

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH [Kobiet] w szpitalu św. Ducha.

O działaniu teocyny (teofiliny) w chorobach serca i nerek.

Napisali

dr J. Pawiński, ordynator i dr Jadwiga Korzon, asystent oddziału.

Jak w gruźlicy—gorączka, w cierpieniach nerwowych — bezsenność, tak w chorobach serca i nerek obrzęki stanowią główny przedmiot skarg chorych. Stąd też i usuwanie podobnych objawów staje się ważnym celem zabiegów naszych, a środki ku temu służące są przez lekarzy-praktyków wysoko cenione. Leki moczopędne zyskały jeszcze na swej wartości w ostatnich kilkunastu latach, skoro dzięki pracom szkoły francuskiej, a zwłaszcza H. HUCHARD'a, przekonano się, że nie tylko w puchlinach, lecz i w wielu stanach chorobowych, zależnych od nieprawidłowej przemiany materii, diureza odgrywa bardzo ważną rolę. Niedawne spostrzeżenia kliniczne nad znaczeniem soli kuchennej w patogenezie obrzęków, nie uszczupliły bynajmniej wartości środków moczopędnych, przeciwnie wykazały nawet, że wspierają one działanie diety bezsolnej lub małosolnej, ułatwiając eliminację różnych produktów nieprawidłowej przemiany pierwiastków [metabolicznych] na zewnątrz organizmu.

Aczkolwiek nie możemy się uskarżać na brak środków diuretycznych, to jednak wobec uporczywości niektórych puchlin, wobec kapryśnego, niepewnego oddziaływania ich na ten lub ów lek, każdy lek nowy witany jest z wielkim entuzjazmem. Przyczynia się niezawodnie do tego i szumna reklama o środku „niezawodnym“, przewyższającym „wszystkie dotychczas znane“, „bez żadnych działań pobocznych“, niezawsze jednak obietnice, wypowiedane przez rodziców chrzestnych danego leku, ziszczają się.

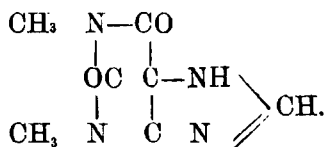
Niekiedy nowy lek działa tylko z początku pod wpływem jakby sugestii, więc, jak się ktoś słusznie wyraził, należy się śpieszyć z jego zastosowaniem, gdyż po kilku tygodniach przestanie już działać.

I o t e o c y n i e, o której tutaj mówić zamierzamy, wyrażano się jako o idealnym leku moczopędnym, heroicznym, któremu dotychczasowe nie dorównują. Z poniżej przytoczonego przekonamy się, o ile podobne opinie są zgodne z rzeczywistością.

Lecz naprzód kilka słów o składzie i własnościach chemicznych teocyny.

T e o c y n a jest to biały, nieco gorzkiego smaku bezwonny krystaliczny proszek. Punkt jego topliwości jest 268° C. Rozpuszcza się łatwo w ciepłej wodzie, przy ciepłocie 15 — 18° C. w 180-u częściach, przy 37° C—w 85-u częściach wody. Łatwiej rozpuszcza się jeszcze w 1%-owym roztworze sody [NaHCO₃], bo w 64-ch częściach przy temperaturze 15 — 18° C, a w 39,5-u częściach przy 37° C. Z tego okazuje się, że teocyna jest o wiele łatwiej rozpuszczalna, aniżeli teobromina [1 : 1600].

Przy wyparowaniu z wodą chlorową pozostawia osad czerwony, który, pod działaniem amoniaku, przyjmuje kolor fioletowy. Ze względu na swój skład chemiczny należy do grupy d i m e t y l k s a n t y n ó w [zasad purynowych]. Prof. WILHELM TRAUBE ¹⁾ z Berlina otrzymał ją niedawno drogą sztuczną, syntetyczną z kwasu prusko-octowego. W stanie naturalnym, jako alkaloid [zasada roślinna], znajduje się w liściach herbaty chińskiej w bardzo małej ilości obok teiny. KOSSEL ²⁾ otrzymał ją przed kilku laty i opisał pod nazwą „*Theophyllinum*“. Jest to zasada purynowa o następującym wzorze:



Wzór ten więc przedstawia również i skład t e o c y n y [1,3 dimetylksantyn].

Teocyna pozostaje w bliskim związku z kofeiną, która jest trimetylksantyną, w bliższym zaś jeszcze pokrewieństwie jest z teobrominą i paraksantyną, gdyż oba te ciała są także dimetylksantynami. Pierwsze z nich jest to 3,7 dimetylksantyn, a drugie 1,7 dimetylksantyn. Teofilina zaś, *resp.* teocyna jest, jak już powiedzieliśmy, 1,3 dimetylksantyn.

Jakkolwiek prof. W. TRAUBE był pierwszym, który zaczął otrzymywać teofilinę na szerszą skalę—drogą syntezy i wskazał drogę przygotowywania jej fabrycznie, to jednak nie może on być uważany za wynalazcę syntezy teofiliny. Zasługa ta należy się znanemu chemikowi EMILOWI FISCHER'owi i L. ACHOW'owi, którzy otrzymali ją syntetycznie jeszcze w r. 1895 z kwasu moczowego dimetylowego (*Dimethylharnsäure*).

Zanim przejdziemy do omówienia działania teocyny na ustrój ludzki, wypadła nam przedewszystkiem zaznajomić się z badaniami na zwierzętach. Bez znajomości tychże nie podobna wyrobić sobie dokładnego pojęcia o istocie działania środka, o którym rzecz idzie.

Już SCHROEDER, zajmując się doświadczeniami nad działaniem diuretycznem ciał do grupy kofeiny należących, przyszedł do wniosku, iż teobro-

mina przewyższa własnościami moczopędnymi kofeiny, pod względem zaś oddziaływania na ośrodkowy układ nerwowy ustępuje jej miejsca. I rzeczywiście obserwacje kliniczne potwierdziły w zupełności dane, otrzymane w pracowni farmakologicznej, wskutek czego teobromina, *resp.* diuretyna, zyskała szerokie uznanie u lekarzy-praktyków.

Od czasu kiedy E. FISCHER w r. 1895 wykazał syntezę i budowę zasad purynowych i ich pochodnych, w pracowni SCHMIEDEBERG'a w Strasburgu zajęto się badaniem działania substancji pochodnych puryny. Rezultatem tego jest interesująca praca dra N. АСН'a „o moczopędnem działaniu niektórych derivatów puryny“³⁾.

Z grupy ksantyny autor robił doświadczenia na królikach nad następującymi ciałami:

- 1) *Coffeina* (1, 3, 7, *Trimethylxanthin*);
- 2) *Theobromin* (*Diuretin*)—(3, 7, *Dimethylxanthin*);
- 3) *Paraxanthin* (1, 7, *Dimethylxanthin*)—*Paraxanthin natrio salicylicum*;
- 4) *Theophyllin* (1, 3, *Dimethylxanthin*);
- 5) *Heteroxanthin* (7, *Methylxanthin*) — *Heteroxanthin natrio-salicylicum*;
- 6) *3 methylxanthin*;
- 7) *Xanthin* (2, 6, *Dioxypurin*);
- 8) *Isocoffein* (1, 7, 9, *Trimethyl*—6—8 *Dioxypurin*);
- 9) *Desoxycoffein* (1, 3, 7, *Trimethyl*—2—oxy—1—6 *dihdropurin*).

Z badań АСН'a okazało się, że u królików najsilniej moczopędnie działają dimetylksantyny. Z trzech zaś dimetylksantynów teobromina ma działać słabiej, niż teofilina i paraksantyna.

Teobromina (*Theobrom. natrio-salicylicum*) wstrzykiwana do żyły królika w małych dawkach 0,2—0,04, nie zwiększa diurezy, gdy tymczasem paraksantyna w tejże ilości działa już moczopędnie. Teofilina, wprowadzona do żyły w takiejże ilości, zwiększa także diurezę, wybitne jej jednak działanie występuje dopiero w większej dawce, t. j. 0,06 — 0,1 grm. Ilość wydzielanego moczu jest wówczas 30 razy większa, niż normalnie. Zdaniem АСН'a, moczopędne działanie trwa dłużej po wstrzyknięciu paraksantyny, aniżeli teofiliny. To samo spostrzegali autor po zastosowaniu jednego i drugiego ciała nie do żyły, lecz do żołądka—w dawkach 0,5 na kilo wagi zwierzęcia. Po 20-u godzinach paraksantyna działa jeszcze moczopędnie, gdy tymczasem wpływ teofiliny już się wyczerpuje w tym czasie.

Co się tyczy *maximum* działania moczopędnego, to przypada ono nie na paraksantynę, lecz na teofilinę. Po podaniu tej ostatniej *per os* w ilości 1,0 gram. było 116 cctm. moczu, podczas gdy normalnie—w tymże czasie bywa zwykle 10 cctm. Wskutek zastrzyknięcia do żyły udowej 0,05 grm. teofiliny, ilość moczu w pierwszych 10-u minutach wynosiła 12,4 cctm., gdy tymczasem oczekiwano tylko 0,45 cctm.

Zdaniem АСН'a, paraksantyna choć nie posiada tak silnego moczopędnego wpływu, jak teofilina, jednak zdaje się ją przewyższać pod względem trwałości działania.

Co się tyczy *teobrominy* [diuretyny], to na mocy dużej liczby doświadczeń okazało się, że *maximum* jej działania występuje po dawce 1,0, przy czem ilość moczu wynosi w pierwszych 3-ch godzinach 101 grm., gdy tymczasem normalnie dochodzi ona do 12,5. Po 6-u jednak godzinach, niekiedy nawet wcześniej, diureza zmniejsza się bez wyjątku.

Przy zastrzykiwaniu małych i średnich dawek diuretyny, lub czystej teobrominy do żyły udowej, nie zauważono zwiększenia diurezy, jak to bywa przy dwóch innych dimetylksantynach.

Działanie moczopędne monometylksantynów jest bez porównania słabsze, aniżeli dimetylksantynów; 3 metylksantyn posiada jeszcze pewien wpływ diuretyczny, heteroksantyn pozbawiony już jest w zupełności działania moczopędnego.

Badania nasze nad działaniem teocyny rozpoczęliśmy wkrótce po odczycie DRESER'a ¹⁾, ogłoszonym na Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Karlsbadzie w 1902 r., zatem przed ukazaniem się artykułu prof. MINKOWSKIEGO z Kolonii o moczopędnych własnościach tego leku.

Ze spostrzeżeń naszych nad kobietami, dotkniętymi chorobami serca, nerek w okresie hiposystolii, okazało się, iż teocyna wywiera niezmiernie silne pobudzające działanie na ośrodkowy układ nerwowy, w części zaś i na kanał pokarmowy. Co się zaś tyczy moczopędnego działania, nie byliśmy w stanie wówczas, z powodu niedużej liczby obserwacji, zdać sobie należyście z niego sprawy, choć o diuretycznych własnościach środka tego nie można już było wątpić.

Wkrótce ukazał się artykuł prof. MINKOWSKIEGO ²⁾, który na mocy swych spostrzeżeń nad chorymi z wadami zastawkowymi serca, w okresie zastojów i cierpieniami nerek z puchliną, doszedł do wniosku, iż teocyna jest niezmiernie potężnym lekiem moczopędnym. U jednego z chorych po użyciu 0,4 grm. tego leku, dobową ilość moczu po upływie 24-ch godzin doszła do 7600 cctm., w pozostałych przypadkach wynosiła około 4000—5000 cctm. Działanie uboczne było u chorych prof. M. nieznaczne i występowało tylko u niektórych z nich, ograniczało się zaś do podrażnienia błony śluzowej żołądka [nudności, wymioty, brak łaknienia], raz tylko jeden zauważył autor ten pobudzenie systemu nerwowego u pacjenta mocno obciążonego dziedzicznie.

Dalsze spostrzeżenia przeprowadzaliśmy w ciągu przeszło dwóch lat na licznym materiale szpitalnym, przeważnie na kobietach, i w praktyce prywatnej, na mieście—przeważnie na mężczyznach. Kładziemy tu pewien nacisk na różnicę płci, gdyż działanie teocyny bywa nieco odmienne w jednym i drugim razie.

