąblowcem sieci i kręzki, pozostawiając nierozstrzygniętem, z kąd pierwotnie wziął on początek, a z którym narządem wtórnie się tylko połączył. Zdaje mi się jednak, że gdyby pierwotnie wyszedł z kręzki, powinienby jednostajnie rozpychać oba jej listki, odziewać się niemi, a nie zaś pchać się tylko w jedną stronę.

Niezmiernie ważne jest ściśle oznaczenie stosunku worka do wątroby, gdyż tylko tam, gdzie jasno jest zaznaczone, że pasorzyt nie miał żadnej łączności z tym narządem, przyjąć można go za samodzielnie wyszłego z sieci. Samo stwierdzenie znacznej ruchomości i oddzielenie tępości guza odgłosem tympanicznym od tępości wątroby nie wyklucza jeszcze napewno możliwości wyjścia bąblowca z wątroby, chociaż połączenie z nią w tych razach bywa znacznie luźniejsze, niż w typowych przypadkach bąblowca, rozrastającego się na spodniej powierzchni tego narządu. W przytoczonym wyżej przypadku FITZGE-

RALD'a, w którym rozpoznanie zrazu brzmiało jako torbiel jajnika, bo tak dalece guz był ruchomy, przy laparotomii okazało się, że worek zrośnięty był z siecią, z poprzecznicą, oraz z prawym zrazem wątroby za pomocą szypuły, którą umocowano w ranie brzusznej. To połączenie ani na chwilę nie pozwala wątpić, wobec rzadkości bąblowców w sieci, o wyjściu pasorzyta w danym przypadku z wątroby. Szerokie połączenie worka z tą ostatnią bywa prawidłem i już za pomocą badania klinicznego określić można w takich razach punkt wyjścia bąblowca z wątroby.

Co się tyczy objawów podmiotowych, a przedewszystkiem bólu, to nie we wszystkich zebranych przez nas przypadkach [Nr. 1, 2, 7, 9, 14, 15, 18, 19, 20 i mój], nie mając oryginałów pod ręką, lecz rozmaitej wartości streszczenia, możemy oznaczyć ich obecność lub brak. W przypadkach ALBERTA - LIHOTZKY'ego chory nie doznawał żadnych dolegliwości; również nie miewała bólu chora LEGG'a. Natomiast w przypadkach SCHEERENBERG'a, ANNANDALE'a, THORNTON'a, SŁAWIAŃSKIEGO, WITZEL - TRENDELENBURG'a, PANAS'a, DOHRN'a i moim, chorzy skarżyli się na bóle rozmaitego natężenia. Najwydatniejsze były one w przypadku WITZEL'a; tu wystąpiły one już bardzo wcześnie i pojawiały się przez cały czas trwania choroby i, co najciekawsze, napadami, które z wolna stawały się coraz częstsze i coraz mocniejsze, tak, że dziecko tarzało się z bólu po ziemi, po sofie, kuliło się w łóżku i płakało nieustannie. Zazwyczaj ból ustawał nagle, dziecko rzeško podskakiwało i uczęszczało do szkoły aż do nastąpienia nowego napadu; z czasem napady trwały po parę tygodni, wolne odstępy stały się krótsze, a w końcu bóle gwałtowne ciągnęły się przez dwa miesiące, tak, że chora musiała leżeć w łóżku. W moim przypadku bóle były tak dotkliwe, że chora wiała się z bólu i musiała leżeć w łóżku, przychodziły również napadami i, co dziwniejsza, mniej więcej zjawiającymi się w czasie miesiączki; bóle te pojawiały się w dole biodrowym prawym, rozszerzały się po całym prawym boku i aż do obojczyka; one to głównie skłoniły chorą do poddania się operacyi, na którą u nas chore zgadzają się dopiero w ostateczności. Że zależały one od obecności guza, a nie od zmian w narządach płciowych, świadczy fakt, że bóle te ustały od chwili wykonania operacyi. Choremu PANAS'a bóle, wymioty, mdłości tak dokuczały, że radził się wielu sławnych lekarzy. Przypuszczać się godzi, czego dowodem przypadek mój i ANNANDALE'a, że z początku nawet przez dłuższy czas nie bywa bóle, dopiero zjawiają się później i wzmagają w miarę wzrostu i prawdopodobnie zmian, zachodzących w stosunku worka do swojego otoczenia; w tym ostatnim bóle nie było blisko przez osiem lat i dopiero potem się pojawiły.

