

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Autoskopia krtani i tchawicy podług A. Kirsteina Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne. Skreślił T. Heryng. (Ciąg dalszy). — O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia, podał d-r med. H. Higier. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** 34. O prześwietlaniu żołądka. — Notatki bibliograficzne. — Dwaj Jubilaci. Prof. Włodzimierz Brodowski. Prof. Marcell Nencki. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r T. Heryng—L'autoscopie du larynx et de la trachée d'après Mr. Kirstein. Le développement, la technique et la valeur diagnostique de la méthode. 2) D-r H. Higier—Sur des formes rares de maladies héréditaires et familiales du cerveau et de la moelle épinière.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r T. Heryng—Die Autoskopie des Kehlkopfes und der Trachea nach A. Kirstein; ihre Entwicklung, Technik und diagnostische Bedeutung. 2) D-r H. Higier — Ueber seltene Gestalten hereditärer Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

AUTOSKOPIA KRTANI I TCHAWICY

podług A. Kirsteina.

Jej rozwój, technika i znaczenie dyagnostyczne.

Skreślił **T. HERYNG.**

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 11).

Przechodząc teraz do samej techniki autoskopii, trzeba przyznać słusność KIRSTEIN'owi, że wymaga ona zupełnie specjalnej wprawy.

Przekona się o tem każdy, kto sam sprobuje badać tą metodą.

Gdy się pierwsze trudności przewycięży, wahania początkowe i niepewność ręki opanuje, wprawa przychodzi stopniowo i rękoczyn staje się niemal odruchowy.

Wkrótce przekonamy się, że wynik zależy nie tylko od naszej wprawy, ale od wrażliwości i od zachowania się chorego, a przedewszystkiem od budowy nasady języka, położenia nagłośni i ukształtowania szyi. Tylko mała część chorych nadaje się do tej metody badania. Lecz o tem pomówimy później.

Pierwszą zasadą badania jest odpowiednie położenie chorego.

Chory siedzi na krześle bez poręczy, tułów nieco pochylony ku przodowi z głową lekko uniesioną w górę, tak aby linia podbródka i szyi stanowiła kąt rozwarty. Szyja powinna być uwolniona od ucisku kołnierzyka lub zbyt ciasnego ubrania.

Lekarz stoi przed chorym, bierze autoskop w prawą dłoń, przyciska kontakt i oświetlając gardziel, wprowadza go w ten sposób, aby koniec zaokrąglony szpatla leżał pomiędzy dołkami bocznymi nasady języka (*valleculae*).

W tem położeniu język cały wraz z nasadą jest uciśnięty. Unosząc rączkę ku górze tak, aby nasadka metalowa autoskopu dotykała górnych zębów, wywieramy ucisk na więz języko-nagłośniowy, przyczem nagłośnia odchyła się ku przodowi.

Nie wystarcza to jednak do uzyskania zupełnego obrazu głębokich części krtani.

Aby go otrzymać, musimy koniecznie nie tylko wywrzeć ucisk na nasadę języka, ale i starać się język wysuwać szpatlem ku przodowi (ku zębom).

Ruch więc jest właściwie podwójny, złożony, ku dołowi i od wewnątrz ku zewnątrz.

Gdy zobaczymy nagłośnię odchyloną i czubki chrząstek nalewkowych, żądamy od chorego, aby spokojnie i głęboko oddychał.

Stopniowo, w miarę oswojenia się chorego z uciskiem i drażnieniem, jakie szpatel wywiera, mięśnie gardzielowe, z początku odruchowo skurczone, zwalniają swoje napięcie.

To samo ma miejsce z mięśniami zewnętrznymi krtani i z szyjowymi bocznymi (*sterno-cleido-mast.*).

Patrząc przez szparę nasadki wzdłuż szpatla, ogarniamy okiem coraz głębsze części zarówno krtani jak i tchawicy w naturalnem ich położeniu, w naturalnem ich ukształtowaniu i właściwej ich barwie.

Wrażenie jest w istocie zdumiewające. Rzecz szczególna, że obraz zupełnie nie jest podobny do tego, jaki nam wykazuje lustro krtaniowe.

Podaję tu kilka uwag ułatwiających autoskopowanie u chorych, badanych po raz pierwszy.

1) Zęby sztuczne trzeba usunąć; 2) ucisk wywarty na język i na zęby górne nie powinien być tak silny, aby stał się bolesny; 3) ruch wysuwający język ku przodowi i unoszący nagłośnię powinien być kontrolowany okiem, szpatel zaś koniecznie musi leżeć na środku języka; 4) baczyć trzeba przy pierwszym wprowadzeniu, aby koniec szpatla nie znalazł się za nagłośnią, lecz żeby leżał przed nią.

Wszystkie tu wspomniane wskazówki nie powinny odstraszać lekarza od śmiałego i szybkiego wprowadzenia narzędzia.

KIRSTEIN pokazywał mi wewnątrz krtani i tchawicy aż do jej rozdwojenia i to u osób pierwszy raz badanych tą metodą w ciągu kilku sekund.

KIRSTEIN przy stosowaniu autoskopu wyróżnia trzy położenia:

1) *Pharyngoscopia*. Naciskamy szpatlem język w zwykły sposób i oglądamy jamę ustną i *partem oralem pharyngis*.

2) *Pharyngoscopia profunda*. Wzdłuż nasady języka posuwamy szpatel aż do więzu środkowego nagłośni, wywierając przy tem ucisk na nasadę języka. Widzimy wtedy całą nagłośnię, t. j. jej przednią powierzchnię, więz języko-nagłośniowy średni, obydwie *valleculae* i tylną ścianę gardzieli. Nie-

kiedy można także widzieć szczyty chrząstek nalewkowych z *sinus pyri-formes*.

3) *Autoscopia laryngis et tracheae*. Aby uzyskać obraz głębokich części krtani i tchawicy podnosimy rączkę autoskopu aż do zębów górnych, które opierają się wtedy o metalową nasadkę. Dalsze szczegóły badania podałem powyżej.

Uzupełniam je jeszcze podaniem faktu bardzo ciekawego, a mianowicie spostrzeganego przez KIRSTEIN'a tętnienia aorty w głębi tchawicy.

Muszę przyznać, że KIRSTEIN posługuje się z nadzwyczajną zręcznością swoją metodą i to zarówno prawą jak i lewą ręką.

Wprawienie tej ostatniej do badania jest konieczne dla każdego, kto z autoskopii chce nie tylko dla dyagnostyki, lecz i terapii *resp.* chirurgii krtani rzetelne odnieść korzyści.

Badanie autoskopem przyczyniło się do zwalczenia przesądu silnie zakorzenionego a mianowicie, jakoby wogóle nasada języka niezmiennie była czuła na dotyk.

Prawda, że nie znosi ona lekkiego drażnienia, znosi jednak wybor- nie ucisk wywarty pewną, do indywidualnej wrażliwości chorego stosującą się ręką.

Są osoby, u których drażliwość organów w jamie ust położonych jest czemś więcej, niż „*nausea mentalis*“ histeryczek, ludzi wyczerpanych fizycznie, lub osobników pozbawionych woli. U takich „spray“ 10%-go roztworu kokai- ny, stosowany przez kilkanaście sekund wzdłuż języka aż do jego nasady, znosi ruchy zwrotne i umożliwia dokładne zastosowanie nowej metody.

Ujemne strony autoskopii, pominąwszy już wzmiankowaną różnorodną wrażliwość osób badanych, są następujące: 1) względnie wysoka cena auto- skopu (około 30 rs.); 2) trudności (specjalnie u nas) znalezienia stałego źródła elektryczności wobec braku t. zw. stacyi elektrycznych centralnych, a więc konieczna potrzeba użycia akumulatorów (znów wydatek rs. 60-ciu). Ujemną stroną jest również konieczność bezpośredniego zbliżania twarzy do ust chore- go i narażanie się na oplucie, gdy chory się zakrztusi lub odkaslnie.

Lekarze noszący okulary zmuszeni są często wycierać szkła z powodu osadzania się na nich pary wodnej.

Przechodzę teraz do bardzo ważnej sprawy, t. j. o ile autoscopia wogó- le zastosowana być może u wszystkich chorych i na czym polega indywidu- alna możliwość autoskopowania rozmaitych osobników.

Rozdział ten w bardzo bystry sposób opracował KIRSTEIN, wykazując na rysunkach, które tu podajemy, wytyczne punkty swojej metody. Przy- patrzymy się figurze 3, nakreślonej szematycznie.

Połączmy punkt O , t. j. środek szczęki górnej z punktem szczytowym nasady języka (linia OZ), wyprowadźmy z tegoż punktu linię idealną do przedniego kąta strun głosowych (OC) i połączmy punkt C z punktem Z , a otrzymamy trójkąt ZOC .

W tym trójkącie wielkość kąta d stanowi miarę przemieszczenia języka a tem samem i możliwości autoskopowania danego osobnika.

Na figurze 4 widzimy szematycznie, w jaki sposób, przy odpowiednio założonym autoskopie, nasada języka została ku dołowi zepchnięta, a nagło- śnia odchylona ku przodowi.

Na obydwóch rysunkach położenie głowy odpowiada położeniu chorego autoskopowanego.

Z powyższego wynika, że możliwość autoskopowania danej jednostki jest wielkością stałą.

U dorosłych KIRSTEIN oznacza stosunek osobników zdolnych do autoskopii, u których widzieć można całą tchawicę aż do jej rozdziwienia, na 25%. Przyznaje jednak, że nie u wszystkich można widzieć przedni kąt strun głosowych.

Drugą grupę, wynoszącą 25% do 50%, stanowią osobniki, u których przy autoskopii widzieć można całą tylną ścianę krtani i górny odcinek tchawicy.

U pozostałych 25% widać tylko nagłośnie, albo tylko czubki chrząstek nalewkowych.

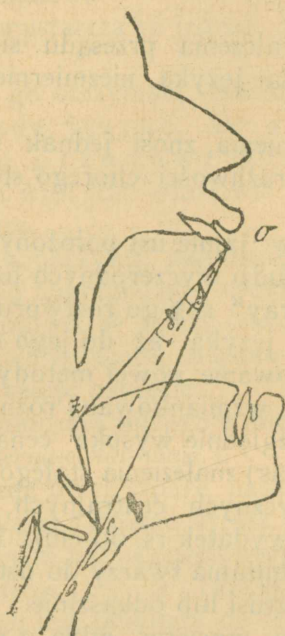


Fig. 3.

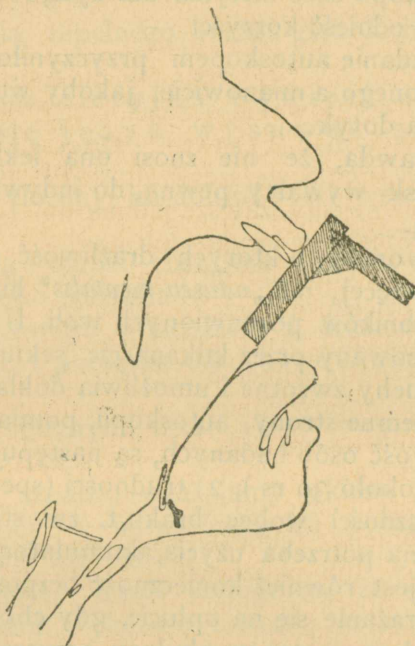


Fig. 4.

Podane przez KIRSTEIN'a liczby nie mogą mieć pretensyi do ścisłości.

Przejdźmy teraz do porównania wyników badania autoskopem z laryngoskopią.

Porównanie wypadnie na niekorzyść nowej metody.

KIRSTEIN sam przyznaje, że laryngoskopia przez autoskopie nigdy wyrugowana być nie może.