[C. d. n.].

II. Z PRACOWNI INSTYTUTU CHEMII LEKARSKIEJ WE LWOWIE.

Przyczynę do charakterystyki tak zwanej fosfatury.

Podał

W. Moraczewski [Karlsbad].

[Dokończenie.—Patrz Nr. 14].

A. B. Mocz normalny. Dyeta mieszana.

N	22,43;	NH ₄	1,02;	C ₅ H ₄ N ₄ O ₃	1,011
Cl	8,96	:	35,4	=	0,2448
P	1,177	:	31 $\frac{1}{2}$	=	0,0760
S	1,574	:	16	=	0,0984
Ca	0,2857	:	20	=	0,0142
Mg	0,0702	:	12	=	0,0058
K	4,140	:	39	=	0,1062
Na	5,875	:	23	=	0,2554

$$\begin{aligned} \text{Cl} + \text{P} + \text{S} &= 0,4192 \\ \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} &= 0,3816 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} &0,0209\% \\ &0,0190 \\ \hline \text{Różnica} &= 0,0018 \end{aligned}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 4 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 20.$$

B. C. Mocz normalny. Dyeta mieszana.

N	20,56;	NH ₄	0,684;	C ₅ H ₄ N ₄ O ₃	1,115
Cl	10,13	:	35,4	=	0,2854
P	1,0807	:	31 $\frac{1}{2}$	=	0,0696
S	1,5892	:	16	=	0,0993
Ca	0,2643	:	20	=	0,0132
Mg	0,0819	:	12	=	0,0067
K	4,692	:	39	=	0,1203
Na	6,501	:	23	=	0,2826

$$\begin{array}{rcl}
 \text{Cl} + \text{P} + \text{S} & = & 0,4543 \\
 \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} & = & 0,4228 \\
 & & 0,0227\% \\
 & & 0,0211 \\
 \hline
 \text{Różnica} & = & 0,0016
 \end{array}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 4 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 20.$$

N. N. Podagra. Dyeta mieszana.

$$\begin{array}{l}
 \text{N } 19,08; \text{ NH}_4 \text{ } 0,420; \text{ C}_3\text{H}_4\text{N}_4\text{O}_3 \text{ } 0,419 \\
 \text{Cl } 8,60 : 35,4 = 0,2422 \\
 \text{P } 1,238 : 31\frac{1}{2} = 0,0798 \\
 \text{S } 1,440 : 16 = 0,0900 \\
 \text{Ca } 0,1064 : 20 = 0,0053 \\
 \text{Mg } 0,0996 : 12 = 0,0083 \\
 \text{K } 2,685 : 39 = 0,0688 \\
 \text{Na } 6,178 : 23 = 0,2686
 \end{array}$$

$$\begin{array}{rcl}
 \text{Cl} + \text{P} + \text{S} & = & 0,4120 \\
 \text{Ca} + \text{Mg} + \text{K} + \text{Na} & = & 0,3510 \\
 & & 0,0206\% \\
 & & 0,0175 \\
 \hline
 \text{Różnia} & = & 0,0031
 \end{array}$$

$$\frac{\text{P}}{\text{Ca}} = 12 : 1; \quad \frac{\text{P}}{\text{N}} = 1 : 16;$$

W moczu wybitnie podagrycznym spotykamy nienormalnie wysoki stosunek fosforu do wapnia i różnicę między kwasami a zasadami tak samo niewielką, jak w naszych podagrycznych moczach. Niektóre z naszych zasadowych moczów miały po traktowaniu zasadami różnicę większą od napotykaną w moczach kwaśnych podagrycznych.

Z zestawienia przypadków podagry i porównania ich do moczów normalnych wynika, że mocze normalne zazwyczaj wykazują znaczniejszą różnicę pomiędzy ilością jonów kwaśnych a zasadowych. W moczach normalnych stosunkowo mniej jest zasad, albo, jeżeli kto woli, stosunkowo więcej kwasów. Świadczy to albo o tem, że spalanie jest żywsze i kwaśne produkty spalania: fosfor, siarka i t. d. wydzielają się obficie, albo, jeżeli zwrócimy uwagę na zasady, że równowaga między kwasami a zasadami nie wymaga większego wydzielania zasad. W moczach kwaśnych albo spalanie jest mniej kompletne i kwaśnych produktów wskutek tego mniej, albo wskutek wytwarzania się kwasów organicznych zapotrzebowanie zasad jest większe i stąd wydzielenie zasad obfitsze.

Zestawienie przypadków	Dyeta	Równoważniki zasad na 100 (A)	Równoważniki kwasów na 100 (B)	B - A	B + A	$\frac{B - A}{B + A}$	P : Ca	P : N
VII. Normaln.	Mleko	0,0208	0,0341	0,0133	0,0549	$\frac{1}{4}$	6:1	1:7
SÖTB. 1. Normaln.	Mięso	0,0118	0,0237	0,0108	0,0356	$\frac{1}{3}$	13:1	1:13
" 2. "	"	0,0127	0,0247	0,0120	0,0375	$\frac{1}{3}$	8:1	1:13
" 3. "	Mieszan.	0,0191	0,029	0,0018	0,0401	$\frac{1}{21}$	4:1	1:20
" 4. "	"	0,0211	0,0227	0,0016	0,0438	$\frac{1}{28}$	4:1	1:20
" 5. Podagra	"	0,0175	0,0206	0,0039	0,0381	$\frac{1}{12}$	12:1	1:16
VIII. Oksal.	"	0,0203	0,0245	0,0042	0,0448	$\frac{1}{10}$	3:1	1:14
IX. Oksal. Diab.	"	0,0254	0,0290	0,0036	0,0544	$\frac{1}{15}$	4:1	1:14
X. Podagra	"	0,0139	0,0172	0,0033	0,0311	$\frac{1}{9}$	3:1	1:9
XI. Oksal.	"	0,0191	0,0230	0,0039	0,042	$\frac{1}{11}$	10:1	1:10
VI. Zasad. Oks.	"	0,0143	0,0213	0,0070	0,0356	$\frac{1}{5}$	3:1	1:16
IV. Fosf. kw.	"	0,0261	0,0276	0,0015	0,0537	$\frac{1}{35}$	3:1	1:9
V. " zas.	"	0,0388	0,0425	0,0037	0,0813	$\frac{1}{22}$	5:1	1:15
I. " zas.	"	0,0138	0,0173	0,0035	0,0311	$\frac{1}{7}$	5:1	1:10
II. Fosfat. Cz. I	"	0,0139	0,0149	0,0010	0,0288	$\frac{1}{24}$	9:1	1:17
" " II	"	0,0113	0,0142	0,0029	0,0255	$\frac{1}{6}$	8:1	1:13
" " III	"	0,0126	0,0191	0,0065	0,0317	$\frac{1}{5}$	8:1	1:9
III. " Cz. I	"	0,0129	0,0128	0,0009	0,0247	$\frac{1}{27}$	10:1	1:9
" " II	"	0,0139	0,0188	0,0049	0,0327	$\frac{1}{6}$	7:1	1:15
" " III	"	0,0156	0,0211	0,0055	0,0367	$\frac{1}{6}$	6:1	1:9

Że kwaśność moczu głównie powstaje z kwasów organicznych, o tem świadczą nie tylko nasze liczby, ale i wyniki, które otrzymał DRESER ¹⁾, oznaczając ilościowo kwaśność moczu. Jeżeli zatem wskutek zaburzeń jakichkolwiek organizm się zakwasza, to przez wiązanie zasadowych jonów więcej tychże jonów wydziela.

Rozumiemy teraz dlaczego dodanie alkaliów wpływa dodatnio na tego rodzaju sprawę.

Zestawiając wyniki badania moczków kwaśnych z fosfaturą naszego typu, przekonywamy się naocznie o pokrewności tych zaburzeń. Obie sprawy wykazują „słaby obrót“ w organizmie, w obu wydziela ustrój stosunkowo mało jonów, a najbardziej skąpo jonów kwaśnych. Fosfatura pod wpływem dodania zasad wykazuje zbliżanie się do normalnego wydzielania, powiększa ilość jonów wogóle, a szczególnie ilość jonów kwaśnych.

Co fosfaturę różni zarówno od podagry, jak od fosfatury napadowej i fosfatury dziecięcej, to zachowanie się wapnia. Fosfatura wydziela bardzo mało wapnia przy normalnej, albo zwiększonej ilości fosforu.

SOETBEER chciał cyframi swemi wykazać różnicę wydzielania kwasu moczowego, ale z cyfr jego wynika dużo innych zależności. Nie tylko uderza mniejsza ilość zasadowych jonów, ale wogóle mniejsza ilość jonów. W porównaniu z moczem normalnym w tych samych warunkach różnica w jonach zasadowych jest bardzo niewielka, jonów kwaśnych wydzielił zaś podagryk m n i e j niż jeden z użytych dla kontroli zdrowych. Wynik ten w zupełności potwierdza to, co nasze cyfry wykazały i więcej jeszcze zbliża fosfaturę do typu podagry, nie tylko przebiegiem klinicznym, ale i rodzajem przemiany materii.

Z e s t a w i e n i a.

1) Fosfatura chroniczna wykazuje nienormalne zmniejszenie się soli wapnia przy normalnych lub nadnormalnych ilościach fosforu. W przeciwieństwie do fosfatury u dzieci i fosfatury neurastenicznej, stosunek fosforu do wapnia jest wysoki, $P : Ca = 10,9$, — 5.

2) Pod wpływem podawania zasad zwiększa się wprawdzie wydzielanie jonów zasadowych, ale stosunkowo w znaczniejszym stopniu wzrasta ilość jonów kwaśnych, co odpowiada normalnemu wydzielaniu.

3) Fosfaturę cechuje skąpe wydzielenie jonów wogóle, a w szczególności jonów kwaśnych: chloru, siarki i fosforu, w czem fosfatura zbliża się do typu wydzielania w podagrze.

4) Zestawienie wydzielania w podagrze z wydzieleniem normalnem wykazuje stosunkowo skąpe wydzielenie jonów, a szczególnie jonów kwaśnych, które w moczu normalnym przeważają nad jonami zasadowymi więcej, niż w moczu podagrycznym.

5) Zasadowość fosfatury polega na wpływie amoniaku, kwaśność moczków kwaśnych—na wpływie kwasów organicznych.

¹⁾ DRESER. Beitr. Hofmeister. T. VI, Zesz. 5, str. 177.

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB NERWOWYCH DRA MED. EDWARDA FLATAUA
W SZPITALU ŻYDOWSKIM NA CZYSTEM.

Z kazuistyki neurologicznej.

Podał

Maurycy Bornstein,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 14].

Reasumując pokrótce powyższą historję choroby, otrzymamy, co następuje. 19-letni młodzieniec wskutek nieszczęśliwego skoku w kilka dni później zaczął doznawać silnego bólu w prawem kolanie oraz nie mógł oddawać własnowolnie moczu. Przy badaniu okazało się: porażenie prawej stopy i palców, osłabienie ruchowe całej kończyny prawej, poważne zaburzenia czucia na obu stopach [na prawej—wszystkich rodzajów czucia, na lewej tylko cieplikowego, przyczem stwierdzić było można objaw rozszczepienia czucia] i na pośladku lewym w okolicy *anus*, osłabienie odruchu kolanowego i zupełne zniesienie obu odruchów ze ścięgna *ACHILLES*A, z których lewy później powrócił. Odruchy: brzuszny i jądrowy z obu stron bardzo żywe. Badanie elektryczne wykazało tylko obniżenie pobudliwości zarówno pośredniej, jak i bezpośredniej (*n. popliteus d.*, *m. peroneus long. dexter*) oraz zniesienie zupełne bezpośredniej pobudliwości faryngicznej [w 2-ch mięśniach *m. soleus dexter*, *m. tibialis anticus dexter*].

