

# GAZETA LEKARSKA.

## I. CHLOREK ETYLU.

### NOWY ŚRODEK DO ZNIECZULAŃ MIEJSCOWYCH.

Przez

**Aleksandra Schellera**, dentystę.

Liczne niedostatki znanych dotąd środków znieczulających ogólnych i miejscowych aż nadto usprawiedliwiają uganie się za coraz to nowemi preparatami, w tym celu zachwalanemi.

Ztąd też, w naszej zwłaszcza specyjalności, wymagającej zwykle tylko krótkotrwałego znieczulenia, posługujemy się często preparatami, których działanie szybkie, a krótkie, a ztąd i mniej niebezpieczne, dla owej właśnie krótkości, nie znajduje ogólnego zastosowania w chirurgii.

Tu wypada przedewszystkiem zaliczyć nadzwyczaj rozpowszechniony tlenek azotu i niewinniejszą jeszcze modyfikację jego, znaną pod nazwą gazu usypiającego (*Schlafgas*), a będącą mieszaniną jego z tlenem. Środki te przedstawiają jednakowoż tę niekorzyść, że wymagają skomplikowanego dosyć aparatu do przechowywania i stosowania, a ztąd obok innych niedogodności poza obrębem gabinetów trudno z nich korzystać.

W nowszych też czasach, zwłaszcza w Niemczech, środek powyższy coraz bardziej ustępuje miejsca użyciu bromku etylu [ $C_2H_5Br$ ], który jak to dokładne i sumiennie przeprowadzone doświadczenia SCHNEIDER'a <sup>1)</sup> i HOLLÄENDER'a <sup>2)</sup> wykazały, jest preparatem pewnym i prawie nieszkodliwym, w razie gdy jest absolutnie czystym. Zastosowanie jego jest tak łatwym, jak chloroformu.

Wypadki, jakie się, niestety, przy użyciu tego preparatu zdarzały, były, jak to śledztwa wykazały, spowodowane bądź niezupełnie czystym preparatem, bądź też zamianą z trującym bromkiem etylenu [ $C_2H_4Br_2$ ]. Ponieważ nawet i niektóre farmakopee jeszcze dokładnie tych dwóch środków tak rozmaitych co do skutków nie rozróżniają, ztąd dla uniknięcia zdarzających się w aptekach pomyłek, MERCK, któremu pierwszy zupełnie czysty preparat zawdzięczamy, zaproponował dlań nazwę eteru bromowego (*Bromæther*).

Pomimo wypróbowanej nieszkodliwości tego środka, ideałem, do którego dążyć nie przestaniemy, będzie zawsze dobrze działający anestetyk miejscowy.

<sup>1)</sup> Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde. 1890. Juni.

<sup>2)</sup> Journal für Zahnheilkunde. 1890. Nr. 5.

Dlatego też tak skwapliwie stosowaliśmy kokainę; a gdy urok tego środka, a z nim i skuteczność jego dla nas minęła, gdy obecnie znaczną część osiągniętych nim początkowo świetnych wyników, kłaść musimy na karb sugestyi, gdy nadto nieraz przy wstrzykiwaniach podskórnych, gdzie jeszcze jakoś lepiej działała, występowały objawy otrucia, zaczęły się wnet poszukiwania innego pewniejszego środka; zwrócono się więc znowu do natężonego zimna.

Znieczulanie miejscowe za pomocą obniżonej temperatury już oddawna było znane i stosowane.

Tak już w roku 1848 JAMES ARNOTT gorąco zalecał ten sposób anestezji i znalazł gorliwego zwolennika w słynnym chirurgu VELPEAU, który przy oziębianiu wykonywał liczne pomniejsze operacje. Chirurg zaś angielski, PAGER, oświadczył, że rękoczynny chirurgiczne, wykonywane przy „kongelacji, czyli refrygeracji“, bardzo go zachęciły do stosowania tego sposobu. W kilka lat później BLUNDELL <sup>1)</sup> stosował zimno natężone przy wyjmowaniu zębów.

Dla osiągnięcia tego celu posługiwano się pęcherzami, napełnionymi tłuczo-  
nym lodem z domieszką rozmaitych soli, i te przykładano na miejsce, mające być znieczulone; lub też za pomocą tej mieszaniny oziębiano kule metalowe, które następnie na daną część ciała stosowano. Ponieważ sposób ten przedstawiał wiele niedogodności, przeto z wielką radością witaliśmy wprowadzony przez RICHARDSON'a w roku 1866 nowy sposób oziębiania za pomocą rozpylonego eteru siarczanego. Później I. BIGELOW zamiast eteru zalecał użycie rygolenu. Ale i ten sposób, nieraz z dobrym skutkiem przez nas stosowany, z powodu pewnych niedostatków, w naszej specyjalności nie cieszył się zbyt długim istnieniem. Ma on dla nas szczególnie tę niedogodność, że wymaga osobnej asystencji, dla manipulacji aparatu, cienkie wyloty którego nieraz się zatykały; do osiągnięcia znieczulenia potrzeba było 3 minut nużącego wysiłku; pary eteru tamowały swobodne oddechanie, a zwiększony przyływ śliny, przez podrażnienie gruczołów eterem, paraliżował, zwłaszcza w szczęcie dolnej, działanie rozpylacza.

Ostatniami czasy używano też do znieczulania—chlorku metylu. M. L. RHEIN <sup>2)</sup> stosował go głównie do znieczulenia miazdr zębowych, w celu ich wyłuszczenia, lub do zubożenia nadczułości kości zębowej, w celu przygotowania zębów próchnięjących do plombowania.

Preparat ten posiada tę wyższość nad eterem, że o wiele szybciej pochłania ciepłik; ztąd też, gdy do znieczulenia eterem potrzeba 2—3 minut czasu, chlorek metylu wywołuje ten skutek prawie natychmiast. Jest on jednym z produktów gazu błotnego, do skraplania jego potrzeba ciśnienia  $2\frac{1}{2}$  atmosfer. Powstały tym sposobem plyn, łatwo się ulatnia i wre przy  $+40^{\circ}$  C.. Przechowuje się go zwykle w syfonach miedzianych, a do stosowania jego potrzeba osobnego aparatu, co znowu stoi na przeszkodzie ogólnemu rozpowszechnieniu tego środka.

Przystępujemy teraz do opisu środka, który, nie przedstawiając żadnej z powyżej wymienionych niedogodności, posiada nad wszystkimi omówionymi

<sup>1)</sup> Die schmerzlose Extraction der Zähne ohne Chloroform. Weimar. 1857 [przekład z angielskiego].

<sup>2)</sup> Dental Cosmos. 1890. Nr. 6.

preparatami jeszcze tę ogromną wyższość, że wre przy ciepłocie o 25° do 30° C. od nich niższej.

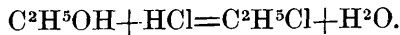
Wprowadzenie tego preparatu, którym jest chlorek etylu, do praktyki, oraz obznajmienie nas z jego własnościami zawdzięczamy profesorowi genewskiej szkoły dentystycznej, C. RÉDARD'owi, który znieczulenie nim demonstrował na zeszłorocznym międzynarodowym kongresie lekarskim.

---

Chlorek etylu,  $C^2H^5Cl$ , jest płynem bezbarwnym zapachu przyjemnego, eter przypominającego, smaku słodkawego, szczypiącego. Ciężar jego właściwy przy + 5° C. 0,874; ulatnia on się zupełnie przy ciepłocie + 10 lub + 11° C., przyczem nadzwyczaj chciwie ciepłok pochłania. Wre więc przy ciepłocie o 25°—30° C. niższej od eteru i chlorku metylu. Zachowuje się przez długi czas w naczyniach zamkniętych pod słabem ciśnieniem.

Preparat ten otrzymywać można, albo przez działanie półtorochlorku fosforu na alkohol, lub przez przekroplenie 5-ciu części kwasu siarczanego z 5-ciu częściami alkoholu i 12-ma częściami soli morskiej; najlepiej zaś przez działanie stężonego roztworu wodnego kwasu chlorowodorowego na alkohol bezwodny.

Oddziaływanie tu jest szybkie i proste <sup>1)</sup>.



Otrzymany ztąd produkt przekrapla się z wodą, która zatrzymuje kwas chlorowodorny i alkohol wolny.

Chlorek etylu już oddawna był znany pod najrozmaitszemi nazwami <sup>2)</sup>, jak: eter chlorowodorny, *ether marin*, *esprit de sel vineux etc.*. Wynalazcą jego ma być ROUETTE, według innych zaś COURTANVAUX w roku 1759. Badaniem jego własności zajmowali się ROBIQUET i COLIN. W roku 1831 HERAT i de LENS zwrócili uwagę na jego własności anestetyczne, a FLOURENS, BIBRA, HEYFELDER, HARLESS i STEFFEN używali go do usypiania. Później rozmaici inni chirurgowie stosowali ten preparat, lecz uważając jego działanie wprawdzie za szybkie, ale i za zbyt krótkotrwałe, wnet go zarzucili.

Pomysł zastosowania tego ciała do znieczulania miejscowego, oraz wprowadzenia go w czyn, zawdzięczamy powyżej wymienionemu profesorowi RÉDARD'owi. Próbował on najrozmaitszych sposobów postępowania, zanim doszedł do obecnej udoskonalonej formy użycia. Najprzód płynem tym napajał tampony i te na dane miejsce przykładał, następnie mieszał chlorek etylu z eterem siarczanym i rozpylał go za pomocą aparatu RICHARDSON'a, później używał samego chlorku etylu, zachowując go w syfonach i z nich skórę obstrzykiwał, aż nareszcie zniósłszy się z fabryką chemiczną Gilliard. P. Monnet i Cartier w Lyonie, spowodował jej właścicieli do dostarczania tego preparatu w małych naczyniach, szczelnie zamkniętych.

