

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO 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: Z 1 wiersz ednoszpaltowy 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. Przyczynek do badań nad rozkładem cukru w ustroju. podał D. Rywosz. — **Kazuistyka.** Z kazuistyki chorób nerwowych. Podał A. Tumpowski (Łódź). — **Streszczenia i wyciągi.** 52. O postępowaniu chirurgicznem przy wrzodzie żołądka. 53. O współistnieniu padaczki (lub napadów epileptoidalnych) i cukrzycy (lub cukromoczu). 54. Przyczynek do teoryi o gruczole tarczowym i o leczeniu choroby Basedow'a. 55. O leczeniu górnego odcinka dróg moczowych zapomocą środków lekarskich. O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za miesiąc luty r. b. — Ś. p. D-r Roman Jasiński. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: D-r D Rywosz —
Contribution aux recherches sur la décomposition
du sucre dans l'organisme.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr. D Rywosz —
Beitrag zur Untersuchung ueber den Zerfall des
Zuckers im Organismus.

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

Z PRACOWNI PATOLOGII OGÓLNEJ W UNIWERSYTECIE WARSZAWSKIM.

Przyczynek do badań nad rozkładem cukru w ustroju.

Podał

Dr. med. D. Rywosz.

Od chwili zjawienia się badań MERING'a i MINKOWSKIEGO nad cukrzycą, pojawiającą się po wycięciu trzustki, sprawa rozkładu cukru w ustroju zaczęła znowu być dokładnie badana i rozstrząsana przez wielu fizyologów i klinicystów. Spośród nich pierwsze miejsce niezaprzeczenie przyznać należy lionskiemu profesorowi LÉPINE'owi i jego współpracownikom BARRAL'owi i MÉTROZ'owi. LÉPINE poświęcił tej sprawie oraz cukrzycy trzustkowej cały szereg prac, drukowanych we francuskich i poczęści w niemieckich pismach periodycznych. Wyniki, do których doszedł autor na zasadzie swych badań, można streścić w sposób następujący. Rozkład cukru w ustroju spowodowany jest istnieniem we krwi pewnego zaczynu, któremu LÉPINE nadał miano *ferment glycolitique*. Zaczyn ten mieści się w białych ciałkach krwi i przechodzi z nich do wyciągu wodnego. Działanie swe wywiera ów zaczyn jedynie po-

niżej 54° (mniej więcej), będąc zaś ogrzany silniej, traci własność rozkładania cukru. Zaczyn glikolityczny wytwarza się, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie w trzustce ¹⁾ i stąd dzięki białym ciałkom we krwi krążyć poczyną. W ostatnich czasach zjawiała się praca LÉPINE'a ²⁾, w której autor twierdzi, iż udało mu się otrzymać zaczyn glikolityczny z zaczynu dyastatycznego, poddając ten ostatni działaniu kwasu siarczanego. Przeciw temu twierdzeniu wystąpił cały szereg uczonych, jak MINKOWSKI, HEDON, SEESEN, KRAUSS, ARTHUS, SZABAD, NASSE, ROEHMAN, SPITZEL.

Niektórzy badacze nie uznają istnienia podobnego zaczynu w żywym ustroju, inni zaś nie byli w stanie stwierdzić danych LÉPINE'a, jakoby glikolityczna własność krwi chorych na moczówkę cukrową *resp.* krwi psów pozbawionych trzustki była znacznie zmniejszona w porównaniu z krwią prawidłową; na podstawie tych oraz niektórych innych danych nie zgadzają się również wspomniani autorzy z poglądem LÉPINE'a, iż zaczyn ten wytwarza się w trzustce. W pracy niniejszej nie zamierzamy rozpatrywać drugiego punktu, pragniemy tu jedynie zastanowić się nad pierwszą sprawą, dotyczącą istnienia zaczynu glikolitycznego. Większa część badaczy stwierdza dane LÉPINE'a, iż krew *in vitro* posiada własność rozkładania cukru, co zresztą wiadomo już było CLAUDE BERNARD'owi; zgadzają się oni również, iż glikoliza zależna jest od pewnego zaczynu, co także twierdził CLAUDE BERNARD. Jednak wbrew zdaniu LÉPINE'a mniemają oni (SEESSEN, ARTHUS), iż zarówno wytwarzanie zaczynu, jakoteż spowodowany przezeń rozkład cukru jest jedynie zjawiskiem pośmiertnym.

Za najważniejsze uważane są badania ARTHUS'a. Autor ten dowiódł, że istnieje związek pomiędzy glikolityczną własnością krwi i jej krzepnięciem; przewiązując w dwóch miejscach żyłę konia i pozostawiając w niej krew w ciągu 6 godzin w 15° lub też w ciągu 1/2 godziny w 40°, ARTHUS nie spostrzegł żadnej utraty cukru w tej krwi. Ponieważ wiadomo, iż krew w przewiązaniu z obu stron naczyniu nie krzepnie (BRÜCKE), przeto ARTHUS te dwa zjawiska — krzepnięcie i glikolizę uważa jako wzajemnie od siebie zależne i zarazem jako zjawiska pośmiertne. Dalej ARTHUS nie spostrzegł glikolizy we krwi, do której dodano fluorku sodu. Wreszcie ARTHUS zwraca uwagę na zjawisko, które zdaniem jego świadczy przeciw czynności życiowej krwi w tej sprawie rozkładu cukru. Mianowicie, jeżeli glikoliza jest zjawiskiem związanym z życiem, to należy się spodziewać silniejszych własności glikolitycznych krwi w pierwszej chwili po wypuszczeniu jej z ustroju, później zaś glikoliza powinna słabnąć; atoli ARTHUS spostrzegł zjawisko natury wprost przeciwniej.

Zarzuty, jakie czyni ARTHUS teorii LÉPINE'a o istnieniu pewnego zaczynu glikolitycznego, uważane są za najbardziej przekonywające, to też SZABAD w swej ze wszech miar pięknej pracy wprost mówi: „tak więc dzięki ścisłym badaniom ARTHUS'a hipoteza LÉPINE'a o istnieniu swoistego zaczynu glikolitycznego we krwi została zupełnie obalona ³⁾“⁴⁾. Z tak kategorycznym twierdzeniem, moim zdaniem, zgodzić się jednak niepodobna. Już w roku 1892 ⁴⁾ LÉPINE powtórzył doświadczenie z przewiązaną z dwóch stron żyłą końską z tą jednak odmianą, iż od czasu do czasu wstrząsał krew w żyłę, obracając

¹⁾ R^évue de médecine. 1894. str. 892.

²⁾ Comptes rendus. 120.

³⁾ Przyczynek do sprawy cukrzycy trzustkowej. Moskwa. 1895. str. 221.

⁴⁾ Revue de méd. 1892. str. 486.

ją z góry na dół i odwrotnie; w tych warunkach miał on możność stwierdzić zupełnie taką samą glikolizę, jak i w innych swych doświadczeniach, bez względu na to, iż krew w żyłę pozostawała płynną. Różnicę, zachodzącą pomiędzy doświadczeniami własnymi i ARTHUS'a, LÉPINE zupełnie dokładnie wyjaśnia w sposób następujący. Zaczyn glikolityczny zawarty jest w białych ciałkach krwi, co również potwierdza ARTHUS; jeżeli żyła pozostaje w spokoju, wówczas wzajemne oddziaływanie pomiędzy krwią i jej ciałkami nie może mieć miejsca, ponieważ te ostatnie dzięki sile ciężkości osiadają na dnie naczynia. Doświadczenia z krwią psów, którym zastrzyknięto pepton WITTE'go w ilości 0,4—0,8 na kilo wagi, przekonały nas, iż między krzepnięciem krwi a glikolizą nie zachodzi żaden związek konieczny; aczkolwiek krew pozostawała płynną, jednak glikoliza występowała wyraźnie. Pozwolimy sobie przytoczyć tu tylko dwa doświadczenia. Krew była traktowana według ABELES'a.

I. Pies wagi 5,2 kilogr.

Wypuszczono 24,75 gr. krwi i natychmiast określono zawarty w niej cukier; badanie wykryło 0,135%; inna porcja (24,70) pozostawiona została w termostacie na 5 godzin w ciepłocie 39,5—40°. Cukru wykryto 0,038%.

Temu samemu psu zastrzyknięto 3,5 gr. peptonu WITTE'go. Krwi wzięto 25,4; zawartość cukru równała się 0,144%. Inna porcja (35,40) przechowana była w termostacie w ciągu 5 godzin w tej samej ciepłocie, poczem badanie wykryło cukru tylko 0,069%.

II. Pies wagi 6,8 kilogr.

Wzięto 20,95 krwi, cukru znaleziono 0,161%. 28,4 gr krwi pozostawiono w termostacie w 39,5—40° przez 3 godziny, poczem badanie wykryło cukru 0,113%.

Temu samemu psu po upływie 3 godzin po pierwszej operacyi zastrzyknięto 3,5 peptonu; wypuszczono 26,50 gr. krwi, a natychmiastowe badanie wykazało 0,166% cukru; 23,60 gr. krwi umieszczono w termostacie w wyżej wspomnianej ciepłocie; po 3 godzinach zawartość cukru spadła do 0,139%. Krew peptonizowana w obydwu doświadczeniach pozostawała przez cały czas płynną, pomimo to jednak glikoliza była zupełnie wyraźna. Słabszy względnie stopień rozkładu cukru we krwi peptonizowanej może być, mojem zdaniem, tem wytłumaczony, iż krew po zastrzyknięciu peptonu znacznie ubożeje w białe ciałka: według WRIGHT'a u psów w ciągu 25 minut po zastrzyknięciu peptonu w ilości 0,3—0,5 na kilogr. wagi można zauważyć znaczne zmniejszenie ilości białych ciałek krwi; z 17725 liczba ich spada do 400—3200, przeciętnie do 1560⁵⁾. Z drugiej strony ARTHUS słusznie twierdzi, iż między przyczynami, które powodują niekrzepnięcie krwi, a glikolizą zachodzi związek wyraźny. Mojem zdaniem ma to miejsce w tych wszystkich przypadkach, kiedy niekrzepnięcie powstaje dzięki pewnym wpływom działającym na białe ciałka i na zaczyn włóknikowy, lub też na pierwsze i drugie jednocześnie. Tak tedy ARTHUS, jak o tem wspominaliśmy powyżej, nie mógł stwierdzić glikolizy po dodaniu do krwi niewielkiej ilości fluorku sodu (0,25—0,5%) natychmiast po jej odwłóknieniu. LÉPINE badał taką krew pod mikroskopem i zauważył, iż białe ciałka nie ulegają w niej rozpadowi, jak to się dzieje we krwi prawidłowej po wypuszczeniu z naczyń krwionośnych. Zdaniem LÉPINE'a, w białych ciałkach powstaje rodzaj tamy protoplazmatycznej, zapobiegającej wydzielaniu zaczynu glikolitycznego. Fluorek sodu nie tylko po-

⁵⁾ MALY's Jahresbericht, T. XXIII, 1893, str. 143.

wstrzymuje wydzielanie zączy, lecz również bezpośrednio nań działa, jak tego dowodzą doświadczenia ARTHUS'a. Natychmiast po odwołaniu nieznaczna ilość fluorku sodu (0,25—0,5%) wystarcza dla powstrzymania glikolizy, po pewnym zaś czasie, kiedy wskutek rozpadu białych ciałek ilość zączy wzrosła, konieczne są dla powstrzymania glikolizy silniejsze roztwory fluorku sodu, do 1% i więcej ⁶⁾. Na podstawie swoich doświadczeń ARTHUS twierdzi, iż zarówno glikoliza, jak i krzepnięcie krwi, powstaje dzięki zączy, mającym pewne cechy wspólne. Podobieństwo to według ARTHUS'a stosuje się również do tego, iż zarówno jak w ustroju zączy włóknikowy nie istnieje, lecz wytwarza się dopiero we krwi wypuszczonej z naczyń, tak samo rzecz się ma z zączy glikolitycznym. W tem twierdzeniu najważniejsza jest analogia, jaka zachodzi pomiędzy obydwoz zączy, którą również potwierdzić można innemi doświadczeniami; do tej sprawy powrócimy raz jeszcze. W każdym razie jednak analogia ta wypada nie na korzyść twierdzenia, iż w żywym ustroju zączy glikolityczny nie istnieje.