Autoskopia będzie w niektórych przypadkach ułatwieniem i uzupełnieniem badania krtani, szczególnie zaś tylnej jej ściany i tchawicy. Wszelkie szczegóły anatomiczne łatwiej nam badać wprost, t. j. autoskopem, aniżeli lusterkiem.

W niektórych cierpieniach nasady języka, np. przy owrzodzeniach gruczołowych lub przymiotowych, przy nacieczeniu gruczołem nagłośni, założenie szpatla autoskopu jest bardzo bolesne, czasami wprost niemożliwe.

Również źle znoszą go osoby skłonne do wymiotów, o drażliwej nasadzie języka, histeryczki, lub osobniki z chronicznym, przerostowym cierpieniem gardzieli, alkoholiści, osobniki z pełnokrwistością ogólną i brzuszną.

W niektórych razach można ułatwić sobie założenie szpatla przez zniesienie kokainą. Czasami jednak i ten środek zawodzi.

Wogóle metoda ta jest dla chorych o wiele przykrzejsza skutkiem ucisku szpatlem, aniżeli badanie lusterkiem.

Przy badaniu ruchów strun głosowych, laryngoskopia ma przewagę, ponieważ przy wprowadzeniu autoskopu mięśnie zwieracze krtani pomimo woli stają się czynne i zbliżają struny nieco do siebie.

Dziwi mnie tylko, że porównując swoją metodę z laryngoskopią, zapomniał KIRSTEIN o ważnej korzyści lusterka krtaniowego a mianowicie, że pozwala ono przez skośne ustawienie widzieć boczne części krtani, t. j. zatokę MORGAGNI'ego, co przy autoskopii jest niemożliwe. Najważniejszą zaletą nowej metody jest możliwość dokładnego obejrzenia tylnej ściany krtani i całej tylnej powierzchni tchawicy aż do jej rozdwojenia. Metodą KILIAN'a ani w części tak dokładnych obrazów otrzymać nie zdołamy.

Fotografowanie obrazu krtani zapomocą autoskopu również z łatwością da się wykonać (FLATAU). Dzieci dają się także badać autoskopem, ale użyć musimy szpatla węższego, długości około 12 ctm. Niekiedy wypadnie nawet użyć pewnej siły, zawsze jednak należy być w badaniu oględnym, aby nie pokaleczyć nasady języka lub nagłośni.

Dzieci chloroformowane badać można z największą łatwością. Należy ułożyć dziecko na brzegu stołu, ze zwieszoną głową, podtrzymywaną przez ręce asystenta. Autoskop bierze się w lewą rękę, w odwrotnem położeniu, t. j. koniec szpatla winien być zwrócony ku dołowi, a nasada narzędzia do mostka.

Po odpowiednim założeniu przyrządu widać całe wnętrze krtani, którą można wtedy łatwo katetyzować, lub wprowadzać do niej rurki O'DWYER'a.

Przechodząc do możliwości operowania zapomocą autoskopu, łatwo pojąć, że drobniejsze rękoczyny, jako to: wstrzykiwanie płynów, wdmuchiwanie proszków, lub pędzlowanie krtani najmniejszych nie przedstawia trudności. Co do operacji chirurgicznych, nie ulega wątpliwości, że wszystkie niemal rękoczyny, dotychczas w krtani dokonywane, przy pomocy autoskopu wykonać się dają.

Najlepszym dowodem jest wycięcie polipa strun głosowych, uskutecznione przez KIRSTEIN'a 26 października w 1896 r.

Naturalnie, że autoskop kierowany być musi lewą ręką, a nasadka metalowa powinna być jaknajwyższa (9 mm.), aby wprowadzone przez nią narzędzie swobodnie poruszać się mogło.

Narzędzia wynalezione przez KIRSTEIN'a do operacji autoskopowych, mają postać narzędzi używanych do operacji w nosie. Długość ich od kółka aż do końca wynosi 20 ctm. Dla tchawicy muszą być one jeszcze dłuższe.

Są to wogóle te same narzędzia, jakich dotychczas używaliśmy w chirurgii wewnątrzkrtaniowej. Stanowią je: pętla, kleszczyki tępe i ostre i łyżeczka ostra.

Dodajmy do tego zgłębnik, strzykawkę krtaniową, halter do tamponików i rączkę KRAUSE'go, a wyczerpaliśmy cały arsenał narzędzi autoskopowych.

Dla chirurgii tchawicy otwiera się teraz nowe pole.

Pomijając możliwość wstrzykiwania zapomocą odpowiedniej strzykawki płynów leczniczych wprost do prawego lub do lewego oskrzela, pomijając ułatwienie w wykrywaniu i wydobywaniu ciał obcych, znajdujących się w drogach oddechowych, w usuwaniu nowotworów, w leczeniu zwężeń krtani, wkraczamy na nową, jak się zdaje, wielce obiecującą drogę.

Podałem powyżej może nawet zbyt obszernie zasady autoskopii, jej technikę, stopniowe udoskonalenia, zalety i wady.

Większość kolegów, nawet po nabyciu pewnej, ich zdaniem dostatecznej wprawy, doszła do wniosku, że autoskopia nie daje się stosować z zupełnem powodzeniem u tak znacznej liczby osób, jak to utrzymuje KIRSTEIN.

Przypatrzmy się na przykład wywodom Edmunda MEYER'a, ogłoszonym w „Allgemeine Medicinische Centralzeitung“ (Nr. 100). Zaznacza on na wstępie, że metodę tę stosował u 500 chorych. Pierwszych 200 chorych badał li tylko dla nabycia wprawy. Pozostałych 300 przypadków służyło mu jako materiał obserwacyjny do oceny wartości metody. Tylko 25 razy otrzymał on dokładny obraz głębokich części krtani i tchawicy, (a więc 8,3%), dokładny zaś obraz krtani z wyjątkiem przedniego końca strun uzyskał u 10% chorych. Autoskopia nie udawała się zupełnie u 13,6% chorych.

Dalszych wywodów MEYER'a nie podaję w tem miejscu, ponieważ artykuł, o którym mowa, streszczony już został przez kolegę SREBRNEGO w N. 2 „Medycyny“ r. z.

(D. n.).

O rzadkich postaciach dziedzicznych i rodzinnych chorób mózgu i rdzenia.

Podał D-r med. **H. HIGIER.**

(Ciąg dalszy—Zob. N. 11).

Przypadku SCHULTZE'go ²⁹⁾, umieszczanego przez większość autorów w grupie rodzinnego porażenia spastycznego, nie uważam za właściwe zaliczyć do pomienionego rzędu, sprawa bowiem nie dotyczyła cierpienia rodzinnego, rozwiniętego na tle dziedzicznym: są to, po prostu, trzy przypadki choroby LITTLE'go wywołane przez długotrwały i ciężki poród; 4-ty brat, którego poród odbył się prawidłowo, był zdrow. Obok spastycznego porażenia obustronnego kończyn dolnych u wszystkich 3-ch sióstr istniał zez.

Analogiczne ze spostrzeżeniem SCHULTZE'go przypadki rodzinne spotykamy już u LITTLE'ego, w odczycie RUPPRECHT'a, w ciekawej rozprawie NAEF'a, u FEER'a, OSLER'a i FREUD'a. Większość przypadków „rodzinnych“, opisanych przez tych autorów, wykazuje obok spastycznego porażenia obustronnego objawy mózgowe, czyniące prawdopodobnem rozpoznanie diplegii, powstałych bądź jeszcze w macicy, bądź podczas nieprawidłowego porodu wskutek krwotoku opuszkowego, rdzeniowego lub mózgowego.

Trudniejsze do orzeczenia są ogłoszone przed niedawnym czasem spostrzeżenia TOOTH'a, PRIBRAM'a i NEWMARK'a, w których cierpienie rozwinęło się nie w pierwszych latach życia.

TOOTH ³⁰⁾ opisuje 4-ch braci, wszystkich z objawami spastycznego porażenia obustronnego kończyn dolnych. Dwaj starsi (29 i 27 lat) zachorowali w 15-ym roku, trzeci w 10-ym, 4-ty, jak się zdaje, po ciężkiej płonicy

²⁹⁾ SCHULTZE. Deut. med. Wochenschr. 1889.

³⁰⁾ TOOTH. St. Bartholomeus-Hospital Reports. T. XVIII. Refer. w Neur. Ctb. 1892.

w 4 - ym roku życia. We wszystkich tych przypadkach obok porażenia spastycznego stwierdzono jąkanie, mowę powolną oraz osłabienie zwieraczy, a w jednym—mimowolne śmianie się i ślinotok. Drgawek, bezładu, zaburzeń w sferze umysłowej i czuciowej nie było. TOOTH rozpoznaje „pierwotne stwardnienie pęczków bocznych“, pomijając zupełnie osłabienie zwieraczy, zaburzenia mowy i śmiech mimowolny.

Do „rodzinnego stwardnienia dróg piramidalnych“ zalicza również PRIBRAM 2-ch braci, przedstawionych przezeń na zjeździe neurologów w Pradze czeskiej³¹⁾. U obu cierpienie wystąpiło w 12-ym roku życia. U starszego, którego choroba rozpoczęła się od rozlanych bólów, spostrzegano objawy spastyczne ogólne, skrzywienie przednie kręgosłupa w części lędźwiowej, chód przypominający „steppage“ przy porażeniu mięśni strzałkowych, mowę utrudnioną, powolną, mimowolne grymasy, przymusowe wysuwanie języka w rozmowie, lekki stopień przytępienia umysłowego. U młodszego, 22-letniego chłopca bólów i objawów „mózgowych“ nie było, natomiast wyraźniejsze były objawy spastyczne, wzmożenie odruchów i skrzywienie kręgosłupa.

Obraz kliniczny w przypadku PRIBRAM'a jest, jak widzimy, zbyt złożony, ażeby bez wahania rozpoznać pierwotne stwardnienie dróg piramidalnych rdzenia, przeważają w nim bowiem niewątpliwie obok pierwiastków klinicznych amyotrofii neuralnej HOFFMANN'a (*type peroneal*) objawy „diplegii mózgowej“.

Zupełnie odmiennie brzmi rozpoznanie NEWMARK'a³²⁾ w jego dwóch grupach rodzinnych, bardzo zbliżonych do przypadków ERB'a i KRAFFT-EBING'a. W jednej rodzinie, której genealogię dla łatwiejszego zrozumienia stosunku dziedziczno-rodzinnego podajemy niżej, sprawa dotyczyła dwóch sióstr (15-to i 5-io letniej), u których w 2-im roku życia zaczęło rozwijać się spastyczne dolne porażenie obustronne. Wywiady nie wykryły ani urazu przy porodzie, ani drgawek. Ręce, oczy, mowa i rozwój umysłowy pozostały nietknięte. Odruchy wszędzie wzmożone. U matki starszej siostry i ciotki odruchy również bardzo żywe. Syn tej ostatniej był dotknięty wrodzonym porażeniem połowicznym.

Dziadek zdrow.		Babka głucha, rozwój umysłowy upośledzony.	
Córka — wzmożone odruchy.		Córka — wzmożone odruchy.	Syn zdrow.
1) Zdrowa.		1) Nieżywo urodzone.	3-e zdrowych dzieci
2) Wzmóż. odruchy.		2) <i>Hemiplegia bilateralis congen.</i>	
3) <i>Parapleg. inf. spast.</i> (rozpoczęte w 15-ym miesiącu życia.		3) Nieżywo urodzone.	
4) <i>Parapleg. inf. spast.</i> (rozpoczęte w 15-ym miesiącu życia.		4) Wzmożenie odruchów.	
		5) Nieżywo urodzone.	
		6) Wzmożone odruchy.	
		7) Zdrowe.	

W drugiej rodzinie, opisaney przez NEWMARK'a, gdzie u matki znaleziono patologicznie wzmożone odruchy, z 8-ga żywych dzieci 3-ch starszych synów (16, 14 i 13 lat) miało typowe obustronne porażenie kończyn dolnych, rozpoczęte w 14, 7 i 9-ym roku życia.