---

<sup>1)</sup> Revue et archives suisses d'Odontologie. 1889. Nr. 3.

<sup>2)</sup> H. WAGNER *ibid.* 1890. Nr. 12.

Otóż, chlorek etylu, przygotowywany sposobem MONNET'a, znajduje się obecnie w handlu w rurkach szklanych o włoskowato wydłużonym i zatopionym końcu, zawierających po 10 gramów płynu.

Technika znieczulenia dopiero tym sposobem została nadzwyczaj uproszczoną.

Należy tylko ułamać koniec rurki w miejscu, nacięciem pilnikiem, co się w palcach z łatwością uskutecznia, i zwrócić rurkę końcem ku dołowi, aby wywołać natychmiastowe wystrzykiwanie płynu cieniutkim strumieniem. Ogrzanie rurki ręką wzmacnia natychmiast wytrysk, a stosujemy go wprost na miejsce, które znieczulić pragniemy. Pod działaniem płynu objawia się najprzód zaczerwienienie skóry, w dalszym ciągu występują na niej drobne małe plamki, które, zlewając się z sobą, wywołują nagle wielką białą plamę, zbieżenie następuje wskutek skurczu naczyń, odłuszczenia naskórka, wskutek czego tenże traci swą przejrzystość, i drobnych kryształików lodowych, które się na skórze zbierają, jednocześnie skóra staje się twardą i nieczułą na drobne rękoczyny chirurgiczne, do których też zaraz przystąpić należy. Dla uniknięcia zbytniego podrażnienia skóry płynem, bądź co bądź, nieco żrącym i wywołania ztąd rumienia (*erythema*), dobrze jest przed stosowaniem znieczulenia powlec powierzchnię skóry warstwą gliceryny, wazeliny, lub olejku tłustego. Znieczulenie występuje nieraz już po 20 sekundach, czasami dopiero po upływie minuty, zależy to, według mego zdania, nie tyle od indywidualności, ile od miejsca, na które działamy, t. j. od grubości pokładu miękkiego, jakoteż i od wylotu rurki; im ten ostatni bardziej jest włoskowatym, a zatem im cieńszym jest strumień płynu, tem on szybciej i dokładniej paruje, nie ze skóry nie ścieka, i tem szybciej ciepłik pochłania. Nieraz zużywamy do jednej operacji całą rurkę, często zaś zawartość jej i do trzech rękoczynów wystarcza. Drugim momentem przyspieszającym skutek jest też puszczenie płynu z pewnej odległości, co również dokładne jego ulatnianie się ułatwia. Zwykle trzymamy więc rurkę w oddaleniu wynoszącym 20—40 centymetrów.

Znieczulenie chlorkiem etylu do wyjmowania zębów odbywa się w ten sposób, że puszczaemy strumień jego wprost na dziąsła, w okolicy zęba, który usunąć pragniemy. Natenczas należy przedewszystkiem błonę śluzową osuszyć i zasłonić sąsiednie zęby oraz bliższe części miękkie serwetką, która jednocześnie przeszkadza, aby płyn niewyparowany nie ściekał do ust. Nadto zaleca się choremu, aby nie oddechał przez usta, lecz przez nos. Sposób ten stosujemy jednakże tylko przy zębach przednich i bocznych. Przy zębach tylnych [miażdżących], gdzie przystęp wewnątrz ust jest utrudnionym, puszczaemy strumień etylu za przykładem RÉDARD'a na powierzchnię twarzy, a mianowicie przy dolnych, w kierunku przebiegu nerwu żuchwowego, przy górnych zaś w pobliżu ucha, w miejscu, gdzie się nerw zębodołowy górny tylny oddziela. Skutek, w ten sposób osiągnięty, pomimo znacznej grubości pokładu tkanek, przez które na nerwy działamy, bywa w każdym razie zadawalającym i nieraz skuteczniejszym od poprzedniego; chorzy czują przykładanie narzędzia i rodzaj szarpnięcia, jednogłośnie zaś wychwalają zupełny brak bólu.

doskonałe usługi oddaje nam również chlorek etylu do znieczulania miazdzy zębowej, gdy zachodzi potrzeba wyłuszczenia jej. W tym razie preparat nasz

ma jeszcze i tę zaletę, że cienki jego strumień, z matematyczną ścisłością na dany punkcik skierować możemy. To samo da się powiedzieć i przy znieczuleniu hyperestezji kości zębowej, podczas świdrowania jej, celem plombowania zęba.

Wstrzymanie wytrysku skuteczniejszą się przez zatkanie rurki palcem, a następnie woskiem. Chcąc przechować napoczętą taką rurkę, nie należy jej kłaść, lecz ustawić tak, aby płyn do wosku nie dochodził, gdyż go rozpuszcza.

Chlorek etylu znajdzie zapewne szerokie zastosowanie przy wykonywaniu licznych pomniejszych, a jednakowoż bolesnych rękoczynach chirurgicznych, jak przy operacji zanogicy, wyluszczeniu gruczołów przerosłych, otwieraniu ropni i torbieli, bubonach, operacjach na napletku i t. p., przyczem unikając nieraz puszczania etylu na miejsca zbyt drażliwe, można go stosować na odpowiedni zwój nerwowy.

---

Streszczając to, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, że zalety, wyróżniające korzystnie chlorek etylu, przygotowywany sposobem MONNET'a, przed wszystkimi innymi dotąd używanymi środkami do znieczulenia miejscowego, są:

- 1-o. Nadzwyczaj prosty sposób jego zastosowania, nie wymagający żadnego aparatu, ani wysiłku fizycznego.
- 2-o. Łatwość przechowania i przenoszenia.
- 3-o. Nizki punkt wrzenia i chciwe pochłanianie ciepłika.
- 4-o. Szybkość i pewność działania.

---

Własności znieczulające chlorku etylu, oprócz zastosowania chirurgicznego, wywierają także wpływ leczniczy przy rozmaitych nerwobólach. Zaletę tę, niewchodzącą w zakres mojej działalności, miałem jednakowoż sposobność sprawdzić na kilku znajomych; z nich jeden, cierpiący na nerwoból kulszowy, dostał właśnie paroksyzmu podczas mojej obecności. Mając przypadkowo przy sobie chlorek etylu, puściłem strumień jego w kierunku przebiegu nerwu kulszowego, aż do zbielenia skóry. Ból natychmiast znikł i tego wieczoru już więcej nie powrócił. Ten sam skutek osiągnąłem w kilku przypadkach nerwobólu twarzowego i bólu połowicznego głowy.

ROUGIER opisuje <sup>1)</sup> przypadek półpaśca w połączeniu z bardzo dotkliwym nerwobólem międzyżebrowym, wyleczonym zupełnie przez jednorazowe zastosowanie chlorku etylu.

Na posiedzeniu Towarzystwa narodowego medycyny w Lyonie FERRAND <sup>2)</sup> odczytał sprawozdanie o użyciu chlorku etylu w rurkach dla chirurgów. WAGNER (*l. c.*) przytacza rozmaite przypadki zakomunikowane mu przez RÈVÉRDINE'a, który bardzo zadowolony z chlorku etylu, używał go do znieczuleń przy resekcji palców i innych podobnych operacjach.

---

<sup>1)</sup> Buletin médical et du dispensaire général de Lyon. 1890. Nr. 10.

<sup>2)</sup> Lyon médical. 1841. Nr. 7.

## II. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Napisał

**A d a m W i z e l,**

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 13].

Przy badaniu chorych, dotkniętych bezwładem połowicznym pochodzenia mózgowego, okazuje się, że: „ruchy, mające zwykle charakter ruchów dowolnych, a zwłaszcza czynności złożone, techniczne, giną w zupełności, gdy tymczasem ruchy skojarzone i obustronne [właściwe np. zwierzętom, które natychmiast po urodzeniu mogą wykonywać niektóre złożone ruchy] w większym lub mniejszym stopniu pozostają nietknięte“<sup>1)</sup>. Widzimy więc, że, im dana czynność ruchowa jest bardziej złożoną i intelektualną, tem potrzebniejszym okazuje się wpływ kory mózgowej. Można by powiedzieć, że, jeżeli czynności automatyczne pierwotne mogą się odbywać na mocy czynności samych tylko niższych ośrodków, to czynności automatyczne wtórne bez czynności kory mózgowej w żaden sposób obejść się nie mogą.

Prócz dowodów faktycznych, przemawiających przeciw hipotezie, umiejscawiającej ośrodki dla czynności automatycznych wtórnych w rdzeniu, istnieją inne, rozumowe.

Gdyby działalność kory mózgowej składała się jedynie z aktów świadomych, natenczas nieuniknienie czynności automatyczne, jako bezwiedne, musielibyśmy uważać za objaw działalności niższych ośrodków. Czy jednak tak jest w istocie? Psychologija ostatnich czasów przyjmuje, że świadomość nie stanowi istotnej cechy spraw duchowych, że jest ona zjawiskiem dodatkowym, które zarówno może towarzyszyć, jak i nietowarzyszyć sprawom psychicznym. Angielska szkoła psychologiczna nazwała pracę duchową bezwiedną nieświadomą cerebracją (*inconsciently cerebration*)<sup>2)</sup>.