JAKOWICKI i BIRK dowiedli w swych rozprawach, które wyszły z pracowni Aleksandra SCHMIDT'a, iż zączy włóknikowy w niewielkich ilościach zawarty jest we krwi żywego ustroju ⁷⁾. Przejawom działania tego zączy zapobiega brak niezbędnych dla krzepnięcia warunków fizycznych (*Adhaesion-FREUND*) jakoteż obecność we krwi ciał o działaniu przeciwnem (cytoglobina SCHMIDT'a), nie wspominając wreszcie o tem, iż krew nie pozwala zączywemu nagromadzać się w większej ilości, gdyż w stanie żyjącym może rozkład jego do pewnego stopnia powodować (JAKOWICKI). Pragnąc być konsekwentnym, należałoby przyznać możliwość istnienia zączy glikolitycznego we krwi, przyznać mu prawo wykonywania swej czynności, dopóki istnienie ciał przeciwnych (antagonistów) nie zostało dowiedzione, dopóki nie wiemy o tem, czy krew może go niszczyć ⁸⁾.

Powróćmy teraz do analogii między wspomnianymi zączy. Według doświadczeń HAYCRAFT'a wyciąg z główek pijawek zapobiega krzepnięciu krwi. Zgodnie z badaniami HAYCRAFT'a, HALLIBURTON'a i LEDOUX'a musimy uznać, iż wyciąg ten niszczy zączy włóknikowy, zdaniem zaś innych zapobiega tylko jego działaniu. Oprócz tego, według badań LEDOUX'a i KURNIECOW'a wyciąg z pijawek na długi czas zachowuje żywotność białych ciałek krwi i chroni je od rozpadu. Już w 1893 roku podczas pobytu w Wiedniu pragnęliśmy zbadać wpływ tego wyciągu na glikolizę i w tym celu wykonaliśmy wraz z KATZ'em szereg doświadczeń *in vitro*; przyszliśmy wówczas do wniosku, iż we krwi z wyciągiem pijawek glikoliza się nie odbywa. Dla różnych powodów nie ogłaszaliśmy naszych doświadczeń tembardziej, kiedyśmy się z literatury dowiedzieli, iż doświadczenia podobne były już wykonane przez COLENBRANDER'a ⁹⁾ z podobnym wynikiem. W roku bieżącym w Warszawie postanowiliśmy powtórzyć te doświadczenia z tą tylko różnicą, aby zbadać glikozę nie *in vitro*, lecz w ustroju żywym. Przy tej okazji miło nam jest wyrazić prof. USZYŃSKIEMU, w którego pracowni wykonane były doświadczenia poniższe, szczerze podziękowanie za łaskawe udzielenie nam miejsca oraz za pomoc wszelkiego rodzaju, którą nas niejednokrotnie wspierał w naszej pracy.

⁶⁾ MALY's Jahresbericht. T. XXIII. str. 169.

⁷⁾ Zgadza się z tem również HAMMARSTEN (Phys. Chemie, str. 74).

⁸⁾ Z: warunek zetknięcia z ciałem obcym nie jest konieczny dla glikolizy, wskazuje to doświadczenie LÉPINE'a z przewłazaną żyłą.

⁹⁾ MALY's Jahresbericht. T. XXII. 1892. str. 137.

Doświadczenia wykonywane były w sposób następujący:

Określano ilość cukru zawartego we krwi psa, poczem natychmiast zastrzykiwano do jakiegobądź żyły wyciąg pijawek. Wyciąg ten zapobiega krzepnięciu krwi w ciągu 1—2 godzin zależnie od zastrzykniętej ilości (LEDoux), t. j. krew upuszczona przez ten cały czas nie krzepnie. Jeżeli działanie zaczynu glikolitycznego w ciągu tego czasu również jest usunięte, to we krwi upuszczonej w godzinę po zastrzyknięciu powinniśmy znaleźć więcej cukru, aniżeli w pierwszej porcyi, wziętej do badania przed zastrzyknięciem. Ilość wykonanych przez nas doświadczeń nie jest zbyt znaczna, wszystkie jednak doprowadziły do jednakowych wyników: występuje znaczne zwiększenie ilości cukru w godzinę po zastrzyknięciu wyciągu.

Przytoczymy tu trzy doświadczenia. Krew była badana według LÉPINE'a; ilościowe określanie cukru dokonywane było drogą miareczkowania płynem FEHLING'a w obecności dużego nadmiaru ługu. Wyciąg pijawek w pierwszych dwu doświadczeniach był otrzymywany według CONTEJEAN'a: główki pijawek zachowane w alkoholu (95—96°) w ciągu trzech dni, były następnie drobno pokrajane nożyczkami i wreszcie trzymane w termostacie w 30° przez 12—24 godzin w fizyologicznym roztworze soli kuchennej (2 cm. sz. na jedną główkę) z kilku kroplami chloroformu. W ostatniem doświadczeniu główki pijawek po 3-dniowem trzymaniu w alkoholu były posiekane i wprost gotowane w 0,7% roztworze soli kuchennej, poczem działanie wyciągu było znacznie silniejsze, tak że na podstawie naszych doświadczeń sposób ten polecić możemy jako znacznie lepszy od innych. We wszystkich doświadczeniach używano nie więcej nad 30 gramów krwi.

I. Pies wagi 6,2 kilo.

Zawartość cukru we krwi przed zastrzyknięciem wyciągu pijawek 0,14%; zastrzyknięto 13 cm. sz. wyciągu; w godzinę potem badanie wykrywa 0,192% cukru.

II. Pies wagi 8,5 kilo.

Ilość cukru we krwi 0,132%; zastrzyknięto 13 cm. sz. wyciągu; w godzinę potem cukru wykryto 0,182%.

III. Pies wagi 8,5 kilo.

Zawartość cukru we krwi 0,156%; zastrzyknięto 18 cm. sz. wyciągu otrzymanego przez gotowanie; po upływie godziny badanie cukru wykazało 0,215%.

Ażeby uprzedzić wszelkie nieporozumienia, dodamy, iż dla porównania badaliśmy krew psów w przerwach jednogodzinnych bez zastrzykiwania wyciągu pijawek, pragnąc przekonać się, czy już samo przywiązywanie zwierząt do stołu i pozostawienie w tem położeniu w ciągu godziny nie wpływa na zwiększenie ilości cukru we krwi. Jak się już *a priori* spodziewać należało, zwiększonej zawartości cukru nie stwierdzono; zresztą t. z. *Fesselungsdiabetes* (BOEHM i HOFFMAN) dowiedziono tylko u kotów. Te same doświadczenia przekonały nas również, iż nieznaczne upusty krwi (mniejsze niż $\frac{1}{10}$ ogólnej ilości krwi) nie zwiększają zawartości cukru w niej, co zawsze można zauważyć po upustach znacznych, np. około $\frac{1}{3}$ ogólnej ilości (Cl. BERNARD, MEHRING, SCHENK). Dodajmy jeszcze, że zastrzykiwanie wyciągu pijawek żadnego szkodliwego wpływu na zwierzęta nie wywiera, jak tego dowodzą spostrzeżenia HAYCRAFT'a¹⁰⁾, CONTEJEAN'a¹¹⁾ i nasze własne. LEDoux¹²⁾

¹⁰⁾ Arch. f. exp. Path. und Pharm. 1884.

¹¹⁾ Comp. rend. soc. biol. 96.

¹²⁾ MALY's Jahr, 1896. str. 195—197.

nie zauważył żadnego szkodliwego działania nawet po zastrzyknięciu wyciągu z 13 główek pijawek (100 mgr. wysuszonego wyciągu) na kilogram wagi psa. Wspomnieć należy tu jeszcze o jednym doświadczeniu z wyciągiem pijawek. Jeżeli wyciąg ten jest w stanie zmniejszać glikolizę w ciągu 1—2 godzin, to należy spodziewać się cukromoczu u psa, którego karmiono obficie przez dwa lub trzy dni tak, aby ilość cukru we krwi przed zastrzyknięciem wyciągu uległa zwiększeniu. W doświadczeniu, które poniżej przytaczam, udało nam się z całą pewnością dowieść istnienia śladów cukru w moczu u psa.

IV. Pies wagi 7,5 kilo otrzymywał przez dwa dni po 1½—2 funtów mięsa na dobę oprócz zwykłego pożywienia. Zastrzyknięto do żyły udowej wyciąg z 29 główek pijawek. Próba TROMMER'a i RUBNER'a wyraźnie dowiodła istnienia cukru w moczu w 1½ godziny po zastrzyknięciu.

Doświadczenia podobne mogą udawać się tylko przy zastrzykiwaniu znacznej ilości wyciągu, nie mogliśmy przeto wykonywać ich w większej liczbie dla braku materiału. Opierając się przeto na badaniach LEDOUX'a, który dowiódł, że pod wpływem obfitych zastrzykiwań wyciągu można w moczu spostrzegać cukier, dalszych w tym kierunku doświadczeń nie wykonywaliśmy. Wspomnianego zjawiska LEDOUX zupełnie nie stara się wytłomaczyć.

Ostatni szereg doświadczeń, jakie wykonaliśmy w celu zbadania wpływu wyciągu pijawek na rozkład cukru w ustroju, był treści następującej: według BRAZOL'a i WEYERT'a cukier zastrzyknięty psu do krwi w ciągu dwóch godzin zupełnie z niej zostaje usunięty tak, że zawartość jego po upływie tego czasu powraca do stanu prawidłowego. Jeżeli zaś zastrzyknąć psom wraz z cukrem i wyciąg z pijawek, to wówczas spodziewać się należy, iż nawet po tym czasie ilość cukru w porównaniu ze zwykłą ilością znacznie będzie zwiększona.

V. Pies wagi 5,0 kilo.

Zastrzyknięto 0,06 morfiny, ponieważ zwierzę okazywało silne wzburzenie i niepokój. Upuszczono 30,0 krwi, w której wykryto 0,165% cukru. Następnie zastrzyknięto 2,0 cukru. Po 1 godzinie 20 min zawartość cukru we krwi równała się 0,159%. Po upływie 2 tygodni temu samemu psu (po uprzednim zastrzyknięciu 0,06 morfiny) upuszczono 30,0 krwi, w której wykryto 0,112% cukru. Następnie zastrzyknięto 2,0 cukru wraz z 12 cm. wyciągu (z 6 główek); po 1 godzinie 20 min. zawartość cukru wynosiła 0,180%.

VI. Pies wagi 9,7 kilo.; morfiny nie zastrzykiwano. Wzięto 30,3 krwi, cukru wykryto 0,128%. Zastrzyknięto 4,0 cukru; po 1 godzinie 20 min. ilość cukru wynosiła 0,141%. Po 2½ tygodniach zawartość cukru we krwi tego samego psa wynosiła 0,130%. Zastrzyknięto 4,0 cukru i 30,0 wyciągu pijawek (z 15 pijawek) i po 1 godzinie 20 min. badanie ilościowe wykazało cukru 0,308%.

Na podstawie tych doświadczeń i rozumowania trudno jest zgodzić się z poglądem, jakoby teoria LÉPINE'a mogła być uważana za obaloną. Ostatnie twierdzenie ARTHUS'a—dlaczego krew w ciągu pierwszej pół godziny posiada własność glikolityczną mniejszą aniżeli później—jest mniejszej wagi, i LÉPINE słusznie twierdzi: *c'est un détail sans aucune importance*. Bez względu na twierdzenie LÉPINE'a, że w ciągu pierwszego kwadransa po upuszczeniu krwi glikoliza jest zamaskowana przez wytwarzanie cukru, czego już w 1894 r. autor ten starał się dowieść—bez względu na to, powtarzamy, spostrzeżenie ARTHUS'a zupełnie jest zrozumiałe: glikolityczna własność wzrastać będzie wspólnie ze zwiększeniem rozpadu leukocytów, w których zaczyn ów jest za-

warty. Stąd jednak bynajmniej nie wypływa, iż glikoliza jest zjawiskiem pośmiertnem i nie odbywa się w ustroju, w którym, jak wiadomo, rozpad tych ciałek stale ma miejsce; zresztą zaczyn ten prawdopodobnie przenika z ciałek do osocza wprost przez dyfuzję.