Zbytecznem jest rozwodzić się nad tem, że mamy tu do czynienia ze sprawą rdzeniową, a ze względu na nagły początek przychodzi nam od razu na myśl wylew krwawy do rdzenia. Wyżej wspomniane objawy pozwalają twierdzić, że zajęty jest najbardziej dolny odcinek rdzenia, t. j. jego dolna część lędźwiowa i część krzyżowa. Zajęcie ogona końskiego (*cauda equina*) wykluczamy głównie na tej zasadzie, że po tem ostatniem cierpieniu bywają zazwyczaj silne bóle w okolicy krzyża, w kroczu, w odbytnicy i t. d., że daje ono zwykle objawy obustronne, gdy tymczasem w naszym przypadku przewaga była po stronie prawej, wreszcie objawu rozszczepienia czucia, które stwierdzić było można w naszym przypadku, w cierpieniach ogona końskiego nie bywa. Chcąc dokładnie umiejscowić ów wylew krwawy, należy mieć na uwadze, co następuje.

Ze względu na zajęcie mięśni *tibialis anticus*, *peroneus*, *extensor digit. commun.*, jak również *soleus* i *tibialis posticus* z prawej strony [zupełna nieruch.

liwość prawej stopy i palców], ognisko zajmować winno rogi przednie w dolnych odcinkach lędźwiowych i górnych krzyżowych [od IV lędźwiowego do II krzyżowego]. Dalej, ze względu na granice zaburzeń czucia dotykowego i na zaburzenia w czuciu mięśniowym [z prawej strony] również zajęte są z prawej strony rogi tylne od V lędźw. do I krzyżowego. Dalej, ze względu na brak odruchu *ACHILLES*a i podeszwowego z prawej strony, zajęte są tylne albo przednie rogi również z prawej strony, począwszy od I do III odcinka. Osłabiony jest również odruch kolanowy ze strony prawej, wobec czego należy przypuszczać, że ognisko sięga IV lędźwiowego odcinka, a być może uciska także na wyższe lędźwiowe [III i II]. Jeżeli weźmiemy teraz pod uwagę zaburzenia w czuciu cieplikowym, na pośladku i w okolicy *anus*, a w części ten fakt, że dotknięte są funkcje pęcherza i seksualne, to wypływa stąd, że zajęte są III, IV i V odcinki krzyżowe.

Przypadek nasz zasługuje na uwagę, jako jeden z nielicznych wogóle opisanych dotąd przypadków zajęcia *conus medullaris* [BERNHARD, ROSENTHAL, KOESTER, HIGIER, ZIEGLER, BREGMAN i niewielu innych], dalej, jako rzadszy jeszcze przypadek wylewu krwawego w tem miejscu rdzenia [RAYMOND, SCHIFF], zwłaszcza zaś ze względu na interesujący objaw rozszczepienia czucia. Jak już zauważyliśmy poprzednio, z prawej strony zaburzenia czucia były notowane na prawej stopie i dolnej części goleni prawej, gdzie dotknięte były wszystkie jego rodzaje. Miejsce to odpowiada V-emu lędźwiowemu i I-emu krzyżowemu odcinkowi rdzenia. Po stronie lewej dotknięte było wyłącznie c z u c i e c i e p l i k o w e [dotykowe i bólowe było zupełnie normalne]. Zaburzenia te dotyczyły lewej stopy i dolnej części goleni po tej samej stronie [V lędźwiowy i I krzyżowy odcinek, po części i IV lędźwiowy—według schematu SEIFFER'a], gdzie zniesione było czucie ciepła, oraz wewnętrznej części lewego pośladka i okolicy *anus*, gdzie zniesione było zarówno czucie ciepła, jak i zimna [miejsce to odpowiada mniej więcej dziedzinie inerwacyjnej 3-ch ostatnich odcinków krzyżowych].

Objaw rozszczepienia czucia uważany jest, jak wiadomo, za cechę charakterystyczną dla t. zw. hematomyelii centralnej, t. j. dla wylewów krwawych do szarej istoty rdzenia, a mianowicie do jej rogów tylnych. Predylekcyę wylewów krwawych do rogów tylnych stwierdził klinicznie i anatomicznie głównie MINOR, GOLDSCHIEDER zaś i FLATAU poparli wywody MINOR'a eksperymentalnie. I w naszym przypadku najwidoczniej zajęta jest przeważnie istota szara, na co skądinąd zresztą wskazuje wiotkie porażenie prawej stopy i palców, osłabienie odruchu kolanowego z prawej strony oraz brak obustronny odruchów ze ścięgna *ACHILLES*a [lewy odruch w przebiegu choroby powrócił]. Nasuwa się kwestya, dlaczego rozszczepienie czucia dotyczyło w naszym przypadku wyłącznie strony lewej i czy objaw ten objaśniany być tutaj może przez ognisko w rogu tylnym lewym.

Z prawej strony na stopie i goleni, w oznaczonych na schemacie miejscach, dotknięte były wszystkie rodzaje czucia [nie wyłączając i dotykowego]. Wobec tego przypuścić należy, że ognisko obejmowało róg tylny z prawej strony

w tem miejscu, gdzie przechodzą drogi czuciowe dla dotyku i gdzie kończą się pierwsze neurony dróg czuciowych dla bólu, ciepła i zimna.

Oslabienie odruchu kolanowego z prawej strony oraz brak odruchu z prawego ścięgna ACHILLESA pozwalały przypuszczać 3 ewentualności: 1) zajęcie dośrodkowej części łuków odruchowych [korzeni tylnych]; 2) zajęcie ich obocznie [kolateralij], rozgałęziających się dookoła komórek rogu przedniego; 3) zajęcie samych komórek rogu przedniego; wreszcie 4) zajęcie korzeni przednich [odśrodkowej części łuku odruchowego]. Wobec stwierdzonego zajęcia istoty szarej rdzenia, najwięcej danych przemawia za przypuszczeniem, że łuki odruchowe dla PR i AR z prawej strony przerwane zostały w miejscu połączenia dośrodkowej części z odśrodkową, t. j. że przerwane zostały obocznice, idące od korzeni tylnych do komórek rogu przedniego; przeciwko zajęciu samego rogu przedniego lub części odśrodkowej łuku odruchowego przemawiałby zresztą brak zaników mięśniowych w prawej kończynie i brak odczynu zwyrodnienia. Otóż zdarzyć się mogło [i przypuszczenie to ma dużo prawdopodobieństw], że to samo ognisko, wspomniane wyżej, natrafiło na przebiegające tędy na przestrzeni kilku odcinków włókna dla czucia cieplikowego strony przeciwległej, pomijając włókna dla czucia bólowego tejże strony [jak wiadomo, większość autorów przypuszcza obecnie odrębność dróg ośrodkowych dla czucia bólowego i cieplikowego], i w ten sposób objaśnić sobie można wyłączne zaburzenia czucia cieplikowego po stronie lewej. Czynić zależnem to rozszczepienie czucia od zajęcia lewego rogu tylnego, byłoby, zdaje się, bardzo trudnem, w takim bowiem razie nie byłoby rzeczą zrozumiałą, dlaczego po tej samej stronie [lewej], wobec ewentualnego zajęcia rogu tylnego, nie było znaczniejszych zaburzeń czuciowych na lewej stopie i goleni. W ostatecznym rezultacie na podstawie wywodów powyższych, wypowiedzieć można przypuszczenie, że w naszym przypadku ognisko krwotoczne obejmuje na przestrzeni od IV lędźwiowego do V krzyżowego odcinka wyłącznie istotę szarą, a mianowicie p r a y róg tylny wraz z jego nasadą, natrafiając na obocznice łuków odruchowych dla odruchów kolanowego i dla odruchu ze ścięgna ACHILLESA ze strony prawej, oraz na krzyżujące się włókna dla czucia cieplikowego, idące ze strony lewej. W pierwszych dniach choroby ognisko to uciskało najwidoczniej obocznice dla odruchu ze ścięgna ACHILLESA ze strony lewej, czem objaśnić sobie można jego brak przemijający.

[D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

— 4 —

Psychoneurozy i ich leczenie.

[Według dzieła „Les Psychonévroses et leur traitement moral“ przez prof. DUBOIS z Bernu i „Isolement et Psychothérapie“ przez drów J. CAMUS'a i PH. PAGNIER'a].

[Dokończenie.—Patrz Nr. 14].

Elementarnym przepisem w psychoterapii jest: nieużywać wyrażenia „chory z urojenia“ (*malade imaginaire*), gdyż chorzy ci cierpią rzeczywiście, i lekarz nie powinien negować cierpienia, albowiem chory nabędzie przekonania, że się go nierozumie i lekceważy. Tymczasem chory daje się łatwo przekonać, że jego psychika może mieć wielki wpływ na oganizm i że na tej drodze może być uleczoney.

Psychoterapia powinna chorego powoli doprowadzić do zapomnienia przyczyn swej choroby. Do tego dojść można, nadając nowy kierunek myśłom chorego, zastępując jedno wyobrażenie drugim, silniejszym, lub rozkładając (*dissociant*) dane wyobrażenie i z jego pierwiastków budując inne i t. d., według mechanizmu zapomnienia, wyłożonego przez HÖFFDING'a.

DÉJERINE i DUBOIS kładą wielki nacisk na potrzebę zbudzenia w chorym chęci i wyzdrowienia. Wśród neurasteników i histeryków spotykamy jednego, który pomimo, że się radzi lekarzy i poddaje kuracyi, w gruncie rzeczy nie ma ochoty pozbyć się swych dolegliwości, robiąc sobie z nich ponieważ aureolę; są i tacy, którzy absolutnie nie wierzą w możność wyzdrowienia. Zarówno w jednych, jak i drugich trzeba przedewszystkiem obudzić gorącą chęć odzyskania zdrowia, oraz wiarę w możność wyleczenia, gdyż wtedy tylko można być pewnym rezultatów kuracyi.

Reedukacya w chorobach natury psychicznej, jak histerya, neurastenia i t. d., jest także jednym z ważnych czynników psychicznych. Reedukacyi podlegać mogą mięśnie, stawy, organy i funkcye psychiczne. Przy stosowaniu reedukacyi musimy zwrócić uwagę na to, czy dana czynność została po prostu zapomniana, czy przekształcona, spaczona. W paraliżu psychicznym jest utrata czynności przez zapomnienie; w płasawicy ruch prawidłowy został zastąpiony przez ruchy fałszywe i zbyteczne.

Zniesienie ruchów mimowolnych nie da się osiągnąć od razu; trzeba próbować zmniejszać ich natężenie i częstość. Ruchy te są wprawdzie automatyczne, lecz do pewnego stopnia automatyzm ten pozostaje pod kontrolą władz psychicznych wyższych. Przy leczeniu płasawicy, drżenia i t. d. DÉJERINE i jego adepci uciekają się do prób unieruchomienia. Gdy chory leży, namawia się go do skoncentrowania uwagi przez parę chwil na chore członki, próbując utrzymać je nieruchomo. Zwykle choremu udaje się przynajmniej zmniejszyć natężenie nienormalnych ruchów. Wtedy trzeba skonstatować to skwapliwie, powinszować nawet pacjentowi, w celu wzbudzenia w nim wiary, że uleczenie jest najzupełniej możliwe. Istotnie, z chwilą gdy pacjent nabędzie tego przekonania, uleczenie staje się tylko kwestyą czasu. Ćwiczenia powyższe chory musi następnie powtarzać stojąc, siedząc i t. d.

Obok tego muszą się odbywać ćwiczenia ruchów normalnych, stopniowo coraz bardziej skomplikowanych. W niektórych przypadkach przy leczeniu ruchów mimowolnych (*tics, myoclonie, crampes professionnelles*) prof. DUBOIS postępuje inaczej niż prof. DÉJÉRIN. Nie stosuje on kinesiterapii, poprzestając najczęściej na psychoterapii. Według niego, nie należy przykuwać uwagi chorego do nienormalnego ruchu, i dlatego nie wymaga on żadnego wysiłku woli, działając tylko na stan psychiczny chorego i nie wystawiając go na próby, niezawsze pomyślne. Metoda ta jednak da się stosować głównie w tych przypadkach, w których wyraźnie można odnaleźć genezę ideową lub uczuciową ruchu. Kinesiterapia zaś powinna mieć zastosowanie tam, gdzie widzimy ruch bardziej automatyczny, gdzie geneza ideowa nie da się wyśledzić, lub też gdy intelligencja chorego jest słabo rozwinięta. Niekiedy obie metody dadzą się skombinować, co wymaga wielkiego taktu i wielkiej zręczności lekarza.