Pomijając ich zjawianie się peryjodyczne, napadami i ustępowanie nagłe, których to cech nie jesteśmy w stanie objaśnić przy dzisiejszym stanie nauki, tłumaczenie bowiem ich za pomocą przemijających stanów próżności lub napełnienia kanału pokarmowego nie wytrzymuje krytyki, najnaturalniejszym się wydaje wiązać ich istnienie ze zrostami worka z siecią, jelitami, ścianą brzuszną, kręzką. W pewnych przypadkach, jak w przyp. ANNANDALE'a, sprawa zapalna [zropienie torbieli] równie musiała wpłynąć na powstawanie bóleści. Jeżeli porównamy wymienione tylko co obserwacyje z temi, w których znaleziono

przy operacji zrosty, przekonamy się, że to są wszystkie prawie te same przypadki, z wyjątkiem przypadku ALBERT'a-LIHOTZKY'ego, w którym pomimo, że był obszerny zrost z przednią ścianą brzucha, wyraźnie zaznaczono, że chory żadnych dolegliwości nie miewał. Nigdzie tak rzucającym się w oczy związek między boleściami i zrostami nie jest wyraźny, jak w moim przypadku, gdzie bąblowiec był spowity wśród sieci, zrosły z kiszka cienką, z *appendices epiploicae* kiszki grubej, z krózką wreszcie. Oczywiście, boleści takie, przychodzące napadami, nie mogą zależeć od wytwarzania się wtórnych pęcherzy; te bowiem nie odrazu zjawiają się tak wielkimi, żeby nagle ból spowodować mogły; zresztą w takim razie napady bólu powinnyby być częściej obserwowane, jak to słusznie zaznaczył WITZEL. Nadto zarówno w jego przypadku jak i moim była *akephalocystis*, nie mogło być więc mowy o pęcherzach wtórnych. Zdaje się tedy, że rozciąganie zrosniętych części, pociąganie ich przez guz, szarpanie, oraz skręcanie, zależne od rozmaitego położenia worka w stosunku do trzew, a szczególnie od ruchów kiszki, najprawdopodobniej jest powodem boleści. WITZEL przypuszcza, że w przypadkach, w których bąblowiec większych rozmiarów wisi swobodnie na sieci, może wywoływać ból przez szarpanie i pociąganie wywierane na żołądek, a na poparcie stawia przykład przepuklin, sieć zawierających. Jest to możliwe, lecz w większej liczbie przypadków, jak widzieliśmy, były obszerne zrosty, które zubożyły w znacznym stopniu takie silne ciągnięcie na żołądek, którego zresztą nie zaprzeczamy; w przypadku bowiem SŁAWIAŃSKIEGO można było wywołać ból w nadbrzuszu, spychając guz ku dołowi. Że niekiedy potrzeba obciążenia sieci swobodnie wiszącym guzem, aby wywołać bóle, świadczą guzy miednicy, przy których najczęściej dotkliwsze boleści obserwowane bywają przy zrostach guza z kiszka, z krózką, z siecią i t. p..

Jest to w każdym razie ciekawy fakt, dowiedziony przez klinikę, że bąblowiec sieci wywołuje w wielu razach bardzo dotkliwe bóle; dotychczas bowiem mniemano, że pasorzyt ten może rozwijać się obojętnie, nie sprawiając dolegliwości. CIMBALI powiada, że to go głównie skłoniło do postawienia rozpoznania bąblowca krózki, iż takowe zdaniem MORGAGN'ego, CHARCOT'a i DAWAINE'a rozwijają się zupełnie bezboleśnie. FRERICHS również jako charakterystyczną cechę bąblowców wątroby uważa ich bezbolesność; sprawia on jedynie uczucie pełności, rozpierania, ciężaru, lecz bóle właściwe występują dopiero, gdy pęcherz ulega zapaleniu. Jako potwierdzenie tego może służyć przypadek FITZGERALD'a, w którym guz trwał 20 lat, nie sprawiając dolegliwości, ale też nie był przyrośnięty. Wreszcie co się tyczy bąblowców krózki, które tu w części uwzględniać musimy, przez wzgląd na rozpoznanie różniczkowe, to, jak widzieliśmy w przypadku CIMBALI'ego, chory nie doznawał bólów, w przypadku zaś CARTER'a długi czas również nie było tego objawu; tłumaczy się to zupełnym brakiem zrostów z trzewami.