³¹⁾ Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien, stattgefunden am 4 October 1895 in Prag. Neurol. Centr. 1895.

³²⁾ NEWMARK. Americ. Journ. of the medic. Scien. 1893 (Odbitka).

Ręce były niezajęte, stopień rozwoju umysłowego umiarkowany. Innych zaburzeń mózgowych nie było. U 5-iu pozostałych siostr stwierdzono, tak jak u matki, wzmoczenie odruchów ścięgnistych, u dwóch nadto—chód niepewny. Porody odbywały się prawidłowo; w linii wstępującej nie wykryto żadnej skłonności do chorób.

Kilkakrotne wystąpienie porażenia spastycznego w jednej i tej samej rodzinie od najlżejszej postaci, klinicznie zdradzającej się jedynie wzmocnieniem odruchów, aż do najcięższej odmiany, przebiegającej jako porażenie obustronne, dowodzi, zdaniem NEWMARK'a, stanowczo skłonności wrodzonych. Mówi on wprost o „usposobieniu spastycznym“, szukając tła ciężkich spastycznych porażen obustronnych w zajęciu zawojów mózgowych lub w porencephalii okolicy ruchowej kory. Czem jednak *porencephalia* mogła być wywołana, tego autor nie objaśnia, co zresztą powtarza się w większości przypadków, gdzie brak danych etyologicznych. NEWMARK wspomina raz wprawdzie o przymiocie u ojca, innym znów razem o długotrwałym porodzie, obydwa te jednak czynniki nie mogą mieć żadnego rozstrzygającego znaczenia: z jednej bowiem strony właśnie ciężko dotknięci cierpieniem członkowie rodziny rodzili się zupełnie prawidłowo, z drugiej znów strony z dwóch siostr, które same miały odruchy wzmoczone i wydały na świat dzieci dotknięte obustronnem porażeniem, jedna tylko miała męża dotkniętego podobno przymiotem.

ERB skłonny jest zaliczyć grupy rodzinne NEWMARK'a, zwłaszcza drugą, do „spastycznego porażenia rdzeniowego“. FREUD, może słuszniej, uważa je za porażenie mózgowe.

Jeżelibyśmy chcieli przypadki TOOTH'a, PRIBRAM'a i NEWMARK'a uważać za pośrednie pomiędzy mózgowymi a rdzeniowymi spastycznymi porażeniami obustronnymi, wówczas następujące spostrzeżenia PELIZAEUS'a, FREUD'a i SACHS'a zaliczyć wypada do mózgowych diplegii *par excellence*; przeważające w nich objawy dowodzą umiejscowienia mózgowego.

Spostrzeżenie PELIZAEUS'a ³³⁾ należy do dawniejszych i bardzo jest zbliżone do naszych przypadków. Ciężkie spastyczne porażenie obustronne kończyn dolnych, ogólna niezręczność i powolność w ruchach rąk, analogiczne zaburzenia mięśni grzbietu i twarzy, *bradylalia*, drżenie gałek ocznych, zanik nerwów wzrokowych, osłabienie umysłowe—oto zbiór objawów, jaki można było wysledzić przez trzy pokolenia, a więc w cierpieniu nietylko rodzinnem, ale też i dziedzicznym. Pierwsze objawy występowały zaraz po porodzie lub po mniej lub więcej długim okresie ukrytym; w przypadkach lżejszych stan chorobowy zatrzymał się na pewnym poziomie, w cięższych zaś postępował aż do śmierci. Dziwnym zbiegiem okoliczności, zupełnie jak u STRÜMPFEL'a i BERNHARDT'a zapadali tylko mężczyźni, a mianowicie syn, trzech wnuków i prawnuk, pochodzący z małżeństwa zdrowego zarówno pod względem fizycznym, jak i umysłowym. Z drzewa genealogicznego rodziny dowiadujemy się następnie, że, gdy wszyscy chorzy byli potomkami członków rodziny z linii żeńskiej, dzieci z linii męskiej były zupełnie zdrowe. „Choroba udziela się przez

³³⁾ PELIZAEUS. Archiv für Psychiatrie. T. XVI.

matkę, jej jednak szkody nie przynosi“, była lakoniczna i przytem trafna odpowiedź samej rodziny o osobliwej chorobie. Czynnika etyologicznego również i u POLIZAEUS'a wykryć nie można. Pradziad rodziny chorej wspominał wprawdzie, że będąc przewoźnikiem, wypijał niekiedy większe ilości alkoholu, atoli „zdeklarowanym pijakiem nie był“.

PELIZAEUS rozpoznaje w swoim przypadku stwardnienie wieloogniskowe, jakkolwiek sam robi uwagę, że dziedziczność, rozwój choroby w najwcześniejszym wieku dziecięcym, oraz typowy jednostajny przebieg jest wprost uderzający w cierpieniu, któremu CHARCOT bliższe daje określenie w wyrazach „*polymorphe par excellence*“.

W przypadku FREUD'a ³⁴⁾ (pierwsze objawy chorobowe wystąpiły w pewnych stale określonych latach, po upływie okresu ukrytego o zachowaniu się prawidłowym) u 6½-letniego dziecka zauważono pierwsze oznaki choroby z a r a z p o u r o d z e n i u, u młodszego 5½-letniego pojawiło się drżenie gałek ocznych, jako zwiastun choroby, dopiero w kłóńcu 2-go roku życia. Trzy główne objawy, które utwierdziły ojca lekarza w mniemaniu co do zgodności cierpienia obydwóch chorych, były: zanik nerwów wzrokowych, połączony z drżeniem gałek w kierunku poziomym i zezem wewnętrznym przy ustaleniu wzroku; *bradylalia* ze swoiście monotonnym głosem i spastyczne zaburzenia ruchowe kończyn. U starszego dziecka było również drżenie bezładowe rąk. Jako cechy znamienne dla swych przypadków podaje FREUD: brak zaburzeń w rozwoju umysłowym oraz późniejsze zatrzymanie się choroby po okresie postępującym. Ostatnią tę cechę stwierdzili również, jakeśmy to widzieli, PELIZAEUS i my u kilku chorych naszych. W przypadku FREUD'a w rodzinie żadnego usposobienia neuropatycznego nie stwierdzono, natomiast zanotowano pokrewieństwo ze strony rodziców: mąż był wujem swej żony. Różnica w wieku ich, wynosząca 18 lat, musi również być brana pod uwagę.

Czy i o ile powyższe czynniki etyologiczne (pokrewieństwo, różnica wieku) odgrywają jakąś rolę, pokażą dalsze spostrzeżenia. W każdym razie zasługuje na uwagę ta okoliczność, że mamy z nimi do czynienia zarówno w naszych przypadkach, jak u ERB'a, FREUD'a, w trzech przypadkach diplegii mózgowej HAUSHALTER'a, u SEELIGMÜLLER'a, BOURNEVILLE'a i wielu innych. Wygłoszone w sprawie omawianej przez BOURGE'a ³⁵⁾ w duchu przeczącym orzeczenie o przewlekłych zapaleniach mózgu, pod którymi rozumie mózgowe porażenie obustronne, wydaje się w każdym razie zbyt kategoryczne. „Au delà de 5 ou 6 ans — pisze autor w pewnym miejscu — le tissu cérébral semble réfractaire au développement de ces lésions. Il est exceptionnel, que plusieurs enfants d'une même famille soient atteints de sclérose cérébrale. La consanguinité entre les parents, les mariages disproportionnés au point de vue de l'âge ne paraissent avoir aucune influence“.

Miejsce pośrednie pomiędzy przypadkiem PELIZAEUS'a i FREUD'a zajmują dwie rodziny SACHS'a ³⁶⁾. Jako pierwsze w literaturze lekarskiej właściwie rozpoznane i pod właściwem mianem opisane przypadki szczegółowo rozpatrzone były przez nas już wyżej i na samym wstępie za wzór postawione. Tu niech nam wolno będzie raz jeszcze przypomnieć, że wysoce charakterystyczne cier-

³⁴⁾ FREUD. Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien. 1893. Porówn. FREUD. Neur. Ctb. 1893.

³⁵⁾ BOURGES. Artykuł „Encephalite“ w Manuel de Médecine. Debove-Achand. 1894. T. III.

³⁶⁾ SACHS. Loc. cit.

pienie mózgowe (porażenie obustronne, wzmoczenie odruchów, drżenie gałek ocznych, zanik nerwów wzrokowych, idyotyzm), zarówno w jednej jak i w drugiej rodzinie SACHS'a rozpoczynało się pomiędzy 3-im a 8-ym miesiącem życia, a pod koniec 2-go roku wśród objawów w uwiadu kończyło się śmiercią. Wyżej wspomnieliśmy już również, że SACHS, opierając się na spostrzeganych przez siebie przypadkach, pośpieszył się z twierdzeniem, że diplegia i paraplegia spastyczna pochodzenia mózgowego nigdy nie powstaje po czwartym roku życia.

Jeżeli zestawimy wszystko to, cośmy dotychczas powiedzieli w sprawie okrazu klinicznego przytoczonych przypadków chorób rodzinnych, to musimy bezwarunkowo przyjść do przekonania, że spostrzeżenia pojedynczych autorów wielce pomiędzy sobą się różnią; różnice te jednakże nie wystarczają, ażeby przypadki te zasadniczo oddzielić jedne od drugich. Zaczawszy od rozbioru najczystszych przypadków „spastycznej paraplegii rdzeniowej“ rodzinnej (STRÜMPPELL, ERB, SOUQUES, HOCHHAUS, MELOTTI, CANTALAMESSA), doszliśmy po rozpatrzeniu licznej grupy mniej jasnych spostrzeżeń (KRAFFT-EBING, KOŻEWNIKOW, BERNHARDT, TOOTH, PRIBRAM, NEWMARK), do przypadków złożonych, należących bezspornie do „diplegii pochodzenia mózgowego“ (PELIZAEUS, FREUD, SACHS). Wszędzie na pierwszym planie obrazu chorobowego stoi zbiór objawów spastycznych, do których przyłączają się w pojedynczych przypadkach i inne objawy, częściej lub rzadziej spostrzegane przy diplegii pochodzenia mózgowego, jako to: drżenie zamiarowe, bieganie oczu, objawy wrzekomo-opuszkowe, mowa skandowana, osłabienie władz umysłowych, zanik nerwów wzrokowych i t. d. Pomijamy w tem miejscu dość rzadki typ diplegii dziedziczno-rodzinnych, przejawiający się klinicznie w postaci płasawicy wrodzonej (UNVERRICHT) oraz atetozy obustronnej (MÁSALONGO, OPPENHEIM).