Reedukacja ruchów normalnych oparta jest na zasadzie, że w y o b r a z e n i e przedmiotu wytwarza w nas tendencję wykonywania ruchów, które pierwotnie były skojarzone z wrażeniem, przez dany przedmiot wywołanem. Jednostka normalna może, rozumując, zapobiedz przejściu wyobrażenia w czyn, ale może, również zapomocą rozumowania, wzmocnić to wyobrażenie i czyn dany wykonać. Widzimy tutaj znów wpływ kontroli wyższych centrów psychicznych; pobudzić i wzmocnić tę kontrolę może psychoterapia, — nigdy zaś sugestia.

Przykład gra wielką rolę w reedukacji i jest najlepszym środkiem do wywołania pożądanego ruchu u chorego. Lekarz musi kilka razy powtórzyć pewien ruch, dopóki chory dokładnie go nie zrozumie i nie utwali w pamięci. Drugim sposobem kształcenia ruchów są ruchy bierne pacjenta. Kontrola wzrokowa jest czynnikiem bardzo ważnym; ruch wykonany przy zamkniętych oczach nie jest zupełnie dokładny, wzrok zaś uzupełnia zmysł mięśniowy i poprawia niedokładności.

Próby kształcenia ruchu powinny być krótkie, zwłaszcza z początku; należy je przerywać, zanim zmęczenie da się uczuć, pod wpływem zmęczenia bowiem ruchy stają się coraz mniej dokładne, co zniechęca chorego i wywołuje zwątpienie w uleczenie.

Reedukacja ruchów daje rezultaty nie tylko w przypadkach właściwej neurozy.

Często w razie parezy organicznej udaje się zapomocą ćwiczeń przywrócić pacjentowi ruch, drogą zastępstwa włókien nerwowych. Tym właśnie sposobem otrzymuje się doskonałe rezultaty przy kształceniu ruchów u tabetyków. Tam, gdzie umysł i wzrok nienaruszony, gdzie niema zaniku mięśni i zbyt wielkich zmian w czuciu, tam możemy z pewnością osiągnąć doskonały skutek przez reedukację.

Reedukację stosuje się również do ruchów oddechowych, do funkcji przewodu pokarmowego i t. d. Pewna chora, która od 10-u lat zrzucała pokarmy po każdym jedzeniu, pod wpływem psychoterapii pozbyła się tej dolegliwości w ciągu kilku dni. Chęć wyzdrowienia była u niej tak wielka, że z początku połykała wymioty byle dotrzymać przyrzeczenia danego lekarzowi i sobie.

Trudno określić, kiedy chory może być uważany za wyleczonego. Pewność w tym kierunku jest nam dana raczej przez pewną sumę spostrzeżeń, aniżeli przez jakiś znak specjalny. Przedewszystkiem konstatuje się, że objawy, które zniewoliły pacjenta do szukania porady, zostały usunięte. Zniknęły parezy, skurcze, drgania, znieczulenia, przeczulenia i t. d. Stwierdza się zwiększenie siły mięśniowej i wagi pacjenta, co dowodzi lepszego odżywiania organizmu.

Zniknięcie objawów patologicznych nie jest jednakże identyczne z uleczeniem. Kryterium uleczenia leży właściwie w zmianie intelektu, całości kształtu umysłowości pacjenta. Jeżeli uwaga, zmysł krytyczny się wzmogły i są normalne, jeżeli wszelkie idee bezpodstawne zostały opanowane i nawet zapomniane, — wtedy można uważać chorego za uleczonego. Wychodzący ze szpitala osobnik powinien zapamiętać dokładnie rady i wskazówki, otrzymane w czasie choroby, ażeby służyły mu one drogowskazem w danym życiu. W ten sposób nauczy się on kierować sobą, lekarz stanie się dla niego zbyt, co właśnie powinno być usiłowaniem psychoterapeuty. W samowychowaniu bowiem chorzy powinni szukać lekarstwa na swoje cierpienia, a zdrowi — środka ochronnego przeciwko nerwowości. To samowychowanie niech się zacznie od małych rzeczy, np. od niezwracania uwagi na drobne dolegliwości, którym i zdrowy człowiek nieraz podlega. By być zdrowym i szczęśliwym, powinno się odwracać uwagę od siebie samego, a skierowywać ją za bliznich, kształcąc w sobie uczucia altruistyczne; dewizą zaś człowieka niech będzie: panowanie nad sobą.

Dr E. Dembicka [Wiedeń].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. O. Schifone. O wpływie znaczniejszych rezekcyi czaszki i twardej opony mózgowej na budowę i czynność kory mózgowej.

Autor przeprowadził liczne badania na zwierzętach [psach] w celu przekonania się: 1) czy, po rezekcyi czaszki i *durae matris* na znacznej przestrzeni, następuje stale zrost pomiędzy miękką powłoką czaszkową a korą mózgową; 2) jakie zachodzą zmiany w nowowytworzonych tkankach po operacyi i po jakim czasie następuje zrost ostateczny; 3) jak się przytem zachowuje kora mózgowa i jakie są następne zaburzenia czynnościowe; 4) czy brak powłoki kostnej i twardej opony mózgowej prowadzi za sobą przepuklinę mózgu.

Technika operacyjna była następująca: po odpowiednim przygotowaniu pola operacyjnego i uspieniu zwierzęcia, dokonywano cięcia skóry półkulistego [wypukłością zwróconego ku linii środkowej]; po odsunięciu skóry wraz z tkanką podskórną przecięto mięsień w okolicy skroniowej w kierunku cięcia skór nego aż do kości i oddzielono go możliwie wraz z okostną od kości. Po zrobionej trepanacyi i usunięciu kości, wycięto część opony twardej aż do brzegu otworu kostnego, unikając zranienia opony miękkiej. Wtedy zwykle mózg wystaje się ponad otwór czaszkowy, lecz delikatny ucisk wystarcza do utrzymania go w pierwotnem położeniu. Następnie łączy się zapomocą szwu mięsień z brzegiem kości, *resp.* okostnej, układając go w pierwotnem położeniu. Wreszcie nakłada się szew na skórę. O ile nie nastąpią powikłania, jak oto: krwawienie, uszkodzenie mózgu, opony miękkiej, silne i długotrwałe wstrząśnienie mózgu lub też zakażenie pola operacyjnego, należy spodziewać się dobrych wyników zabiegu tego.

Doświadczenia nad czynnością układu nerwowego po tej operacyi były dokonane według metod LUCIANI'ego, SEPPILLI'ego i RONCALI'ego. Zwierzęta były najskrupulatniej badane; sekcyja była dokonywana u różnych psów w róż-

nych okresach pooperacyjnych: najwcześniej w 2 dni po operacji, a najpóźniej po upływie 9-u miesięcy.

Na mocy 25-u doświadczeń autor otrzymał wyniki następujące:

1) Tylko u 3-ch psów wystąpiły napady padaczkowate zaraz po operacji i w przeciągu pierwszych dni.

2) U żadnego psa nie stwierdzono zaburzeń ruchowych i czuciowych, przy niezmiennem usposobieniu zwierzęcia i dobrem odżywianiu.

3) Sekcja wykazała zrost pomiędzy korą mózgową a powłokami czaszki. Mózg nie był obrzękły ani nie wypadł. Żadnych zmian w tkance mózgowej gołem okiem nie stwierdzono; otwór czaszkowy był zmniejszony przez nowo utworzoną tkankę kostną.

Materyał, który posłużył do spostrzeżeń drobnowidzowych, pochodził ze skrawków kory mózgowej oraz miękkiej tkanki, tworzącej sklepienie czaszki w okresach czasu od 48-u godzin do 9-u miesięcy po dokonanej operacji.

Z badań tych autor wysnuwa wnioski następujące:

1) Pierwsze zrosty pomiędzy korą mózgową a pęczkami mięśni występują w pierwszych tygodniach po rezekcji czaszki; początkowo widać w nich delikatne pętlice naczyń, otoczone młodą tkanką łączną, które łączą się z naczyniami miękkiej opony mózgowej.

2) Po 15-u dniach tworzą się na całej przestrzeni ściśle zrosty z nowo powstałej tkanki łącznej, która rozrasta się w następstwie bujania jąder sarkolemy zniszczonych włókien mięśniowych, z poprzednio istniejącej tkanki między pęczkami a włóknami mięśni, wreszcie z emigrujących leukocytów.

3) Po tym czasie tkanka łączna przybiera cechy tkanki włóknistej, bliznowatej, która w rodzaju grubej opony pokrywa korę mózgową i zrasta się z nią przy pomocy naczyń, które znowu przeobrażają się w dość grube pos- tronki.

4) Po pierwszym miesiącu sprawa zablizniania się ostateczne jest zakończona.

Co się tyczy samej kory mózgowej, to pierwsze zmiany zauważono w pierwszych tygodniach, w miarę zrastania się kory mózgowej i tkanki okołoczaszkowej. W tym okresie zmianom ulegają druga i trzecia warstwa kory mózgowej, t. j. duże i małe komórki piramidalne. Części mózgu, znajdujące się dokoła powierzchni, rosną, nie ulegają widocznym zmianom.

Pomiędzy elementami zmienionymi spostrzegamy jednak prawidłowe, co naprowadza na myśl, że: 1) pewien bodziec, wywołujący te zmiany, działa nierównomiernie, 2) że elementy nerwowe różnie zachowują się względem tego rodzaju wpływów.

W 10 dni po operacji wybitniejsze zmiany występują w warstwie z drobnymi komórkami piramidalnemi, niż z większemi. Piramidalne komórki małe są wtedy okrągłe, nie posiadają wypustek, barwią się słabo; substancja chromatyczna protoplazmy zredukowana jest do niewielu ziarenek, otaczających masę jądrową. Jądro podlega najmniejszym zmianom, zachowuje swoją postać kulistą i wielkość normalną; jąderko znajduje się w zwykłym swoim miejscu. Po 20-u dniach od operacji komórki piramidalne mają postać kulistą, nie posiadają wypustek, ich substancja chromatyczna albo zupełnie zanika, albo też w niewielkiej ilości pozostaje na obwodzie komórki; jądro leży odśrodkowo, jąderko zaś w niektórych komórkach zupełnie zanika.

Przy większem powiększeniu i na preparatach zabarwionych błękitem metylenowym, występują zmiany w komórkach nerwowych o wiele subtelniej; należy więc rozpatrzeć: 1) komórki, 2) chromatyczną substancję protoplazmy, 3) zmiany protoplazmatyczne, 4) jądro i jąderko.

1) Komórka nerwowa traci swój kształt swoisty, piramidalny, wypustki znikają częściowo lub całkowicie; komórka przybiera postać kulistą lub jajo-watą, wreszcie pod wpływem zmian patologicznych znacznie powiększa się.

2) Barwa komórki zależy od ilości chromatyny, bądź przez tworzenie się nowych ziarenek, bądź przez zwiększenie się liczby już istniejących; Nissl. nazywa taki stan komórki piknomorfny. Jeżeli komórka barwi się słabo i ilość substancji chromatycznej zmniejsza się, wówczas jest ona w stanie apiknomorfny, czyli w okresie chromatolizy.

3) Wypustki komórek nerwowych podlegają tym samym zmianom, a mianowicie w niektórych komórkach częściowo lub zupełnie zanikają lub są bardzo cienkie z mniej lub więcej wyrażoną chromatolizą.

4) Jądro, w postaci kuli, występuje w środku ciała komórki, zawiera sieć, która albo słabo albo wcale się nie barwi. W środku jądra jest jąderko, które silnie się barwi na niebiesko. Jądro niezawsze podlega zmianom, miewa jednak kształt jajowaty lub bywa małe, zanikłe, pozbawione właściwej otoczki.