Nie będziemy rozwodzili się nad przykładami, potwierdzającymi słusność podobnego zapatrywania, przytoczymy tylko jeden.

CARPENTER między innymi opowiada następujące zdarzenie. Pewien matematyk, przyjaciel autora, pracował nad jakąś kwestyją geometryczną; powracał do niej kilkakrotnie, ale bezskutecznie. Po kilku latach rozwiązanie samo mu się nasunęło i to tak niespodzianie, że zmieszał się, jak gdyby mu kto własną jego tajemnicę opowiedział.

Mówiąc o tej kwestyi, RIBOT wyraża się o niej w sposób następujący. „Mózg przedstawia się, jako pracownia pełna ruchu, gdzie tysiąc robót odbywa

<sup>1)</sup> LANDOIS l. c.

<sup>2)</sup> Pierwszy wyłożył teorię bezwiednej działalności mózgu w 1838 r. lekarz i psycholog angielski, D-r LEYCOCK.

się naraz. Cerebracyja nieświadoma, nie podlegając warunkowi czasu, a odbywając się, że tak powiem, w przestrzeni, może zachodzić w kilku miejscach jednocześnie. Świadomość jest wąską furtką, przez którą ukazuje się nam bardzo mała cząstka owej pracy“.

Dla nas fakt ten posiada niezwykłą doniosłość, gdyż, przyjmując bezwiedne sprawy psychiczne, tem samem przyznajemy, iż w korze mózgowej odbywać się mogą sprawy nieświadome.

Czy dana myśl powstała świadomie, czy bezwiednie, w jednakowym stopniu uważamy ją za objaw działalności kory, i nikt ani na chwilę nie pomyśli, aby sprawę logiczną bezwiedną odnieść do innej części mózgu, aniżeli sprawę świadomą.

Dziwne to zaiste, iż całkiem odmienne rozumowanie zastosowano do objawów ruchowych działalności psychicznej. Dopóki akt ruchowy wymaga pracy świadomości, uważa go się za czynność kory mózgowej; z chwilą wszakże gdy zaczyna odbywać się bezwiednie, automatycznie, już go odnosimy do niższych ośrodków.

Tak, u Mosso'a czytamy: „gdy po raz pierwszy mamy wykonać szereg zwykłych ruchów, wówczas mózg trudne ma przed sobą zadanie. Jeśli nie przyjmują przy tem udziału komórki górnego jego piętra, t. j. z a w o j e m ó z g o w e, w takim razie nic się nie stanie“.— „Praca wykonywana jest pod kierunkiem światłej i kompetentnej władzy, lecz w miarę dłuższego powtarzania się tej samej pracy, w dolnej części mózgu powstają dogodniejsze drogi, łatwiejsze komunikacje i powoli dochodzi do tego, że czynność ta może być wykonaną przez dolne piętro mózgu i bez pomocy woli“<sup>1)</sup>.

Czy rozumowanie to jest słuszne? Nam się zdaje, że, przyjmując je, należałoby, chcąc być konsekwentnym, całą działalność psychiczną bezwiedną uznać za czynność „dolnego piętra“ mózgu. Czyby się jednak zgodził na to Mosso? Że kwestyja świadomości nie tłumaczy się wyłącznie momentem anatomicznym, zdaje się to być faktem niewątpliwym. To-też w literaturze psychologicznej znajdujemy hipotezy, powołujące się na inne czynniki. Tak, HERZEN, profesor fizjologii w Lozannie, szukając warunków świadomości, znajduje je w postawionem przez siebie fizycznem prawie świadomości. Według HERZEN'a, rozmaite stopnia natężenia świadomości zależą od większego lub mniejszego natężenia rozkładu [deintegracyja] elementów mózgowych<sup>2)</sup>.

Słuszność naszego dowodzenia zyskuje jeszcze na wadze przy ściślejszym rozbiorze istoty psychologicznej czynności automatycznych wtórnych.

Każda czynność automatyczna wtórna składa się z pojedynczych aktów ruchowych, skoordynowanych w specyficzny kompleks. Rozpatrzmy akt motoryjny w jego najprostszej formie.

Wszyscy fizjologowie, bez względu na różnicę w pojmowaniu czynności ośrodków psychomotoryjnych, przyjmują, że każdy ruch budzi w umyśle wrażenia,

1) ANGELO MOSSO. La paura. Przekł. pol. str. 25—6i.

2) A. HERZEN. Psychophysiologie générale. Przekł. rus. str. 154—160.

jakich doznają przy tem — skóra, mięśnie, ścięgna, stawy i t. d., że wrażenia te przechowują się w pamięci i wytwarzają następnie wyobrażenia ruchu albo obrazy ruchowe (*Bewegungsvorstellungen, Images kinésthétiques*). Pogląd ten wyznają zarówno ci, którzy, jak MUNK i MEYNERT, utrzymują, że „kora mózgowa nie ma innej właściwości, jak zdolność odczuwania (*Empfindungsfähigkeit*) i zapamiętywania wrażeń, doznanych i dostarczanych przez różne nerwy zmysłowe“ <sup>1)</sup>, jak i ci, którzy, jak NOTHNAGEL, uważają ośrodki psychomotoryjne jedynie za miejsca, przez które przechodzą bodźce woli („*Rindfeld der einfachen motorischen Uebertragung*“), a obrazy ruchowe umiejscawiają w sąsiednich zawojach („*Rindfeld der motorischen Erinnerungsbilder*“)<sup>2)</sup>.

Bez wyobrażeń ruchu nie bylibyśmy w stanie wykonać żadnego ruchu celowego. Jeżeli w danej chwili chcę podnieść rękę i czynność tę skutecznie wykonać, zawdzięczam to nietylko bodźcowi woli, który mnie do ruchu tego pobudził, nietylko prawidłowej sprawności dróg nerwowo-mięśniowych, ale także tym wyobrażeniom ruchu, które odżyły w mojej pamięci pod wpływem danego chcenia. Gdybym był nie zapamiętał wrażeń, których tylokrotnie doznawałem od mięśni, ścięgien, stawów, więzów i t. d. w chwili podnoszenia ręki do góry, czynności tej nie byłbym wykonał. Wyobraźmy sobie fikcyjną istotę ludzką, obdarzoną wolą i świadomością, ale pozbawioną pamięci obrazów ruchowych: każde jej chcenie powodowałoby jedynie chaotyczną pracę rozmaitych grup mięśni, wśród których, być może, znalazłby się i zamierzony akt ruchowy. Nowonarodzone dziecko odpowiada do pewnego stopnia tej fikcji. VIRCHOW nazwał je „istotą rdzeniową“: działalność jej cechuje się bezładnem i bezcelowem wyładowywaniem pobudzeń ruchowych.

Jeżeli jednak ruchy świadome wymagają obecności obrazów kinestetycznych, nie znaczy to wcale, że dla ruchów bezwiednych są one niepotrzebne. Gdy czynność jaką wykonywam po raz drugi lub trzeci, natenczas każdy ruch swój kontroluję świadomem wspomnieniem wrażeń kinestetycznych, których doznałem, gdy czynność tę po raz pierwszy wykonywałem. Z czasem jednak, gdy zaczynam co raz wprawniej dany akt ruchowy wykonywać, wspomnienia wrażeń ruchowych (*motorische Erinnerungsbilder*) stają się coraz mniej świadomymi, aż nareszcie przestają być całkiem świadomymi, i ruch dany wykonywam na mocy bezwiednych wspomnień. W tym stanie rzeczy mogą nawet ruch wykonać całkiem bezwiednie, zawsze jednak pod wpływem wyobrażeń ruchu.

Widzimy więc, że nie mamy wcale prawa wykreślać czynności automatycznych wtórnych z zakresu czynności mózgu, *resp.* kory mózgowej. Gdy muzyk bezwiednie przypomina sobie to, czego świadomie nie pamięta, nie znaczy to wcale, że rdzeń wtedy przychodzi z pomocą mózgowi [jak to przypuszcza BERNHEIM], lecz, że w mózgu prócz pamięci świadomej, istnieje jeszcze inna pamięć: bezwiedna, która częstokroć wyręcza świadomą. Taki pogląd zresztą został wyrażony przez RIBOT'a, który napisał najgłębsze studjum psychologiczne

<sup>1)</sup> W. GAJKIEWICZ. Najnowsze poglądy na fizjologję mózgu. Odb. z Gazety Lekarskiej z d. 29. IX. 1888, str. 12.

<sup>2)</sup> W. GAJKIEWICZ. I. c. str. 13—14.



o pamięci. Uczony ten przyjmuje również, jak i CHARCOT-BLOCQ, dwa gatunki pamięci: organiczną i psychologiczną, wszelako do terminów tych przywiązuje zupełnie inne znaczenie. Pamięć psychologiczna różni się, według RIBOT'a, od pamięci organicznej tylko udziałem świadomości.