Co się tyczy położenia guza, to na 9 przypadków, w których znaleźliśmy wzmiankę o tem, w czterech guz był przeważnie w prawej połowie brzucha, a mianowicie w przyp. BOULLY'ego, ANNANDALE'a, THORNTON'a i moim — w dwóch [SCHEERENBERGI DOHRN] w lewej połowie; dalej w przyp. LIHOTZKY'ego powiedziano tylko, że poniżej pępka, w przyp. SŁAWIAŃSKIEGO — w dolnym

odcinku brzucha, w przyp. WITZEL'a — w środku brzucha. W przypadku niepewnym, w którym było uskuteczniom tylko przekłucie [obs. LEGG'a], guz leżał w okolicy prawej lędźwiowej i podbrzuszej. Nakoniec w przypadkach bąblowca krézki, w spostrzeżeniu CIMBALI'ego, leżał w prawej połowie, nieco przechodząc na lewo, w przyp. CARTER'a przyczepiał się na lewo od kręgosłupa.

W ogóle jednak we wszystkich bez wyjątku guz był znaleziony w dolnej podpępkowej połowie brzucha; w jedynem tylko spostrzeżeniu PANAS'a leżał nad pępkiem w linii pośrodkowej; ale, jak widzieliśmy, przypadek ten nie jest pewnym co do punktu wyjścia. Jeżeli na tak małej liczbie spostrzeżeń wolno robić uogólnienia, to powiedzielibyśmy, że najczęściej bąblowiec sieci zajmuje prawą i dolną część brzucha, tak jednak, że w części przechodzi poza linię pośrodkową na lewo, oraz może nieco wychodzić za linię poziomą pępkową ku górze. PÉAN wyraża przypuszczenie, że póki guz jest mały, zajmuje *mesogastrium* w okolicy pępka, a potem, nie mogąc utrzymać się w tem miejscu z powodu wystających trzonów kręgowych, przesuwa się na lewo od nich, tu bowiem znajduje więcej miejsca, aniżeli w prawej połowie brzucha, gdzie leży potężna wątroba. Przekonaliśmy się, że tego tłómaczenia, choć bardzo słusznego, nie potwierdza klinika; guz bowiem albo leży z prawej strony, albo w pośrodku, a najrzadziej w lewej połowie brzucha.

Powierzchnowè położenie guza tuż poza ścianą brzuszną, a przed innymi trzewami, czego dowodzi łatwe obmacanie powierzchni przedniej i brzegów, zarówno jak i opukiwanie, wykazujące tępość guza, otoczoną passem, wydającym odgłos bębniasty, jest jednym z najstalszych objawów bąblowców sieci. Chociaż nie we wszystkich przypadkach objaw ten zanotowano, to jednak w większości napewno wiadomo, że guz leżał powierzchownie, w innych zaś samo wyrażenie, że guz był zupełnie podobny do torbieli jajnika, świadczy również o tem samem. W niektórych przypadkach, w których był zrosnięty ze ścianą brzuszną, wydawał się tak powierzchownym, że BOUILLY np. mniemał, iż ma do czynienia z bąblowcem mięśnia prostego brzucha, a ALBERT rozpoznawał mięsak tylnej ściany pochwy tegoż mięśnia. Wspominaliśmy już o przypadku WILDE'go, w którym autor ten widzi bąblowiec sieci zrosły ze ścianą brzuszną, podczas gdy WITZEL skłania się do przyjęcia punktu wyjścia z tej ostatniej. Zrozumiałem jest zupełnie tak powierzchowne położenie guza, tuż bezpośrednio pod ścianą brzucha; sieć bowiem jest pierwszym tworem, leżącym poza tą ścianą i pokrywającą masę kiszek. W przypadkach, w których guz, dorosłszy większych rozmiarów, opuszcza się aż do jamy miednicy małej, umieszcza się oczywiście tam za pęcherzem i narządami płciowemi u kobiety, zawsze wszelakoż górna, znaczniejsza część jego leży powierzchownie i dostępną jest badaniu w okolicy pępkowej i w podbrzuszu. W przypadku REIN'a obok macicy ciężarnej w 3-cim miesiącu wyczuwało się guz wielkości główki. W przypadku THORNTON'a obok macicy ciężarnej w 7-ym miesiącu znajdowały się guzy przesuwalne po sobie i po macicy.

[C. d. n.]

Wiadomości terapeutyczne.

3. *Orexinum muriaticum.* Dział leków pobudzających łaknienie (*stomachica*) należy chyba do działań najdawniejszych w terapii; to-też i liczba środków, tutaj zdawna zaliczanych, jest względnie bardzo wielka: należą tu bowiem przedewszystkiem wszelakie środki gorzkie (*amara*), następnie niektóre drażniące, wreszcie china, rzewień, *Condurango*, strychnina, a nawet właściwie i kwas solny.