Przy drobnowidzowym rozpatrywaniu zmian, zachodzących w komórkach nerwowych, zwrócono szczególną uwagę na obfite, okrągłe, silnie zabarwione elementy, które, albo pozostają na brzegu komórek, robiąc większe lub mniejsze zagłębienia lub wnikają w masę protoplazmatyczną, ćwiartują komórkę i doprowadzają do szybkiego zniszczenia. Nie ulega wątpliwości, że to są fagocyty i że komórki nerwowe tak, jak wszelkie inne komórki w naszym ustroju podlegają fagocytozie; pierwiastki te noszą nazwę neuronofagów. Czy jednak neuronofagi powstają z wędrujących leukocytów, czy z komórek neuroglii, nic stanowczego powiedzieć nie można, gdyż poglądy różnych badaczy w tej sprawie jeszcze się nieustaliły.

Pierwsze zmiany w neuroglii dają się zauważyć w 10 dni po operacji.

Komórki neuroglii powiększają się, protoplazma ich pęcznieje, barwi się silniej i występuje wyraźniej, komórka przybiera postać kulistą, traci połączenia z włóknami, które stopniowo giną i staje się samoistną. Następnie liczba poprzednio istniejących komórek zwiększa się przez bezpośredni podział lub karyokinezę. Świeżo powstałe komórki są okrągłe, z dużym jądrem, bogate w chromatynę, a więc silnie barwiące się.

Trzy są przyczyny, powodujące zmiany histologiczne w korze mózgowej:

1) Długotrwałe drażnienie, które wywiera tkanka okołoczaszkowa, na delikatną tkankę nerwową.

2) Obfity napływ leukocytów do substancji nerwowej.

3) Zaburzenie w obiegu limfy i krwi podczas zrostu i zabliźniania oraz ucisk, jaki wywiera zrost na tkankę nerwową.

Na podstawie szczegółowych badań dochodzi autor do wyników następujących:

1) Większy lub mniejszy wykrój czaszki i twardej opony mózgowej nie może być zastąpiony nowotworzącą się tkanką kostną; na brzegach wytworzonego przez resekcyję otworu wyrasta nowa kość, która powstaje z okostnej, z tkanki szpikowej śródkościa i po części z twardej opony mózgu.

2) Część powierzchni półkuli mózgowej, pozbawiona osłony kostnej, zrasta się z miękką tkanką okołoczaszkową, zrost ten początkowo jest delikatny, słaby i bogaty w naczynia, a w końcu włóknisty, mocny i bardzo trwały.

3) Ta nowowytworzona tkanka, ma początkowo budowę młodej tkanki łącznej, bogatej w naczynia i drobne komórki, następnie przybiera budowę tkanki włóknistej, która w tym miejscu pod postacią szerokiej błony jakoby zastępuje usuniętą oponę twardą, w czym z czasem bierze udział i bogata w naczynia opona mózgowa i górna warstwa mózgu.

4) Do tworzenia się tej włóknistej, bliznowatej tkanki służą: pierwiastki opony mózgowej miękkiej, komórki neuroglii, warstwy podoponowej i sarkolemmy wszystkich zdegenerowanych i uszkodzonych pęczków mięśniowych.

5) Elementy nerwowe kory mózgowej ulegają mniej lub więcej wyraźnym zmianom. Zmiany te występują wyraźniej w górnych warstwach i w niektórych miejscach następuje zupełny zanik nawet elementów nerwowych.

6) Pomimo istniejącej blizny i zmian w tkance nerwowej nie zauważono ani padaczkowych napadów, ani zmian ruchowych i czuciowych, o ile gojenie się odbywało się bez powikłań.

7) Drgawki padaczkowe zdarzały się tylko w razie ciężkiego przebiegu pooperacyjnego, jak przy dużym krwiaku (*haematoma*), który wywierał ucisk na błonę, przy ropnem zapaleniu opon mózgowych, mózgu i t. d.

8) U zwierząt, przy aseptycznym przebiegu gojenia się, nawet wraz z rezekcji czaszki i twardej opony mózgowej na znacznej przestrzeni, nie było przepukliny mózgowej.

BEREZOWSKI jest zdania, że, o ile operacja przebiega aseptycznie, nie są uszkodzone opony mózgowe (*pia et arachnoidea*), to napady epileptyczne nie następują.

SCHIFONE, BEREZOWSKI i BIAGIS przyszedli do wniosku, że nawet przy rezekcji znacznej powierzchni kości czaszki przepuklina mózgowa nie następuje, o ile ciśnienie wewnątrzczaszkowe z jakiegokolwiek przyczyny nie podnosi się, i o ile leczenie rany będzie prowadzone aseptycznie. Przyczyny wzmiankowanej przepukliny mogą być mechaniczne i zapalne. Do mechanicznych należą: obrzęk, ropień mózgu, krwiak, zwiększona ilość cieczy w komorach mózgowych; do zapalnych zaś: zapalenie mózgu i opon mózgowych.

Na mocy powyżej zaznaczonych badań autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Usunięta część kości i opony twardej nigdy nie ulega regeneracji w miejscu tem wytwarza się gruba tkanka włóknista, ściśle łącząca skórę z substancją mózgową.

2) Zrosty, powstające po operacji, wytwarzają w górnych warstwach kory mózgowej szereg zmian, które obejmują wszystkie części składowe; ostatecznie powstaje częściowy zanik elementów nerwowych i zastąpienie ich przez neuroglię.

3) Pomimo zrośnięć i stąd wynikłych obrażeń kory, nie zauważono nawet po długim przeciągu czasu żadnych zmian czynnościowych, ruchowych i czuciowych u operowanych zwierząt.

4) Zrosty pooperacyjne bliznowate nie są przyczyną napadów padaczkowych o ile leczenie i operacja są prowadzone aseptycznie.

5) Po znacznych nawet rezekcjach czaszki nie zauważono przepukliny mózgu, o ile nie ma przyczyny mechanicznej albo zapalnej.

5) Rezekcja czaszki i twardej opony mózgowej, bez zważenia na jej rozmiary, nie jest operacją niebezpieczną w skutkach, gdyż po prawidłowo przeprowadzonej operacji i przy odpowiednim leczeniu uastępczem tkanka nerwowa nie ulega zmianom poważniejszym.

W. Rydzikowski.

53. Fasal. Przypadek choroby Darier'a.

Chorobę tę po raz pierwszy opisał DARIER w 1889 r. pod nazwą „*Psorospermose folliculaire vegetante*“, i prawie jednocześnie, niezależnie jednak od DARIER'a opisał ją WHITE pod nazwą „*Keratosis follicularis*“. Wykwity w tem cierpieniu przedstawiają się w postaci małych trwałych guziczków, z których dawniejsze pokryte są ciemnoszarymi, mocno przylegającymi strupkami, posiadającymi rodzaj wyrostków, wchodzących w odpowiednie zagłębienia guziczków.

Przy mikroskopowem badaniu znajdujemy wzmocnienie naskórka, wakuole w warstwie MALPIGIUSZA i charakterystyczne ciątka jednolite lub też ziar-

niste z otoczką o podwójnych konturach, znajdujące się w *stratum Malpighi*, które DARIER nazywa „*corps ronds*“, a położone w warstwie rogowej i pozbawione otoczki nazywa „*grains*“. Ciałka te DARIER przyjął za psorospermy, które, jako *protozoa*, wywołują powyższe cierpienie. Później jednak BOWEN wyjaśnił, iż psorospermy DARIER'a są to zmienione twory nabłonkowe. Również BOECK, BURRI, MIETHKE i inni wykazali, iż t. zw. psorospermy są to nienormalne produkty keratynizacji. Sam DARIER w 1896 r. zmienił swoje pierwotne zapatrywania na „psorospermy“ i uznał je za zmienione komórki warstwy MALPIGIUSZA, a sprawę chorobową za anomalię keratynizacji tych komórek. Późniejsi badacze uzupełniali obraz chorobowy, jak BOECK, który zauważył, iż cierpienie występuje głównie na bardzo pocących się miejscach skóry, FABRY, który opisał cierpienie błony śluzowej i inni. DOCTOR uważa chorobę DARIER'a za odmianę *ichtyosis vulgaris*, od której różni się tylko lokalizacją i guziczkami; w dwóch swoich przypadkach, klinicznie w zupełności odpowiadających chorobie DARIER'a, nie znajdował on „*corps ronds*“, ani „*grains*“, które zresztą według JOSEPH'a i NEISSER'a nie odgrywają decydującej roli w rozpoznaniu tej choroby; ciałka te RAVOGLI znajdował i w innych chorobach skórnych, UNN'a, BURRI i MIETHKE przy *cornu cutaneum*, EHRLMANN przy *pemphigus foliaceus vegetans*. Jeżeli więc ciałka DARIER'a nie mają być może istotnego znaczenia dla rozpoznania choroby, to jednak ze względu na właściwy sobie obraz kliniczny choroba DARIER'a nie może być zaliczoną do *ichtyosis*.

Przypadek, spostrzegany przez FASAL'a, dotyczy 34-letniego pacyenta, u którego cierpienie rozpoczęło się w dzieciństwie i rozwinęło się głównie w 21-ym — 23-im roku życia.

Na całym ciele, głównie, twarzy, szyi, kończynach znajdujemy wykwit w postaci oddzielnych lub też grupy guziczków, twardych, wielkości łebka od szpilki do ziarnka prosa, formy stożkowej lub też płaskiej, z których dawniejsze są pokryte strupkami, składającymi się z żółtawej suchej masy, miejscami tłustej.

Strupek taki posiada stożkowaty czopek, który wchodzi w odpowiednie zagłębienie guziczka; niekiedy zagłębienie takie odpowiada ujściu torebki włosowej. Miejscami (*manilla sin.*, *axilla sin.*) wykwit się zlewają i tworzą większe ogniska, pokryte tłustawą seboroiczną masą. Drobnowidzowe zmiany były następujące: w warstwie rogowej naskórka stwierdzono tworzenie się szerokich kolumn, przenikających w rozszerzoną sieć MALPIGIUSZA, nieznaczne nacieczenie *cutis* i prawie zupełny zanik brodawek; znajdował też autor „*corps ronds*“ w kolumnach rogowych i w „*stratum granulosum*“ i nieliczne „*grains*“ w górnych warstwach naskórka.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis* T. LXXIV Z. 1).

J. Rosenberg.

54. Kraus. Szczególna postać gruźlicy skóry i zarazem przyczynek do nauki o złogach wapiennych w skórze.

Gruźlica skóry wystąpić może w najrozmaitszej postaci; szczególną postać przedstawia przypadek, spostrzegany przez autora. Dotyczy on 15-letniej pacjentki wątłej, anemicznej, nieco kaszłającej; cierpienie rozpoczęło się $\frac{1}{2}$ roku temu. Obecnie na lewym przedramieniu widzimy guziki, w skórze siedzące, twarde, niebolesne, ruchome, skóra prócz pigmentacji nie przedstawia żadnych innych zmian. Na środku zewnętrznej strony lewego ramienia znajduje się guziczek wielkości małego grochu, położony w głębszych częściach skóry, twardy, niebolesny, skóra na nim jest zupełnie normalna. W wewnętrznych organach, prócz zaostrego nieco oddechu w prawym wierzchołku, żadnych zmian nie znaleziono. Przypuszczano *sarcomata* i zastosowa-

no leczenie arsenikiem. Dla potwierdzenia jednak rozpoznania przeprowadzone badanie histologiczne owych guzków.

Otóż okazało się, iż guz taki leży na dolnej granicy *cutis* w przestrzeniach, otoczonych zbitą tkanką łączną, mniej więcej okrągłych, rozmaitej wielkości, zawierających bezkształtne masy, które w zupełności lub częściowo je wypełniają. Zabarwienie tych mas hematoksyliną, a także dodanie do nich kwasu solnego przekonało autora, iż składają się one z CaCO_3 . Pochodzenie tych wapiennych złogów w skórze stało się jasne po zbadaniu histologicznem małego guziczka, znajdującego się na lewym ramieniu. Okazało się, iż składa się z gruzelków z licznymi komórkami olbrzymimi i ze zmianami wstecznymi — zserowaceniem.