Pomiędzy najprostszymi przypadkami, zwykle opisywanymi jako *paralysis spinalis spastica*, a najwięcej złożonymi diplegiami pochodzenia mózgowego znajduje się więc, jak rozbiór powyższy wykazuje, nieprzerwany łańcuch postaci przejściowych. Nigdzie jednakże w licznym szeregu nie spotykamy się z tymi dwoma wyżej wzmiankowanymi objawami, które najbardziej rzucają się w oczy u dwóch naszych chorych (I i III), mianowicie z zanikiem mięśni i z bezładem. Objawy te wraz z objawami spastyczno-paralitycznymi nadają obrazowi klinicznemu piętno wielce charakterystyczne. Pomimo że wszystkie objawy diplegii przemawiają za tem, że choroba sióstr naszych ma swoje siedlisko w mózgu, musimy jednakże przy ścisłem określaniu nozologicznego stanowiska tych przypadków brać bezwarunkowo pod uwagę swoiste zaburzenie czynności koordynacyjnej oraz troficznego układu mięśniowego.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. **O prześwietlaniu żołądka.** Sprawa prześwietlania żołądka nie jest bynajmniej zamknięta. Obecnie jest ona w tym okresie, kiedy najbardziej ścierają się zdania co do wartości samego prześwietlania. Jedni polegają na niem zupełnie, drudzy odmawiają mu wszelkiej wartości, przyznając tylko jedno, że smuga świetlna w błąd nas tylko wprowadza i to bardzo gruby. Ponieważ sprawa jest

bardzo interesująca, a dyskusja np. na ten sam temat w Tow. Lek. Warsz. była bardzo ożywiona, warto posłuchać głosów, jakie się w tej sprawie odezwały. SCHWARTZ (1) przyszedł do wniosku, że zgodnie ze zdaniem MELTHING'a (i REJCHMANA przyp. spraw.) wędrówka lampki elektrycznej daje nam najlepsze pojęcie o położeniu wielkiej krzywizny, a kiszkę napelnioną zawartością lub kałem pochłaniają tyle światła, że, zdaniem S., nie może być mowy o tem, aby i one przyczyniały się do wytworzenia smugi świetlnej. MARTINS (2), opierając się na badaniach SCHWARTZ'a, podaje również, że 1) wypełnione pętlice kiszek nie mogą dać smugi świetlnej, 2) twardy zgłębnik i lampkę elektryczną można przy czczym żołądku wymacać przez ściany brzuszne w tem miejscu, gdzie najjaśniej świeci lampka, przy napelnionym — tam, gdzie znajduje się dolna granica smugi, 3) w 2 przypadkach wyniki badania zgłębnikiem przed operacją zgadzały się z tem, co znaleziono podczas operacji.

Ale są i głosy *contra* i to bardzo ważne. Mianowicie LANGERHANS (3), sprawdzając wyniki MELTZING'a co do nizko położonej krzywizny wielkiej żołądka niewiast, zbadał w tym celu 8 kobiet, które następnie poddały się laparotomii. Smuga świetlna w żadnym przypadku nie odpowiadała rzeczywistemu położeniu żołądka. Wprowadzanie do żołądka pęcherzyka gumowego, dającego się rozdać, zawsze wskazywało krzywiznę wielką znacznie wyżej, niżby ze smugi świetlnej sądzić należało. LANGERHANS dochodzi do następujących wniosków: 1) obecny sposób prześwietlania żołądka nie ma żadnej rozpoznawczej wartości; 2) nie posiadamy dotąd metody, pozwalającej określić wielkość i położenie czczego żołądka. Ze zdaniem LANGERHANS'a najzupełniej zgadza się MEINERT (4), który robi MELTZING'owi bardzo ważny zarzut, mianowicie, że nie stwierdził on bynajmniej i nie dowiódł, iż smuga świetlna istotnie odpowiada wielkości żołądka, jego położeniu i kształtom. MEINERT wspólnie z KELLING'em badał w tym celu 11 żołądków, które rozdymał CO₂ lub powietrzem i przekonał się, że otrzymane w ten sposób granice żołądka wcale nie odpowiadały smudze, a jest to metoda najracjonalniejsza, pozwalająca nie tylko rozmiary, lecz często i kontury żołądka obmacać i opukać a w razie opuszczenia żołądka uwidocznnić i krzywiznę małą. Niewątpliwie kiszkę prześwietlają również, obraz więc rzucony na ścianę brzucha jest zwodniczy, a wartość rozpoznawcza prześwietlania jest dotąd bardzo nieznaczna.

- 1) *Beiträge zur klin. Chirurgie* T. 14. Z. 3. — 2) *Centr. f. Inn. Med.* 95. N. 49. —
3) *Wien. Med. Blätter* 95. N. 45. — 4) *Centr. f. Inn. Med.* 95. N. 44.

Grundzuch.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) JASIŃSKI. Przyczynki do chirurgii moczowodów. Transplantacja moczowodów do kiszkki prostej z powodu wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego. 2) MARKUSFELD. O przyczynie guziczko-watego rozczepu włosów (*trichorrhæxis nodosa*), z przedstawieniem hodowli i preparatów.

1) Kol. JASIŃSKI w swym odczycie podniósł sprawę leczenia wrodzonego wynicowania pęcherza moczowego. Jednym z najdokuczliwszych objawów tego cierpienia jest *incontinentia urinae*; chirurgowie przeto oddawna już usiłowali usunąć go przez wytworzenie sztucznego zwieracza (RYDYGIER, TRENDLENBURG), lub też wszycie moczowodów do narządu obdarzonego własnym zwieraczem *resp.* kiszkki prostej (SIMON), wszelako metody te nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Główną przyczyną niepowodzenia tego ostatniego zabiegu była, jak to wykazali LEWIN i GOLDSCHMIDT, szczególna budowa zakończeń moczowodów w pęcherzu, które raz z powodu skośnego położenia swego względem powierzchni wewnętrznej pęcherza, powtórę z powodu przenikania przez warstwę mięśni pęcherzowych, stanowiących dla nich rodzaj jakby zwieracza, uniemożliwiają powracanie moczu, względnie przedostawanie się wraz z nim drobnoustrojów do miedniczek nerkowych. Na tej zasadzie oparł MAYDL swoją metodę, polegającą na wycięciu z pęcherza moczowego całego trójkąta LIEUTAUD'a wraz z zakończeniami moczowodów i wszyciu go *in toto* w ścianę кишки prostej. Podług tej właśnie metody kol. JASIŃSKI wykonał dwie operacje. Jednej z nich dokonał na 8-letniej dziewczynce, u której wszelako na trzeci dzień nastąpiła śmierć, będąca prawdopodobnie skutkiem, jak to można było wnosić z wyników ujemnych badania pośmiertnego, zatrucia chloroformem, co do którego chora zdradzała niezwykłą wrażliwość. Drugim operowanym był 6-letni chłopczyk, którego prelegent okazywał zgromadzonym; przed trzema miesiącami wykonał on u niego operację również podług metody MAYDL'a z pewnemi nieznacznymi zmianami; malec jest zupełnie zdrow i oddaje mocz kilka razy dziennie z gazami lub kałem; naokoło rzyci tylko widoczne jest żywe zaczerwienienie. Kol. JASIŃSKI, omawiając stronę teoretyczną sprawy, zastanawia się nad dwoma zagadnieniami: po pierwsze, czy wszycie w ścianę кишки trójkąta LIEUTAUD'a chroni od zakażenia wstępującego i na pytanie to skłonny jest dać odpowiedź twierdzącą; powtórę, jak się zapatrywać należy na sprawę możliwości wchłaniania moczu w odbytnicy; co do tego ostatniego, to zarówno na zasadzie doświadczeń (KRYŃSKI), jak i własnych spostrzeżeń, przyznaje możliwość występowania pewnych objawów zatrucia, które jednakże szybko przemijają.

W dyskusyi kol. STANKIEWICZ, podnosząc ważność pomyślnego wyniku dokonanej przez prelegenta operacji, podkreśla wysoką wartość metody MAYDL'a w porównaniu z innemi metodami, jak np. sposobem BOARI'ego, zasadzającym się na zastosowaniu czegoś w rodzaju guziczka MURPHY'ego; pewne związane z nią niedogodności, jak np. powstawanie nieżytu odbytnicy, zapalenie skóry naokoło rzyci—nie zmniejszają bynajmniej jej doniosłości. Mniej przychylnie o metodzie MAYDL'a odzywa się kol. KRAJEWSKI, przytaczając nieogłoszony dotąd przypadek MIKULICZA, w którym, w 5 miesięcy po operacji, nastąpiła śmierć skutkiem zapalenia ropnego miedniczek nerkowych; takich zejść niepomyślnych znalazłoby się niewątpliwie więcej, co wobec trudności samego zabiegu zmniejsza znakomicie jego wartość; mówca woli już operację SÉGOND'a, która pozwala choremu nosić odbieralnik do moczu.

Kol. JASIŃSKI odpowiada, że nie miał zamiaru wyliczania wszystkich metod; co do metody MAYDL'a, to mogłaby ona znaleźć zastosowanie nie tylko przy wyniciowaniu, lecz także i przy nowotworach pęcherza, gdyby nie to, że właśnie one sadowią się najchętniej w trójkącie LIEUTAUD'a. Wspomniany przez kol. KRAJEWSKIEGO przypadek MIKULICZA, o którym kol. JASIŃSKI nie wiedział, dowodzi, że jednak metoda MAYDL'a nie daje tej pewności, dla jakiej głównie się ją stosuje. Prelegent porusza nadto jeszcze jedną sprawę, mianowicie losu operowanych w ten sposób dziewcząt, u których ewentualna ciąża może spowodować uciśnięcie moczowodów przez zwiększającą się macicę; jeśli przewidywanie takie byłoby słuszne, to w takim razie należałoby chyba trzebić je współcześnie z dokonywaniem operacji.

Kol. GROGLIK zaznacza, iż jeżeli przy wszywaniu moczowodów do кишки powstaje, jak to wykazały doświadczenia na zwierzętach, *pyelitis ascendens* wskutek stopniowego zwężenia ujścia moczowodu, to nie powinno by to mieć miejsca przy

operacji MAYDL'a i przypadek MIKULICZA nie przesądza — zdaniem mówcy — tej sprawy na jej niekorzyść.

Kol. JASIŃSKI przypomina, że jednakże RIED, THOMPSON, NOVARRO doszli w swych doświadczeniach na zwierzętach do innych wniosków, że mianowicie przy wszyciu moczowodu do kiszki zakażenie następce nie ma miejsca.

Kol. SAWICKI jest zdania, że, o ile pomysł MAYDL'a w zastosowaniu u dorosłych jest dowcipny, o tyle niezmiernie jest trudny u małych dzieci z powodu szczupłości pola operacyjnego; zapalenie wstępujące miedniczek nerkowych mówca uważa za możliwe, czego dowodem przypadek zarówno MIKULICZA jak i RESE-GOTTI'ego, który stracił operowaną przez siebie chorą wskutek powstałej w kilka miesięcy *pyelitis ascendens*.

Na zapytanie kol. GROSLIKA, w jakim czasie po operacji chory prelegenta zaczął oddawać mocz, kol. JASIŃSKI odpowiada, że po kilku godzinach, przyczem wydalina była z początku bardzo skąpa i zawierała znaczną ilość białka.