Istotnie, nie ulega wątpliwości, że w wielu razach przy osłabionej czynności żołądka środki te, odpowiednio zastosowane, przynoszą pożytek, wzmagając łaknienie i usuwając niektóre nieprzyjemne objawy ze strony przewodu pokarmowego. Za tem przemawiają przynajmniej fakty kliniczne. I ze stanowiska teoretycznego można sobie niejako wyjaśnić to działanie: wiele bowiem z tych środków, jak to zresztą już dawniej wykazano, wstrzymuje fermentację, inne znowu przez swe działanie drażniące, być może, pobudzają do pewnego stopnia układ ruchowy i wydzielniczy przewodu pokarmowego do większej czynności.

Dopóki wogóle cała patologia przewodu pokarmowego, a szczególnie żołądka, opierała się jedynie na grubej symptomatologii i na badaniach anatomo-patologicznych, dopóty przy ocenie działania środków, o których tu mowa, lekarze kierowali się li-tylko subiektywnem uczuciem chorego. Odkąd zaś badanie fizykalne wkroczyło głębiej i objęło cały zakres czynności ruchowej, wydzielniczej, trawiennej i chłonniczej przewodu pokarmowego, odtąd, rozumie się, dawniejszy sposób oceny działania takich środków leczniczych przestał być wystarczającym. To-też spotykamy w ostatnich czasach kilka prac, starających się wysświetlić daną kwestyję; między innymi przypomnieć mi tu należy pracę kolegi REJCHMANA, pomieszczoną w naszej Gazecie [1887 r. Nr. 51].

Wogóle wyniki tych badań nie wypadły zbyt świetnie dla środków gorzkich: wpływ ich na wydzielanie soku żołądkowego, *resp.* kwasu solnego, oraz na przyspieszenie trawienia okazał się bardzo nieznacznym.

Badania te jednak, rzecz można, są dopiero w zawiązku i niewątpliwie ciągle dalej postępować będą.

W każdym razie wykrycie takich środków leczniczych, któreby istotnie mogły wywoływać uczucie głodu oraz ułatwiać sprawę trawienia, byłoby dla terapii w wysokim stopniu cennym nabytkiem: w iluż to bowiem przypadkach cała interwencyja lekarza, całe zbawienie chorego polega jedynie na dobrem odżywianiu, które, niestety, najczęściej napotyka na nieprzeparty szkopał — na brak zupełny łaknienia, wstręt do jadła. Oprócz od dawna znanych goryczek, oprócz różnych nowszych przetworów, oprócz odżywiania *per anum*, szkoła francuzka [Debove] przed dziesięciu laty zaczęła u suchotników stosować z wynikiem wcale dobrym odżywianie forsowne za pomocą zgłębnika żołądkowego (*gavage*). Metoda ta jednak nie wszędzie i nie zawsze da się z łatwością wykonywać. Dla tego chętnie tu podajemy kilka szczegółów o nowym środku leczniczym, mającym tę wielką lukę w terapii zapłacić.

Trudno wprawdzie już dzisiaj przesądzać wartość tego nowego środka leczniczego; przyznać jednakże należy, że pierwsze wiadomości o tym nowym leku bardzo zachęcają do dalszych doświadczeń.

W ostatnich dniach pojawiła się praca prof. PENZOLDT'a z Erlangen (*Therap. Monatsh.* 1890. *Heft. II*) o nowym środku leczniczym, który, jak wnosić należy z doświadczeń tak u ludzi zdrowych jak i u chorych, wywiera pobudzające działanie na czynność żołądka, a mianowicie: pod wpływem tego leku łaknienie ma się wzmacniać, a co najważniejsze — trawienie ma się przyspieszać. Jednym słowem, ma to być istotne „*stomachicum*“.

Temu środkowi leczniczemu prof. PENZOLDT nadał dla krótkości nazwę: *orexinum* [od wyrazu greckiego ὄρεξις = łaknienie, apetyt]. Jestto właściwie związek chinazolinowy, a mianowicie: fenylidihydrochinazolin'a. Nawiasowo tu przypomnieć mi wypada, że należy on do grupy pochodnych chinoliny, do której, jak wiadomo, zaliczamy: kairynę, talinę, antipyrinę i t. d..

Oreksyna jest zasadą trudno-rozpuszczalną, z tego powodu do doświadczeń użyto jej związku z kwasem solnym, t. j. chlorowodanu oreksyny, czyli krócej — chlorku oreksyny, który odznacza się dość łatwą rozpuszczalnością.

Chlorek oreksyny jest to proszek krystaliczny, bezbarwny, albo lekko zabarwiony. Rozpuszcza się bardzo łatwo w gorącej wodzie. Smak ma gorzki i pozostawia po sobie uczucie palenia. Błona śluzową nosa mocno drażni.