Oprócz LÉPINE'a, za zaczynową przyczyną rozkładu cukru wypowiedzieli się SPITZER i RÖHMANN¹³⁾ i NASSE¹⁴⁾. Gdy wszakże LÉPINE uznaje istnienie swoistego, rozkładającego cukier zaczynu glikolitycznego, ci ostatni odmawiają mu prawa bytu. Na rozkład cukru w ustroju zapatrują się oni jako na zwykłą sprawę utleniania, przyczynę zaś spraw utleniania we krwi i tkankach przypisują swoistemu *resp.* swoistym zaczynom utleniającym. Nie zagłębiając się w rozpatrywaniu zawilej nauki o tych zaczynach i wogóle o sprawach utleniania w ustroju, w których według SPITZER'a potrzebne są „Sauerstofferreger“, „Sauerstoffspender“, „Sauerstoffnehmer“ i pewne jeszcze czynniki uboczne, zauważymy tu tylko, iż działanie tych zaczynów, według SPITZER'a polega na ich własności uruchamiania (*Activierung*) tlenu, t.j. na odrywaniu atomów tlenu od Sauerstoffspender'u. Ten O-spender według SPITZER'a jest to prawdopodobnie zazwyczaj O₂, cząsteczka tlenu, która przy współdziałaniu zaczynów przechodzi w tlen atomowy. Według NASSE'go działanie tych zaczynów polega na uwodnieniu wody: na miejsce wodoru w wodzie wstępuje hydroksyl (OH), uwolnione zaś atomy wodoru ze swej strony zamieniają cząsteczkę tlenu w atomy. Mimochodem zauważymy tu, iż NASSE'mu nie udało się otrzymać zaczynu, rozkładającego cukier z dyastazy przez działanie kwasu siarczanego, jak chce LÉPINE. Na glikolizę, jak wyżej wspomniano, NASSE zapatruje się jak na zwykłą sprawę utleniania, ponieważ, jak twierdzi, wytwory, otrzymane drogą utleniania cukru poza ustrojem, są te same, jakie wytwarzają się w samym ustroju.

To ostatnie twierdzenie, naszym zdaniem, wymaga jeszcze potwierdzenia przynajmniej co do wytworów przejściowych i dopóki nie będzie ono poparte przez badania ścisłe, dopóty nie mamy prawa kłaść na równi utleniania cukru ze sprawą rozkładu jego w ustroju. Jako pewien dowód przeciw możliwości utożsamiania obu spraw może poniekąd być uważana własność ustroju tworzenia tłuszczów z wchłanianych węglowodanów; fakt ten został stwierdzony przez cały szereg badaczy (SOXHLET, B. SCHULTZE, MEISSEL i STROHMER J. MUNK). W chemii fizyologicznej NEUMEISTER'a (T. I str. 298) przytoczone są doświadczenia, które z niezbitą pewnością dowodzą, iż z węglowodanów pokarmu ustrój wprost wytwarzać może tłuszcze. HENRIOT i GAUTIER również są tego zdania, że cukier częściowo wprost obraca się w tłuszcz; przyznaje to również i KAUFMANN, aczkolwiek nie w tym stopniu jak HENRIOT; u mięsożernych, według KAUFMANN'a, ten sposób rozkładu cukru w nieznanym tylko odbywa się stopniu.

Oprócz poglądów, które przypisują rozkład cukru obecności pewnych zaczynów, istnieje zapatrywanie, które uważa zasadowy odczyn krwi za główną przyczynę tego zjawiska.

Najbardziej konsekwentnym przedstawicielem tej teorii jest SZABAD, który sprawie tej wraz z moczówką trzustkową poświęcił dwa rozdziały swej obszernej monografii (VIII i IX). Główne punkty tej teorii są następujące: zasady warunkują rozkład cukru poza ustrojem; zmniejszeniu zasadowości

¹³⁾ PFLÜGERS Arch. 60 i BERICHTÉ d. deutsche chem. Ges. T. XXVIII.

¹⁴⁾ Rostock. Zeit. 1895. „Ueber Glykolyse“, ref. MALY's Jahrsb. T. XXV, str. 610.

krwi (przez wprowadzenie kwasów) towarzyszy często cukrzyca i cukromocz. U chorych na cukrzycę i u psów pozbawionych trzustki zasadowy odczyn krwi stale bywa zmniejszony.

Za pewny dowód SZABAD uważa również pomyślny wpływ wód zasadowych w cukrzycy (Karlsbad). Opierając się na zdaniu SIECZENOW'a, że trzustka (wraz z kiszkami cienkimi) jest głównem źródłem zasad (Na_2CO_3) w ustroju, SZABAD wiąże cukrzycę zjawiającą się po wycięciu tego gruczołu ze zmniejszoną zasadowością krwi. Potwierdzając myśl SIECZENOW'a, autor przytacza badanie krwi z żyły trzustkowo-dwunastniczej, w której wykrył więcej zasad, aniżeli w odpowiedniej tętnicy, gdy w naczyniach obwodowych (*a. i v. dors. pedis a. i v. femoralis*) zawsze można było stwierdzić dane wprost przeciwnie, t. j. większą zasadowość krwi tętniczej. Nie mając zamiaru rozpatrywać obszernej literatury, jaką SZABAD odnośnie do rozmaitych spraw będących w związku ze zwiększoną lub zmniejszoną zasadowością krwi przytacza, zastanowimy się tylko nad niektórymi pracami. Przedewszystkiem uzupełnić musimy pewien brak: nie został wspomniany Claude BERNARD. W swych wykładach o moczówce cukrowej (1877) Claude BERNARD (wykład 132) rozpatruje sprawę, przez co spowodowany bywa rozkład cukru, przez zaczyn, czy też przez zasady krwi. Przyjmuje on pierwsze przypuszczenie na zasadzie doświadczenia następującego: jeżeli wziąć dwie jednakowe porcje krwi i jedną z nich zagotować w celu zniszczenia zaczynu, który według Claude BERNARD'a jest zaczynem kwasu mlecznego, wówczas bez względu na zasadowość krwi cukier nie ulegnie rozkładowi, w drugiej zaś porcyi cukier powoli się rozkłada i jednocześnie zasadowość powoli prawie zupełnie ginie. Według Claude BERNARD'a, zasadowość może raczej tylko sprzyjać objawom działania zaczynu.

SZABAD powołuje się na doświadczenia NENCKIEGO i SIEBER'owej, którzy dowiedli, że ług potasowy i sodowy w silnem stężeniu prędzej rozkłada cukier, w mniejszem zaś (odpowiadającym mniej więcej zasadowości naszej krwi) powoli (przy $35-40^\circ$ w ciągu 10 dni). Jednak wolnych zasad potasu i sodu we krwi niema, znajdują się w niej tylko sole zasadowe. W pracy SZABAD'a nie znajdujemy danych, któreby wskazywały, iż takie sole również rozkładają cukier.

NENCKI i SIEBER'owa w przytoczonej przez SZABAD'a pracy opisują doświadczenie, które właśnie dowodzi, iż roztwór sody żadnego wpływu niszczącego na cukier nie wywiera: „5 gr. cukru gronowego + 250 cm. sz. 10% roztworu sody nie uległy zmianie po przebywaniu w termostacie w przeciągu miesiąca“. Ten sam wynik otrzymany był po dodaniu amoniaku. U GORUP-BESANEZ'a, na którego powołuje się SZABAD, nie mogliśmy również znaleźć doświadczeń z solami zasadowymi. SZABAD bez wątpienia dokładnie jednak zna pogląd MALY'ego, iż krew jest to raczej płyn kwaśny, w którym kwasy nie są jeszcze zupełnie nasycone (NaHCO_3 , NaH_2PO_4); nie może przeto być mowy o zasadach wolnych. Jedyne neuryna, silna zasada organiczna, składowa część lecytyny, posiada te same własności, co i NaHO i KaHO , jednak neuryna w stanie wolnym nie spotyka się w ustroju (HOPPE-SEYLER). Z tem jedynie zgodzić się można, iż wszelkie zwiększenie kwaśności krwi szkodzi rozkładowi cukru, że przeto wszystko, co do tego prowadzić może, jest w stanie wywoływać cu-

¹⁵⁾ Zeitschr. für pract. Chemie. 1881. str. 501.

krzygę z następczym cukromoczem, zubożenie zaś krwi w sole (NaH_2PO_4 , NaHCO_3 , Na_2CO_3) nie może spowodować cukrzycy wskutek niedostatecznego rozkładu cukru.

Zauważymy tu jeszcze, że LOEWY, który badał zasadowość krwi według swojej metody ulepszonej, znajdował u chorych na moczówkę cukrową zwiększenie zasadowości czyli dane wręcz przeciwnie w porównaniu z tem, co twierdzono dotychczas¹⁶⁾. Zresztą SZABAD sam przychodzi do wniosku, iż nie tylko w zasadowości kryje się przyczyna rozkładu cukru. Zapewne tu „odgrywają pewną rolę niezbadane dotąd sprawy zaczynowe“ (str. 299). To wyznanie jest dla nas wystarczające, aby wyprowadzić wniosek ogólny, że wszyscy autorzy uważają za konieczną obecność zaczynu powodującego rozkład cukru. Jakiego rodzaju jest ów zaczyn, na to dotąd odpowiedzieć trudno. W tej mierze pewną wskazówkę znajdujemy w pracach ARTHUS'a. Badania jego wskazują pewne podobieństwo, jakie zachodzi pomiędzy zaczynem glikolitycznym i włóknikowym, podobieństwo, które nam również udało się stwierdzić. Prace PEKELHARING'a i LILIENFELD'a przemawiają na korzyść tego, iż zaczyn włóknikowy zaliczony być winien do grupy t. z. nukleoproteidów¹⁷⁾. Bardzo być może, iż w tej grupie ciał również szukać należy zaczynu glikolitycznego. W tym kierunku zamierzamy dalsze badania nasze w najbliższej przyszłości prowadzić.

KAZUISTYKA.

Z kazuistyki chorób nerwowych,

Podał A. TUMPOWSKI (Łódź).

I.

Paralysis Landry (paralysie ascendante aiguë) pochodzenia neurytycznego.

F. lat 37, chory jest od 10 dni. Pochodzi z rodziny, w której było kilku suchotników. Sam w dzieciństwie przebył ospę. Przed 4 laty miał wrzód na łątku; wysypki nie było. Przed 5-iu tygodniami, pracując pod ziemią przy przeprowadzaniu urządzenia gazowego do jakiegoś zakładu, doznał mocnego zawrotu głowy, potrafił jednak bez pomocy wydostać się z dołu, w którym pracował, udał się do domu, wziął kąpiel i czuł się potem zupełnie zdrow.

Przed 10-iu dniami podobno zjawiała się gorączka, a wraz z nią ból głowy, który trwa dotychczas, oraz zaparcie stolca i brak łaknienia. Jednocześnie zaczął doznawać mrowienia w nogach, a następnie i w rękach, które, jak twierdzi, zaczynało się od obwodu kończyn, przesuwając się następnie w kierunku tułowia. Potem ręce i nogi zaczęły drętwieć i coraz bardziej słabnąć, co go skłoniło do szukania pomocy w szpitalu św. Aleksandra.

Stan obecny (18. V. 97). Chory średniego wzrostu, umiarkowanie odżywiany. Ciepłota $37,5^\circ$. Ból głowy, na który się chory skarży, umiejscowiony jest głównie w skroniach, które są też bolesne przy opukiwaniu. Twarz niezupełnie symetryczna, mianowicie lewy kąt ust jest bardziej opuszczony ku dołowi, niż prawy, oraz

¹⁶⁾ LIMBECK. Grundriss der klin. Path. d. Bl. Wydanie drugie. str. 154.

¹⁷⁾ MALY's Jahr. XXV. 1895. str. 137.

lewa bruzda nosowargowa płytsza, aniżeli prawa; marszczenie czoła odbywa się słabo, po przymknięciu powiek pozostaje między niemi szczelina, która jest większa po lewej stronie niż po prawej; opór, stawiany przez mięśnie okrężne powiek przy wykonywaniu ruchów biernych, jest bardzo nieznaczny; ruchy mimiczne mięśni twarzy słabsze są wogóle po stronie lewej, niż po prawej. Ruchy gałek ocznych zachowane, lecz osłabione i po kilku poruszeniach występuje drżenie gałek, które się zjawia też, gdy chory dłużej się wpatruje w jakiś przedmiot. Żrenice jednakowej i umiarkowanej wielkości; lewa wydaje się niezupełnie okrągła; oddziaływanie żrenic na światło i przystosowanie jest znacznie osłabione. Żadnych przedmiotowych zmian czucia w obrębie nerwu trójdzielnego niema; ucisk punktów nerwowych tego nerwu nie wywołuje bólu. Ruchy języka zachowane, lecz również słabe z powodu, jak mówi chory, występującego przy nich bólu w szczękach; zaniku języka nie widać. Ruchy podniebienia miękkiego prawidłowe; chory doznaje uczucia obrzmiewania w gardle.

Pokarmy twarde może łykać, jakkolwiek z pewną trudnością; płyny przełyka dobrze. Zaburzeń mowy niema.

Kończyny górne są obie również dotknięte niedowładem tak, że chory bardzo słabo tylko może niemi poruszać: unieść ku górze nie może ich wyżej niż do linii poziomej i trudno mu utrzymać je w tem położeniu dłużej niż przez chwil kilka. Opór przy ruchach biernych jest bardzo nieznaczny, prawie żaden. Pobudliwość mechaniczna mięśni kończyn górnych zachowana. Odruchy okostnowe zniesione.