2) Kol. MARKUSFELD wygłosił rzecz „O przyczynie guziczkowatego rozszczepu włosów (*trichorrhexis nodosa*)“, popartą wynikami własnych badań. Cierpienie to zasadza się na tworzeniu się na łodydze włosa małych szarawych guziczków, które pod drobnowidzem przedstawiają rozszczepienie włosa na oddzielne włókienka, skutkiem czego robią wrażenie dwóch zwróconych do siebie końcami pędzelków; najczęściej spotyka się ono na wąsach, brodzie oraz na głowie u kobiet. Co do przyczyn wywołujących *trichorrhexin nodosam*, to gdy jedni autorowie upatrują je w swoistych pasorzytach (RAYMOND, HODARA, ESSEN, SPIEGLER), inni przypisują ją upośledzeniu spraw odżywczych włosa (KAPOSI, COHN, RICHTER), lub wreszcie czynnikom mechanicznym (WOLFSBERG), odrzucając całkowicie (BARLOW, STADLER), albo nie odrzucając (PETERSEN) możliwości współdziałania w tej sprawie drobnoustrojów. Kol. MARKUSFELD przeprowadził w pracowni prof. BRODOWSKIEGO cały szereg badań, które przekonały go, że przyczyną guziczkowatego rozszczepu jest grzybek swoisty, wyhodowany przezeń z chorych włosów. W badaniach tych prelegent trzymał się planu następującego: chore włosy kładł do wysoku bezwzględego na 24—72 godzin (sposób HODARY), poczem umieszczał je w probówkach z agarem w cieplecie 37°; po 24—72 godzinach rozwijały się pasorzyty, przedstawiające się pod drobnowidzem w postaci laseczek, łączących się w dłuższe lub krótsze nitki, a także niekiedy ziarnkowców. Dla otrzymania hodowli czystych postępował kol. MARKUSFELD w ten sposób (zmieniona nieco metoda KRAL'a), że rozcierał badane włosy w moździerzyku razem z pumeksem, otrzymany tą drogą proszek ucierał z bulionem i następnie dopiero robił odpowiednie rozcieńczenia i płytki. Cechy otrzymanego tą drogą pasorzyta są następujące: jest to laseczka długości 1,25—2,0 μ , szerokości 0,2—0,3 μ , prosta, z zaokrąglonymi końcami, układająca się niekiedy w dość długie nitki, posiadająca czasami zarodnik, barwiąca się barwnikami anilinowymi zasadowymi, nie odbarwiająca się metodą GRAM'a, rozwijająca się lepiej w termostacie, niż przy cieplecie pokojowej i należą do względnych beztlenowców. Laseczka ta różni się zupełnie od opisanego przez HODAR'ę *bacillus multiformis trichorrhoeos* oraz od laseczki ESSEN'a, za to jest ona identyczna z pasorzytem znalezionym przez SPIEGLER'a, nigdzie dotychczas nie opisanym. Szczepienia dokonywane były w ten sposób, że prelegent mieszał czystą hodowlę z bulionem, w którym następnie przez 5 minut maczał pęczki zdrowych włosów kobiecych i te umieszczał w termostacie; po upływie 6—7 tygodni tworzyły się na włosach guziczki, które pod drobnowidzem zarówno przedstawiały zmiany charakterystyczne samego włosa, jak i zdradzały obecność

w nim tych samych pasorzytów, podług zmienionej zaś metody KRAŁA, MARKUSFELD otrzymywał z nich te same drobnoustroje, jakimi je był zaraził.

Na interpelację kol. KRYSIŃSKIEGO co do podanych przez prelegenta wymiarów pasorzytów, kol. MARKUSFELD odpowiada, że dokonywał ich przy pomocy okularu mikrometrycznego ZEISS'a, pozwalającego oznaczyć wielkość równą 1,0 μ , liczby zaś ułamkowe określał na oko.

Kol. KOZERSKI robi uwagę, że, podług wygłoszonego przez SPIEGLER'a na zjeździe dermatologów w Grazu zdania, pasorzyty *trichorrhexeos* mogą znajdować się nie tylko na łodydze włosa, lecz nawet w jego cebulce; jest to rzecz bardzo ważna dla leczenia tego cierpienia, bo gdy w pierwszym przypadku wystarczałoby zgolenie włosów, w drugim konieczna byłaby epilacja. Prelegent odpowiada, że nie znajdował nigdy pasorzytów opisywanych poniżej powierzchni skóry, lecz zawsze na łodydze.

Kol. ELZENBERG porusza w swem przemówieniu dwie sprawy. Po pierwsze co do samej metody badań prelegenta zapytuje, czy macerowanie włosów w ciągu 48-iu godzin w wysoku bezwodnym w rzeczywistości zabija wszystkie inne pasorzyty oprócz lasecznika *trichorrhexeos* i powtórę podaje w wątpliwość wogóle naturę pasorzytniczą tego cierpienia, wobec tego, że i na starych szczotkach, pędzlach i t. p., spotyka się rozszczep włosów, który wszakże zależy tylko od czynników mechanicznych.

Prelegent odpowiada, że najprzód wyskok bezwodny rzeczywiście często bardzo zabija wszystkie bez wyjątku pasorzyty, czego dowodzić może ten choćby fakt, iż kol. M. na 140 próbek otrzymał kolonie tylko w 39; jeżeli zaś w tych 39 przypadkach pasorzyty jednak się rozwinęły, to da się to wyjaśnić raz warstwą tłuszczu, powlekającego włos i mogącego stanowić powłokę ochronną, powtórę różną grubością samego włosa, wreszcie obecnością w nim i zarodników także, bardzo — jak wiadomo — na wpływy zewnętrzne odpornych. Co do rozszczepu włosów, spotykanego np. na pędzlach, to tu li tylko grają rolę czynniki mechaniczne, rozszczepianie zaś samo zaczyna się od zewnątrz, a nie od wewnątrz jak w *trichorrhexis nodosa*.

Kol. KOZERSKI również nie zgadza się na teorię mechaniczną *trichorrhexeos nodosae* tem więcej, że niejednokrotnie rozpatrywany pod drobnowidzeni guziczek przedstawia dopiero zgrubienie, które jeszcze nie doszło do okresu rozszczepienia, zaś kol. STEINHAUS uważa sprawę pasorzytniczego pochodzenia tego cierpienia za stanowczo i kategorycznie badaniami prelegenta dowiedzioną.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

D-ra ALFONSA ERLICKIEGO: „Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych“.

Z zapomogi kasy Mianowskiego. Warszawa. 1897 rok. str. 373.

Brak wielki, jaki daje się uczuwać każdemu, kto w ojczystym języku chce studyować medycynę, jeszcze dotąd, pomimo usiłowań szczerých, jest rażący. Nie wdając się w roztrząsanie przyczyn tego objawu, który sam przez się źle świadczy o nas, i który dłużej trwać nie powinien, pragnę zwrócić uwagę czytelników na pracę d-ra ERLICKIEGO, która niedawno wyszła z pod prasy drukarskiej ku zadowoleniu całego ogółu lekarskiego.

D-r E. w 21 odczytach zamknął całą naukę o chorobach umysłowych, starając się w pierwszych 10-ciu odczytach przedstawić psychiatryę ogólną, w 11-stu

zaś ostatnich obraz kliniczny poszczególnych cierpień, czyli t. zw. psychiatryę szczegółową.

Pomijam ogólne uwagi nad pytaniem, czego wymagać winniśmy od dobrego podręcznika, pomijam wreszcie cisnące się uwagi o trudnem położeniu, w jakim znajduje się fachowy krytyk, od którego więcej niż zdawkowej pochwały lub nagany czytający ogół wymaga, i pozwolę sobie wypowiedzieć kilka słów o samej postaci, którą nadał swej pracy d-r E. Gdy profesor, dla licznych swych słuchaczy wydaje opracowane notatki ze swych wykładów, robi dobrze, gdyż tą drogą utrwała w pamięci uczniów te wiadomości, które żywym słowem zaszczyć zamierzał. Drukowany odczyt w zadziwiający sposób odtwarza w umyśle słuchaczy najdrobniejsze szczegóły podczas wykładu zaznaczane, przywołuje do pamięci cały szereg chorych, których profesor na potwierdzenie zapamiętanych swych pokazywał, działa tak, że trudno dające się opisać różnice w poszczególnych objawach tłoczą się w wyobraźni ucznia. Dobrze zredagowany przeto odczyt, stanowi wielkie ułatwienie dla wykładającego i jego ucznia.

Inaczej jednak rzecz się ma, gdy autor podręcznika zechce zamknąć treść poszczególnych działów, niepopartych żywą demonstracją, w ścisłe ramki odczytów, gdyż wtedy trzeba, albo odczyty te rozszerzyć do znacznych rozmiarów, albo też często powoływać się na uprzednio wypowiedziane zdania. Zdaniem naszym trzeba wtedy mieć wielki dar pisarski, wiele obrazowości i bardzo obszerny widnokrąg specyalny, by zadowolić czytającego, który w przypadku spostrzeganym, dajmy na to przewlekłego obłąkania, znajduje wielkie odstępstwa od nakreślonego w podręczniku typu, i który, co gorsza, widząc przeistoczenie bredzenia przesładowczego na bredzenie wielkości, nie znajdzie w stosownym opisie tych przewodnich wskazówek, któreby ciemną dlań sprawę wyjaśnić mogły.

„Wykłady o chorobach umysłowych“ d-ra ERLICKIEGO, to wierny, a w niektórych miejscach aż za ścisły, przekład z pracy rosyjskiej, którą autor ten dla licznych swych słuchaczy ogłosił. Nie zaprzeczając wartości tym odczytom, z góry można było przypuścić, że dla nas tego znaczenia, co dla słuchaczy Szanownego autora, mieć one nie będą. I rzeczywiście, takie przekonanie wyrabia się w nas po przeczytaniu całej książki, obejmującej 373 stronic druku.

Odrzucam nieumotywowane zdanie autora o pracy KANDINSKIEGO (odczyt IV), który był lubo nie twórcą, lecz oryginalnym tłumaczem rzekomych omam, przechodzę milczeniem niewyjaśnione w odczycie zdanie (str. 43) o odśrodkowej czynności w pewnych warunkach dróg nerwowo-psychicznych, o czem ze względu na poglądy tej miary uczonego, jakim był MEYNERT, należałoby szerzej pomówić, pomijam drobniejsze usterki, których ten i ów dopatrzeć się zechce, zestawiając zdania, wypowiedziane na str. 4 i 20, lub 110 i 111 o teorii WEISMANN'a, nie podnoszę niezgodnego z moim poglądem zdania autora o małym znaczeniu „sfery bezwiednej“ (str. 15) dla psychiatry, daruję wreszcie autorowi, że pominął w swym podręczniku zupełnem milczeniem zboczenia sfery płciowej, które, jak to sam niejednokrotnie zaznacza, mają wielkie znaczenie w życiu umysłowem każdego osobnika i w przejawach chorego. Zbyt pobieżne traktowanie niektórych zagadnień (np. nauki o omamach) tłumaczę sobie zasadą, której hołdował autor.

Dla klinicysty, jakim od początku do końca chciał pozostać d-r E., wchodzenie w szczegóły nawet tych poglądów, które wstrząsać umysłem każdego mogą i powinny, jest niepotrzebne. Po co wdawać się w szczegóły teorii MEYNERT'a, TAMBURIN'ego i innych, skoro powinniśmy tylko wiedzieć, że pierwszy za siedlisko omamów poczytywał ośrodki podkorowe, ostatni zaś aż 3 ich rodzaje odróżniał, po co rozpraszać uwagę czytelnika, rysując przed jego wyobraźnią naukę

o kojarzeniu się pojęć, po co obarczać go ścisłym obrazem spraw psychologicznych, zachodzących w jego umyśle, skoro klinicysta powinien pochwycić tylko główne i podstawowe wiadomości o tem wszystkim?

Zapewne autor „Wykładów o chorobach umysłowych“ lepiej odemnie ocenić mógł pożytek, jaki osiągnąć mogą słuchacze i czytający z treściwego i krótkiego opisu spraw do ogólnej psychiatrii się odnoszących. Wierzę w to i od siebie dodam, że 1-sza część podręcznika d-ra E., gdyby zawierała dział o zboczeniach w sferze płciowej, byłaby dokładnym i krótkim obrazem podstawowych zagadnień, z którymi obeznany być powinien każdy do „szczegółowej psychiatrii“ przystępujący.

O ile dla nas zrozumiałe było stawianie kropek po wielu zagadnieniach w pierwszej części poruszanych, o ile do pewnego stopnia imponowała nam wielość w pierwszych 10-ciu odczytach przeprowadzona, o tyle, przyznać się muszę, krótkość i do pewnego stopnia jednostronność, jakie widnieją w opisach poszczególnych postaci chorobowych, wypełniających 11 ostatnich odczytów, zdumiała mnie. Weźmy np. odczyt o bezwładzie postępującym (odczyt XVIII). Oprócz obrazu (rzeczywiście dobrego) klasycznego bezwładu, oprócz anatomii patologicznej według prac prof. MIERZEJEWSKIEGO i jego szkoły, oprócz wreszcie wzmianki o kilku nietypowych postaciach przez autora spostrzeganych, niema w odczycie XVIII wskazówek o przebiegu np. postaci otępieniowej, postaci o przebiegu gwałtownym, która i bardzo doświadczonych psychiatrów w błąd wprowadzić może, naprowadzając ich rozumowanie na błędną drogę rozpoznania bezwładu myślowego (*amentia*). Klinicysta w swych wykładach powinien uwzględnić praktyczne wymagania osób, otaczających chorego, którzy żądają od lekarza, by wskazał im przypuszczalny przebieg i zejście cierpienia, by nauczył ich, jak mają postępować z chorym i t. p. Nie da się przecież zaprzeczyć fakt, że przypadek bezwładu postępującego od początku aż do końca przebiegający pod postacią narastającego otępienia, innych wymagać będzie wskazówek, niż osobnik, dotknięty bezwładem pod postacią klasyczną z przerwami, z przeważającymi napadami i t. p.