Roztwory chlorku oreksyny, począwszy od 0,2%, wstrzymują gnicie, np. krwi; jednakże rozwoju grzybków chorobotwórczych, np. *staphylococcus pyogenes*, nie wstrzymują.

Z doświadczeń na zwierzętach zimnokrwistych i ciepłokrwistych przekonano się przede wszystkim, że środek rzeczony, w pewnych granicach, nie jest trucizną. Następnie dopiero zabrano się do doświadczeń u ludzi zdrowych, przyczem otrzymano następujące wyniki.

Po zażyciu 0,5 [gr. vjij] następowało bardzo silne uczucie głodu, tak, że badana osoba musiała dwa razy więcej pokarmów spożywać, aniżeli zwykle.

Dawki większe na raz, np. 1,0 [gr. xvj], wywoływały mdłości, zawroty głowy, uczucie gorąca w głowie i zaczerwienienie twarzy.

Daleko ciekawsze wyniki dało badanie wpływu chlorku oreksyny na trawienie żołądkowe. Pozostawanie bułki w żołądku skracało się o $\frac{1}{2}$ godziny po zażyciu 0,25 [gr. jv] chlorku oreksyny, a prawie o godzinę [$\frac{3}{4}$ godz.] po zażyciu 0,5 [gr. vjij]. Mięso pieczone pozostawało w żołądku o 38 minut krócej pod wpływem 0,25 chlorku oreksyny, a o całą godzinę krócej po przyjęciu 0,5.

Wolny kwas solny — przy próbie mięsnej i przy podaniu 0,5 chlorku oreksyny — występował o $\frac{1}{2}$ godziny wcześniej i daleko silniej, aniżeli w doświadczeniu kontrolującym.

Co się tyczy badania wpływu leczniczego, to środek wzmiankowany podawano najrozmaitszym chorobom, u których zupełny brak łaknienia należał do wydatnych objawów. Na pierwszym miejscu stoją tu chorzy po operacjach. Następnie idą osoby, dotknięte gruźlicą płuc, błędnicą, wysiękami opłucnej, rozedmą płucną, chorobami serca. W końcu należą tu osoby, u których brak łaknienia stanowi jedyny objaw chorobowy, nie dający się wyjaśnić żadną wyraźną przyczyną.

Przy właściwych chorobach żołądka PENZOLDT dotąd bardzo rzadko [dwa razy i to bez żadnego wpływu] stosował rzeczony środek leczniczy — ze względu na to, że chlorek oreksyny, jakkolwiek nie działa żrąco na błony śluzowe, jednakże, bądź co bądź, jest środkiem miejscowo drażniącym.

Spostrzeżenia, dotyczące się działania chlorku oreksyny, obejmują wogóle 36 chorych. W największej liczbie przypadków wynik był bardzo dobry: łaknienie się wzmagало, a odżywianie poprawiało. Z owych 36 chorych tylko u 5 nie zauważono żadnego wpływu, u 5 skutek był niezbyt znaczny, u reszty zaś skuteczność była bardzo wyraźna, „a czasami, jak PENZOLDT się wyraża, zdumiewającą (*überraschend*)“.

U kilku chorych [7] wzmózione łaknienie następowało wkrótce po podaniu chlorku oreksyny. Najczęściej zaś wzmózione łaknienie występowało nie zaraz po podaniu środka rzeczonego, t. j. w kilka godzin po pierwszej dawce, jak to bywało u zdrowych; dla osiągnięcia bowiem rezultatu potrzeba było w tych przypadkach podawać kilka dawek przez kilka dni.

Temu wzmózonemu łaknieniu po oreksynie odpowiada również i zwiększenie wagi ciała u kilku chorych. Żałować wszakże należy, że badanie wagi ciała nie przeprowadzono systematyczniej i ściślej, aniżeli to widzimy w spostrzeżeniach, które PENZOLDT przytacza.

W każdym razie, sądząc ze spostrzeżeń PENZOLDT'a, wnosić należy, że chlorek oreksyny oddać może ważne usługi przy leczeniu chorych po operacji, u chorych gruźliczych, jakoteż u osób z niedokrwistością w najobszerniejszym znaczeniu tego wyrazu.

Uboczne objawy nieprzyjemne zwykle nie występowały przy stosowaniu odpowiednich dawek chlorku oreksyny. Kilka razy jednak chorzy skarżyli się na uczucie palenia wzdłuż przełyku, co zależało zapewne od szybkiego rozpuszczenia się lub rozdarcia opłatka, w którym z początku środek wzmiankowany podawano. Kilka razy [5] wystąpiły wymioty, które atoli szybko ustępowały i nie powtarzały się więcej.