Wszystko, co umiemy z początku, t. j. w chwili, gdy wiadomości nasze, *resp.* wspomnienia, są jeszcze nietrwałe, umiemy dzięki pamięci świadomej, stopniowo zaś, w miarę jak wspomnienia stają się coraz bardziej trwałymi, wiadomości nasze tracą charakter świadomy i zbliżają się do pamięci bezwiednej. „Nowy nabytek umysłowy, powiada RIBOT, odżył we wspomnieniu po raz pierwszy lub drugi. Takie wspomnienia są to najbardziej nietrwałe pierwiastki pamięci, tak nietrwałe, że wiele z nich znika na zawsze: do takich należy większa część faktów, które nam się przedstawiają każdy dzień i co chwila. Jakkolwiek wyraźne i silne mogą być owe wspomnienia, mają one jednak *minimum* organizacji. Ale za każdym powrotem dowolnym lub mimowolnym wspomnienia owe zyskują na trwałości, dążność do organizacji zaznacza się wyraźnie. Poniżej tej grupy wspomnień zupełnie świadomych i nieorganizowanych istnieje grupa wspomnień świadomych i nawpół uorganizowanych, jak np. jakaś teoria naukowa albo rękodzieło, którem owdładnęliśmy dopiero w połowie [zwracamy uwagę na zestawienie pamięci intelektualnej i pamięci czynności ruchowych; *przyp. aut.*], język, którego się jeszcze uczymy i t. d. Tutaj zaciera się w wysokim stopniu indywidualny charakter pierwszej grupy; wspomnienie staje się coraz bardziej nieosobistem, obiektywizuje się“. „Stopniowo znajomość języka, nauki lub sztuki ustala się coraz bardziej. Powoli usuwa się ona ze sfery psychicznej, aby się coraz więcej zbliżyć do pamięci organicznej. Taką jest dla dojrzałego człowieka pamięć języka ojczystego. Jeszcze niżej znajdujemy pamięć zupełnie uorganizowaną i prawie nieświadomą: np. pamięć biegłego muzyka, wyćwiczonego rzemieślnika lub wprawnej tancerki“<sup>1)</sup>.

Godząc się w zupełności z RIBOT'em pod względem pojmowania pamięci organicznej i psychologicznej, zobaczymy, jak BLOCQ określa bliżej pamięć psychologiczną.

W cytowanej już wielokrotnie pracy BLOCQ'a czytamy: „impuls korowy jest zawsze zjawiskiem pierwotnym; lecz aparat uorganizowany dla stania, chodzenia może pracować sam przez się bez udziału kory mózgowej, z chwilą gdy raz został puszczony w ruch. Zawsze jednak pierwszy bodziec korowy jest niezbędny. W y o b r a z e n i e m y ś ł o w e (*la représentation mentale*) aktu np. wejścia na schodek jest zjawiskiem pierwotnym, następnie wchodzenie odbywa się przy pomocy mechanizmu nabytego, który zaczyna działać pod wpływem tego tylko wyobrażenia. Można powiedzieć, że, jeżeli grupy korowe mają p a m i ę ć r o d z a j u b o d ź c a (*la mémoire du genre d'impulsion*), jaki należy wysłać, aby pobudzić do działania mechanizm wchodzenia i schodzenia, chodzenia po płaszczyźnie i tego lub innego sposobu wchodzenia i schodzenia (*mémoire psychologique*), to ośrodki rdzeniowe obdarzone są władzą wykonawczą, która jest automatyczna i bezwiedna, mają pamięć odruchów niezbędnych do wypełnienia rozmaitych roz-

<sup>1)</sup> T. RIBOT. *Les maladies de la mémoire*. Przekł. pols.

kazów, pochodzących z mózgu (*mémoire organique*)<sup>1)</sup>“. A w innym miejscu ten sam autor pisze: „fizjologicznie, teoryja ta tłumaczy, w jaki sposób pojedynczy bodziec woli (*une impulsion unique de la volonté*) może wystarczyć do wywołania długiego szeregu peryjodycznych ruchów, które następują kolejno po sobie tak długo, póki nowy bodziec woli nie zatrzyma ich“.

Z cytat powyższych widzimy, że rola psychologiczna, jaką przypisuje BLOCQ ośrodkom korowym, pośredniczącym w okresie chodzenia, jest całkiem niewyraźna. Raz autor uważa ośrodki te za ogniska wyobrażeń ruchu (*représentation mentale*“), drugi raz za miejsca, produkujące bodźce woli. Pomijając już to, że pogląd [broniony głównie przez FERRIER'a], według którego ośrodki psychomotoryjne produkują wolę, jest najmniej prawdopodobny i liczy najmniej zwolenników<sup>2)</sup>, dziwnem się wydaje, że zdolność produkowania bodźców woli zalicza autor do fenomenologii pamięci; o wiele właściwszą jest nazwa „pamięć psychologiczna“, gdy autor ośrodki korowe nazywa miejscami wyobrażeń (*représentation*); atoli autor ten tak wyraźnie w kilku miejscach podnosi znaczenie ośrodków korowych dla zjawisk woli, że żadną miarą nie zaznaczyć błędu powyższego nie możemy.

**B. Dane patologiczne.** Teraz, kiedy już pojmujemy mechanizm psycho-fizjologiczny aktów: stania i chodzenia, możemy przejść do ich patologii. Rozbiór odnośnych zjawisk zaczniemy przedewszystkiem od hipotezy wspomnianego tylekrotnie w artykule niniejszym BLOCQ'a.

Zastanawiając się nad mechanizmem astazy i abazyi, autor ten dochodzi do wniosku, iż „chodzi tu o wpływ inhibicyjny, skierowany albo na środek korowy stania lub chodzenia, — w tym razie brak pierwotnego bodźca, albo na ośrodek rdzeniowy i wówczas wydany rozkaz nie zostaje wypełniony. Przy naszym stanie wiadomości byłoby zuchwalstwem twierdzić, że we wszystkich naszych przypadkach siedliskiem zaburzenia jest wyłącznie kora mózgowa, albo wyłącznie rdzeń. Prawda, że w wielu przypadkach istnienie wpływów psychicznych, zdających się mieć udział w rozwoju choroby, lub w jej zniknięciu, przemawiałoby za pochodzeniem korowym; lecz zdaje się, że w jednym przynajmniej spostrzeżeniu [X] porażenie było pierwotnie rdzeniowe“<sup>1)</sup>.

A dalej mówi: „łatwo zrozumieć, że pod wpływem przypuszczalnego aktu powściągu stania i chodzenie będą bądź zupełnie niemożliwe, bądź tylko utrudnione lub spaczone, zależeć to będzie od większego lub mniejszego natężenia siły otamowania“.

---

<sup>0)</sup> BLOCQ l. c. str. 205—206.

<sup>1)</sup> We wspomnianej pracy W. GAJKIEWICZA na str. 11 czytamy: „sposrozczenia jednak uczą, iż u chorego, dotkniętego bezwładem pochodzenia korowego, nie ginie produkujeja woli, chory z porażoną np. ręką chce nią poruszać, tylko nie może urzeczywistnić, ucieleśnić swej woli. Sprawa więc psychologiczna tworzenia się woli i możność wykonywania pewnych ruchów, nie odbywają, nie zależą od tego samego ośrodka, skoro zniszczenie go wpływa tylko na jedną z tych czynności, a zostaje bez wpływu na drugą“.

<sup>1)</sup> BLOCQ l. c. str. 206—207.

Przyjąwszy taką hipotezę, autor zastanawia się w następstwie nad istotą wpływu inhibicyjnego, paraliżującego czynność ośrodków mózgo-rdzeniowych aktu stania i chodzenia.

Odpowiedź na tę kwestyję znajduje w doświadczeniu.

Doświadczenia hipnotyczne pouczają, że, jeżeli uśpionemu wmówić niemoc chodzenia, to chory istotnie traci w zupełności lub częściowo zdolność chodzenia; innemi słowy: abazyja może być wytworem *suggestyi*. Różnica pomiędzy abazyją, w ten sposób powstałą, a samodzielnie rozwijającą się polega tylko na tem, że w pierwszym przypadku idea niemożności chodzenia jest wynikiem wmówienia, dokonanego przez inną osobę, podczas gdy w drugim jest ona wpływem samopoddania, a samo zboczenie jest przykładem autosugestyi.

Analizując w następstwie genezę autosugestyi niemocy stania lub chodzenia w przypadkach patologicznych, autor przychodzi do wniosku, że najczęściej rozwija się ona przy *shoc'ach* psychicznych, które stanowią nader podatny grunt dla tego rodzaju wyobrażeń. W tych zaś przypadkach, gdzie wpływu emocyjnego nie było, BLOCQ przypuszcza możliwość wytworzenia się chorobowej idei w sposób bezwiedny — być może — z sennego marzenia pacjenta, które wskutek szczególnej predyspozycyi jego umysłu nabiera mocy plastycznej w rzeczywistości.

Tyle mówi BLOCQ o czynnikach, powodujących omawiane zboczenie.

Postarajmy się ocenić krytycznie wartość powyższej hipotezy.

Ponieważ BLOCQ zbyt słabo zaakcentował zawarte w niej pojęcia, stało się więc to powodem dwuznacznego tłómaczenia jego hipotezy.

Tak np. niektórzy uczeni, mając na myśli głównie fizjologiczną własność [pamięć] ośrodków nerwowych aktu stania i chodzenia, sprowadzają astazyję-abazyję do swoistego *zakłócenia pamięci*. SÉGLAS i SOLLIER, zdając sprawę na kongresie psychiatrycznym [który się odbył zeszłego roku w Sierpniu w Rouen] z przypadku obłądu położowego, który się cechował między innymi utratą pamięci [chora nie pamiętała wcale faktów, zaszyłych po porodzie; źle sobie przypominała fakty z okresu przedporodowego, nie wiedziała ani dnia, ani miesiąca, ani roku i t. p.] i niemocą stania i chodzenia przy jaknajprawidłowszym stanie kończyn dolnych, twierdzili, iż to ostatnie zboczenie jest w ich przypadku rezultatem zapomnienia obrazów ruchowych, rezultatem zakłócenia pamięci. Według autorów, zaburzenia aktu stania i chodzenia u ich chorej w zupełności potwierdzały symptomatologiję astazyi-abazyi, podaną przez CHARCOT-BLOCQ'a, którzy sprowadzają *zboczenia te do zaburzeń pamięci organicznej*<sup>1)</sup>.