Przy ucisku mas mięśniowych ramienia i przedramienia ból niezbyt mocny, lecz wyraźny. Natomiast mocny ból występuje przy ucisku nerwu promieniowego na ramieniu i nerwu łokciowego w *sulcus n. ulnaris*. Pni nerwowych nie wyczuwa się. Żadnych zaników nie widać.

Chory nie może o własnych siłach podnieść się z położenia leżącego lub przewrócić z jednego boku na drugi. Odruchy brzuszne nieobecne. Kończyny dolne znajdują się w stanie zupełnego prawie porażenia o charakterze wiotkim. Chodzić chory zupełnie nie może. Leżąc na łóżku, słabo wykonywa ruchy palcami nóg i stopami, zupełnie zaś nie może wykonywać ruchów w stawach biodrowych i kolanowych, a więc nie jest w stanie unieść ku górze kończyn, ani zgiąć ich w kolanach, ani założyć jednej nogi na drugą. Ruchy bierne nie napotykają żadnego oporu i nie wywołują żadnego bólu z wyjątkiem ruchu zgięcia kończyn w stawie biodrowym, co wywołuje żywy ból na przedniej powierzchni uda. Odruchy kolanowe, stopowe, podeszwowe, mięśni unoszących jądro nieobecne. Przy ucisku punktów nerwowych nerwów biodrowych, obu nerwów kulszowych w rozmaitych punktach ich przebiegu oraz nerwów strzałkowych przy główce kości strzałkowej zjawia się mocny ból, który występuje też przy ucisku mięśni goleni i uda. Zmiany czucia bardzo nieznaczne i wyłącznie w obrębie kończyn dolnych, a zwłaszcza goleni; ograniczają się one do nieprawidłowo rozsianych wysepek znieczulenia bólowego i dotykowego. Wymiary serca prawidłowe, tony czyste, tętno od 60 do 70 uderzeń na minutę, prawidłowe. W płucach niema zmian opukowych; z wyjątkiem świstów i rzeżeń grubych nie wysłuchuje się żadnych objawów nieprawidłowych. Wątroba i śledziona nie są powiększone i nie można ich wyczuć. Oddawanie moczu prawidłowe; od początku choroby istnieje zaparcie stolca, dla usunięcia którego chory kilkakrotnie brał olej rącznikowy. Mocz kwaśny, białka nie zawiera.

19. V. Chory skarży się na wystąpienie duszności i niemożność odpluwania wydzielającej się plwociny, którą służący musi wydostawać tamponem. Przedmiotowy stan płuc jak wyżej. Ilość oddechów 20 na minutę.

20. V. Uczucie duszności zwiększa się, pomimo tego oddech powierzchowny, 24 na minutę. Porażenie kończyn górnych w iększe, niż poprzednio, prawie zupełne. Pomimo tego złego stanu chory wypisuje się ze szpitala.

Zaszedłszy do mieszkania cho rego na drugi dzień rano, dowiedziałem się, iż chory zmarł po upływie kilku godzin po powrocie do domu przy wciąż wzrastającej duszności.

Zestawiając opis powyższy, widzimy, iż u chorego po krótkotrwałej gorączce, dreszczach, bólu głowy wystąpiły czucia rzekome we wszystkich kończynach, a następnie porażenia, obejmujące mięśnie kończyn początkowo dolnych, później zaś i górnych, a także mięśnie tułowia i po części twarzy; w dalszym przebiegu choroby, która trwała niecałe 2 tygodnie, porażenie zajęło mięśnie oddechowe, co było bezpośrednią przyczyną śmierci.

Obraz ten kliniczny odpowiada w zupełności chorobie, opisanej po raz pierwszy przez LANDRY'ego pod nazwą „Paralysie ascendante ou centripète aigüe” i charakteryzującej się według tego autora głównie porażeniem wstępującem, obejmującym naprzód kończyny dolne, później górne; porażenie obejmuje następnie mięśnie oddechowe, język, gardziel i przełyk, wywołując zejście śmiertelne w przeciągu kilku dni do dwóch tygodni.

Późniejsi badacze tej choroby poczynili nieznaczne tylko zmiany w powyższym opisie, dodając niektóre objawy, rzadziej występujące, jak np. zmiany czucia, porażenie twarzy i t. d. Prócz tego, co już LANDRY wskazywał, porażenie może się rozwijać w kierunku odwrotnym t. j. z góry na dół. LANDRY zaliczał tę sprawę do porażeń esencyalnych, t. j. niezależnych od jakichkolwiek zmian anatomicznych; to samo zdanie wypowiedzieli VULPIAN, RANVIER, BERNHARDT, WESTPHAL, KUSSMAUL i wielu innych. Wielu autorów jednak (HAYEM, KLEBS, LEYDEN, EISENLOHR) wskazywało istnienie nader różnorodnych zmian anatomicznych w ośrodkach nerwowych oraz nerwach obwodowych; tak np. w rdzeniu znajdowano przekrwienie, zatory tętnic centralnych rdzenia, zmiany zapalne w rogach przednich i w białych pęczkach rdzenia; LEYDEN i KUEMMEL stwierdzili istnienie sprawy patologicznej w opuszce. W wielu przypadkach stwierdzano zmiany w nerwach obwodowych, tak np. EISENLOHR znalazł *polyneuritis* obok zajęcia korzeni przednich nerwów rdzeniowych i sprawy zapalnej w samym rdzeniu. STRUEMPPELL pierwszy wykazał, iż rozsiane zapalenie nerwów może również wywołać porażenie wstępujące. Pogląd ten został wielokrotnie potwierdzony przez innych autorów, jak ROTH, PITRES i VAILLARD, EISENLOHR, DÉJÉRINE, LEYDEN, OPPENHEIM i in. Obecnie nie ulega wątpliwości, iż znaczna część przypadków porażenia LANDRY'ego zależy od zapalenia nerwów obwodowych, sprawa obwodowa może następnie szybko przejść na rdzeń i opuszkę, jak tego dowodzi jedno spostrzeżenie LEYDEN'a ¹⁾. Za tym poglądem przemawia też i etyologia porażenia LANDRY'ego (choroby zakaźne i zatrucia), zupełnie identyczna z etyologią zapalenia nerwów rozsianego (*neuritis multiplex*). Część jednak przypadków, zdaniem GOLDSCHIEDER'a i LEYDEN'a, pochyna się od zmian patologicznych rdzenia i opuszki. Nasz przypadek ze względu na bolesność mięśni i nerwów oraz zaburzenia czuciowe, choć nieznaczne, kwalifikuje się najzupełniej do pierwszej grupy przypadków porażenia LANDRY'ego, w których porażenie wywołane jest przez zapalenie nerwów obwodowych. Wszelkie sprawy ośrodkowe (*resp.* rdzeniowe), które mogłyby podobne obja-

¹⁾ Dane te zaczerpnięte są z „Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata von LEYDEN und GOLDSCHIEDER.

wy wywołać, bardzo łatwo w danym przypadku wyłączyć. Przedewszystkiem *polio-myelitis ant. acuta*, jakkolwiek rzadko, występuje jednak i u dorosłych i wywołuje również wiotkie porażenie bez zmian w czynności zwieraczy; szybki jednak przebieg choroby z zejściem śmiertelnem, bolesność nerwów i mięśni, porażenie twarzy, a wreszcie istnienie nieznacznych wprawdzie zmian czucia pozwala wyłączyć u naszego chorego to cierpienie. Ostre zapalenie rdzenia z przejściem sprawy patologicznej na rdzeń przedłużony (*myelitis acuta ascendens*) z jakimkolwiek jego umiejscowieniem wywołałoby prócz porażenia (wiotkiego lub sztywnego zależnie od umiejscowienia) zaburzenia czynności zwieraczy, co w danym przypadku nie wystąpiło. Pod uwagę przyjąłoby może jeszcze należało cierpienie nazwane przez JOLLY'ego *myasthenia pseudoparalytica gravis*, które z naszych autorów opisywali GOLDFLAM i FAJERSZTAJN²⁾. Ma ono wspólne z podanym wyżej obrazem porażenie niemal wszystkich mięśni ciała, brak zaburzeń czucia i czynności zwieraczy. Porażenie jednak myasteniczne odróżnia się tem, iż rozwija się ono powoli, zaczyna się zwykle od mięśni gałki ocznej, charakterystyczną zaś jego cechą jest, iż występuje ono dopiero po wykonaniu ruchów; np. po kilkuminutowem chodzeniu, czytaniu, pisanu zjawia się zmęczenie, osłabienie i porażenie odpowiednich mięśni; po pewnej przerwie mięśnie wracają do stanu prawidłowego i dopiero po ponownem zabraniu się do pracy stopniowo słabną.

O wiele trudniej niż rozpoznać, jest określić przyczynę choroby w naszym przypadku. Wywiady wykazują przebyty przymiot (?), który jednak bez wątpienia nie znajduje się w żadnym związku z obecnem cierpieniem. Niektórzy spostrzegali występowanie choroby LANDRY'ego w gruźlicy, w danym jednak przypadku gruźlica była wprawdzie w rodzinie chorego, sam jednak F. nie był nią bynajmniej dotknięty. Najpoważniejszy czynnik etyologiczny, wskazywany przez wywiady, stanowi możliwe zatrucie przy pracy nad instalacją gazu, którego wynikiem był może wspomniany wyżej zawrót głowy. Jak wiadomo, działanie trujące gazu świetlnego zależy głównie od tlenku węgla. Ten ostatni prócz bezpośrednich objawów zatrucia wywołuje rozmaite cierpienia następce, wśród których poważną rolę zajmują cierpienia nerwowe, np. porażenia oddzielnych grup mięśni, oddzielnych kończyn, stwardnienie wieloogniskowe, a także porażenie wstępujące³⁾. W naszym jednak przypadku ponętne przypuszczenie o związku owego zatrucia przypuszczalnego z późniejszym porażeniem LANDRY'ego nie wytrzymuje krytyki: przedewszystkiem zawrót głowy, który wystąpił u naszego chorego podczas pracy, mógł zależeć wcale nie od zatrucia tlenkiem węgla, zwłaszcza, iż sądząc z opowiadania chorego, żadnych innych objawów zatrucia nie było, a i sam zawrót bardzo prędko minął. Trudno też zgodzić się, aby tak słabe zatrucie mogło po trzech tygodniach, podczas których chory czuł się zupełnie dobrze, wywołać tak poważne cierpienie następce. Musimy więc przypuścić, iż w danym przypadku mamy do czynienia z samoistnem zapaleniem nerwów obwodowych, uważanem powszechnie za chorobę pochodzenia zakaźnego (*polyneuritis infectiosa seu rheumatica*); za tem przemawia też początek choroby (gorączka, ból głowy), przedstawiający objawy, właściwe chorobom zakaźnym wogóle. Możliwości powstawania chorób rdzenia *resp.* porażenia LANDRY'ego wskutek zakażenia mikroorganizmami i ich toksynami dowodzą liczne spostrzeżenia, w których stwierdzono obecność mikroorganizmów. Przypadki takie opisał MARINESCO (porażenie LANDRY'ego po ospie), a także

²⁾ KALISCHER. Ueber Polienccephalomyelitis und Muskelermbbarkeit. Zeltschr. f. klin. Medicin. T. 31. 1897.

³⁾ Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 1897. Tom XII, str. 587.

CURSCHMANN, BAUMGARTEN, CENTANNI; ten ostatni odnalazł laseczniki we wszystkich prawie nerwach obwodowych.

Wreszcie za możliwością powstawania chorób rdzenia wskutek zakażenia drobnoustrojami przemawiają i doświadczenia, w tym kierunku przez uczonych podjęte ⁴⁾).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

52. HEYDENREICH (Nancy). O postępowaniu chirurgicznym przy wrzodzie żołądka. Zabieg chirurgiczny przy wrzodzie żołądka był z początku wyłącznie stosowany tylko w pewnych powikłaniach. W ostatnich czasach niektórzy chirurdzy operowali w braku wszelkich poważniejszych powikłań.

By osądzić wartość tych prób, należy przedewszystkiem zastanowić się nad sprawą zejścia wrzodu żołądka bez zabiegu chirurgicznego. Statystyki są pod tym względem niezgodne; pomyślniejsze podają 15% śmiertelności, najmniej pomyślne do 50%. Niektóre jednak statystyki, pozornie ze sobą niezgodne, po bliższym rozbiórze zbliżają się do siebie. I tak GERHARDT, który podaje 26 do 28% śmiertelności, za przyczynę śmierci uważa w 3 do 5% przypadków krwotoki, w 13% przypadków przedziurawienie żołądka, w 10% przypadków zwężenie odźwiernika.

Najgorsza statystyka DEBOVE'a i REMOND'a podaje 50% wyzdrowień, 13% śmierci skutkiem przedziurawienia, 5% skutkiem krwotoków, 5% skutkiem wyniszczenia, 20% skutkiem gruźlicy, 7% skutkiem innych powikłań.