Prace szkoły petersburskiej, przez prof. MIERZEJEWSKIEGO powołanej, a w której autor „Wykładów“ zajął wybitne stanowisko, nie wyłączają, zdaje się, możliwości powoływania się na prace innych autorów, (że wspomnę np. FÜRSTNER'a i BINSWANGER'a), którzy swemi poszukiwaniami w dziedzinie zmian anatomo-patologicznych naukę o bezwładzie postępującym na szersze pole dyskusji wprowadzić chcieli.

Bezwład postępujący, ta zhora, chwytająca w swe szpony coraz więcej ofiar, wzbudzać powinien powszechne zainteresowanie. Od przewodników przeto naszych, od tych, którzy dla pożytku ogólnego piszą podręczniki, mamy prawo wymagać, by szeroko o cierpieniu tem pisali, by oprócz gołosłownej wzmianki, że w przebiegu bezwładu zdarzają się napady natury padaczkowej lub udarowej, było treściwe uwzględnienie spierających się teorii co do przyczyn, wywołujących te objawy. Wpojenie w czytelnika przekonania, że obraz kliniczny bezwładu postępującego jest różny, że przyczyny tego cierpienia są różnie przez różnych pojmowane, że wreszcie poszczególne objawy nie są wytworem sumarycznie pojmowanych zmian, wydaje się bardzo ważne dla dalszego rozwoju nauki o tem cierpieniu.

Lecz pragnę odrzucić precz własne uwagi nad takim przedstawieniem obrazu bezwładu postępującego, pragnę odrzucić cisnące się a zdobyte doświadczeniem przekonanie, że szablon, panujący w sprawach rozpoznawania i traktowania bezwładu, jest zgubny, chcę odrzucić wreszcie piękne opisy u ZIEHEN'a, KRAEPELIN'a,

MEYNERT'a, KRAFFT-EBING'a i innych spotykane, a chcę przedstawić sobie lekarza nie-psychiatrę i zapytać go, czy zadowolni się opisem przez autora przedstawionym, skoro napotka przypadek nieklasycznego bezwładu, chcę wejść w zasób zdobytych po przeczytaniu XVIII odczytu wskazówek i zapytać go, czy drogą rozumowania potrafi umotywować rozpoznanie nietypowej postaci, odmiennej, a nawet takiej samej jak te, które d-r E. w swej prywatnej praktyce (str. 322) spostrzegał?

W wąskie ramki oparł d-r E. i inne odczyty 2-iej części i nie pozwolił swym opisom wyjść poza granicę typowych postaci chorobowych. O różnych przejawach jednego i tego samego cierpienia przemawia autor, jakby od niechcenia i krytykuje niemal KRAFFT-EBING'a za to, że ostatni w swym podręczniku dzieli obłąkanie pierwotne na kilka grup (patrz odczyt XIV). Ta zwięzłość w wykładach poszczególnych cierpień umysłowych, zupełnie zrozumiała wobec braku czasu u przemawiającego z katedry, w pracy omawianej robi wrażenie, jak gdyby d-r E. chciał zamknąć bogaty materiał kliniczny w szczelnie dopasowany futeł. Ponieważ jednak natura ram nie zna, ponieważ ona z utylitarnymi wymaganiami człowieka w umowy nie wchodzi, tworząc po większej części okazy, które żartują sobie z karłowatej naszej wiedzy, które z ironią rwą te sztuczne więzy, jakimi oplatać je chcemy, więc ten szczupły zakres, jaki nadał swym opisom autor „Wykładów” zadowolić nas nie może.

Nie oddając jednak oczekiwanych usług tym, którzy specjalnie psychiatrię studjują, podręcznik d-ra ERLICKIEGO może i powinien oddać przysługę wszystkim, którzy ze specjalnością tą w głównych zarysach obeznają się zechcą. Jako podręcznik dla studujących medycynę, jako podręczny informator dla lekarzy praktyków, którzy z cierpieniami umysłowymi mają tylko czasową styczność, praca d-ra E. bez wątpienia ma znaczenie. Znaczenie tej książki byłoby większe, gdyby język był lepszy.

Niestety w „Wykładach” znajdujemy wiele zwrotów obcych naszemu językowi, wiele wyrazów nowych (np. uprzedmiatawia się, samowiedność, bredliwy, jednociągłe, niepochwytalność i t. p.), których można było uniknąć lub zastąpić już wyrobionymi, o wiele poprawniejszymi.

Muszę zaznaczyć również ten fakt, że w podręczniku swym autor używa nie tych określeń, które dzięki pracy d-ra ROTHE'go i innych, jako tako w naszym piśmiennictwie się przyjęły. Mógł się autor nie zgodzić z określeniem melancholii przez „zaduma”, manii — przez „szaleństwo”, halucynacji przez „omamy”, mógł wprowadzić „posepnica”, „urojenie” i t. d., wypadało jednak zrobić wzmiankę o tej zamianie.

Wprowadziwszy wreszcie swe własne wyrazownictwo, szkoda, że autor nie starał się go ujednolacić, i że halucynację nie wszędzie określał mianem urojenia, lecz chrzcił ją raz omamą, innym razem urojeniem lub wyrazem łacińskim.

D-r K. Rychliński.

DWAJ JUBILACI.

Prof. Włodzimierz Brodowski.

W dniu 7 lutego 1862 r. objął prof. BRODOWSKI katedrę anatomii patologicznej, rozpoczynając wykłady w Akademii Medyko-Chirurgicznej wstępną lekcją, w której zaznaczył zadanie anatomii patologicznej, oraz jej znaczenie dla medycyny wogóle, w dniu więc 7 lutego r. b. minęło 35 lat nauczycielskiej działalności Szanownego Jubilata, który i obecnie z równym zapalem a wielką dla słuchających korzyścią wyklada tenże sam przedmiot w Uniwersytecie Warszawskim.

Jak wielką sympatją i uznaniem cieszy się Szanowny profesor w sferach lekarskich, zarówno tutejszych jak i pozamiejscowych, najlepszym tego dowodem są wielokrotne objawy czci i hołdu oddawane Szanownemu Jubilatowi.

W roku 1887-ym z powodu przypadającej 25-letniej rocznicy działalności pedagogicznej prof. BRODOWSKIEGO gremium współwłaścicieli „Gazety lekarskiej” wydało numer jubileuszowy, w którym wielostronna działalność BRODOWSKIEGO w bardzo obszernym artykule prof. PRZEWOSKIEGO wszechstronnie była rozpatrywana. W roku 1894 z powodu przypadającej 70-letniej rocznicy urodzin Jubilata „Medycyna” również uczciła prof. BRODOWSKIEGO, poświęcając Mu numer 1-szy z tegoż roku. I tam znajdujemy bardzo trafną charakterystykę działalności Szanownego profesora dla naszego społeczeństwa. Z powodu tejże rocznicy urodzin „Gazeta lekarska” wydała książkę jubileuszową; streszczenie prac w niej zawartych czytelnik znajdzie w tymże Nr. 1 z roku 1894 „Medycyny”. W roku bieżącym z powodu ukończenia właśnie 35-iu lat pracy nauczycielskiej, jak to już zaznaczyliśmy w naszym piśmie, „Nowiny lekarskie” Nr. 2 swego wydawnictwa z r. b. poświęciły Szanownemu Jubilatowi. Bogaty w treść numer ten zawiera oprócz odpowiedniej dedykacji prace autorów następujących:

1) JANOWSKI (Warszawa). Metody badania w patologii ogólnej i ich znaczenie dla postępów medycyny nowoczesnej oraz wyrobienie sposobu rozumowania u lekarzy. 2) FLATAU (Berlin). Badania doświadczalne i patologiczno-anatomiczne nad przebiegiem włókien w rdzeniu pacierzowym. 3) BROWIĆZ (Kraków). O rozczłonkowaniu zrazików wątrobowych. 4) STEINHAUS (Warszawa). Zmiany w siatkówce przy otruciu fosforem. 5) KOPYTOWSKI (Warszawa). Zmiany w budowie skóry wywołane przez wezykatoryę. 6) DZIERŻAWSKI (Warszawa). Czy płyn zastrzykiwany w dziąsła może przenikać w kość? 7) DUNIN (Warszawa). Przyczynek do patologii układu mięśniowego (*polymyositis acuta*). 8) CIECHANOWSKI (Kraków). Przyczynek do ciąży trąbkowej. 9) DMOCHOWSKI (Warszawa). Przyczynek do kwestyi krpu górnych dróg oddechowych, jako samodzielnej postaci chorobowej. 10) PRZEWOSKI (Warszawa). Słowo o torbielach wysłanych nabłonkiem rzęskowym u człowieka. 11) MARKUSFELD (Warszawa). O przyczynie guzikowatego rozszczepu włosów (*trichorrhexis nodosa*). 12) ŚWIĘCICKI (Poznań). O morfologicznem badaniu krwi. 13) ŁASKOWSKI (Genewa). Nowa teoria choroby morskiej.

Żywimy głęboką nadzieję, że nawet z chwilą usunięcia się prof. BRODOWSKIEGO od zajęć w tutejszym Uniwersytecie, nie przestanie On nadal pracować dla naszego społeczeństwa; mamy nadzieję, że głębokie a trafne spostrzeżenia Jego, że wysoce logiczne i na długoletniem doświadczeniu oparte rozstrzyganie najzawilższych spraw anatomo-patologicznych i nadal będą ozdobą posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego, dla którego również prof. BRODOWSKI niespożyte zasługi położył.

Wyrażając na tem miejscu jeszcze raz wyrazy czci i uznania dla Szanownego Jubilata, również najgorętsze życzenia składamy z powodu tak chlubnego ukończenia Jego 35-letniej bogatej w wyniki naukowe nauczycielskiej działalności.

Prof. Marceli Nencki.

Dwadzieścia pięć lat minęło od chwili, gdy prof. Marceli NENCKI oddał swe zdolności, wiedzę i talent na pożytek nauce i ludzkości, od chwili gdy uniwersytet Berneński powierzył dwudziestopięcio-letniemu młodzieńcowi obowiązki asystenta w instytucie patologicznym. Przez ten czas, przechodząc szybko szczeble kariery naukowej, zaszczycony w 30-ym roku życia utworzeniem dlań przez rząd Berneński osobnej katedry przy uniwersytecie, nie istniejącej przedtem katedry chemii fizyologicznej, dokonał NENCKI tyle, że zaiste z podziwem się staje wobec jego różnostronnej a wielce owocnej działalności naukowej, z podziwem — wobec olbrzymiej liczby prac oryginalnych, z uznaniem — wobec nie mniejszej liczby prac dokonanych przez uczniów, dokonanych według ogólnego planu i pod osobistym kierunkiem Jubilata. Niepodobna na tem miejscu ani określić, ani nawet wyliczyć wszystkich tych prac; dość gdy powiemy, że otwierały one nowe kierunki w trzech gałęziach wiedzy, w chemii teoretycznej, fizyologicznej i bakteryologii; że prace dokonane jedynie w dziedzinie chemii teoretycznej, lub bakteryologii wystarczyłyby, by NENCKIEMU zapewnić stanowisko zaszczytne w szeregu badaczy naukowych. Co do prac w dziedzinie chemii fizyologicznej, to zapewniły one NENCKIEMU stanowisko naczelne, stanowisko wyjątkowe niemal; niewielu bowiem znalazło się dotąd uczonych, którzyby z takim talentem umieli wprowadzić metody właściwe jednej nauce do innej gałęzi wiedzy, którzyby miarę, wagę i liczbę postawili tam, gdzie panowała nieświadomość lub jałowe doktryny.