Czy astazyja-abazyja mogłaby zależeć od zaburzenia pamięci, czy możnaby ją uważać za pewnego rodzaju amnezyję?

Jeżeli sądzić na mocy analogii, to odpowiedź wypada względnie potwierdzająca.

W znakomitem swem dziele: „Choroby pamięci“ RIBOT poświęca cały rozdział rozbirowi zjawisk, które są znane pod nazwą „częściowej amnezyi“.

<sup>1)</sup> Revue de l'hypnotisme. 1890. Août, str. 92.

### III. O LECZENIU GRUŻLICY PŁYNEM KOCH'A.

Zebrał

K. Chełchowski.

[Dalszy ciąg. - Patrz Nr. 13].

Bydło gruźlicze, jak się przekonano, oddziaływa bardzo silnie na płyn Koch'a. Otwiera mu się więc szerokie i wdzięczne zastosowanie w higienie publicznej [zapobieganie szerzeniu się gruźlicy przez mięso, mleko i rozplądanie sztuk gruźliczych].

**Przebieg.** W pomysłnie przebiegających przypadkach, w miarę tego, jak ustrój coraz słabiej oddziaływa na coraz większe dawki płynu Koch'a, objawy chorobowe stopniowo ustępują, owrzodzenia się oczyszczają i goją, guziki znikają. Suchotnicy przestają gorączkować, laseczniki znikają z płwociny, kaszel i rżenia giną. Inne objawy przedmiotowe [stłumienie odgłosu, oddech oskrzelowy lub nieokreślony] to pozostają, to zmniejszają się, to całkiem znikają. Jednocześnie poprawia się i stan ogólny chorych. Chociaż w pierwszym tygodniu wstrzykiwań tracą oni na wadze, następnie jednak okazują wyraźny, często bardzo pokaźny przybytek [15 nawet 28 funtów w ciągu kilku tygodni w warunkach szpitalnych]. Chorzy ci wreszcie przestają oddziaływać na płyn Koch'a i dochodzą do takiego stanu, że można byłoby uważać ich za zupełnie wyleczonych, gdyby nie niewiadomość, co z nimi później będzie.

W wielu przypadkach [zwłaszcza chirurgicznych i płucnych] stan taki zupełnego na pozór wyzdrowienia trwa dotąd wciąż.

W innych [zwłaszcza wilka] po jakimś czasie występowały znowu ślady dawnej choroby, zmuszające do dalszego leczenia. Donoszono wreszcie i o pojedynczych formalnych powrotach wyleczonego na pozór wilka: choroba wróciła z dawną siłą i to w bardzo krótkim czasie.

W innych przypadkach [wilk, błony śluzowe] pierwsze kilka tygodni leczenia płynem Koch'a daje również wyniki wyborne, nadspodziewane. Dalszy jednak postęp odbywa się niezmiernie wolno. Chociaż zagojenie zupełne zdaje się już blizkiem, wciąż jednak występują coraz to nowe guziczki, zwłaszcza po zaprzestaniu wstrzykiwań.

W wielu przypadkach nie widać wyraźnych zmian [gruźlica płuc zwłaszcza]. W innych wreszcie podczas leczenia występują powikłania.

Przechodząc do nich, przedewszystkiem trzeba przypomnieć, że gruźlica narządów wewnętrznych, mianowicie w daleko posuniętych przypadkach, jest chorobą ciężką. Zejście śmiertelne stanowi tu niemal regułę, a przed śmiercią bardzo często zjawiają się powikłania. Jest to rzecz doskonale znana wszystkim, nietylko lekarzom. Koniecznym jest jednak przypomnieć o tem wobec dzisiejszego krańcowego pesymizmu w sądzeniu płynu Koch'a.

Leczeniu poddało się mnóstwo osób gruźliczych. Ze sprawozdań doskonale widać, że w ich liczbie było wielu suchotników umierających, bardzo wielu

w późnych okresach choroby. Gdyby to mnóstwo chorych, nie lecząc się wcale płynem Koch'a, pozostawało przez ubiegłe trzy miesiące w najlepszych nawet warunkach, to w ciągu tego czasu wielu z nich wymarłoby wśród przeróżnych powikłań, a u wielu innych choroba miałaby zwykły postępujący charakter. Ponieważ jednak wszystkim tym chorym wstrzykiwano płyn Koch'a, więc na niego spada odpowiedzialność za wszystkie śmierci, powikłania, pogorszenia, za cały naturalny złośliwy przebieg gruźlicy.

Wcale nie jest łatwo ocenić, co należy odnieść do tego naturalnego przebiegu gruźlicy, a co policzyć na karb płynu Koch'a. Przedewszystkiem potrzeba do tego bezstronności.

Powikłania, zdarzające się podczas leczenia płynem Koch'a, tworzą dwie odrębne grupy: 1) powikłania odczynowe i 2) powstawanie nowych ognisk gruźliczych.

O pierwszych, stanowiących jakby bezpośrednie następstwo odczynu ogólnego, lub miejscowego, była mowa już wyżej. Mówiliśmy już tam o zapaściach śmiertelnych i kilku przypadkach zapalenia nerek. Wspominaliśmy też o kilku przypadkach odmy piersiowej, przedziurawienia kiszek, zapalenia otrzewnej, opłucnej. Wszystkie te powikłania trafiają się i przy zwykłym przebiegu gruźlicy. Wobec mnóstwa suchotników, leczonych płynem Koch'a, niepodobna ich uznać za częste. Dziwiłoby się raczej należało, że fakty nie usprawiedliły obaw, jakie z góry wypowiedano ze względu na gwałtowność miejscowego odczynu zapalnego.

Podczas systematycznego leczenia płynem Koch'a dość często zdarza się kilkodniowa gorączka bez wyraźnych zmian miejscowych, zależna zapewne od wessania produktów zapalnych i rozpadowych [gorączka rezorbcyjna]. Chirurgowie doraźnie ją usuwali u swoich chorych, rozszerzając przetoki, otwierając stawy lub głębokie ogniska.

Trafiały się pojedyncze przypadki chirurgiczne, w których płyn Koch'a nie okazywał zgoła swego dobroczynnego wpływu. Przeciwnie ognisko jak gdyby otrzymało przez wstrzykiwanie bodziec do szybkiego wzrostu [ISRAEL, WOLFF].

Może należałoby policzyć na karb płynu Koch'a niektóre krwotoki płucne. Donoszono o nich dość często, i to o bardzo ciężkich i długich, nawet śmiertelnych. Pośrednie niejako miejsce pomiędzy powikłaniami odczynowymi a następną ich grupą zajmują zapalenia płuc, nazwane przez Virchow'a *injectionem*. Nie mógł on ich podciągnąć pod żadną znaną postać. Najwięcej widział w nich podobieństwa do zapalenia płuc nieżyłowego, od którego jednak różnią się mniej galaretowatym, płynniejszym charakterem wysięku. Zapalenie takie łatwo przechodzi w zgorzel, przypominając tem zapalenie tkanki łącznej oraz *pneumoniam gangraenescentem*. W jednych razach stanowi ono cięższą postać miejscowego reakcyjnego zapalenia dokoła ogniska gruźliczego. W innych razach ma ono inne źródło. Wskutek odczynowego zapalenia wysiękowego po wstrzyknięciu, w tem miejscu, gdzie ono się odbyło, zjawiają się płynne lub rozmiękle masy [produkty zapalne, rozmiękle części samego ogniska]. W pomyślnym razie chory wykrztusza je na zewnątrz przy kaszlu. Mogą one jednak

[zwłaszcza przy braku sił u chorego] spłynąć, opaść do innych zdrowych dotąd odcinków płuc. Powstaje tam wtedy owo zapalenie iniekcyjne. Jest to więc coś podobnego do tak zwanej *pneumonia vagi* (*Schluckpneumonie*). Oczywiście, zapalenia takie zdradzają się i za życia objawami rozległego zrazowego nacieczenia, silną ciągłą gorączką. Najczęściej zajmują zrazy dolne. W pojedynczych przypadkach zapalenie takie po jakimś tygodniu lub dłużej kończyło się wyzdrowieniem.

Przechodzimy z kolei do najważniejszego i najczęstszego powikłania — p o w s t a w a n i a n o w y c h o g n i s k g r u ż l i c z y c h. Mogą one się zjawić to w bezpośrednim sąsiedztwie z dawnymi, to w odległości od nich [przerzuty], to wreszcie w całym ustroju. Zaczynamy od pierwszych, miejscowych. Do spostrzeżeń w tym względzie za życia najlepiej się nadaje krtani: mała przestrzeń doskonale znana, podzielona na liczne miejsca ze specjalnem przeznaczeniem, pozwala dostrzedz najmniejsze nawet zmiany. Otóż i w krtani i na innych błonach śluzowych bardzo często zjawiają się podczas leczenia świeże guziczki od najdrobniejszych do większych. Uważano je zrazu za ogniska gruźlicze, dotąd ukryte, a ujawnione pod wpływem płynu Koch'a. Pogląd ten, słuszny dla niektórych przypadków, nie dał się zastosować do wszystkich; guziczki te bowiem często się zjawiają nie przy pierwszych wstrzyknięciach wśród silnego odczynu ogólnego i miejscowego, ale późno, nieraz wśród znakomitej poprawy, kiedy już oczekiwano rychłego wyleczenia, kiedy ustrój przestawał oddziaływać na płyn Koch'a.