Wobec tego wyniku badania wstrzyknięto chorej w celu rozpoznawczym 5 mgr. tuberkuliny Koch'a, poczem ciepłota podniosła się do 38,7, objawy w prawym wierzchołku stały się wyraźniejsze, a na prawym ramieniu i przed ramieniem, jak również na lewym ramieniu i przedramieniu w okolicy wyciętego guziczka wystąpiło zaczerwienie i obrzmienie. Ogólna i miejscowa reakcja, otrzymana po wstrzyknięciu tuberkuliny, usunęła naturalnie wszelkie wątpliwości co do gruźliczej natury guzów.

Mamy więc w spostrzeganym przypadku do czynienia z niezwykle postacią gruźliczego cierpienia skóry z oddzielnymi, rozrzuconymi ogniskami, które przeszły w zwapnienie. Cierpienie najpewniej rozpoczęło się *in strat. subcut.*, jako gruźlicze nacieczenie, sprawa w dalszym ciągu przeszła na *cutis*, poczem nastąpiła przemiana wsteczna w postaci zwapnienia.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1905. T. LXXIV Z. 1).

J. Rosenberg.

55. Nobl. Pozostałości syfilityczne, dotychczas jeszcze nie spostrzegane.

Pod nazwą „*circinäre Scrotalatrophia*” NOBL opisuje po raz pierwszy przez siebie spostrzegane zmiany posyfilityczne, pozostające na przedniej i bocznych powierzchniach moszny. Zmiany te — to zanikająca skóra w formie okrągłych lub łukowatych plam, jakby oszlifowanych, z połyskiem jedwabiu. Wspomniane plamy powstają ze złania się wielokątnych fasetek, o oszlifowanej jakby powierzchni, wgłębionych w stosunku do otaczającej skóry. Na brzegach tych figur zmniejsza się raptownie normalne nawarstwienie nabłonka. Przy rozciąganiu skóry moszny wspomniane figury znikają, nie pozostawiając spostrzegalnych dla oka śladów.

Jako podstawę anatomiczną tego zjawiska NOBL w 9-ciu histologicznie zbadanych przypadkach miał możność stwierdzić stan zanikowy brodawek skóry; były one zanikające i zawierały resztki nacieczenia specyficznego. NOBL również stwierdził zmniejszenie się ilości barwika i znaczne ścięcenie nabłonka nad zanikającymi brodawkami.

Autor badał 150 przypadków przymiotu, nie przedstawiających podczas badania widocznych objawów tego cierpienia, a tymczasem zjawisko mosznowe dało się konstatować u 27 chorych, *resp.* w 18%.

Zarażenie syfilisem miało miejsce przed 2 — 20 laty. Z wspomnianych 27 przypadków u 18-u chorych od początku choroby do powstania zmian mosznowych upłynęło 2 — 5 lat, u 8 chorych 5 — 11 lat i w jednym przypadku upłynęło nawet 20 lat.

(*Bericht des VIII dermat. Kongresses in Sarajewo 1904 r.*). A. Zaleski.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

19. Kalomelol. Kalomel rozpuszczalny.

Kalomelol znajduje się w takim samym stosunku do zwyczajnego nierozpuszczalnego kalomelu, jak koloidalne, rozpuszczalne w wodzie srebro [kollargol] do zwykłego nierozpuszczalnego srebra. Jest to proszek szary, prawie bez żadnego smaku i zapachu, nierozpuszczający się w wyskoku, eterze, benzolu, rozpuszczający się natomiast w zimnej wodzie [mniej więcej w stosunku 1:50], z którą tworzy płyn, podobny do mleka. Kalomelol zawiera 75% kalomelu, co odpowiada 66% rtęci. W handlu znajduje się maść przygotowana z kalomelu t. zw. *Unguentum Heyden mitius*, zawierająca 30% rtęci. Maść ta wciera się bardzo dobrze i pozostawia na skórze bardzo nieznaczną białą powłoczkę; nie brudzi wcale bielizny i na tem przedewszystkiem polega jej wyższość w porównaniu z szaruchą. Dr GALEWSKY (*München. medic. Wochenschr.* 1905. N. 11) stosował kalomelol pod rozmaitemi postaciami u 50-u chorych na syfłis z objawami drugorzędowymi. Wyniki jego spostrzeżeń są następujące:

1) Maść z kalomelolem (*Ung. Heyden*) można zalecać do wcierania we wszystkich przypadkach, w których chodzi o przeprowadzenie łagodnej kuracji rtęciowej w formie nierażącej, lub kiedy chorzy lękają się szaruchy.

2) Maść z kalomelolem powinna być stosowana również u osób z wrażliwą skórą, a także w przypadkach idyosynkrazji do rtęci, kiedy o wcieraniach szaruchy nie może być mowy.

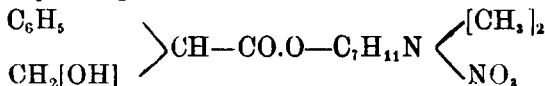
3) Maść z kalomelolem jest również dobrym środkiem do niszczenia miodoweszek (*pediculi pubis*).

4) Kalomelol można stosować również wewnątrznie w pastylkach po 0,01 z dodatkiem *Opium* [pastylki takie również znajdują się w handlu].

5) Do miejscowego leczenia wykwitów syfilitycznych i stwardniałych gruczołów najlepiej jest używać pudru, składającego się z równych części kalomelolu i krochmalu, oraz mydła i plastra, zawierającego kalomelol (*Kalomelol-Salicyl-Seifen-Trikoplast* i *Kalomelol-Pflastermull*).
W. Breszel.

20. Eumydrina, zamiana atropiny w terapii chorób żołądka i kiszek.

Eumydrina, azotan-metyl-atropina



jest to biały proszek krystaliczny, bez zapachu, łatwo rozpuszczający się w wodzie i wyskoku, z wielką zaś trudnością — w eterze i chloroformie. G. HAAS próbował tego środka w terapii chorób żołądka i kiszek i na podstawie swych prób zaleca go do użytku. W porównaniu z atropiną i preparatami beladony eumydrina ma posiadać tę wyższość, iż 1) stosować ją można nawet w przypadkach idyosynkrazji względem atropiny i beladony; 2) zarówno jednorazowe, jak i dobowe dawki eumydriny mogą być większe, nie wywołując nieprzyjemnego działania ubocznego; 3) niebezpieczeństwo zbiorowego [kumulacyjnego] działania jest niewielkie i wreszcie 4) eumydrina nie ulega zmianom, czego nie można powiedzieć o przetworach beladony. Eumydrinę stosował autor w proszkach, pigułkach, roztworze i czopkach po 0,001—0,0025 — 0,004, 3—4 razy dziennie.

Wskazania dla eumydriny te same, co i dla atropiny i beladony.

(*Die Therapie der Gegenw.* 1905. N. 5).

W. Breszel.

21. O wpływie przetworów salicylowych na nerki.

W 25-ciu przypadkach rozmaitych cierpień gośccowych, leczonych prze-
ważnie salicylanem sodu, QUENSTEDT przeprowadził systematyczne badanie
moczu. Badań wszystkich zrobiono 200. Na zasadzie swych badań au-
tor przychodzi do następujących wniosków. Przy stosowaniu przetworów sa-
licylowych w zwykłych średnich dawkach po krótkim przeciągu czasu wystę-
pują objawy podrażnienia narządów moczowych, trwające dopóty, dopóki
stosujemy salicyl; po zaprzestaniu podawania salicylu objawy owe ustępują
szybko. Prawie zawsze autor spostrzegł w moczu komórki nabłonkowe dróg
moczowych. Białko autor znalazł 110 razy, wałeczki — 96. Białe ciała krwi
również znajdowały się w moczu dość często; rzadziej krążki czerwone.

(*Die Therapie der Gegenw.* 1905. N. 3).

W. Breszel.

ODCINEK.

Działalność Sanatorium Otwockiego w walce z gruźlicą.

Odczyt, wypowiedziany d. 8-go lutego r. b. w sekcji gruźliczej Tow. Hyg. Warszawskiego
przez

WŁADYSŁAWA WROŃSKIEGO.

Smutny był los suchotnika przed 50-u laty. Zamykano go zwykle na całą
zimę w pokoju, którego okna nie tylko że się nigdy nie otwierały, ale nadto
były szczelnie opatrzone wojłokiem lub watą, by najmniejszy przewiew zew-
ntrznego powietrza nie miał tu dostępu; pokój ogrzewany był silnie, a chorego
przykrywano starannie, aby się, broń Boże, nie zaziębił. Wiecznie potniejący
chory kaszlał i odpluwał w porostawiane wszędzie spluwaczki, napełnione
piaskiem, wdychając duszne i zanieczyszczone wyziewami powietrze swej sy-
pialni; gdy zaś dusił się z braku powietrza, podawano narkotyki, aby mu
ulżyć choć trochę; karmiono go skąpo, ze względu na gorączkę, która miała być
przeciwwskazaniem do obfitszego odżywiania, nie żałując wzamian mocnych
rosółów i ekstraktów mięsnych. Większość lekarzy uważała każdego gruźli-
czego pacyenta za skazanego z góry na śmierć, suchoty bowiem uważano po-
wszechnie za chorobę nieuleczalną; to też lekarz z ciężkiem sercem odwiedzał
takich chorych, nie wierząc w rezultaty swej interwencji. Pierwsi anatomo-
patologowie rzucili promień światła na ten ponury obraz: dowodzili oni, że
często na sekcjach znajdują niewątpliwe dowody zupełnie zabliźnionej gruźli-
cy, lecz dopiero genialny BREHMER, stworzywszy swój szczegółowo obmyślany
system higieniczno-dietetycznego leczenia gruźlicy, zdołał powoli przełamać
poprzednie mniemania lekarzy i dowieść w praktyce, że gruźlicę płuc wyleczyć
można. Wkrótce BREHMER, WOLF, DETWEILER, ZIEMSEN w Niemczech,
CHARCOT, JACCOUD, PETER, GRANCHER we Francji, WILLIAMS w Anglii —
i wielu innych opisali długi szereg przypadków wyleczenia gruźlicy płuc. Wra-
żenie, wywołane tym przewrotem w terapii, było wielkie. „Nikt nie ma pojęcia
o tem szczęściu suchotnika, gdy opuszcza on swój duszny i zakażony pokój, aby
przebywać na świeżem powietrzu i słońcu, kto nie doświadczył na sobie skut-
ków dobroczynnych tej zmiany“, mówi o sobie DOWENBERG ¹⁾. „Żaden z prze-
wrotów w terapii chorób wewnętrznych, których przeżyłem nie mało, nie wy-
warł na mnie tak głębokiego i radosnego wrażenia, jak zastosowanie metody

BREHMER'a w leczeniu gruźlicy płuc" — powiedział do mnie prof. BARANOWSKI. Niech nam to służy pociechą i umocnieniem w ciężkiej walce z tak potężnym wrogiem, jakim jest gruźlica.