Różnica między temi statystykami jest tylko pozorna, jeżeli uwzględnimy 20% śmierci skutkiem gruźlicy.

W każdym razie wrzód żołądka jest cierpieniem ciężkim, wymagającym często zastosowania zabiegu chirurgicznego.

Jakie są wskazania dla zabiegu chirurgicznego przy wrzodzie żołądka, jest to sprawa, którą się autor szczególnie zajmuje.

Pierwszem wskazaniem niezaprzeczonym jest przedziurawienie żołądka; zabieg chirurgiczny musi być wtedy jaknajszybciej dokonany, jeżeli ma być użyteczny. W każdym razie rokowanie po cięciu brzucha skutkiem przedziurawienia żołądka jest ciężkie. MIKULICZ podaje statystykę 103 przypadków operowanych z 70 przypadkami śmierci, co wynosi 67,96%; należy jednak w tej statystyce odróżnić przypadki operowane przed i po 1894 roku. Procent śmiertelności przed 1894 rokiem wynosi 97,15, po 1894 roku 52,94%.

Na wynik operacji szczególnie wpływają dwie okoliczności: stan napełnienia żołądka i czas zabiegu. Jeśli żołądek jest pusty, przedziurawienie może się nawet samoistnie skończyć wyzdrowieniem. Co się tyczy czasu, kiedy zabieg jest dokonany, widoki wyleczenia są podług MIKULICZA 4 razy lepsze, gdy cięcie brzucha jest dokonane w ciągu pierwszych 12 godzin po przedziurawieniu.

Niedawno SZWARTZ, mówiąc w Towarzystwie chirurgicznym w Paryżu o przedziurawieniach dwunastnicy, podał 23 operacje skutkiem przedziurawienia dwunastnicy, z których tylko trzy zakończyły się wyzdrowieniem. Większą część operacji dokonano za późno. Autor operował w jednym przypadku w 16 godzin po przedziurawieniu. Jama otrzewny była przepełniona ropą i pokryta fałszywymi błonami; śmierć nastąpiła w dwie godziny po operacji.

4) LEYDEN i GOLDSCHIEDER. I. c. str. 183.

Drugiem wskazaniem do zabiegu chirurgicznego, nie mogącym chyba uledeż zaprzeczeniu, jest zwężenie odźwiernika, sprowadzające z konieczności wyniszczenie ustroju.

Wszelako jeżeli zwężenie odźwiernika skutkiem utworzenia blizny nie może być zwalczone inaczej, jak tylko przez odpowiedni zabieg chirurgiczny, nie można tego powiedzieć o zwężeniu skutkiem obrzmienia tkanek w sąsiedztwie wrzodu, lub skutkiem skurczu odźwiernika. Lecz jak tu dokładnie rozpoznać? Jestto zagadnienie kliniczne niełatwe do rozstrzygnięcia. Zapewne, należy się zachowywać wyczekująco; w każdym razie nie należy czekać do czasu, gdy chory osłabiony przedstawia mało odporności dla zniesienia tak ciężkiego zabiegu.

Do powikłań zmuszających do zabiegu chirurgicznego autorzy zaliczają zrosty żołądka w okolicy wrzodu z narządami sąsiednimi lub ze ścianą brzuszną, albo też ropnie w sąsiedztwie wrzodu. Powikłania te są jednak zwykle trudne do rozpoznania. Chory doświadcza żywych bólów i uskarża się na różne przypadłości. Lecz po większej części niepodobna odgadnąć prawdziwej przyczyny tych objawów, a tem samem określić, czy zabieg chirurgiczny jest konieczny. Dodać jeszcze należy, że zabieg jest nieraz w tych warunkach połączony ze znacznymi trudnościami. Wszelako znane są przypadki, w których chory zostali uwolnieni od nieznośnych bólów dzięki cięciu brzucha z następczem usunięciem zrostów zmieniających położenie żołądka.

Chirurg przeto musi wobec ciągłych dokuczliwych bólów nie zapominać, że w pewnych przypadkach próbne cięcie brzucha jest w zupełności usprawiedliwione. Sprawę szczególnie subtelną stanowią wskazania do zabiegu chirurgicznego przy krwotokach żołądkowych.

Przedewszystkiem wydaje się zupełnie logicznem operować, gdy się ma do czynienia z krwotokiem, zagrażającym życiu. Lecz zobaczmy, jakie są wyniki zabiegu wykonanego w tych przypadkach. HARTMAN podał w ostatnich czasach w Towarzystwie chirurgicznym w Paryżu 12 przypadków, z których 4 zakończyły się wyzdrowieniem, 8 śmiercią, i z tego powodu dowodzi, że ponieważ śmierć bezpośrednia po silnym krwotoku żołądkowym należy do rzadkości, wskazanie do zabiegu chirurgicznego w przypadkach krwotoku żołądkowego z ostrą niedokrewnością powinno pozostać w zawieszeniu.

Autor sądzi jednak, że należy odróżniać silny krwotok żołądkowy od krwotoków mniej silnych, lecz często się powtarzających.

Przy krwotoku bardzo silnym cięcie brzucha prawie zawsze zawodzi. MIKULICZOWI znane są tylko dwa przypadki, jeden ROUX'a i jeden własny, zakończone pomyślnie. Zresztą zabieg po silnym krwotoku żołądkowym przedstawia podług MIKULICZA wielkie trudności. To też co się tyczy silnego krwotoku żołądkowego, autor w zupełności podziela zdanie HARTMAN'a. Lecz w przypadkach krwotoków niezbyt silnych, a powtarzających się przez całe tygodnie i miesiące, sprowadzających groźne objawy niedokrwistości i kończących się śmiercią, zabieg chirurgiczny może być bardzo skuteczny, jeżeli nie będzie zbyt późno dokonany.

Jest rzeczą godną uwagi, czy zamiast czekać na powikłania i operować w warunkach nieprzyjanych, nie byłoby właściwsze operowanie w warunkach lepszych, gdy niema jeszcze ważnych powikłań, gdy chory znajduje się jeszcze w stanie zadawalającym. Operacje wykonane w tych warunkach są nieliczne, lecz wszystkie ogłoszone dotąd przypadki są pomyślne, bez względu czy chirurg wycinał wrzód, czy też wykonał gastroenterostomię, czy wreszcie pyloroplastykę.

Byłoby wszelako przesadzone postawić za prawidło, że każdy wrzód żołądka powinien być leczony na drodze chirurgicznej. Przedewszystkiem idzie tu o zabieg, który może być dokonany przez doświadczonego chirurga i we właści-

wem otoczeniu. Z drugiej strony nie ma ła ilość wrzodów żołądka leczonych systematycznie od samego początku kończy się wyzdrowieniem bez wszelkich powikłań. Jakkolwiek więc nie można uważać za ogólne prawidło, że każdy wrzód żołądka powinien być leczony na drodze chirurgicznej, to jednak zabieg chirurgiczny uważać należy za wskazany nie tylko z przyczyny powikłań, lecz pomimo braku wszelkich powikłań i w tych przypadkach, w których pod wpływem systematycznego leczenia racjonalnego, prowadzonego przez dłuższy czas, nie nastąpiła poprawa.

Wniosek ten wydać się może śmiałym, lecz wydaje się on autorowi w zupełności usprawiedliwionym wobec niezbyt pomyślnego rokowania przy wrzodzie żołądka. (*La Semaine Médicale* Nr. 7. 1898).

F. Arnstein.

53. Wilhelm EBSTEIN. **O współistnieniu padaczki (lub napadów epileptoidalnych) i cukrzycy (lub cukromoczu).** Autor zastanawia się nad trzema możliwościami jednoczesnego występowania padaczki i cukrzycy, względnie cukromoczu. Pomijając przypadki, gdzie jedno lub drugie cierpienie rozwinęło się u danego osobnika bez jakiejś wzajemnej zależności, współistnienie dwóch tych stanów chorobowych możliwe jest w trzech kombinacjach: 1) padaczka lub napady epileptoidalne są następstwem cukrzycy, 2) cukrzyca albo cukromocz są następstwem padaczki i 3) cukrzyca i padaczka powstają wskutek jednej i tej samej przyczyny (niezależnie od siebie) u tego samego osobnika.

Co się tyczy pierwszej możliwości, to znajdujemy tu podobieństwo z mocznicą. Jak w mocznicy ostrej występują drgawki, niczem się nie różniące od padaczki pierwotnej, tak najgroźniejszą postać samozatrucia w cukrzycy objawia się śpiączką, podczas której drgawek wogóle nie bywa. Jednakże drgawki mogą się zdarzać, jak widać z przypadku opisanego przez FINLAYSON'a, gdzie u 34-letniego ogrodnika, od 9-tu miesięcy chorego na cukrzycę, na 17 godzin przed śmiercią występowały drgawki kilkakrotne i naprzemian stany podniecenia maniakalnego. Badanie zwłok nie wykazało przyczyny drgawek.

DRESCHFELD na 16 przypadków śpiączki cukrzycowej widział raz drgawki, a wogóle w literaturze zanotowano na 80 przypadków śpiączki cukrzycowej 6 razy drgawki. JACOBY opisał 3 przypadki padaczki cukrzycowej (acetonowej), uważając ją za wyraz zatrucia wskutek acetonemii. Odróżnia on acetonemię ostrą, przewlekłą i przepuszczającą. Padaczka acetonowa należy według niego do acetonemii przepuszczającej, która, zjawiając się w ustroju od czasu do czasu, za każdym razem wywołuje drgawki. Rzadkość drgawek w cukrzycy tłumaczy JACOBY tem właśnie, że ostra postać acetonemii, prowadząca do śpiączki, wyłącza przebieg acetonemii przepuszczającej.

Przypadki jednak FINLAYSON'a i DRESCHFELD'a dowodzą, że nawet i w ostrej acetonemii mogą występować drgawki.

We wszystkich tych przypadkach była naturalnie wyłączona wszelka inna przyczyna drgawek, zwłaszcza zapalenie nerek.

W drugiej kategorii przypadków można odróżniać dwa poddziały: 1) przypadki padaczki, w których po napadzie drgawek zjawia się w moczu na krótko cukier i 2) przypadki, gdzie cukromocz lub cukrzyca po pewnym czasie istnienia padaczki przyłączają się jako powikłanie stałe, a w każdym razie przebiegające przewlekłe. Sam autor pomimo licznych poszukiwań nigdy nie znalazł w moczu cukru po napadzie padaczki i nawet z drukowanych w tym przedmiocie prac wyniósł wrażenie, że wogóle cukromocz po napadzie nie występuje. Co się tyczy rozwoju cukrzycy, jako następstwa padaczki, to autor ani sam tego nie widział, ani w literaturze żadnych pewnych danych nie znalazł.

Przechodząc z kolei do trzeciej możliwości, kiedy cukrzyca i padaczka zależą współcześnie od tej samej wspólnej przyczyny, wyosabnia autor te przypadki,

gdzie przyczyna ta jest natury ogólnej, jak dziedziczność, skłonność do obydwóch chorób w całych rodzinach. Jeden z takich przypadków spostrzegł sam autor. Matka chorego miała rozmiękczenie mózgu, brat był chory na padaczkę. Chory autora miał przed 8 laty cukromocz, a przed 4 laty dostał napadów zupełnej utraty przytomności, które w mniejszym stopniu i obecnie miewa. Moczu oddawał 5 litrów na dobę, miał silne pragnienie i zaparcie stolca, kwaskowaty smak w ustach, łaknienie liche. Próby cukru w moczu autor nie mógł dokonać.

Drugi rodzaj przypadków tej samej kategorii wyróżnia się przez występowanie padaczki i pewnych objawów, mówiących o umiejscowieniu cierpienia w mózgowiu. Opis takiego przypadku znajdujemy u LÉPINE'a i BLANC'a: 39-letni mężczyzna, w którego moczu przez pewien czas znajdowano ilości cukru, stale zmniejszające się aż do zupełnego zniknięcia a, uległ stopniowo napadom epileptoidalnym, porażeniu prawostronnemu, niemocie i zaburzeniom intelektualnym (ogłupienie ze stanami podniecenia w nocy). Po pewnym czasie wszystkie te przypadłości wyleczono prawie zupełnie, lecz przyłączyła się gruźlica płuc, która spowodowała śmierć. Badając zwłoki, znaleziono tylko w ośrodkach psychomotoryjnych zmiany mikroskopowe, które polegały na całkowitym prawie zaniku komórek piramidalnych.