To powstawanie nowych guziczek miejscowych spostrzegano bardzo często we wszelkich ogniskach gruźliczych, dostępnych dla oka. Gorączki przytem nie bywa. Przy dalszem leczeniu guziczki te najczęściej szybko znikają. Często rosną i rozpadają się, a dopiero powstałe ztąd owrzodzenia łatwo się goją. W innych wreszcie razach [rzadko] sprawa ta nie ogranicza się i nie ginie, ale szerzy się postępowo; zjawia się wtedy i gorączka. Związek tych guziczek z leczeniem płynem Koch'a zdaje się być wyraźnym.

Powstawanie ognisk gruźliczych odległych, p r z e r z u t o w y c h, jakkolwiek rzadko, spostrzegano jednak nawet i przy leczeniu gruźlicy miejscowej [wilk, przypadki chirurgiczne]. Donoszono o wystąpieniu gruźlicy odległych gruczołów chłonnych, stawu, przyjądrza, krtani, opon mózgowych. [BARDENHEUER, KOERTE, RIEGNER]. I tu związek z płynem Koch'a wydaje się wyraźnym.

Najczęściej jednak przerzuty przyłączają się do gruźlicy narządów wewnętrznych. Oczywiście, o ogniskach takich, wykrywanych na sekcjach w różnych narządach, trudno orzec, czy istniały już i dawniej, czy też powstały dopiero po rozpoczęciu i wskutek wstrzykiwań. Bardzo jednak podejrzaniem i tym względzie wydają się opisane także przez VIRCHOW'a zapalenia płuc serowate. [W całym płucu, lub całym jego zrazie mnóstwo ognisk gruźliczych, prawie zlewających się ze sobą, oddzielonych małemi przestrzeniami silnie przekrwionego miąższu płucnego].

Donoszono wreszcie o dość licznych przypadkach gruźlicy p r o s ó w k o w e j. Jest to powikłanie nierzadkie i przy zwykłym przebiegu gruźlicy. Z góry więc można było oczekiwać, że wśród ogromnej liczby chorych, leczonych

płynem Koch'a, zdarzą się i takie przypadki. Jednakże 1) zdarzają się one zbyt często, żeby nie uznać związku między płynem Koch'a i gruźlicą prosówkową, 2) są cechy pozwalające wnosić, że owe gruźelki prosówkowe powstały dopiero po wstrzykiwaniach. [W gruźelkach młodych można znaleźć figury karyjokine-tyczne, starszym zaś właściwe są komórki olbrzymie i zwyrodnienie serowate]. Odczynu zapalnego dokoła gruźelków prosówkowych nie znajdowano. Gruźlica prosówkowa zwykle przyłączała się do gruźlicy narządów wewnętrznych [płuc]. W kilku tylko przypadkach powstała ona podczas leczenia gruźlicy miejscowej chirurgicznej.

Sposób powstawania wszystkich tych nowych ognisk gruźliczych tłómaczy VIRCHOW.

Wskutek reakcyjnego zapalenia wysiękowego po wstrzykiwaniach, masy gruźlicze stają się płynniejszymi, a przynajmniej bardziej ruchomymi. O ile zostaną one wykrztuszone z płwociną, wydalone z kałem, wydzieliną wrzodów, o tyle jest to dla ustroju korzystne. Jeżeli jednak wydalenie takie nie nastąpi, to płynniejsze, bardziej ruchome masy łatwiej dostaną się do innych odcinków płuc, albo nawet do krwiobiegu, aniżeli by to było bez wstrzykiwań. Szczególnie szkodliwie działa płyn Koch'a na stare otorbione ogniska. Szereg ostrych zapaleń odczynowych znosi tu zбитy wał ochronny tkanki łącznej, który niejako odcinał miejscowe zło od całego ustroju. Jak widać z tego, VIRCHOW nie przyznaje zapaleniom odczynowym tej dążności do przejścia w tkankę łączną, jaką stwierdzał RINDFLEISCH i inni <sup>1)</sup>.

Wyliczone dopiero co powikłania wyglądają bardzo poważnie. One to wzbudziły dzisiejszy pesymizm. Nie można jednak zapominać 1) o ogromnej liczbie chorych, wśród których spostrzegano owe powikłania. VIRCHOW zebrał przez 3 miesiące w szpitalu Charité 50 sekcji na leczonych płynem Koch'a. Ściśle biorąc, nie jest to jeszcze tak wiele. Szpital Dz. Jezus w Warszawie ma daleko mniej łóżek, niż Charité; natłoku gruźliczych z pewnością nie ma u nas takiego, jak przez ostatnie 3 miesiące w Berlinie, a liczba sekcji nad gruźliczymi nie różniłaby się chyba tak dalece od podanej przez VIRCHOW'a. 2) Wstrzykiwania robiono nadzwyczaj śmiało [często i silnie] i bez wyboru odpowiednich chorych. Niektórzy z nich nie mieli sił na wytrzymanie pierwszych wstrzykiwań, na wykrztuszenie płwociny. W sprawozdaniach otwarcie się mówi o tem, że do wstrzykiwań brano przypadki rozpaczliwe, już to żeby nie odmawiać choremu i tak już straconemu, już też mając na widoku sprawdzenie odczynu narządów wewnętrznych na sekcji. Nic dziwnego, że na sekcjach takich chorych znajdowano zadziwiające rzeczy. Dla czego jednak te przypadki mają ciężyć na płynie Koch'a?

---

<sup>1)</sup> Przytaczam tu pogląd RINDFLEISCH'a. Laseczniki gruźlicze wywołują przewlekłe zapalenie granulacyjne. Tkanka granulacyjna, która posiada naturalną dążność do przejścia w tkankę łączną, wskutek obecności laseczników gruźliczych traci tę zdolność i skazana jest na zwyrodnienie. Płyn Koch'a, oobstrzając zapalenie, przywraca jednej części tkanki ziarninującej właściwą jej dążność do przemian postępowych, a jednocześnie przyspiesza rozpad pozostałej części tkanki ziarninującej, nie mogącej już utrzymać się przy życiu.

Wyniki lecznicze. Z ogłoszonych dotychczas spostrzeżeń i sprawozdań nadzwyczaj trudno wyciągnąć dziś już jakieś stanowcze wnioski o wartości leczniczej płynu Koch'a. Wpływa na to sama natura gruźlicy, właściwy jej bardzo przewlekły przebieg z częstymi polepszeniami i obostrzeniami. O zupełnem wyleczeniu gruźlicy przed upływem dłuższego czasu niepodobna nawet mówić. Jeszcze bardziej utrudnia wszelkie wnioski niedokończony charakter dotychczasowych spostrzeżeń. Czytamy opisy przypadków, blizkich wyleczenia, zagojenia, ale wcale nie wiemy, co się ostatecznie z nimi stało.

Jakkolwiekby, pewnem jest, że w wielu przypadkach płyn Koch'a dał zdumiewające pomyslnie wyniki; nie wiadomo tylko o ile trwałe. W przeważnej większości przypadków nie otrzymano oczekiwanych początkowo skutków, nie mniej jednak bardzo często znakomite poprawy. W innych wreszcie razach nie można zaprzeczyć ujemnego wpływu nowego środka na przebieg choroby.

[D. n.]

## NOTATKI LEKARSKIE.

### I. W kwestyi wycinania pierwotnego objawu przymiotu.

Wycięcie pierwotnego objawu przymiotu bez nastąpienia ogólnych jego objawów należą do rzadkości; dla tego też sędzę, że nie będzie bez ogólnego interesu przypadek, który miałem sposobność widzieć dwa lata temu w mej prywatnej praktyce. Źródło choroby w danym przypadku było sprawdzone; chory, na którym dokonano wycięcia, po dziś dzień cieszy się zupełnem zdrowiem. Przypadek więc ten może poniekąd być wskazówką, że wycięcie pierwotnego objawu przymiotu w początku swego rozwoju ma racyję bytu, i bezwarunkowo go odrzucać, jak to czynią niektórzy, nie jest usprawiedliwionem.

W początkach Września r. 1888 zasięgał u mnie porady dobry mój znajomy, p. W., człowiek dwudziestokilko-letni, nadmienając, że od trzech miesięcy wyłącznie ma stosunki z jedną i tą samą kobietą. Chory na wewnętrznym brzegu napletka na lewo od wędzidełka miał silnie rozwinięty wyprysk (*herpes progeneralis*). Uspokoiwszy chorego, zaleciłem mu przymoczkę z roztworu azotanu srebra 1:500; ekskoryjacje zagoiły się w ciągu dni czterech. W kilka dni po zagojeniu się wyprysku, chory znowu mi się przedstawił, skarżąc się na krostkę. W miejscu, odpowiadającym dawnemu wypryskowi, znajdowała się grudka wielkości soczewicy z rozpadem w środku; gruczoł odpowiedniej strony w pachwinie był wyczuwalny, bezbolesny, chory jednak utrzymywał, że miał go już i dawniej, od czasu wyprysku. Nie mówiąc nic choremu o przymiotowem pochodzeniu grudki, poleciłem mu w dalszym ciągu używać do opatrunku przedtem zapisane lekarstwo i pokazać się nazajutrz. Grudka się powiększyła, również jak i jej rozpad, gruczoł w jednakowym stanie. Choremu zaproponowałem wycięcie, nadmienając jednocześnie, że dobrze by było, aby zasięgnął porady jakiego jeszcze drugiego lekarza. Chory tegoż dnia udał się do D-ra S., który mu również zaproponował wycięcie, o czem za powrotem do mnie chory mnie zawiadomił.