D a w k i. Nigdy nie przekraczano dawek 0,5 *pro dosi* i 1,5 *pro die*. Doświadczenie przekonano, że wogóle duże dawki chlorku oreksyny są zbędne; wystarczają bowiem dawki: 0,3—0,5 [gr. v — gr. vjij] raz albo najwyżej dwa razy dziennie.

Sposób podawania. Z początku podawano chlorek oreksyny w opłatku, co jednak przedstawiało pewne niedogodności: opłatek nieraz się rozrywał, lub prędko rozpuszczał, przez co smak gorzki i palący oreksyny niezbyt przyjemnym okazywał się dla chorych. Z tego powodu następnie stale przepisywano środek rzeczony w pigułkach, obciągniętych żelatyną, co też okazało się sposobem najdogodniejszym.

Pamiętać również należy o tem, aby zaraz po zażyciu chlorku oreksyny chory wypił większą ilość płynu, up. filiżankę rosołu, ze względu na drażniące własności leku.

Przepisywać można w sposób następujący:

Rp. Orexini muriatici 2,0 [33]

Extr. Gentianae

Pulv. rad. Altheae aa q. s.

ut f. pil. Nr. xx, obduce gelatina.

D. S. Raz, lub dwa razy dziennie 3—5 pigułek z filiżanką rosołu.

Z tych pigułek zalecić choremu należy przyjmować z początku tylko zrana około godziny 10-ej trzy sztuki. Jeżeli skutek nie będzie widocznym, to dawkę trzeba zwiększyć od 4—5 pigułek na raz, albo też dwa razy dziennie po 3 pigułki. Jeżeli po 4—5 dniach nie okaże się żaden widoczny wpływ, to trzeba przeczekać kilka dni, a dopiero następnie na nowo rozpocząć toż samo postępowanie.

4. Aristolum. Jestto dwujodnik dwutymolu; powstaje przez podstawienie jodu w tymolu. Otrzymuje się przez zmieszanie roztworu jodu w jodku potasu z alkalicznym roztworem tymolu, przy czem tworzy się obfity, pulchny osad niekryształiczny, barwy czerwono-brunatnej.

Arystol przedstawia się postaci proszku bardzo delikatnego, barwy jasnej, czerwono-brunatnej, bez zapachu. Nie rozpuszcza się wcale ani w wodzie, ani w glicerynie; mało rozpuszcza się w alkoholu, a łatwo — w eterze. Rozpuszcza się również w olejach tłustych; należy jednakże takie roztwory przygotowywać za pomocą rozcierania; gdyż pod wpływem ogrzewania arystol się rozkłada. Rozkładając również nań działa światło i z tego powodu arystol powinien być trzymany w ciemnych naczyniach.

EICHHOFF (*Therap. Monat.* 1890. H. II.) wykonał nad działaniem tego środka szereg doświadczeń w 10 przypadkach, do których należą: *ulcus varicosum et eczema parasitarium crurum, lupus exulcerans faciei, ulcus molle, psoriasis vulgaris, mycosis trichophytina capillitii, ulcera syphilitica tertiana.*

Środka tego używano w postaci maści wazelinowej: 3%—10%. Objawów otrucia nigdy nie spostrzegano. Jodu w moczu nie znajdowano.

Co się tyczy działania leczniczego, to EICHHOFF na mocy swych spostrzeżeń podaje następujące wyniki.

Tylko przy wrzodzie miękkim arystol w działaniu okazał się daleko słabszym i gorszym od jodoformu.

Przy łuszczycy działa wprawdzie nieco wolniej, aniżeli chryzarobina i kwas pyrogalusowy, jednakże odznacza się tą wyższością nad niemi, że nie wywołuje nigdy ani otrucia, ani żadnych innych ubocznych objawów nieprzyjemnych.

W chorobach skóry mykotycznych działa równie dobrze jak inne środki, czasami nawet i szybciej, a w każdym razie mniej od nich drażni skórę.

Przy wrzodach goleni, jakoteż przy wrzodach przymiotowych trzeciorzędnych działanie arystolu jest o wiele szybsze, aniżeli innych środków dotąd stosowanych.

Przy wylku przewyższać ma wszystkie środki lecznicze, uchodzące dotąd za najlepsze, i to tak we względzie bezpieczeństwa, jakoteż i energii działania.

EICHHOFF radzi, aby w dalszym ciągu, oprócz wymienionych tu cierpień, próbowano środka tego jeszcze przy chirurgicznych cierpieniach stawów i kości, przy chorobach kobiecych, a w postaci wstrzykiwań [roztwór w oliwie] przy gruźlicy miejscowej, ogólnej, oraz w przymiocie.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY PANIE REDAKTORZE!