W końcu przytacza autor z własnej kliniki historye chorób dwóch przypadków, gdzie istniały objawy połowicznego zajęcia mózgu, napady epileptoidalne i cukrzyca z charakterem przepuszczającym. W jednym przypadku padaczka miała charakter padaczki JACKSON'a, powstałej wskutek krwotoku w mózgu, co dało obraz porażenia połowicznego. Później w porażonych częściach ciała zjawily się napady drgawek z utratą przytomności i przygryzaniem języka. Drugi przypadek dotyczy mężczyzny, u którego zaczęły występować z początku krótkotrwałe stany t. zw. *absence*; chory w toku mowy nagle zatrzymywał się i tracił wątek tego, co mówił. Później zjawił się niedowład prawej połowy ciała i drgawki kloniczne w prawej kończynie górnej, a jednocześnie z drgawkami zjawiała się czerwoność twarzy i silne wydzielanie potu. U tegoż chorego był cukromocz przepuszczający.

Kończy autor swoją pracę zachętą do częstszego, niż to się teraz zdarza, poszukiwania cukru w moczu u chorych na padaczkę, zwłaszcza gdzie ta ostatnia przedstawia obraz padaczki JACKSON'a.

(*Deut. medic. Wochenschr. Nr. 1. 1898 r.*).

T. Korzon.

54. César Felix de TRACZEWSKI. **Przyczynek do teorii o gruczole tarczowym i o leczeniu choroby BASEDOW'a.** „*Verba volant scripta manent*“. Pod tym nagłówkiem rozpoczyna autor opis wyników swych badań nad gruczolem tarczowym.

Badania autora doprowadziły go do tego samego wniosku, do jakiego doszedł BREISSACHER, że na zwierzęta, pozbawione gruczolu tarczowego, świeże mięso, bulion i mięso gotowane wpływa nader ujemnie. Świeże mięso działa silniej, niż równa ilość gotowanego *plus* sos. Ostatnia okoliczność przemawia za tem, że przez gotowanie zmienia się jakość składowych części mięsa. Z drugiej strony gotowane mięso i sos działają silniej niż bulion, ostatni zaś wywiera wpływ większy, niż gotowane mięso bez sosu. W bulionie, jak wiadomo, przeważają sole potasu i fosforu.

Wpływ soli potasowych wyłączyć można, gdyż brak było przy stosowaniu bulionu objawów sercowych, ostatniemu związkowi właściwych, pozostawało przeto zbadać sole fosforu.

Ze związków fosforu najprawdopodobniejszym zdawało mu się połączenie sodu (*natrium phosphoricum crystallisatum*) a to na tej zasadzie, że połączenie z wapnem jest nierozpuszczalne, połączenie magnezowe wywołuje biegunkę, a połączenie potasowe działa na serce, czego w czasie badania nie spostrzegano. Autor rzeczywiście otrzymał w czystej postaci *natrium phosphoricum*. U zwierząt, u których po-

zostawiono tylko tyle gruczołu tarczowego, ile potrzeba było, by zwierzę istniało bez objawów chorobowych, związki fosforu wywoływały objawy charłaczce, które znikały, gdy zaprzestawano podawania środka. Gdy związki te podawane były przez czas dłuższy, pozostawiona część gruczołu zanikała. U zwierząt z zupełnie zachowanym gruczołem nadmierna ilość soli fosforowych sprowadzała charłactwo.

U samic, którym w czasie ciąży usuwano częściowo gruczoł tarczowy, występowały zwykle objawy charłactwa (bez podawania fosforanów), które ustępowały już 3-go dnia po porodzie. Zęby takich zwierząt zazwyczaj zdradzały krzywicę.

W czasie ciąży spostrzegano zazwyczaj znaczną poprawę u kobiet z chorobą BASEDOW'a. U kobiet ciężarnych zwykle powiększa się gruczoł tarczowy, co przemawia za potrzebą zwiększonej wydzieliny tego gruczołu.

U samic pozbawionych części gruczołu tarczowego spostrzegać można objawy charłaczce wskutek niedostatecznej ilości wydzieliny tego gruczołu; naodwrot w chorobie BASEDOW'a nad normę zwiększona dostawa tej wydzieliny u ciężarnych sprowadza poprawę.

Po ustaleniu tych danych zastanawia się autor nad istotą choroby BASEDOW'a i sądzi, że zgodnie z poglądem CHARCOT'a część przypadków jest pochodzenia histerycznego, część zaś zależy od zakażenia, w innych wreszcie przypadkach poprzedzają organiczne porażenia układu nerwowego, jak np. wiałrdzenia. Ta okoliczność sprawia, że w chorobie BASEDOW'a żadnych zmian namacalnych w układzie nerwowym nie znajdujemy, w tych zaś nielicznych badaniach, gdzie one są, ograniczają się do nader nieznacznych zmian na dnie komory 4-ej. Do kategorii ostatnich zaliczyć wypada przypadek MENDEL'a, który w najtypowszej chorobie BASEDOW'a znalazł zmiany w *funiculus solitarius*.

Przyjmując czynnościową teorię CHARCOT'a, jako podstawę zaburzeń w chorobie BASEDOW'a spostrzeganych, sądzi autor, że zaburzenia te powstają na dnie komory 4-ej, a więc tam, gdzie istnieją ośrodki nerwów gruczołu tarczowego. Porażenie tego miejsca sprowadza podrażnienie gruczołu i, co zatem idzie, nadmierną wydzielinę jego. Powiększona ilość wydzieliny działa ze swej strony na ośrodkowy układ nerwowy i tą drogą powstaje wzajemna zależność, coś w rodzaju *circulus vitiosus*. Jeżeli się uda go przerwać, można spodziewać się wyleczenia, a co najmniej poprawy stanu chorobowego.

Jeżeli moja teoria choroby BASEDOW'a, mówi autor, jest prawidłowo zbudowana, to dostarczenie chorym tej kategorii związków fosforu winno działać zbawiennie, gdyż one zubożniają jad gruczołu tarczowego.

Próby dokonane na chorych klinicznych i z praktyki prywatnej dały wynik zadawalający. Wpływ dodatni *natr. phosphorici* zaznacza MOEBIUS w swej monografii o chorobie BASEDOW'a. (*Neurologisches Centralblatt*. Nr. 25. 1897). K. R.

55. Dr. M. MENDELSON. **O leczeniu górnego odcinka dróg moczowych pomocą środków lekarskich.** Metoda chirurgiczna leczenia górnego odcinka dróg moczowych znalazła ostateczny wyraz w stosowaniu bezpośrednim środków lekarskich, które wprowadzamy do górnych dróg moczowych od strony pęcherza. Aczkolwiek ten sposób leczenia wydaje się najskuteczniejszym, to jednak i za pomocą środków lekarskich podawanych do wewnątrz udaje się osiągnąć cel zamierzony. W szeregu tych środków przedewszystkiem uwzględnić należy wody mineralne. Działanie ich polega nie tylko na tem, że zawarte w nich pierwiastki lecznicze wywierają wpływ dodatni na narząd uległy sprawie chorobowej, lecz i na tem, że wskutek powiększenia dyurezy większe ilości wody prosto wypłukują kanaliki moczowe, miedniczki nerkowe i t. d. Prócz więc działania farmakodynamicznego uwzględnić należy i działanie czysto fizyczne. Jednym z następnych wskazań byłoby stosowanie środków ściągających (*adstringentia*), które w niezbytach wszelkich błon śluzowych znajdują zastosowanie. Zachodzi tu jednak ta

okoliczność, że leki, które wchodzą w skład tej gromady, mogą wywierać wpływ nader mały, ponieważ dochodzą do nerek w zbyt wielkiem rozcięnczeniu. Należałoby tedy podawać je przez czas dłuższy, na co znowu nie pozwala obawa zatrucia, czego liczne przykłady spotykamy w literaturze. Zatem wartość lecznicza środków ściągających, jak tanina, alun, octan ołowiu, kwas gallusowy i t. p. jest bardzo problematyczna. Posiadamy natomiast leki, które mogą działać bezpośrednio na błonę śluzową dróg moczowych. W tym razie jednak należy ściśle odróżniać zakażenie dróg moczowych od zakażenia moczu (?). Wiadomo, że przy zakażeniu wstępującem moczowodów wydzielina patologiczna wyściełająca je błony śluzowej może stanowić tylko domieszkę do zmywającego ją moczu, mocz zaś nie ulega rozkładowi. Z drugiej znów strony pewne drobne ustroje posiadają zdolność zmieniania składu moczu w ten mianowicie sposób, że z mocznika powstaje węglan amonu. Ścisłe odróżnianie tych dwóch spraw patologicznych zawsze powinno być uwzględniane, ponieważ i leczenie w obydwu przypadkach jest rozmaite. Jeżeli tedy mamy do czynienia z zakażeniem dróg moczowych, którego objaw kliniczny stanowi nieżyty błony śluzowej, wtedy uciec się należy do środków balsamicznych. Na pierwszym miejscu postawić tu trzeba balsam kopajski. Działanie lecznicze tego środka jest nader dodatnie we wszelkich postaciach nieżytów błon śluzowych dróg moczowych bez względu na to, czy cierpienie jest pochodzenia zakaźnego, czy też nie. Olej santalowy zasługuje również ze wszelkich miar na uwzględnienie. Posiada on może jeszcze wyższe własności lecznicze, niż balsam kopajski, a w dodatku działa kojąco. Dawka dzienna wynosi 3 grm; można go podawać przez czas długi, a gdyby u chorego pokazały się objawy podrażnienia nerek, wystarcza na dni kilka zaprzestać podawania leku. Jeżeli chodzi o leczenie tych przypadków, gdzie mamy do czynienia z rozkładem moczu, natenczas uciekamy się do leków odkażających, jak salol i urotropina. Jak wiadomo, salol rozkłada się pod wpływem soków ustroju na kwas salicylowy i karbolowy, których działanie odkażające wywiera wpływ pożądanym już w najwyższych odcinkach dróg moczowych. Urotropinę stosować należy we wszystkich cierpieniach, którym towarzyszy rozkład zasadniczych składników moczu.

Cierpienie dróg moczowych może być spowodowane przez pewne czynniki pochodzenia mechanicznego, jak w przypadkach skręcenia lub zagięcia moczowodu. W takich razach pożądanym by było stosowanie środków moczopędnych, o ile naturalnie serce i nerki są zupełnie zdrowe. Chodzi tu o to, żeby mocz zbierający się powyżej przeszkody działał jako *vis a tergo* i mógł doprowadzić do wygładzenia, lub usunięcia przeszkody.

Wiele mówiono o urolitycznem działaniu leków. Dotąd jednak nie sprawdziły się nasze oczekiwania. Wogóle wątpliwe jest, by piperazyna lizydyna i inne środki mogły rozpuszczać złogi kwasu moczowego. Możemy za to uciec się do leczenia, zapobiegającego tworzeniu kamieni moczowych. Tu właśnie należy starać się o powiększenie dyurezy przez podawanie wód mineralnych, zawierających lit, jak również sole litowe, szczególnie *lithium citricum* o,3 kilka razy dziennie. Dobroczynny wpływ litu polega raczej na jego działaniu moczopędnem, niż urolitycznem. Poza tem starać się należy o oddziaływanie na odczyn moczu. Zmniejszenie stopnia kwaśności moczu możemy osiągnąć zapomocą środków alkalicznych, lecz nie trzeba doprowadzać sprawy tak daleko, by mocz posiadał odczyn alkaliczny; ponieważ w moczu alkalicznym fosforany ziem nie rozpuszczają się, więc zamiast złogów kwasu moczowego moglibyśmy wywołać tworzenie złogów fosforanów. W celu powyższym zalecano sok cytrynowy, dwuwęglan sodu, wodę wapienną i boro-cytrynian magnezu (*magnesia boro-citrica*). Najlepsze jednak wyniki daje lit. (Berlin. klin. Woch. Nr. 3. 1898).

K. Zaleski.

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

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 75 (m. 34. k. 41), przybyło w lutym 90 (m. 49. k. 41), wypisało się 83 (m. 31. k. 52), zmarło 14 (m. 11. k. 3); pozostało na miesiąc następny chorych 68 (m. 41. k. 27).

Ogólna liczba chorych była prawie takąż sama, jak w miesiącu ubiegłym. Na szczególne zaznaczenie zasługuje rozszerzenie się znowu ospy, której mieliśmy przeszło dwa razy więcej niż w miesiącu styczniu, kiedy zdawała się przycichać. Przybywają przytem chorzy nieszczepieni z ospą o przebiegu ciężkim, śmiertelnym, szczególnie odznaczały się w ubiegłym miesiącu niektóre ulice, jak Miła, która dostarczyła aż 5 przypadków ospy, Nowolipie—3 przypadki, Freta—2 i t. d.