Wieczorem tegoż dnia miałem dokonać operacyi, prosiłem jednak chorego, aby, jeżeli to się okaże możliwem, sprowadził do zbadania kobietę, od której się zaraził. Udało się to zrobić podstępem; u kobiety na częściach płciowych i około otworu stolcowego silnie były rozwinięte lepieże płaskie.

Po miejscowem znieczuleniu kokainą owrzodzenie zostało wycięte natychmiast [dnia 14 Września 1888 r.]; rana w części zagoiła się przez rychłozrost, w części



przez ropienie; chorego przez pierwsze trzy miesiące oglądałem dwa razy tygodniowo, następnie rzadziej. Od operacji minęło przeszło dwa lata, a przez cały ten ciąg czasu nic nie zaszło takiego, co by wskazywać mogło na zarażenie ogólne przymiotem.

Podobnych przypadków mógłbym przytoczyć jeszcze dwa z mej praktyki; nie czynię jednak tego, ponieważ źródło zakażenia w tych przypadkach nie mogło być sprawdzonem: przypadki więc te nie odpowiadają wszystkim warunkom krytyki.

Wł. Kopytowski.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### II. A. Henning. Epidemije żółtaczki (*Ueber epidemischen Icterus*).

Przeszło już 10 lat temu BOTKIN wyraził zdanie, że żółtaczka nieżytowa posiada cechy choroby zakaźnej; nietylko bowiem spotykamy w jej przebiegu takie objawy, jak: gorączkę, obrzmienie śledziony, białkomocz, ogólne niedomaganie, ale, co najważniejsza, dają się spostrzegać epidemije żółtaczki. CHAUFFARD w większości przypadków uważa żółtaczkę nieżytową za chorobę ogólną, zależną jednak nie od zakażenia, lecz od otrucia ptomainami. Według KELSCH'a, żółtaczka nieżytowa (*icterus simplex*) jest formą poronną żółtaczki złośliwej (*icterus gravis*), mającą dużo wspólnych cech z zimnicą i tyfusem; źródłem zakażenia są miejsca ustępowe, woda, zawierająca gnijące substancyje i t. d. HEITLER idzie jeszcze dalej i uważa niektóre formy żółtaczki nieżytowej na równi z chorobą WEIL'a, żółtaczką złośliwą (*icterus gravis*) i żółtaczką tyfusową (*icterus typhoides*) za różne stopnie jednej i tej samej choroby, którą proponuje nazywać żółtaczką tyfusową (*icterus typhoides*) dla odróżnienia od czystej formy żółtaczki nieżytowej.

Wreszcie WASILIEFF po raz pierwszy używa terminu żółtaczki zakaźnej (*infectiöse Icterus*) dla oznaczenia różnego rodzaju żółtaczek, przebiegających z gorączką i innymi objawami chorób zakaźnych. Własne przypadki WASILIEFF identyfikuje z opisany przez innych autorów [LANDOUZY, MATHIEU] tyfusem żółciowym (*typhus biliosus*, *typhus bénin*, *hépatique*), który znów należy odróżnić od *biliöse Typhoid* GRIESINGER'a, uważany powszechnie za gorączkę powrotną z żółtaczką (*feb. recurrens biliosa*). Jest to prawdziwa mieszanina terminów i pojęć, dowodząca tylko, jak trudno obejść się w nozografii bez etjologii. Dość jest przypomnieć sobie klasyfikacyję chorób płucnych przed odkryciem KOCH'a.

Autor wyżej podanej pracy nie ma bynajmniej pretensyi do rozstrzygnięcia kwestyi żółtaczek gorączkowych. Trzymając się ostrożnego eklektyzmu, rozróżnia żółtaczkę nieżytową, prostą, która jest sprawą miejscową, polegającą na zapaleniu nieżytowem dróg żółciowych, biorącem początek od błony śluzowej żołądka, lub dwunastnicy i żółtaczkę zakaźną, mającą przedewszystkiem cechy choroby ogólnej. Najwybitniejszym faktem, dowodzącym istnienia tej ostatniej, są znane oddawna i powszechnie epidemije żółtaczki. Przetrawiając skrzętnie w tym kierunku całą literaturę lekarską, autor wyszukał w niej mniej więcej wyraźne ślady 80 epidemij żółtaczki w Europie i 6 poza Europą. Najdawniejszą ze znanych jest epidemija Berlińska z r. 1699 [zapisana w OZANAM'a *Histoire des maladies épidémiques*]. Z liczby 80 epidemij europejskich, 26 zdarzyło się wyłącznie wśród wojska, 3 wyłącznie wśród dzieci. Epidemije trwały niekiedy po 7—13 miesięcy; czasem, lubo rzadko, bywały tak złośliwe, że dawały dość wysoki procent śmiertelności, np. w więzieniu centralnem w Guillon w 1859 r. na 47 chorych zmarło 11, w Lille w 1877 na 10 chorych zmarło 4.

Wogóle biorąc, widzimy, że epidemie nie miały charakteru złośliwego. Jako przyczynę tych epidemij podawano już to niekorzystne wpływy atmosferyczne, jak: zimno, wilgoć, niepogodę, już to zgubne wpływy dyjetetyczne, jak: złą wodę do picia, zepsutą żywność, już też wreszcie pewne swoiste zakaźne czynniki, jak: wyziewy z miejsc ustępowych, kanałów, ścieków.

Tu autor opisuje szczegółowo i poddaje analizie pod względem etyologicznym trzy epidemie, raczej endemie (*Hausepidemie*) żółtaczki, jakie zdarzyło mu się spostrzegać niedawno w Królewcu. W Październiku r. 1889 w domu pewnego kupca 3-letni chłopiec zachorował na żółtaczkę z gorączką, białkomoczem i objawami ogólnego osłabienia; w Listopadzie na tę samą chorobę zapadła jego 4-letnia siostra; w tymże czasie w tym samym domu o piętro niżej dostała żółtaczki 3-letnia dziewczynka i jej starszy brat, chłopiec 5-letni. Prócz tego, rodzice pierwszej pary dzieci prawie jednocześnie przeszli żółtaczkę z gorączką, białkomoczem, przyczem ojciec miał zapalenie przyjądrza, a matka poroniła. O drugiej epidemii w innej części miasta udzielił wiadomość autorowi D-r THEODOR. Ten ostatni od Listopada do Stycznia spostrzegał w domu pewnego profesora kolejno 6 przypadków żółtaczki u czworga dzieci, matki i służącej; ojciec i jedno dziecko uniknęły żółtaczki. Trzecią wreszcie endemię spostrzegał autor sam w domu pewnej wyrobniicy, gdzie również w ciągu kilku miesięcy zapadło na żółtaczkę kilkoro dzieci. W tej samej porze [koniec 1889 i początek 1890], według opinii prof. SCHREIBER'a i innych lekarzy, nigdzie w Królewcu nie panowała epidemia żółtaczki.

Z przytoczonych wyżej trzech momentów etyologicznych autor, w zastosowaniu do własnych spostrzeżeń, wyklucza pierwszy, t. j. wpływy atmosferyczne, gdyż jeżeliby one grały jaką ważną rolę w powstawaniu żółtaczki, ta ostatnia musiałaby się zjawiać w większej ilości przypadków, czego ani ze sprawozdań statystycznych, ani z osobistych spostrzeżeń lekarzy nie można wnosić. Wykroczeń dyjetetycznych nie można było przypuszczać; brakło zresztą początkowych objawów niestrawności. Pozostała więc do zbadania jakaś swoista zakaźna przyczyna. W pierwszym spostrzeżeniu autor za taką uważa wilgoć w mieszkaniach, spowodowaną przez zepsucie się rynny. Po naprawieniu tejże i usunięciu wilgoci, nikt już w tym domu na żółtaczkę nie zapadł. W drugim i trzecim przypadku autor obwinia wodę do picia o wywołanie żółtaczki. Woda Królewiecka jest wogóle do picia niezdrową. Znajdywano w niej pewien gatunek lasecznika tak podobnego do tyfusowego, że nawet BAUMGARTEN z trudnością mógł te dwa pasorzyty od siebie odróżnić. Te osoby, które wody do picia nie używały, zostały od żółtaczki wolne.

Te osobiste spostrzeżenia, jak również rozważanie opisów epidemij, doprowadzają autora do wniosków następujących:

- 1-o. Żółtaczką zakaźną (*Infektions-Icterus*) jest chorobą ogólną, ostrą, swoistą, miazmatyczną, niezaraźliwą.
- 2-o. Może się zdarzać sporadycznie, endemicznie i epidemicznie.
- 3-o. Wogóle nie jest złośliwą.
- 4-o. Znajduje się w pewnym związku z tyfusem brzuszny i tyfusem żółciowym.
- 5-o. Czynnikiem zakaźnym znajduje się poza ustrojem.
- 6-o. Choroba się nigdy nie zdarza dwa razy u tej samej osoby.

(*Volkmann's klinische Vorträge. Neue Folge. 1890. N. 8.*) A. Puławski.