Dnia 12-go Marca r. b. lekarze krakowscy obchodząc będą uroczyste 25-letni jubileusz profesora, D-ra MACIEJA LEONA JAKUBOWSKIEGO, organizatora nauczania pedjatrzyznego w Uniwersytecie Jagiellońskim, założyciela i Dyrektora kliniki pedjatrzykowej i szpitala św. Ludwika dla dzieci, głośnego lekarza, wielce zasłużonego na polu pedagogiczno-naukowym i filantropijno-społecznym.

Zawiadamiając o tym obchodzie Szanowną Redakcję, mam zaszczyt w imieniu Komitetu jubileuszowego upraszać o zamieszczenie zawiadomienia o terminie uroczystości w rubryce kronikarskiej najbliższego numeru „Gazety Lekarskiej“.

Z wysokiem poważaniem *D-r August Kwaśnicki*,
Przewodniczący w Komitecie.
Ul. Basztowa, Nr. 4.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł 2 zeszyt seryi II „Odczytów klinicznych“ [ogólnego zbioru 14], zawierający pracę DÜHRSSEN'a: „O leczeniu krwotoków poporodowych“. Następujący zeszyt podwójny zawrze monografię BEARD'a: „O neurastenii“ i wyjdzie w połowie Kwietnia.

— W ostatnim numerze „Medycyny“ znajdujemy list otwarty „młodego lekarza“, który mniej więcej w tym samym sensie występuje przeciwko artykułowi naszej Gazety o ogłoszeniach w hotelach, jak to było uczynionem w „Kuryerze Porannym“. Oprócz niesłusznego przypisywania pismu naszemu, jakoby zawsze i wszędzie występowało przeciw młodym lekarzom, kiedy w rzeczywistości rzeczy mają się odwrotnie, autor listu twierdzi, że nie widzi nic złego w wywieszaniu swego nazwiska po hotelach, a podrugie w swoim przekonaniu zdaje się zadawać śmiertelny cios naszemu pismu, ogłaszając, że dwóch z pomiędzy współwłaścicieli naszego pisma zapisało się na wiadomej liście. Co do tego ostatniego, to sądzimy, że fakt ten nie przemawia przeciwko nam; świadczy on tylko, że nie mamy dwóch miar, lecz jedną dla wszystkich. Co do pierwszego jednak, to pozwalamy sobie twierdzić, że młody nasz kolega jest w błędzie. Należy odróżnić rzeczy niemoralne, nieuczciwe od nieprzyzwoitych. Człowieka, któryby z rozpiętem ubraniem wszedł do salonu, nikt nie nazwie nieuczciwym, ale o nim każdy powie, że jest nieprzyzwoitym. Tak samo też i wywieszanie nazwisk lekarzy po hotelach nie jest rzeczą nieuczciwą, lub niemoralną, ale nieprzyzwoitą; albowiem lekarz swą nauką i postępowaniem winien się dobić uznania i praktyki, a nie afiszowaniem swego nazwiska, gdzie tylko się da. Jeżeli dziś zapłacimy za wywieszanie swych nazwisk po hotelach, to wkrótce zajdziemy do bawaryj; tak dalej idąc, trafimy wreszcie i do ustępów publicznych, jak to zresztą ma miejsce w Paryżu, bo przecież i w tych miejscach ludzie mogą szukać informacji. Nie wiem, czy ów młody kolega zgodziłby się na coś podobnego. Niesłusznie też młody kolega porównywa ogłoszenia po hotelach z kalendarzami; w tych ostatnich umieszczają nazwiska wszystkich bez naszej wiedzy i o pozwolenie się nie pytają; my więc za nie odpowiadać nie możemy. Co do ogłoszeń w pismach, to młody kolega nie wie, jak rzeczy stoją. Kilka ogłoszeń o przyjeździe, raz na rok, są rzeczą naturalną, ale peryjodyczne ogłaszanie się w pismach uważanem jest za rzecz nieprzyzwoitą. Wskutek takiego właśnie orzeczenia Towarzystwa Lekarskiego, „w kodeksie etyki lekarskiej“, nawet lecznice i szpitale zaprzestały [przynajmniej niektóre] peryjodycznych imiennych ogłoszeń. Że zresztą przypominanie młodym, a śmiemy twierdzić i najmłodszym, lekarzom o przyzwoitości i takie nie zawadzi, tego najlepszym dowodem cała ta historyja. Ci z kolegów, którzy się czuli dotknięci naszą wzmianką, powinni byli raczej wystąpić w naszym lub innem piśmie lekarskiem, aniżeli hałasować w pismach codziennych, ba — nawet humorystycznych.