Wszystkich przypadków ospy mieliśmy 33 (m. 21. k. 12) przeważnie u dorosłych. Śmiercią zakończyło się przypadków 9 (m. 7. k. 2), z których 7 nieszczepionych. Chorzy pochodzili z ulic i domów: Miła 47 (4 przypadki) i 41, Furmańska 10, Nowolipie 36, 39 i 40, Miodowa 21, Freta 10 i 18, Elektoralna 10 i 12, Podwale 13, Bednarska 19, Grójecka 25, Brzeska 17, Plac Warecki 6, Nowo-Miła 42, Wołowa 21, Ogrodowa 50, Mostowa 16, Brukowa 3, Białostocka 43 (2 przypadki), Rybaki 12, Mylna 9, Bonifraterska 2, Sapiieżyńska 4, Hoża 56 i wieś Mokotów.

Drugą rubrykę również większą niż w miesiącu ubiegłym zajęła odra, której mieliśmy przypadków 14 (m. 6. k. 8). Jeden przypadek z powodu powikłań zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic: Karmelicka 18, Wspólna 25, Szpital Dz. Jezus (6 przypadków), Krochmalna 11, Ś-to Krzyska 43, Mazowiecka 4, Mokotowska 26, Warecka 9 i Grodzisk.

Dwa razy mniej niż w miesiącu styczniu mieliśmy róży, przypadków 11 (m. 5. k. 6) z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Folwarczna 20, Leszczyńska 16, Pawia 14, Plac Warecki 3, Krakowskie Przedmieście 92, Złota 6, Szpital Dz. Jezus, Marszałkowska 89, Krucza 5.

Mniej również spotykamy tyfusów: brzuszny odnotowaliśmy przypadków 5 (m. 3. k. 2), z których jeden tylko przypadek z Warszawy (Chłodna 68), reszta zaś pochodzi z okolic: Targówek, Nowy-Dwór, Szczęśliwice. Zaznaczyć należy, iż zdarzające się w ostatnich czasach przypadki tyfusu brzuszny są nader ciężkie, powikłane i z dużą względnie śmiertelnością. W ubiegłym miesiącu 3 z naszych przypadków zakończyły się śmiercią.

Tyfusu wysypkowego mieliśmy tylko 2 przypadki (Leszno 27 i Pańska 80).

Pojawiają się również przypadki biegunki krwawej, której mieliśmy przypadków 5 (m. 4. k. 1) pomyślnie zakończonych z ulic: Chmielna 69, Pańska 96, Łucka 20.

Zaznaczyć należy zupełne prawie wygaśnięcie płonicy, której ani jednego przypadku nie zanotowano. Z innych chorób zakaźnych mieliśmy po jednym przypadku błonicy gardła (Ciepła 4), węgliku (Wolska 34) zakończonego śmiercią, przymiotu i zimnicy, zapalenia płuc włóknikowego oraz 4 przypadki zapalenia gardła.

Z niewłaściwa do nas skierowanych chorych mieliśmy: 3 przypadki pokrzywki, 2 nieżyty płuc oraz po jednym padaczki, pryszczycy i zapalenia tkanki łącznej podskórnej.

Biletów odmownych chorym niekwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 16 (m. 8. k. 8).

Rewakcynacyi w miesiącu ubiegłym dokonano 57 (m. 28. k. 29).

J. Szewczer.

Ś. p. D-r Roman Jasiński.

Ś. p. Roman JASIŃSKI zmarł w sile wieku; śmierć przedwcześnie wyrwała z zastępów chirurgów współczesnych jednego z najzdolniejszych i najżywotniejszych pracowników, piśmiennictwo lekarskie polskie poniosło stratę bardzo poważną, cierpiąca ludzkość pozbawiona została lekarza obdarzonego nie tylko wiedzą, lecz i sercem, społeczeństwo utraciło oddanego mu sługę. Szkoda życia ś. p. Romana, życia, którego celem jedynym było sumienne i szlachetne spełnianie obowiązków bądź lekarskich, bądź społecznych, szkoda życia o najzaciewniejszych dążeniach.

JASIŃSKI, urodzony w Warszawie w r. 1853, ukończył uniwersytet warszawski w roku 1876 i poświęcił się chirurgii; pracując początkowo jako asystent kliniki GIRSZTOWTA, chirurgicznej uniwersyteckiej, następnie jako ordynator warszawskiego Szpitala dla dzieci, doszedł ś. p. Roman dzięki osobistym niepospolitym zdolnościom, dzięki sumiennej pracy, podtrzymywanej zazwyczaj wielkim zapalem, do stanowiska pierwszorzędnego chirurga.

Jako ordynator kliniki chirurgicznej J. oddany był całą duszą pracy poświęconej dla dobra chorych, dla nauki własnej, wreszcie dla nauczania studentów. Operacje, opatrunki wykonywane były w klinice jaknajlepiej, z zachowaniem współczesnych wymagań nauki; chorzy wdzięczni zawsze byli JASIŃSKIEMU nie tylko za umiejętne leczenie, lecz i za troskliwe ich pielęgnowanie, oraz za słowa pociechy, których nie szczędził cierpiącym. Studentom medycyny chętnie zawsze udzielał JASIŃSKI objaśnień naukowych, zachęcał do pracy własnym przykładem, a przy wykonywaniu operacji i opatrunków dawał wiele wskazówek ważnych dla przyszłej działalności lekarzy praktyków. Pojmując braki w wykształceniu młodych lekarzy, starał się braki te usuwać, uczył studentów sumiennie badać chorych, wyrabiał poczucie potrzeby dokładnego rozpoznawania, zapoznał z klasycznymi metodami operacyjnymi, zaznajamiał ze sprawami septycznymi, uczył, jak tych spraw chorobowych unikać, a istniejące zwalczać, ze szczególnem jednak zamiłowaniem wszczepiał w umysły słuchaczy zasady postępowania przeciwnielego w chirurgii. JASIŃSKIEGO uważać należy za jednego z pierwszych krzewicieli antyseptyki w naszym kraju. Dla lekarzy pracujących wspólnie w klinice był nieocenionym pomocnikiem przy operacjach, chętnym do radcy w rozpatrywaniu przypadków chorobowych. Postępowanie ze wszystkimi lekarzami było ze strony ś. p. Romana zazwyczaj nacechowane uprzejmością i życzliwością, wolne od zawiści zawodowych: zapatrywania osobiste wypowiedzi zawsze jasno, wymownie, ze znajomością przedmiotu, a bez zarozumiałości i przesady.

Szpitalowi dla dzieci poświęcił JASIŃSKI dziesięć ostatnich lat sumiennej i bezinteresownej pracy; dzięki przytem bądź osobistej inicjatywie, bądź też własnym ofiarom przyczynił się do utworzenia wzorowych urządzeń w sali operacyjnej i w salach chorych; niestety śmierć przedwczesna nie pozwoliła mu korzystać z wprowadzonych ulepszeń, których zawsze gorąco pragnął, a które obecnie zostaną trwałym działaniem jego pomnikiem.

Z zakresu chirurgii szczególnie umiłował JASIŃSKI dział ortopedyi, pierwszy założył w Warszawie naukowo prowadzony instytut ortopedyczny i leczył kalektwa z prawdziwą znajomością tego trudnego działu lecznictwa, dążąc ciągle naprzód w miarę rozwoju ortopedyi. Jako chirurg ogólnie wykształcony posiadał JASIŃSKI wszystkie zalety pierwszorzędnego chirurga pod względem zasad nauki

i techniki, operował dokładnie pod względem anatomicznym, a zawsze ze ścisłym zachowaniem aseptyki.

Ś. p. Romanowi, obdarzonemu wyjątkowo energicznym temperamentem zawodowym, nie wystarczała jednak powyżej wspomniana praca w szpitalu, w instytucie ortopedycznym oraz w praktyce prywatnej; jednym z najważniejszych celów działalności była dla niego zawsze praca na niwie naukowej, literackiej i społecznej.

Czynny nader udział brał JASIŃSKI w pracach Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, a bądź przedstawiając chorych, bądź też wygłaszając swoje zapatrywania, prace nad różnymi zagadnieniami chirurgii, przemawiał zawsze ze znajomością przedmiotu, wymownie, pięknym i czystym językiem; nic dziwnego zatem, że przemówienia te słuchane były z zajęciem przez wszystkich, nawet nie chirurgów.

Będąc jednym z założycieli „Gazety Lekarskiej“, przyczyniał się nie mało do utrzymania w tem piśmie działu chirurgii na wyżynach odpowiadających znakomitemu rozwojowi tej gałęzi nauk lekarskich; stale zasiliał „Gazetę“ pracami oryginalnymi, których ogłosił około 50, referatami, feljetonami, korespondencyami, poruszając zazwyczaj sprawy naukowo lub praktycznie ważne i podając je czytelnikom w formie łatwo zrozumiałej, wykwiśniętym opracowaniu pod względem stylu i czystości języka naszego.

W sprawie metody przeciwnielegnej w chirurgii ogłosił trzy większe prace: „Dzieje i znaczenie przeciwpasożytnego leczenia ran“, „Antyseptyka i aseptyka“, „Listy o opatrywaniu ran“ oraz kilka mniejszych sprawozdań o wynikach stosowania różnych środków opatrunkowych, jako to balsamu peruwiańskiego, eufenu, pyoktaniny, preparatów srebra; widząc znakomite wyniki operacji dzięki wprowadzeniu postępowania przeciwnielegnego w leczeniu ran, starał się przekonać lekarzy o zbawienności nowej metody leczniczej, zachęcał do stosowania jej w każdym przypadku, gromił za wykroczenia przeciwko zasadom aseptyki, za powierzchowne lub niedbałe jej stosowanie.

Największa liczba prac JASIŃSKIEGO dotyczy ortopedyi. Po artykule z r. 1879 p. t. „Dzisiejsze stanowisko ortopedyi“ można było przewidzieć, że pisałby gorliwie pracował nad rozwojem ortopedyi w naszym kraju. Po 4 latach na zasadzie własnych spostrzeżeń ogłosił obszernie studjum: „Wskazania przyczynowe do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa“, a w parę lat później uzupełnił powyższą pracę w szeregu artykułów „O leczeniu skoliozy“. Bardzo ciekawa była praca J. „O przymiotowych cierpieniach kręgosłupa“. Wobec licznych nowych sposobów leczenia garbów JASIŃSKI zachowywał się wyczekująco, krytycznie, przeciwko metodzie CALOR'a występował z poważnymi zarzutami, hołdując najwięcej poglądom CHIPAULT'a (Listy z Paryża 1897). Co do przyczyn powstawania bocznych skrzywień kręgosłupa pisał obszerniej o gruźlicy, cierpieniach układu nerwowego i mięśniowego, o wadach wzroku; o wynikach operacyjnego leczenia chorób kręgów pozostawił kilka ciekawych spostrzeżeń kazuistycznych. Cenne są uwagi JASIŃSKIEGO dotyczące higieny szkół ze stanowiska ortopedyi, na własnem doświadczeniu oparte, a nie mniej ciekawa i pouczająca „tablica fotograficzna bocznych skrzywień kręgosłupa“. Z działu ortopedyi kończył pisał JASIŃSKI: „O wrodzonym zwichnięciu kości udowej“, „O przykurczeniach histerycznych u dzieci“, „O osteotomii w krzywicy“, wreszcie o różnych wadach rozwojowych. Do większych i bardzo starannie opracowanych rzeczy zaliczyć należy pracę p. t. „Przerosty nabyte i wrodzone“.

Z działu chirurgii operacyjnej pozostawił dwie prace: „O częściowej rezekcyi gałęzi zewnętrznej nerwu dodatkowego WILLIS'a“ oraz przyczynek do chirurgii

czaszki: „Nowa metoda atticoantrotomii“; obydwie prace, szczególnie jednak ostatnia, opracowane są doskonale pod względem anatomicznym i topograficznym. Liczne spostrzeżenia kazuistyczne opracowane przez J. dotyczyły różnych spraw chorobowych, nowotworów, spraw zapalnych, wyników nowych sposobów leczenia.

Chcąc trwać w piśmiennictwie lekarskim polskim zostawić pamiątkę, chcąc ułatwić pokoleniom studentów i lekarzy wykrywanie i określanie spraw chorobowych napisał JASIŃSKI w roku 1895 podręcznik naukowy: „Dyagnostykę chirurgiczną“, dzieło świadczące o zdolnościach klinicznych, o zmyśle krytycznym, o umiejętności pedagogicznej autora; w każdym dziale obszernej tej książki znajdzie czytelnik wiele pouczających wskazówek.