W lipcu r. z. sanatorium BREHMER'a, założone w 1854 r., obchodziło 50-lecie swojego istnienia. Dr SOKOŁOWSKI, jeden z pierwszych współpracowników BREHMER'a, przyjmując udział w tej uroczystości, będącej niejako wyrazem uznania świata lekarskiego dla zasług BREHMER'a i jego metody, stwierdza, że wśród uczestników jej znajdowali się również niektórzy z dawniejszych, a nawet bardzo dawnych pacjentów zakładowych, dając najwymowniejsze świadectwo stałego i długotrwałego wyleczenia suchot²⁾). Pomimo że w ciągu tych ostatnich lat 50-u zjawiały się bardzo nieraz entuzjastycznie przyjmowane nowe metody leczenia gruźlicy, jakoby specyficzne, że wymienię tu leczenie gruźlicy tuberkuliną KOCH'a, surowice MARAGLIANO i MARMORKA, hetol LANDERER'a, organoterapia [glandulen], leczenie promieniami ROENTGEN'a i światłem,—to jednakże metody te nie potwierdziły w praktyce pokładanych w nich nadziei, gdy metoda BREHMER'a wywalczała sobie stale coraz większe uznanie, a rezultaty jej stwierdzone już zostały na tysiącach chorych. Świadomość uleczalności suchot, rezultaty otrzymywane w sanatorium BREHMER'a, oraz przeświadczenie o kolosalnych spustoszeniach, jakie sprawia gruźlica wśród społeczeństw nowożytnych, bo śmiertelność z gruźlicy jest większa niż śmiertelność z wszystkich innych chorób zakaźnych razem wziętych, doprowadziły do uznania gruźlicy za klęskę ogólnospołeczną i sprawiły, że w całej Europie w ostatnich dziesiątkach lat podjęto energiczną walkę z gruźlicą. Pojęto bowiem, że aby walczyć z gruźlicą, z tym strasznym wrogiem, którego ofiarą pada przeszło milion osób rocznie w samej Europie, który szerzy we wszystkich warstwach społecznych nędzę i długotrwałe cierpienia, należy nie tylko dać możność odpowiedniego leczenia tysiącom chorych, ale i podnieść ogólną zdrowotność przez przeprowadzenie najszerzych reform higieniczno-sanitarnych, oraz podniesienie dobrobytu i oświaty ludowej. Pierwszeństwo w przeprowadzeniu ulepszeń higienicznych, w dążeniu do możliwie sprawiedliwego rozwiązania kwestyi socyalnej przypada Anglii, w zakładaniu zaś ludowych sanatoriów—Niemcom i Szwajcaryi. Dziś ruch ten rozszedł się już po całej Europie. W walce tej, wypowiedzianej gruźlicy, wzięły udział państwa i społeczeństwa w szeregu najrozmaitszych instytucyi i stowarzyszeń. Tak np. w Niemczech potworzyły się liczne prywatne komitety i związki, w celu zakładania sanatoriów dla niezamożnych chorych, do których następnie przyłączyły się instytucye rządowe lub publiczne i, złączwszy swe usiłowania w jedno stowarzyszenie centralne w Berlinie, zdołały stworzyć tak liczną sieć sanatoriów ludowych, że dziś już w Niemczech około 6000 biednych suchotników ma możność bezpłatnego leczenia się w tych wysoce humanitarnych instytucjach. Za daleko odbiegłbym od tematu, gdybym usiłował choć szkiecowo przedstawić to wszystko, co dotychczas zdziałano na polu walki z gruźlicą na Zachodzie Europy, tembardziej, że kwestya ta niejednokrotnie była już szczegółowo przedstawianą u nas, a jako utrwalona w naszej literaturze, jest łatwo dostępną dla każdego, zainteresowanego tą sprawą. Przejdę więc od razu do przypomnienia pokrótce tego, co już zdziałano u nas na tem polu.

Ruch przeciwigruźliczy u nas jakkolwiek powoli, jednak stale i coraz szerzej się rozwija. Pierwiastkowo popularyzowali u nas ideę sanatoryjnego leczenia i nawoływali do zakładania sanatoriów dla chorych piersiowych—SOKOŁOWSKI³⁾, DOBRZYCKI⁴⁾, HERYNG⁵⁾, CHEŁMOŃSKI⁶⁾, JAWORSKI⁷⁾, JARUNTOWSKI⁸⁾, LUTOSTAŃSKI⁹⁾, ZIELENIEWSKI¹⁰⁾ i STERLING¹¹⁾. Powstanie Tow. Hygien. i utworzenie się w niem sekcyi gruźliczej pod przewodnictwem tak wytrawnego znawcy tej sprawy, jak dr SOKOŁOWSKI, zogniskowało w nim rozproszone usiłowania. Przewodniczący sekcyi szpitalnej tegoż Towarzystwa, dr

DUNIN w 1898 r. powołał społeczeństwo do założenia pierwszego u nas sanatorium dla niezamożnych chorych; jednocześnie z tem wezwaniem dr DUNIN i SOKOŁOWSKI złożyli pierwsze znaczniejsze ofiary na ten cel. Od tego czasu dr DUNIN z wytrwałą energią dążył do raz wytkniętego celu, studyując sanatoria zagraniczne, wypracowując wraz z p. LILPEM plany sanatorium, propagując myśl swoją w licznych artykułach dziennikarskich i osobnych broszurach ¹²⁾, a jednocześnie wciąż zabiegając o składki na cel tak ważny. Trudny te i zabiegi wkrótce już zostaną uwieńczone pomyślnym skutkiem, gdyż sanatorium w Rudce jest dziś na ukończeniu. Nadto dr CHROSTOWSKI zdołał pozyskać 15 morgów lasu na podmiejskie sanatorium w okolicach Józefowa pod Warszawą.

IX Zjazd przyrodników i lekarzy, zorganizowany w 1900 r. w Krakowie, utworzył sekcję, poświęconą sprawie gruźlicy i zdołał zainteresować cały nasz świat lekarski doniosłą sprawą walki z gruźlicą. Na ogólnem publicznem posiedzeniu tego Zjazdu prof. BARANOWSKI wygłosił swój piękny odczyt p. t.: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“ ¹³⁾, wzywając w gorących słowach całe nasze społeczeństwo do ciężkiej, ale owocnej walki z gruźlicą, oraz wskazując program tej walki u nas.

Jednocześnie starano się poprawić los suchotników naszych w szpitalach, co przychodziło z trudnością, ze względu na zupełne odsunięcie spraw szpitalnictwa od lekarzy i społeczeństwa. Pierwsze usiłowania w tym względzie podjął dr DOBRZYCKI jeszcze w 1875 r., opracowawszy projekt przerobienia szpitala w Mieni na lecznicę dla chorych piersiowych. Dopiero w 1879 r. lecznicę tę otwarto; jednakże mogła ona być czynną zaledwie w ciągu 4-ch letnich sezonów. Projektu dr DOBRZYCKIEGO zamienienia tejże lecznicy na sanatorium dla biednych suchotników nie przyjęto. W ostatnich latach dr SOKOŁOWSKI urządził przy swym oddziale w szpitalu św. Ducha leżalnię na świeżem powietrzu dla chorych gruźliczych; po wzniesieniu nowego szpitala Dz. Jezus także leżalnię utworzyli dla swoich oddziałów drzy CHEŁMOŃSKI, DUNIN i JANOWSKI, a w szpitalu Starozakonnych drzy FREUDENSON i LUBLINER. W Łodzi dr STERLING postarał się o utworzenie specjalnego oddziału dla gruźliczych chorych przy szpitalu imienia POZNAŃSKICH, którego to oddziału kierownikiem pozostaje dotychczas.

Wreszcie w Mińsku Litewskim przy szpitalu Tow. Dobroczynności ma powstać w roku bieżącym niewielki oddział, specjalnie urządzony dla biednych suchotników, organizowany przez dra I. OFFENBERGA.

Nie zaniedbano popularyzowania wśród społeczeństwa naszego sposobów zapobiegania i leczenia gruźlicy przez wydanie szeregu odpowiednich broszurek ¹⁴⁾; rozprzestrzeniano dość już szeroko w różnych instytucjach publicznych znaczki „nie pluć na podłogę“ — z instycyatywy dra SOKOŁOWSKIEGO. Jednocześnie z tym ruchem społeczeństwo nasze coraz więcej uświadamiało sobie potrzebę ogólnie - higienicznych urządzeń, które oddziaływały równocześnie jako środek zwalczania gruźlicy, i starało się przeprowadzać je w czyn. Ważną tu rolę odgrywają: Tow. kolonii letnich w Warszawie, Łodzi i Radomiu, wysyłające dzieci niezamożnych rodziców do miejscowości zdrowotnych, dzieci zaś żołzowate do Ciechocinka i Solca. Podobną rolę odgrywają kąpiele ludowe, mieszkarnia higieniczne dla robotników im. WAWELBERGA, instytut higieny dziecięcej bar. LENVALA, ogrody RAUA, oraz najmłodsza z tych instytucji t. z. „Kropla mleka“ utworzona w Warszawie i Łodzi. Dla zamożnych chorych gruźliczych powstało w końcu 1902 r. sanatorium w Zakopanem, pozostające pod umiejętnem kierownictwem małżonków DEUSKICH, założone z wielkim nakładem przez kapitalistów polskich w celu uchronienia naszych chorych od potrzeby szukania zdrowia w cudzych krajach,

a urządzone pod każdym względem wzorowo. Tym sposobem do istniejących już: uzdrowiska letniego w Sławucie i sanatorium Otwockiego — przybyło nam pierwsze sanatorium górskie.

W roku bieżącym zawiązuje się Towarzystwo przeciwgruźlicze Warszawskie, od lat kilku projektowane przez prof. BARANOWSKIEGO, drów DUNINA i SOKOŁOWSKIEGO i im też zawdzięczające swe powstanie. Cele tego Tow. są bardzo rozległe i obejmują niemal wszystko, co możemy dziś przejść w walce z gruźlicą: zakładać więc ono może sanatoria dla suchotników, oraz dla dzieci gruźlicznych i zolizowanych; zakładać kolonie rolnicze dla chorych, opuszczających sanatoria, ambulatoria bezpłatne dla leczenia gruźliczych chorych, po miastach; zamierza opiekować się rodzinami chorych, znajdujących się w zakładach Towarzystwa; będzie pobudzać do pracy naukowej nad gruźlicą i popierać ją, starać się o zapobieganie szerzeniu się gruźlicy i t. d. Widzimy więc, że są to zadania bardzo szeroko zakresłone i bardzo poważne, to też nie wątpimy ani na chwilę, że każdy, kto odczuwa obowiązki społeczne przystąpi bez wahania do tego Towarzystwa, albowiem z gruźlicą, jako wrogiem powszechnym, powinni walczyć wszyscy, aby walka mogła być rzeczywiście skuteczną.

Szerokie reformy w dziedzinie higieny społecznej, częściowo jedynie przeprowadzone zostały w Warszawie, która, uzyskawszy wodociągi i kanalizację, zdołała wykazać ogólne zmniejszenie się śmiertelności, jak również zmniejszenie się śmiertelności z gruźlicy. Tak, według statystyki dr. POLAKA⁴⁵⁾, który zebrał dane, dotyczące się śmiertelności z suchot płucnych w Warszawie od r. 1877 — 1899 włącznie, gdy w pierwszych 4-ach latach tego okresu śmiertelność z suchot wahała się w granicach od 401 — 430 na 100 tys. mieszkańców, w ostatniem rozpatrywaniem czterolecia zmniejszyła się bardzo znacznie, wynosiła bowiem 215 — 248 na 100 tys., t. j. spadła poniżej przeciętnej śmiertelności z gruźlicy, wynoszącej 3 na tysiąc.

[C. d. n.].

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne dnia 28 marca r. b.

I. BORZYMOWSKI przedstawił: 1) rzadki okaz guza sieci, wielkości dwóch głów dorosłego człowieka, wyjęty u 18-letniej dziewczyny, której przed dwoma laty usuwano już guz, przeszło 20 funtów ważący, z części kiszki grubej.

2) Komplet patronów i kul, używanych przez armię rosyjską w teraźniejszej i tureckiej kampanii, przez armię niemiecką i japońską, oraz kule dum - dum, express i kilka wyjętych w ostatnich tygodniach w klinice szpitala Ś-go Ducha.

3) Uproszczony sposób podawania szczepczyków hemostatycznych, wprowadzony przez B. w klinice szpitala Ś-go Ducha. Sposób ten polega na tem, że operator ma na śródreżu lewem opaskę gumową, pod którą trzyma sześć szczepczyków podczas operacji.

4) B. przedstawił chłopca 15-letniego ze zmiażdżoną stopą, któremu usunął wszystkie kości metatarsalne przed pół rokiem; stopa jest znacznie krótsza od zdrowej, nie straciła jednak swego kształtu i chory o kiju chodzi, nieznacznie kulejąc.