Poprzestaniemy tu na wykazaniu najdonioślejszych i najciekawszych badań NENCKIEGO i jego szkoły, nie kuszając się bynajmniej o dokładne zobrazowanie całego dorobku naukowego. Zauważymy tylko, że każde ważniejsze badanie, każdy nowoodkryty fakt, komentowany był przez liczne prace dodatkowe, dokonywane pod kierunkiem lub natchnieniem mistrza. Stąd wielka ich liczba.

Wyształcenie lekarskie było niewątpliwie powodem, że w swych badaniach chemicznych zwrócił NENCKI uwagę na grupę związków moczowych — guanidyny, sulfomocznika i izomeru jego, rodanku amonu. Guanidyna różni się od mocznika tem, że zamiast tlenu znajduje się w niej grupa imidowa (NH); jest to więc ciało wzoru: $\text{HN}=\text{C}(\text{NH}_2)_2$, o własnościach zasadowych. Rozkładając przy wysokiej ciepłocie octan guanidyny, otrzymał NENCKI nową zasadę — guanaminę, której wzór po wielu zmudnych badaniach określił. Okazało się, że i inne sole tłuszczowe guanidyny, o ile kwas odpowiedni zawiera nie więcej, niż 6 atomów węgla w cząsteczce, rozkładają się na homologiczne guanaminy, czyli że odczyn ten nosi charakter ogólny, a przebiega tak czysto, że może być stosowany, jako środek rozpoznawczy kwasów tłuszczowych. Przy dalszych badaniach nad guanidyną otrzymano cały szereg rozmaitych pochodnych.

Prace nad sulfomocznikiem i rodankiem amonu doprowadziły do wykrycia całego szeregu odczynów i otrzymania nowych, a wielce ciekawych dla każdego teoretyka związków; nie mniej ciekawy jest wywód wzoru kwasu cyanowego i wykrycie charakterystycznego dla mocznika odczynu z o-nitrobenzaldehydem. Otrzymany stąd ureid daje barwny odczyn z kwasem siarczanym i chlorkiem fenilohydrazyny wprost, po rozłożeniu zaś zakwaszoną gorą-

czą wodą i potraktowaniu acetonem i ługiem sodowym wydziela się błękit indygowy.

Nie mniej płodne były prace w zakresie łączenia fenolów z kwasami tłuszczowymi pod wpływem chlorku cynku. I tu się przekonano, że odczyn był ogólny. Dzięki niemu otrzymano cały szereg związków, mających pod względem chemicznym charakter oksyketonów, związków obdarzonych zdolnością do kondensacji z wydzielaniem cząsteczki wody. Gdy powiemy, że znaczna ilość tych związków ma zastosowanie w farbiarstwie i została, jak powiada prof. KOSTANECKI, opatentowana przez jedną z fabryk badeńskich, to dość, by wykazać zalety tej metody i wartość jej nawet pod względem ekonomicznym.

Innem ciałem otrzymanem wedle tegoż odczynu ogólnego jest salol, z tą różnicą, że zamiast chlorku cynku używa się do pochłonięcia wody chlorku lub tlenochlorku fosforu i że zamiast kwasu tłuszczowego wchodzi do odczynu kwas aromatyczny, kwas salicylowy. O wartości salolu zbyt czuła chyba wspominać. Wedle tegoż wreszcie odczynu ogólnego można kondensować fenole z aldehydami, a nawet zwyczajne węglowodany z kwasami i ich pochodnymi halidami.

Takie są zdobycze w dziedzinie chemii teoretycznej. Ważniejsze jednak ze względu na doniosłość wyników i sam przedmiot są prace fizylogiczno-chemiczne i bakteryologiczne. Do nich należy zaliczyć badania na rozkładem białek w obecności trzustki i bakterii i badania fizylogiczno-chemiczne nad samymi bakteriami. Nie rozszerzając się nad przebiegiem tych wyjątkowych, jak dotąd, spostrzeżeń przytoczmy jedynie treść ich i ogólne wnioski. Tu właśnie zaliczyć wypada badania nad indolem i skatolem, ich składem chemicznym i obiegiem w ustroju. Ze zbadania wytworów gnicia białka i okoliczności mu towarzyszących wysnuł NENCKI teorię chemiczną gnicia: nie jest ono niczem innem, jak uwodnieniem złożonych związków organicznych przez rozkładającą się pod wpływem fermentów uorganizowanych wodę. Jednocześnie obalił NENCKI twierdzenie GUNNING'a, jakoby do rozwoju bakterii był niezbędny tlen wolny, ustalając fakt, że brakujący tlen dobywają sobie bakterie z otaczającego środowiska. W ten sposób wyniki badania PASTEUR'a i PRAŻMOWSKIEGO zyskały nową podstawę.

Wyborny jest wywód domniemanych składników cząsteczki białka. Z wytworów otrzymanych przez gnicie białka zarówno w obecności tlenu jak w jego nieobecności, doszedł NENCKI do przekonania, że w cząsteczce białka muszą się znajdować współcześnie 3 grupy aromatyczne: tyrozyny (kwasu paraoksyfeniloamidopropionowego), kwasu feniloamidopropionowego i skatoloamidooctowego i stwierdził, że gnicie w obecności wolnego tlenu jest tylko dalszym ciągiem utleniania wytworów otrzymanych przy gnicu w warunkach anaërobowych; gdy bowiem w tych ostatnich złożone kwasy rozpadają się na amoniak i odpowiednie kwasy bezazotowe, to w obecności tlenu wolnego powstają dalsze, coraz prostsze wytwory utlenienia tych ostatnich kwasów.

Do tegoż szeregu należą badania nad izomeryą fizyczną kwasów mlecznych—wytworów rozkładu cukru. Pomysł PASTEUR'a używania bakterii jako odczynników chemicznego przy słynnych badaniach jego nad kwasami winnymi zastosowano właśnie w tym przypadku. Przekonano się, że jak tam kwas winny obojętny rozłożyć można na dwa kwasy fizycznie czynne, skręcające płaszczyznę polaryzacji na prawo i na lewo, tak i kwas mleczny obojętny (t. zw. fermentacyjny) można rozłożyć na dwa izomery czynne, kwas prawoskrętny (t. zw. paramleczny) i lewoskrętny (mleczny). Oczywiście, gdy zauważymy, że pewien

gatunek bakterii wytwarza zawsze tylko określony izomer fizyczny, możemy odwrócić twierdzenie PASTEUR'a i powiedzieć, że pewne wytwory chemiczne mogą służyć za odczynnik rozpoznawczy dla bakterii. Tak właśnie rzecz się ma z lasecznikiem okrężnicy, wytwarzającym izomer prawy i lasecznikiem tyfusowym który wytwarza izomer lewy. Ta własność jest jednym z najdzielniejszych chemicznych środków rozpoznawczych dla obu pasorzytów.

Równorzędne z powyższymi są badania nad wytworami rozmaitych pojedynczych gatunków bakterii (obrzęku gazowego, ropy błękitnej, cholery, wola i in.), szczególnie nad zasadami trującymi t. j. ptomainami. Jednocześnie dokonano poszukiwań nad składem chemicznym bakterii i ich wytworów swoistych. Otrzymano mykoproteinę i szereg innych protein bakteryjnych, określono chemiczny skład wielu bakterii, ich zarodników, badano toksalbuminy, wykazano podobieństwo ich do enzymów, określono ich prawdopodobny charakter chemiczny, badano same enzymy, toksyny, a przytem dokonano całego szeregu spostrzeżeń z biologii bakterii i nawet z dziedziny zakażeń mieszanych (błonica, cholera). Wiążą się z temi badaniami poszukiwania nad etyologią chorób zakaźnych (cholera, *mastitis parenchymatosa* u krów, księgosusz) środkami profilaktycznymi przeciw nim (filtry domowe, tanie sposoby odkażania), wreszcie środkami leczniczymi (przygotowanie szeregu surowic swoistych i badania nad otrzymaniem antytoksyn przy pomocy elektrolizy poza ustrojem zwierzęcym).

Zosobna postawić należy klasyczną pracę nad chemizmem trawienia kiszkowego, dokonaną dzięki badaniu chorej z przetoką kałową. Przypatrzeć jej treść—rzecz zbyteczna, każdy bowiem z czytelników „Medycyny“ zdaje sobie należycie sprawę z wartości tego rodzaju badania, którego wyniki nie tylko lekarzom, lecz nawet profanom przynajmniej w postaci ogólnych wniosków powinny być znane. Dzięki tej pracy zaprzeczył NENCKI stanowczo słuszności przypuszczeniu PASTEUR'a, jakoby w ustrojach wyższych przy trawieniu pokarmów mógł być użyteczny, a nawet potrzebny współudział bakterii; NENCKI nie tylko wykazał, że ustrój może się zupełnie obejść bez takiej pomocy dzięki swym własnym fermentom, lecz dowiódł, że czynność bakterii w ustroju nosi zawsze cechę pasorzytniczą, a więc jest bezwzględnie szkodliwa. Równie wzorowa jest praca nad barwnikami krwi i wykazanie, że wszystkie barwniki ustroju mają pochodzenie wspólne.

Nie mniejsze zasługi położył NENCKI przez zbadanie sprawy utleniania w ustroju. W badaniach tych posługiwano się głównie metodą wprowadzania do ustroju pewnych związków, przeważnie aromatycznych i określania wytworów ich rozkładu w moczu. Prace te graniczą często z farmakologią a z wyników ich wymienimy: wyjaśnienie przyczyn istnienia t. zw. tlenu czynnego w ustroju, wykazanie, że w ustroju zwierzęcym odbywają się równolegle sprawy utlenienia, odtlenienia, a nawet syntezy (co dawniej przypisywano wyłącznie ustrojom roślinnym), że pewne stany chorobowe i trucizny wywierają poważny wpływ na utlenianie fizjologiczne, że wreszcie skład chemiczny wpływa na własności farmakodynamiczne różnych związków organicznych o tyle, że związki zawierające grupy niezmiennne (t. j. nieulegające dalszym przemianom chemicznym, mianowicie grupę sulfonową i karboksylową) są o wiele mniej trujące, niż związki tych grup pozbawione (np. benzol i kwas benzoowy).

Do ostatnich prac NENCKIEGO należy wykazanie, że jedną z licznych ról wątroby jest zamiana amoniaku na mocznik, do ostatnich pomysłów — zwrócenie uwagi na fakt, że jeśli filoporfiryna, otrzymana przez MARCHLEWSKIEGO

i SCHUNK'a z zieleni roślinnej, jest identyczna z hematoporfiryną, otrzymaną przez NENCKIEGO przy badaniu barwników krwi, to wprowadzenie metody badania chemicznego do anatomii porównawczej może okazać nieocenione usługi dla rozszerzenia i ściślejszego uzasadnienia teorii przemiany gatunków. Korzyści osiągnięte z urzeczywistnienia tego dzielnego pomysłu mogą być nieobliczone, a kto wie, czy nie odegra on kiedyś w anatomii porównawczej roli nawet samodzielnej, kierowniczej, uogólniającej, jaką odegrała teoria ewolucji.

Oto najważniejsze zdobycze naukowe Marcelego NENCKIEGO. Dodamy tu jeszcze, że to wzór człowieka, obywatela i pedagoga. To też życzymy Mu serdecznie by na tem samem miejscu można było złożyć Mu uznanie dla Jego działalności po raz drugi — za lat 25.