Sprawą zjazdów chirurgicznych polskich gorąco zajmował się ś. p. Roman, i kilkakrotnie czynny w nich udział przyjmował, dzięki jemu również na obydwóch wystawach higienicznych w Warszawie działy leczenia chirurgicznego należały do najlepiej przedstawionych. Niesieniem pomocy lekarskiej w przypadkach nagłych żywo zawsze się zajmował i w sprawie tej niejednokrotnie do pism peryodycznych pisywał. Jako jeden z organizatorów Towarzystwa ratunkowego w Warszawie należał JASIŃSKI do najenergiczniejszych popularyzatorów nowej, a tak pożytecznej instytucji, oraz pełnił obowiązki inspektora stacyi.

Złożony nieuleczalną chorobą, nie tracił ś. p. ROMAN energii ducha niemal do zgonu, robił projekty na przyszłość, która niestety dla niego w życiu doczesnem wkrótce zginąć miała. Śmierć przedwcześnie zabrała zdolnego chirurga, prawego człowieka, miłego towarzysza; smutne echo tej śmierci rozlega się dotąd wśród kolegów, chorych, znajomych zmarłego, pamięć o nim zostanie na zawsze wśród współczesnych, na zawsze w dziejach polskiego piśmiennictwa naukowego.

Cześć pamięci Romana JASIŃSKIEGO.

T. Solman.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SUBBOTIN ostro występuje przeciw metodzie CALOT'a prostowania garbów. Sposób ten był już dokładnie opisany przez HIPOKRATESA, nie zyskał zaś prawa obywatelstwa wskutek obawy uszkodzenia rdzenia pacierzowego oraz pobudzenia miejscowej sprawy gruźliczej. Chociaż obawy te, jak wykazało doświadczenie, nie są uzasadnione, jednakże sposób nie można uważać zgodnie z CALOT'em za bezpieczny, skoro daje 15% śmiertelności. Co się tyczy skuteczności zabiegu, to posiada on ją jedynie w przypadkach świeżych garbów, lecz opatrunek gipsowy nie powinien być stosowany na przeciąg czasu dłuższy nad 6—8 tygodni, w przeciwnym bowiem razie wstrzymuje się rozwój całego ustroju. (Wracz. Nr. 1. 98).

= Doświadczenia MOTR'a i ALBARAN'a na zwierzętach doprowadziły autorów do wniosku, że najzupełniejszy zanik gruczołu krokowego występuje po obustronnem wycięciu nerwów i naczyń sznurka nasiennego (*angione irectomia funic. sperm.*), wycięcie zaś obustronne przewodów nasiennych działa bardzo słabo i niestale na składniki gruczołowe gruczołu krokowego. Obmyślony przez autorów zabieg został zastosowany w jednym przypadku u człowieka z pomysłnym skutkiem. (Przegl. lek. Nr. 5. 1898).

= SANTESSON zalecił przy zastrzykiwaniu pódskórnem chininy dodawać do niej antypirynę, dzięki bowiem wytwarzaniu się nowego związku, chinopiryny, zastrzykiwania stają się niebolesne. O-

becnie STOFFELLA zaleca następujący sposób zastrzykiwania chininy: 2,0 *chin. mur.* miesza się w probówce z 10,0 wody i ogrzewa, wszystka chinina się rozpuszcza już przy 40° C. i pozostaje w roztworze nawet przy 32° C.; zastrzyknięcie takiego roztworu jest zupełnie niebolesne. (Wien. klin. Rundschau. 2. I. 98).

= STEPHENSON zaleca *extr. fluid. veratri viridi* w eklampsji u położnic. Środek ten bardzo rozpowszechniony w Ameryce daje nader dobre wyniki. Dawka wynosi pięć kropli do podskórnego zastrzyknięcia. (Semaine méd. 19. I. 98).

= WITTHAUER stosuje w zapaleniu sromu i pochwy (*vulvovaginitis*) u dzieci wprowadzanie do pochwy pałeczek 3% alumnolu długości 6 cm. Pałeczki wprowadza W. co trzeci dzień, dwa razy dziennie stosuje ciepłą kąpiel. W trzech przypadkach autora wyleczenie nastąpiło po czterokrotnym wprowadzeniu pałeczek. (Cntrbl. f. Kinderhkl. 12. 97).

= SCOGNAMILIO zachwala działanie analgenu (0,5 *pro dosi.*, 2,0 — 3,0 *pro die*) w nerwobólach, ostrym gościcu stawowym i zimnicy. W 10-iu przypadkach gośćca bóle znacznie się zmniejszyły, ciepłota stopniowo obniżała, przyczem nie występowały ani poty, ani też szum w uszach i mdłości. W zimnicy (40 przypadków) analgen był skuteczny, gdy błękit metylenowy, cynchonina, chinoidyna i t. p. pozostawały bez skutku, wobec czego S. uważa środek ten za najlepszy ze wszystkich używanych zazwyczaj zamiast chininy. Na nerki zarówno zdrowe, jak i chore analgen szkodliwego wpływu nie wywiera. (Die Heilkunde. X. 97).

= Przeciw zapaleniom skórnym, zależnym od częstego mycia rąk w roztworach sublimatu lub karbolu, zaleca FRICKENHAUS pędzlowanie dotkniętych miejsc amoniakiem płynnym lub roztworem potażu gryzącego, a po wyschnięciu nałożenie warstwy kolodium. (Semaine méd. Nr. 55. 97).

= Dwufluordifenyl—biały krystaliczny proszek, o przyjemnym aromatycznym zapachu, rozpuszczalny w wyskoku, eterze, chloroformie i olejach tłustych, stosował THIUNN w postaci 10% maści lub proszku z talkiem (1:10) w oparzeniach i owrzodzeniach różnego pochodzenia i zaleca środek ten, jako pobudzający bujanie ziarniny, *resp.* sprzyjający szybkiemu zabliznianiu ran. (Semaine méd. Nr. 55. 97).

= Dokładne odkażenie pochwy jest trudne ze względu na fałdy i zagłębienia śluzówki, których środki odkażające nie dosięgają. REVERDIN wprowadza do pochwy kawałek twardego mydła (karbolowo-cynkowego) postaci stożkowatej, wzdłuż którego przechodzi gumowa rurka, połączona z irygatorem; gdy otwór zewnętrzny pochwy jest szczelnie zamknięty mydłem, otwiera się kran irygatora i, gdy wpływająca pod wysokiem ciśnieniem woda ciepła rozciąga nader dokładnie pochwę, rozpoczyna się mycie jej coraz głębiej wprowadzanem mydłem. Zabieg ten zapewnia podług BELIN'a zupełne odkażenie pochwy. (Revue d'obstetr. et de gyn. I. 98).

= ZABEL spostrzegł silne otrucie u pięcioletniego chłopca po zażyciu 0,8 *extr. filic. mar. aeth.* oraz uprzedniem poszczeniu przez 24 godziny; niebezpieczeństwo minęło i przytomność zupełna powróciła zaledwie siódmego dnia przy bardzo energicznem leczeniu. Z. radzi nie stosować głodzenia przed użyciem lekarstwa, dzięki temu bowiem zwiększa się wpływ lekarstwa na mózg; u osób źle odżywianych i nerwowych należy wogóle używać innych środków glistopędnych. (Berl. klin. Woch. Nr. 45. 97).

= SCHMEY zaleca od lat kilku stosowanie balsamu peruwiańskiego w gruźlicy płuc. Ponieważ preparat ten w kapsułkach lub pigułkach często powoduje zaburzenia żołądkowe, zaleca S. *perucognac*, preparat zawierający wyłącznie skutecznie działające części składowe balsamu. Środek ten zawiera 25,0 balsamu *pro mille*, posiada przyjemny smak i nie powoduje żadnych przykrych objawów ubocznych. Podaje go S. w mleku, po łyżce stołowej co dwie godziny. (Dtsch. med. Ztg. Nr. 2. 98).

= HECKMANN na podstawie pomiarów dokonanych na stu donoszonych płodach dochodzi do wniosku, że niemożliwe jest z postaci i wielkości oddzielnych pomiarów głowy matki wyprowadzać jakiegokolwiek wniosków o wielkości główki płodu. (Inaug. Diss. Giessen. 1896).

= ANTHES badał w klinice FEHLING'a wpływ kąpieli na zabliznianie rany pępka u 150 noworodków i twierdzi, że częściej występują powikłania u dzieci nie kąpanych, niż kąpanych. (Inaug. Dess. Halle. 1896).

= Badania SCHULTESS'a nad obecnością w moczu albumoz wykazały, że al-

bumozurya występuje zazwyczaj u chorych gorączkujących (wśród 55-iu chorych nie było jej u 6-iu), przyczem stopień jej odpowiada ściśle wysokości ciepłoty, ze zniknięciem zaś gorączki znika również albumozurya. Wśród 43-ch chorych niegorączkujących albumozurę znalazł S. tylko u 13-tu. (Arch. f. klin. Med. 58. 4).

= Validol — chemiczny związek mentolu i kwasu waleryanowego, zawiera 30% pierwszego, przedstawia przeje-

rzysty, bezbarwny płyn o łagodnym zapachu i odświeżającym gorzkawym smaku, nie drażni żołądka, błon śluzowych i skóry. SCHWERSENKI zaleca stosowanie go wewnątrz (kilka razy dziennie po 10—15 kropli w łyżce wina lub na kawałku cukru) w stanach przygnębienia, zależnych od histeryi lub neurastenii, do pędzlowań w zapaleniu migdałów i nieżycie gardzieli, wreszcie do odkażania skóry. (Therap. Monatsh. Z. 11. 97).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W 11-ym zeszycie protokołów Kaukaskiego Towarzystwa Lekarskiego, znajdujemy bardzo sympatyczny i pełen uroczystego nastroju nekrolog czcigodnego naszego ziomka, ś. p. d-ra Jana MINKIEWICZA. Wśród głębokiej ciszy oznajmił przewodniczący zebraniem o wielkiej stracie, jaką cały kraj poniósł przez śmierć ś. p. Jana MINKIEWICZA, poczem d-r S. Wojno odczytał życiorys zmarłego, który wysłuchano stojąco. W życiorysie tym autor podnosi olbrzymie zasługi MINKIEWICZA, jako założyciela i najczynniejszego członka Towarzystwa Kaukaskiego, jako człowieka głębokiej nauki i rozległych poglądów, jako bohatera, który pod gradem kul umiał nieść pomoc rannym, sam odniósłszy ciężką ranę i stoczywszy się innym razem w przepaść, skąd go w stanie bliskim śmierci wydobyto, wreszcie, jako prawdziwego pioniera cywilizacji Kaukazu, jako zacną i czystą duszę, która żyła tylko dla szczęścia drugih i głęboko w postępie i tryumfie prawdy wierzyła. Po tem przemówieniu posiedzenie zostało zamknięte, jako wyłącznie uczczeniu pamięci zmarłego poświęcone.

— Z nadesłanego nam rocznego sprawozdania Tow. Lek. Wileńskiego do-

wiadujemy się, iż Towarzystwo to liczyło ogółem 249 członków, w której to liczbie członków czynnych było 109. Posiedzeń odbyto 13, mianowicie zwyczajnych 10, nadzwyczajne 1, doroczne 1, i 1 posiedzenie sekcji sanitarnej. Biblioteka Towarzystwa liczy 10905 dzieł w 17386 tomach, oraz 272 rękopisów. Jak przedtem, tak i w roku sprawozdawczym Tow. wydawało protokoły swych posiedzeń, w których umieszczane były prace członków oraz dodawane tablice dotyczące zachorowań i śmiertelności w Wilnie; posiedzenia były przeważnie wypełniane demonstracyami różnych przypadków chorobowych, sprawami dotyczącymi Wilna, wreszcie odczytaniem prac w zakresie różnych specjalności. Wogóle ruch naukowy był ożywiony. Towarzystwo było w stosunkach z 98-a innemi Towarzystwami i na zamianę otrzymywało ich publikacje. W założonej przed niedawnym czasem pracowni dla celów dyagnostycznych i higienicznych dokonano 1381 różnych rozbiórów. Gabinety anatomo - patologiczny, mineralogiczny i chemiczno - farmakognostyczny wzbogacone zostały pewną liczbą okazów, przez członków ofiarowanych.

Sprostowanie. Str. 241 wiersz 12 od dołu, po wyrazie: p r z y p a d k u dać nawias, a w wierszu 10-ym po wyrazie: choroby nawias zamknąć. Str. 242 wiersz 3 od góry COOK'a czytaj COOK'a, str. 242 wiersz 14 góry: 1 zostało przy życiu, czytaj: 11 zostało przy życiu; str. 245 wiersz 10 od góry zastryknęło 1,6 cm. sz., czytaj zastryknęło 1,0 cm. sz.; str. 245 wiersz 29 od góry wykreślić strychninowej; na końcu pracy opuszczono datę 27 lutego 1898 roku, Warszawa.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доввоено Ценаурою. Варшава, 5 Мапра 1898 р.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.