Teraz słowo do Redakcyi „Medycyny“: zamiast dyplomatycznego zapewnienia, że zna autora listu, wolelibyśmy wiedzieć, jak się Redakcyja zapatruje na sprawę ogłoszeń po hotelach.

— Że w Niemczech pamiętają nietylko o militarystyce, świadczą następujące sumy, przeznaczone na urzęduia uniwersyteckie na r. b.: 119734 marek na Instytut patologiczny i farmakologiczny w Królewcu; 537908 na przebudowania uniwersytetu w Berlinie; 159500 na Instytut fizjologiczny w Greifswaldzie; 926410 na klinikę chirurgiczną, wewnętrzną i skórą, oraz Zakład patologiczny we Wrocławiu [jedna rata]; 300000 m. na Zakład dla obłąkanych w Halli; 75000 na Muzeum mineralogiczne w Kiel; 450550 na klinikę wewnętrzną i Zakład patologiczny w Getyndze; 175650 na klinikę chirurgiczną i Zakład anatomiczny w Marburgu; 184250 na przebudowanie biblioteki w Bonn.

— W Berlinie odbyło się pod przewodnictwem LEYDEN'a zebranie istniejących w tem mieście Towarzystw lekarskich i higienicznych, w celu przygotowania zbiorowych badań nad influencją.

— W Ameryce, HAROLD C. ERNST poczynił dokładne i liczne badania nad lasecznikiem gruźlicy [perlicy] u krów w celu wykazania, o ile ten może się stać niebezpiecznym dla życia ludzkiego. Przy pomocy bezpośredniego drobnowidzowego badania śmietanki, odnośnie do obecności laseczników gruźliczych, jak również na zasadzie dodatniego rezultatu szczepień, dokonanych mlekiem chorych krów, można było z wszelką dokładnością wykazać, że lasecznik przechodzi do mleka nietylko przy zajęciu gruczołu i owrządzeniu wymion, ale także u dość znacznego procentu krów z zupełnie zdrowymi mlecznymi organami. Fakt ten przedstawia wielką doniosłość, ponieważ perlica krów nader jest rozpowszechniona i w początku swego rozwoju trudno daje się wykazać za życia zwierzęcia.

Jako dopełnienie powyższych badań posłużyć mogą doświadczenia HAINÉ'a, który w pracowni urzędu zdrowia w Berlinie starał się wyjaśnić, jak liczne zarazki, a między nimi i lasecznik gruźliczy, przechowują swe własności zaraźliwe w mleku i jego przetworach, t. j. w maśle, serwatce i serze. Okazało się, że świeże mleko nie niszczy zarazków, które giną dopiero w kwaśniejącem, lub gnijącym mleku. Gruźliczy zarazek zachowywał swą żywotność jednak bardzo długo [przez 2—4 tygodni] w mleku, serwatce i serze, chociaż inne bakteryje tracą w ostatnim dość szybko swą działalność [choleryczne bakteryje już po 24 godzinach].

Nadesłano do Redakcyi.

CHODOUNSKY. Některé základni rysy theoretické farmakologie [Část prvá]. Praga. 1890.

JAN JEGER. Racyjonalny system asenizacji. Szkodliwość i niebezpieczeństwo usuwania fekalij za pomocą kanalizacji. Warszawa. 1890.

OCHOROWICZ. Odczyty o magnetyzmie i hypotyzmie. Petersburg. 1890.

Wielka Encyklopedyja powszechna ilustrowana. Zeszyt I. Warszawa. 1890.

J. CZAJKOWSKI [lekarz powiatowy w Iłży]. Mikroorganizmy organow dychanija czelowieka i ich znaczenie w etiologii niekotorych zaboliewanij etich organow. Dissert. Charkow. 1889. Str. 97. Z tabl. rys.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni W-go Wendego i S-ki za miesiąc Styczeń 1890 r..

Wydawca D-r St. Kondratowicz

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Ogłoszenia.

69. Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Rok 1889, tom 85 wyszedł z druku i zawiera oprócz wielu prac oryginalnych oraz protokółów posiedzeń naukowych Towarzystwa, dokończenie pracy D-ra J. Bielińskiego p. t. „Stan nauk lekarskich z czasów Akademii Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej“, i Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1887.

Cena Pamiętnika w Warszawie i na prowincyi rs. 3 rocznie. Całe dzieło D-ra Bielińskiego można nabyć w Redakcyi Pamiętnika (Elektoralna 4), za rs. 3 na zwyczajnym, lub za rs. 4 na papierze welinowym. 0—2

Довдлено Цензурою, Варшава 22 Февраля 1890 р.

Друк К. Коваловского, Крólewska Nr. 29.