A. Żurkowski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. luty r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca chorych 61 (m. 34, k. 27); przybyło w lutym 58 (m. 25, k. 33); wypisało się 64 (m. 30, k. 34); zmarło 7 (m. 3, k. 4); pozostaje na miesiąc następny chorych 48 (m. 26, k. 22).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, aniżeli w miesiącu ubiegłym, dzięki zmniejszeniu się wszystkich prawie chorób zakaźnych prócz odry i tyfusu wysypkowego, który stale, choć powoli, pojawia się coraz częściej. Najliczniejszą rubrykę chorych, choć znacznie mniejszą niż w styczniu, stanowiła w dalszym ciągu ospa, której mieliśmy przypadków 15 (m. 9, k. 6) przeważnie u dorosłych niezszczepionych, z przebiegiem dosyć ciężkim. Śmiercią zakończyły się dwa przypadki u chorych niezszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Mostowa 18, Nowy Zjazd 3, Chmielna 76, Prosta 55, Maryensztat 4, Bednarska 18, Twarda 34 i 57, Ceglana 11, Pawia 52 (2 przypadki), Dzielna 86, Tamka 29, Towarowa 10 i m. Łódź.

Drugą rubrykę większą niż w ubiegłym miesiącu stanowi odra, której mieliśmy przypadków 7 (m. 2, k. 5), przeważnie u dorosłych z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Wilcza 12, Chłodna 68, Nowy Świat 36, Wolska 34, Kotzebue 4, Krucza 25.

Znacznie mniej niż w ubiegłym miesiącu mieliśmy róży, bo przypadków 6 (m. 3, k. 3) zakończonych pomyślnie, z ulic: Hoża 80, Ogrodowa 27, Stare Miasto 34, Twarda 1, Wilcza 24, Aleksandrya 23.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje coraz częstsze pojawianie się tyfusu wysypkowego, którego mieliśmy przypadków 6 (m. 5, k. 1) z przebiegiem dosyć ciężkim. Dwa z nich zakończyły się śmiertelnie. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Nowolipki 54 (2 przypadki), Żerańska 1, Litewska 4, Rybaki 14, Wolska 35.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: po 3 przypadki: grypy i zapalenia płuc włóknikowego, 2 zapalenia gardła, oraz po 1 przypadku: płonicy, biegunki krwawej, gruźlicy, oraz wąglika.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 3 przypadki nieżytku kiszek, oraz po jednym: nieżytku krtani, padaczki, rozmiękczenia mózgu, gośćca stawowego, zapalenia tkanki łącznej oraz uwiadu starczego.

Biletów odmownych chorem nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 7 (m. 4, k. 3).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 41 (m. 17, k. 24).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W Akademii lek. paryskiej zwrócił uwagę MEGNIN na rozpowszechnienie wśród psów chorób nerwowych, mylnie uważanych za wściekliznę. Choroby te wskutek nieopatrzego krzyżowania ras objawiają się przez napady szaleństwa, poprzedzane czasami drgawkami padaczkowemi, podczas których pies odczuwa potrzebę kąsania i kąsa osoby choćby najlepiej mu znane; po napadzie zwierzę wraca na długi czas do stanu normalnego. Zdanie weterynarza, dokonywającego sekcji zwierzęcia, opiera się zazwyczaj jedynie na zawartości żołądka, wskutek czego bywa bardzo często mylne. WEBER widywał często psy uznane za wściekle, powracające później do zdrowia. Dokładne określanie wścieklizny zmieniłoby w znacznym stopniu obecną statystykę w tej sprawie. (Posiedzenie 19. I. 1897).

= BEDDIES i TISCHER przerobili szereg doświadczeń nad chinozolem, środkiem przeciwgorączkowym i odkażającym. Bakteryobójcze działanie chinozolu, szczególnie w pożywkach, zawierających białko, jest 30 — 50 razy silniejsze, niż karbolu. Autorzy zalecają go do odkażania rąk (1:1000), do obmywania świeżych ran (1:500), przy rzeżączce (1:200), jako dodatek do różnych proszków przy chorobach skóry, do płukania ust i gardła (1:200), wreszcie przeciwko nadmiernemu poceniu się. Wewnątrz stosowali go B. i T. w dawce 0,1 przeciw nerwowym bólom głowy, nieżytom żołądka i kiszek, i w dwóch przypadkach grypy. Pobocznego szkodliwego wpływu środek ten nie wywiera. (Allg. med. Cetrztg. Nr. 59 i 60. 1896).

= Gwajakolat piperydyny stosowali CHAPLIN i TUNNICLIFFE w gruźlicy płuc w dawce 0,3—1,8 trzy razy dziennie i otrzymali wyniki zadawalające: polepszenie stanu ogólnego i zwiększenie łaknienia. Środek ten przechodzi całkowicie przez żołądek i rozkłada się w zasadowej zawartości jelit, wobec czego żadnych niepożądanych objawów żołądkowych nie wywołuje. (Semaine méd. Nr. 3. 1897).

= VIDAL stosował w pięciu przypadkach marskości wątroby hepatoterapię. Trzej chorzy otrzymywali dziennie 100,0 wątroby świńskiej w po-

staci zupy, a u dwóch stosowano podskórne wstrzykiwania wyciągu wątrobyz *aqua laurocerasi*. We wszystkich przypadkach nastąpiło ogólne polepszenie, zwiększenie ilości wydzielanego moczu, zmniejszenie obrzęków i puchliny brzusznej. (Soc. de biol. Paris S. XI. 1896).

= PLUDER badał 35 przypadków przerostu migdałów w i znalazł w pięciu z nich zmiany gruźlicze; laseczki znajdowały się wyłącznie w gruczekach umieszczonych jedynie w warstwie limfatycznej. Autor sądzi, że pierwotnie był tu jedynie przerost migdałów, później zaś dostały się tu zzewnątrz laseczki. Żadnych innych fizykalnych objawów gruźlicy nie było. Rokowanie w przypadkach tych jest pomyślne, o ile nastąpi całkowite wycięcie migdałów, w przeciwnym razie zagraża ogólne zakażenie ustroju. (Aerztl. Ver. in Hamburg 3. XI. 96).

= LAVABRESpostrzegł w klinice POLLOSSON'a zatrzymanie zmarłego płodu przy ciąży macicznej w przeciągu sześciu miesięcy; płód był prawie zмумifikowany. (Lyon méd. Nr. 51. 1896).

= Chinafol — połączenie β -naftolu z chininą przedstawia proszek żółty, krystaliczny, trudno rozpuszczalny w wodzie i alkoholu, gorzkiego smaku; działa przeciwgorączkowo i przeciwgnilnie. RIEGLER stosował ten środek przy durze brzuszny z bardzo dobrym wynikiem i sądzi, że również dobrych wyników należy się po nim spodziewać przy innych sprawach chorobowych zakaźnych kiszek, jak gruźlica, czerwonka. Podaje go R. w proszku w dawce 0,5, dziennie 2,0—3,0, a *maximum* 5,0 *pro die*. (Wien. med. Blätter Nr. 47. 1896).

= Badania doświadczalne nad pylicą płucną (*anthracosis*) doprowadził CLAISSE'a i JORNÉ'go do wniosku, że obecność węgla w tkance płucnej nie wywołuje sama przez się przypisywanych jej chorób, jak nieżyt i rozszerzenie oskrzeli, zapalenie płuc przewlekłe, jamy pylicowe. Pył może jedynie w pewnym stopniu przyczynić się do rozwoju tych chorób, zależnych od innych przyczyn i zmienić nieco zarówno ich przebieg anatomiczny, jak i kliniczny. (Soc. de Biologie. S. 2 i 3, I. 1897).

== ROBIN zaleca przeciwko wymiotom u chorych na raka żołądka zażywanie na pięć do dziesięciu minut przed każdym większym posiłkiem 5 do 8 kropli następującej mieszaniny: Rp. *picROTOXINI* 0,05, *atropini sulf.* 0,01, *morphii muriat* 0,05, *aq. laurocerasi* 20,0. Skutecznem bywa również zażywanie w tym czasie łyżeczki od kawy wody chloroformowej lub miętowej. (Gazette des hopit. Nr. 11. 1897).

= FINGER dowodzi mylności twierdzenia FOURNIER'a, RICORD'a i wielu innych klinicystów, jakoby mężczyzna mógł się zarazić rzeżączką od kobiety zupełnie zdrowej. Mniemanie to opierało się na klinicznym badaniu podejrzanych kobiet, i rzeczywiście najsumienniejsze nawet badanie kliniczne nie wykrywa bardzo często rzeżączki, bakteriologicznem jednak badaniem wydzieliny narządów płciowych zawsze w takich przypadkach wykryć można swoiste drobnoustroje.

Wobec tego F. żąda, aby prostytutki badane były nie wyłącznie klinicznie i nie wypisywane ze szpitali, dopóki wydzielina narządów płciowych zawiera gonokoki. NEISSER znalazł u 126 prostytutek gonokoki, z liczby tej u 22-ch tylko rozpoznano rzeżączkę, u reszty zaś brakło wszelkich klinicznych objawów choroby. To też odsetka chorych na rzeżączkę prostytutek wynosiła w szpitalu wrocławskim w r. 1886—9,3%, w r. 1887—10,1%, w r. 1888 (wprowadzono badanie bakteriologiczne) 54,0%, w r. 1889—47,3%. (Wiener klin. Woch. Nr. 3. 1897).

= PAGGI lecząc chorego, dotkniętego *herpes zoster* na ramieniu, łopatkę i przedramieniu dostał też choroby na tych samych miejscach. Być może, że grał tu rolę jedynie zbieg okoliczności, w przeciwnym zaś razie przypadek ten przemawiałby za bezpośredniem udzielaniem się tej choroby. (Semain. méd. 19. IX. 1896). B. M.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy NEUGEBAUER Franciszek, SKOWROŃSKI Roman oraz STĘPKOWSKI Franciszek powiększyli grono współwłaścicieli naszego pisma.

— W dniu 6 lipca r. b. prof. KÖLLIKER sławny histolog, obchodzić będzie 50-letni jubileusz swej nauczycielskiej działalności. Dzień ten jest zarazem 81 rocznicą urodzin KÖLLIKER'a.

— W sierpniu r. b. odbędzie się w Brukselli II międzynarodowy zjazd w sprawie higieny dróg żelaznych i żeglugi morskiej. I zjazd miał miejsce w roku 1895 w Amsterdamie.

— We wrześniu r. b. ma się odbyć w Brukselli zjazd, mający na celu rozpatrzenie niektórych spraw z dziedziny medycyny sądowej.

— W East Orange 30 przypadków płonicy powstało, jak wykazało ścisłe badanie, wskutek zarażenia się przez mleko. Właściciel bowiem firmy, z której mleko pochodziło, pozwolił córce swej, w okresie zdrowienia po płonicy, myć naczynia przeznaczone do mleka.

— W Grand Medical Colleg w Bombaju HAFKIN zaszczepił kilku lekarzom surowicę ochronną przeciwko dżumie.

— Zmarli. W m. Rakowie gub. Mińskiej, zmarł 4-go marca r. b. na tyfus płamisty d-r Jan Józef PIETRZYKOWSKI w 31-ym roku życia. Po ukończeniu uniwersytetu warszawskiego w 1891 roku kol. PIETRZYKOWSKI przez cały czas z poświęceniem godnem naśladowania pełnił ciężkie obowiązki lekarza na prowincyi. Zamiłowany w swoim fachu, gorliwy ten i cichy pracownik szybko zdobył uznanie ogółu, któremu służył rozległą swoją wiedzą lekarską.

D-r Aleksander STEUERMARK, lekarz pułkowy wojsk austriackich, b. ordynator kliniki chirurgicznej uniwersytetu krakowskiego, zmarł w 35-ym roku życia.

D-r Feliks ZADROWSKI, lekarz powiatu Sierpeckiego, zmarł w 45 roku życia.