## 12. Ducamp. Mała epidemia żółtaczki zakaźnej.

Nad oczyszczeniem kanału odprowadzającego nieczystości w Montpellier pracowało sześciu robotników. Wszyscy zachorowali: dwóch dostało zaburzeń w przewodzie pokarmowym, jeden zaniemógł (*un simple malaise*), trzech wreszcie zapadło na żółtaczkę. Śądząc z opisu szczegółowszego dwóch przypadków, wi-

dzimy, że żółtaczka była bardzo ciężką. W pierwszym przypadku chory miał dreszcze, nadzwyczaj silne osłabienie ogólne, bóle w kończynach; zjawiła się bardzo silna żółtaczka, krwotok z nosa i wylewy krwawe na skórze. Mocz żółtaczkowy białka nie zawierał, ilość dobową mocznika zmniejszona. Stolce były zabarwione. W końcu choroby zjawiły się obrzęki, chory jednak przyszedł do zdrowia po kilku tygodniach. W przypadku drugim, zupełnie podobnym, znajdowano w moczu białko; ciepłota ciała była nieco podniesioną. Takież podniesienie ciepłoty było i w przypadku trzecim. Chorzy wyzdrowieli również nie prędko. Poszukiwania pasorzytów we krwi okazały się bezowocnymi. Autor zalicza swoje przypadki do kategorii żółtaczek zakaźnych, pokrewnych z całym szeregiem chorób żółtaczkowych, opisanych przez WEIL'a, WASILIEFF'a, CHAUFFARD'a i wielu autorów francuzkich. Pierwiastek zakażający w danych przypadkach autor upatruje w powietrzu, zanieczyszczonej przez wyziewy z kanału, we wnętrzu którego wyżej opisani chorzy pracowali.

Wobec tego, że chorobę poprzedzał okres wylegania [inkubacji], autor przypuszcza, że ów pierwiastek zakażający musi być drobnoustrojem.

(*Revue de Méd.* 1890. *Juin*).

A. Puławski.

## Wiadomości bieżące.

— W ostatnich latach 10 liczba lekarzy prowincjonalnych znakomicie u nas wzrosła. Z samego uniwersytetu warszawskiego corocznie wychodziło po 80 i więcej lekarzy, z których przecież większość pozostawała w kraju. Zdawałoby się, że w odpowiednim stopniu powinna była wzrosnąć i liczba towarzystw lekarskich prowincjonalnych, w istniejących zaś już ruch powinien się być ożywić. Tem bardziej możnaby tego oczekiwać i z tego względu, że dziś lekarz na prowincyi nie jest już tak zapracowany, tak pochłonięty praktyką, jak dawniej; więcej ma czasu i na pracę szpitalną, i na czytanie, i na udział w takim towarzystwie.

W ostatnich latach powstało jednak tylko jedno nowe towarzystwo lekarskie — w Łodzi. Wiadomości o swych czynnościach nie dawało ono dotąd żadnych. W każdym razie ze względu na szybki wzrost Łodzi, większą w niej liczbę lekarzy [przeszło 40] i szpitali, ma ono przed sobą względnie najlepsze widoki rozwoju. Towarzystwo Kaliskie, istniejące już od lat 13, raz jeden tylko ogłosiło roczne sprawozdanie w *Gazecie Lekarskiej*. Zdaje się jednak, że lekarze tamtejsi chętnie je utrzymują i zadowoleni są z niego. W Płocku towarzystwo lekarskie już raz było upadło; obecnie dopiero zawiązało się na nowo. Inne miasta gubernijalne, jakkolwiek nie mniej mają lekarzy od Kalisza, albo nawet znacznie więcej [Radom], nie zdobyły się dotąd na swoje towarzystwa. Wykazywać korzyści z takich zebrań byłoby zbyt cennym. Prócz osobistych są i ogólniejsze. Do poznania fizyografii kraju i mieszkańców jego, epidemiologii, poprawy miejscowych warunków sanitarnych, najlepiej się właśnie nadają takie towarzystwa.

Za wzór wszystkim innym może służyć Lubelskie. Zdaje się, że wogóle medycyna po Warszawie najlepiej się rozwija w Lublinie. Świadczy o tem i ilość piszących z tamtąd, i wartości ich prac, zamiłowanie do pracy szpitalnej, wprowadzenie asystentów szpitalnych, wreszcie i stan tamtejszego Towarzystwa lekarskiego. Istnieje ono od lat 15. Za cały ten czas, pomimo bardzo szczupłych funduszów, drukuje sprawozdania, a w nich nawet wiele odczytów *in extenso*. Posiedzenia i odczyty odbywają się całkiem regularnie, weszły już w zwyczaj. Biblijoteka doszła do 5 tysięcy tomów [nie wiemy tylko, czy samych dzieł lekarskich]. W ostatnich latach urządzają tam odczyty popularne, myślą o pracowni mikroskopowo-chemicznej. Zarzucilibyśmy tylko Towarzystwu Lubelskiemu, że swe drukowane protokoły chowa jakby dla siebie. W Warszawie nawet w biblijotece uniwersyteckiej i w biblijotece Towarzystwa lekarskiego zaledwie z kilku lat można je znaleźć. Wymiana protokółów z pismami lekarskimi nie ma miejsca [wyjąwszy *Gazety Lekarskiej*].

Szczegółowe protokoły posiedzeń towarzystw lekarskich prowincjonalnych oczywiście nie mogłyby interesować szerszych kół czytelników. Gdyby jednak Towarzystwa te zechciały nam nadsyłać krótkie roczne swe sprawozdania, to pismo nasze chętnieby je ogłaszało, czy to w całości, czy też w streszczeniach.

## WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

— Zmarły w d. 21 Marca Śp. WILHELM LUBELSKI urodził się w Płocku r. 1832 z ojca FILIPA [† 1879], lekarza b. wojsk polskich. Śp. WILHELM ukończył nauki lekarskie w Dorpacie [1857 r.], a następnie kształcił się w Wiedniu i Paryżu głównie, upodobawszy sobie francuską naukę. W roku 1859 Rada lekarska przyznała Mu stopień Doktora Medycyny. Ostatnio był ordynatorem w oddziale obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus, lekarzem przytułków [starców i kalek, sierot i dziewcząt], zostających pod opieką Towarzystwa Dobroczynności, lekarzem kolonii francuskiej i konsulatu francuskiego. Bezinteresowne te obowiązki przyniosły Mu rozmaite zasłużone dekoracje.

Zajęty troską o kawałek chleba w nieintraatnej praktyce, Śp. WILHELM pozostawił w piśmiennictwie lekarskiem spuściznę niezbyt bogatą, zasiłał jednak oddawna pisma lekarskie miejscowe i francuskie rozmaitemi komunikatami i sprawozdaniami z dziedziny psychiatrii, neuropatologii, farmakologii, a także z higieny i epizoocyjologii. Z czasopism, które pomieszczały prace śp. WILHELMA wymienimy: Tygodnik lekarski, Gazetę Lekarską, Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego, Klinikę, Kronikę lekarską, Zdrowie; z francuskich: *Gaz. hebdomadaire*, *Revue d'hygiène* [jako stały współpracownik], *Annales d'hygiène*, *Archives vétérinaires* i t. d..

W ostatnich kilkunastu latach śp. WILHELM zajmował się z zamiłowaniem higieną, brał czynny udział w utworzeniu wystawy higienicznej w naszym mieście, w posiedzeniach komitetu higienicznego przy Towarzystwie Lekarskim, zasiłał pracami „Zdrowie”, starał się o ulepszenia zdrowotne w przytułkach dobroczynnych, którymi się jako lekarz opiekował. Z popularnych publikacyj wydał dawniej broszurę o Małżeństwie [przekład DEBAY'a] w r. 1862 i „Jak pielęgnować zdrowie” 1869.

Znany w szerokich kołach, popularny dzięki swej dobroduszości, odznaczał się śp. WILHELM przykładowym koleżeństwem, a nadewszystko zamiłowaniem tego, co swoje. Na zjazdach lekarskich i higienicznych zagranicznych, które z upodobaniem odwiedzał, niejednokrotnie jako delegat Towarzystwa lekarskiego, komunikował sprawozdania i wyniki prac tutejszych lekarzy, aby z nimi zapoznać obcych. Była to, jak mawiał, najprzejmniejsza Jego czynność. Bibliotekę Towarzystwa lekarskiego naszego zasiłał stale mnóstwem książek, broszur i roczników, głównie francuskich, które przeważnie już w sprawie przynosił Towarzystwu w darze.

W pamięci kolegów i ogółu pozostawił śp. WILHELM dobre imię, a wyrazem tego był nader liczny udział lekarzy i publiczności z różnych sfer w pogrzebie zgasłego — dobrego kolegi i człowieka. Trumnę zdobiły liczne wieńce, świadczące o zasługach zmarłego. Cześć Jego pamięci!

W. Majzel.

## Nadesłano do Redakcyi.

JAKOWSKI. Ein ungewöhnlicher Fall von chronischen Rotz beim Menschen. [Odb. z Zeitschrift f. klin. Med.].

KORCZYŃSKI i JAWORSKI. Ueber einige bisher wenig berichtsichtigte klinischen und anatomischen Erscheinungen im Verlauf des runden Magengeschwürs und des sog. sauren Magenkatarrhs. [Odb. z Deutsch. Arch. f. klin. Med.].

MINTZ. Einige Bemerkungen über die Methoden zur quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalt. [Odb. z Wiener klin. Woch.].

WARMAN. Ein Todesfall nach Massage bei einer acuten Dermatonic. [Odb. z Therapeut. Monatshefte].

## Odpowiedzi Redakcyi.

*Kol. C. w S.* Podzielamy najzupełniej zapatrywanie Kolegi, wyrażone w liście, który zużytkujemy w sposób najwłaściwszy i najprędzej do celu prowadzący.