II. BARTKIEWICZ przedstawił okaz raka u królika; raka tego otrzymał przez, zaszczerpienie tkanki rakowatej ludzkiej na wątrobie zwierzęcia. Wynik dodatni po szczepieniu, rozrost guza i przerzuty udało się osiągnąć prawie we wszystkich doświadczeniach. Tkanekę rakowatą stwierdzają preparaty drobnowidzowe.

III. KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek częściowego porażenia splotu barkowego typu Erb'a.

Chory, lat 34, został uderzony ostrem narzędziem w kark po lewej stronie piętego kręgu szyjowego. Wyjście rany tuż po lewej stronie krętni, znaczna utrata krwi. Rana po kilku tygodniach zagoiła się, zaraz jednakże po wypadku wystąpiły następujące objawy: chory nie może podnosić lewej ręki w ramieniu do góry, odprowadzać jej ku zewnątrz, nie może wykonywać w lewym ramieniu ruchów rotacyjnych, nie może zginać przedramienia, zwracać przedramienia i kiści ku górze (*supinatio*). Zdolność rozginania przedramienia zachowana, choć nieco osłabiona, osłabiona także *pronatio*. Pozostałe ruchy u lewej kiści są zachowane. Porażone zatem zostały następujące mięśnie: *mm. supraspinatus, infraspinatus, teres minor, subscapularis, teres major, deltoideus, biceps, brachialis internus, coracobrachialis, supinator longus et brevis*, w mniejszym stopniu — *m. triceps* i *pronator teres*. Wszystkie powyższe mięśnie uległy zanikowi, wystąpiła reakcja zwyrodnienia, stwierdzono brak pobudliwości na dotyk, ból i ciepło w obrębie zewnętrznej części ramienia, środkowej przedniej części ramienia i górnej środkowej przedniej części przedramienia.

Uległy zatem porażeniu następujące nerwy: *nn. supraspinatus, subscapularis, axillaris, musculocutaneus* i pewne gałązki *n. radialis* i *n. mediani*.

Porażenie tak różnorodnych gałązek pni nerwowych w lewej kończynie górnej objaśnić można jedynie, przyjąwszy w danym przypadku porażenie górnej części splotu barkowego typu Erb'a. Rokowanie niepomyślne.

IV. Trzciński T. wygłosił rzecz: „O zapobieganiu sprawom parasyfilitycznym“. Autor na wstępie zaznaczył, że pogląd FOURNIER'a o ścisłym związku przyczynowym między wiałem a uprzednio przebytym przymiotem, zyskał już dziś ogólne uznanie klinicystów. Oprócz dowodów, czerpanych ze statystyki, na korzyść tego zapatrywania świadczą liczne obserwacye kliniczne. Co się tyczy paraliżu postępowego, to tu oprócz infekcyi przymiotowej grają rolę: dziedziczność, nadużycia, przewlekłe zatrucia i długotrwałe, a ciężkie traumaty moralne. Jest rzeczą niezmiernie ważną, dlaczego jeden syfityk ulega cierpieniom parasyfilitycznym, inny zaś nie. Autor od lat wielu zwracał uwagę na przebyte leczenie specyficzne w przypadkach parasyfitysu z notorycznym przymiotem w anamnezie i zawsze mógł stwierdzić niedostateczną kuracyę przymiotową w początkowych okresach. Ze staranne i długotrwałe leczenie wczesnego syfitysu zabezpiecza od parasyfitysu w późniejszym okresie, dowodzą historye 30-u leczonych przez autora syfityków, którzy od lat 16-u do 11-u są w ciągłej jego obserwacyi, i do obecnej chwili są wolni od wszelkich podejrzanych w tym kierunku objawów. Autor sądzi, że pod tym względem minął już dla tych chorych termin prekluzyjny. Podobnie na czas występowania parasyfitysu zapatruje się i FOURNIER, uzbrojony w wyniki obserwacyi 2600 przypadków wiału. Autor kończy postawieniem kategorycznego postulatu, że normalna kuracyi przeciętnej postaci wczesnego przymiotu zawiera w sobie 7 — 8 okresów wcierań, że lekceważenie sobie tego wymagania pociąga za sobą możliwości parasyfitysu w późniejszym życiu chorego.

Ign. Landstein.

Wiadomości bieżące.

— Wobec grożących nam epidemii ze Wschodu (cholery) i z Zachodu (nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych), dla których rozwoju głód i nędza—tak rozwiemożnione obecnie w kraju naszym—wytwarzają najodpowiedniejsze podłoże, nieodzownem jest wspólne porozumienie się lekarzy z Królestwa w celu omówienia środków zapobiegawczych i metody racjonalnego postępowania. Jedynym sposobem skutecznego załatwienia tej naglącej, a ważnej sprawy byłoby zwołanie wiecu lekarzy w Warszawie w jak najkrótszym czasie. Towarzystwo Hygieniczne tutejsze z założenia swego powinno ująć tę sprawę w swe ręce. Nie wątpimy, iż koledzy z prowincyi tłumnie przybyliby do Warszawy celem wzięcia udziału we wszechstronnem rozważeniu jednej z najważniejszych obecnie spraw społecznych.

— „Wracz“ w Nr. 13 podaje, iż według posłuchów, zarządzającym oddziałem chirurgicznym w nowym miejskim szpitalu dziecięcym w Petersburgu został wybrany drogą konkursu prof. uniwersytetu Warszawskiego W. W. MAKSIMOW. [Prof. M. jest obecnie naczelnym lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie].

— Izba deputowanych w Brukseli 127 głosami przeciw 5-u zawotowała prawo, zabraniające wyrobu, wwozu, kupna i sprzedaży absyntu.

— Przed rokiem obszernie mówiliśmy [№ 14 Gaz. Lek. z 1904 r.] o promieniach N, wykrytych przed dwoma laty przez prof. BLONDLOT'a z Nancy. Zdawało się, iż sekret transmisji nerwowych zostanie wyjaśniony, gdyż prof. CHARPENTIER i BRISSAUD mieli stwierdzić, iż i ośrodki nerwowe są także źródłem tych promieni N i to tem obfitszem, iż czynność układu nerwowego jest żywsza. Naturalnie, iż mnóstwo fizyków, fizyologów i t. d. wzięło się do sprawdzania entuzyastycznych twierdzeń pierwszych eksperymentatorów, a że wyniki ich były różne, czasem wręcz przeciwne jedne drugim, redakcja „*Revue scientifique*“ w listopadzie r. z. odwołała się do profesorów fizyki wszystkich uniwersytetów francuskich. Wynik tej ankiety był zabójczy dla promieni N, gdyż ani jeden z badaczy nie mógł się przekonać o ich istnieniu. Kwestję tę wiernie odzwierciadla odpowiedź prof. MONODER'a z Lyonu, przedrukowana w Nr. 14 tygodnika „*Lyon médical*“ pod nagłówkiem „*Oraison funèbre des rayons N*“ z „*Revue scientifique 19 novembre. 1904*“, w której powiada on, „iż miłość prawdy zmusza go otwarcie do odpowiedzi, iż promienie N nie istnieją“. Wątpliwe dlań jest, dla czegoby tylko 6-u eksperymentatorów z Nancy „posiadało wrażliwość siatkówki dość znaczną, aby zobaczyć to“, co okazało się nieuchwytnie dla setek fizyków i fizyologów z Francji, Anglii, Niemiec, Włoch i t. d. Zdaniem M. „les expérimentateurs nancéiens se sont laissés induire en erreur, tantôt pour n'avoir pas su se mettre suffisamment à l'abri de l'action des rayons calorifiques obscurs, tantôt pour ne pas s'être défié de l'intervention de ce que Helmholtz a appelé la lumière propre de l'oeil — lumière que j'ai attribuée à une opto-vibrescence de la rétine, comparable à une sorte de phosphorescence subjective, et qui m'a servi à édifier une théorie entièrement physique des images consécutives—d'autres fois enfin, pour avoir négligé quelque cause latente d'inexactitude“. Nad tymi więc promieniami N, jak je ktoś nazwał „*rayons de la suggestion*“, trzeba zaśpiewać: *Requiescant in pace!*

Доввол. Ценазурою Варшава, 7 апрѣля 1905. Druk K Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

W SZPITALACH PARYŻKICH I SZPITALACH MINISTERJUM MARYNARKI FRANCJI

*Referat Akademii Naukowej, Medycyny i
Biologicznego Towarzystwa w Paryżu.*

OVO-LÉCITHINE BILLON

JAJECZNY LECYTIN BILLON

zażywa się przy
**NEURASTENII,
ZNUŻENIU, BŁADACZCE,
ANEMII, REKONWALESCENCJI i STAROŚCI.**

KĄPIELE MORSKIE LIBAWA

Najskuteczniejsze kąpiele na pobrzeżu morza Bałtyckiego. Najnowszy Zakład kuracyjny **Z ODDZIAŁEM HYDROTHERAPII**, również z kąpielami morsko-elektrycznymi, kwasowęglowymi i różnymi medycznymi, otwarty przez ciąg roku. Podczas sezonu letniego także kąpiele błotne, siarczane i szlamowe.

Broszury i prospekty kąpeli Bałtyckich Libaw udziela bezpłatnie Zarząd miejski.

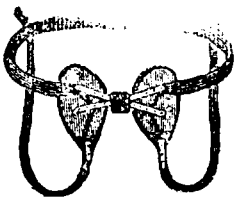
MATTONIEGO

GISSHÜBLER

naturalna
alkaliczna
SZCZAWA ŹDROJOWA

Najlepszy napój
dyetetyczny i
orzeźwiający.

Medal srebrny 1890 r.



Bandaż.

FABRYKA NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

BANDAŻY oraz Brzytew oryginalnych Angielskich,
Szczyrów i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

BIELAŃSKA 9, Hotel Paryżki w Warszawie.

Wielki wybór wszelkich Narzędzi Chirurgicznych i Bandaży, prętem
przyjmuje się reparacje w zakres fabryki wchodzące, po cenach
najtańszych.

Rok II

GINEKOLOGIA

Rok II

miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i płożnictwu wychodzi w Warszawie
przy udziale najwybitniejszych sił fachowych polskich.

Przedpłata roczna rb. 6, Marek 12; Koron 15.

Redaktor D-r Czesław Stankiewicz.

Adres redakcyi: Złota 3, w Warszawie.

Zeszyt okazowy na żądanie.



Duotal

W ustroju, t. j. dwa razy tyle co inne preparaty, naśladujące duotal. Nie posiada działania żrącego i trującego; przyjmują i znoszą go nawet najbardziej wrażliwi chorzy. Doskonały środek w gruźlicy płuc i chronicznych cierpieniach dróg oddechowych. Antyseptyk kiszkowy w tyfusie i w katarach jelit.

Salocred

Ciecz łącząca w sobie działanie salicylu i kreozotu. Do pędzlowania w róży twarzy, zapaleniu gruczołów chłonnych, w obrzmieniu gruczołów.

Calodal

Przetwór mięsny do odżywiania podskórnego i przez odbytnicę po ciężkich operacjach i t. d., per os jako środek odżywczy.

Prób i literatury udziela

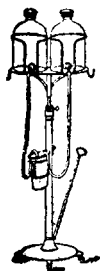
Fabryka Chemiczna von Heyden'a, Radebeul — Drezno lub przedstawi-
ciel na Królestwo Polskie, Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w Warszawie

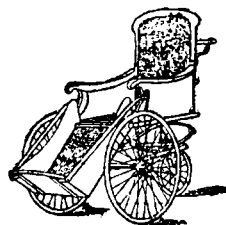
Fabryka ulica Ciepła Nr. 12



Irygator.

agazyny

Warszawa, ul. Grzybowska N. 19.
Petersburg, ul. Morska N. 15.
Moskwa, ul. Wielka Łubianska,
d. Tow. Ubezp. „Rossya“,



Fotel dla chorych.

POLECA:

25—1

PRZEDMIOTY DO NOWOCZESNYCH URZĄDZEŃ SZPITALI
SAL OPERACYJNYCH ORAZ GABINETÓW LEKARSKICH,

a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flasz-
kami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują
wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19
Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis i franco na żądanie.