

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO 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 33 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą, podał Wł. Palmirski. — Przypadek nekrozy błędnika, spostrzegł D-r L. Guranowski. — Kilka słów o nowo-czesnych odkryciach w dziedzinie histologii układu nerwowego, napisał A. Wizel. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 51. Doniesienia niemieckiej komisji do badań nad dżumą w Bombaju. 52. Leczenie władu rdzenia. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 2 marca r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Palmirski — Sur l'action de divers moments physiques sur le sérum antidiphtherique. 2) D-r L. Guranowski — Un cas de nécrose du labyrinthe.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Palmirski — Ueber den Einfluss verschiedenen physischer Agentien auf das antidiphtheritische Heilserum. 2) D-r L. Guranowski — Ein Fall von Labyrinthnecrose.

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

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą,

podał Wł. Palmirski.

II.

Pierwsza część tej pracy ¹⁾ obejmowała spostrzeżenia nad przechowywaniem surowicy przeciwbłoniczej podczas 5-ciu miesięcy letnich. W tej części pracy wspólnie z kol. W. ORŁOWSKIM braliśmy pod uwagę tylko działanie ciepłoty w granicach od 10° C do 40° C, wpływ promieni słonecznych i przesyłania na znaczne odległości.

Doświadczenia nasze wykazały, że nawet po upływie 5-iu miesięcy surowica nie traci na sile, że może być przechowywana w ciepłocie o granicach dość szerokich, albowiem ciepłota termostatu + 37° C. nie wpływa zupełnie na zmniejszenie jej siły. Działanie światła rozproszonego nie szkodzi jej również, natomiast siła jej zmniejsza się pod działaniem promieni słonecznych i znacznego długotrwałego wstrząsania, szczególnie przy przewożeniu na znaczniejsze odległości końmi lub koleją.

¹⁾ „Medycyna“ Nr. 38 z 1895 r. PALMIRSKI i ORŁOWSKI. Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą.

W drugiej części tej pracy miałem na uwadze działanie ciepłoty niższej od 0°, ciepłoty 50° C. do 55° C., działanie siły odśrodkowej oraz badanie surowicy przeciwbłoniczej wysuszonej i sproszkowanej.

W doświadczeniach swych posiłkowałem się surowicą tegoroczną seryi VI-tej. Przejrzyjmy te doświadczenia poszczególnie. Określając najpierw warunki, jakim podlegała surowica, następnie oznaczę siłę tej surowicy w jednostkach uodparniających, a w końcu dopiero niniejszej pracy postaram się wyprowadzić pewne ogólne wnioski praktyczne.

Surowica seryi VI-tej pochodziła z konia świeżo uodparnianego, który po 2½ miesiącach uodparniania dał surowicę o sile 460 jednostek w 1 ctm. sz. Do określania siły surowicy przeciwbłoniczej zwykle posiłkowałem się i posiłkuję się dawką jadu błoniczego, zabijającą świnkę morską wagi 400—500 grm. w przeciągu 48 godzin ²⁾. W danej chwili dawka jadu takiego równa się 0,3 ctm. sz.

Że taka dawka jadu jest właściwa, wykaże niżej zamieszczona tablica I, która przedstawia zestawienie oznaczenia siły surowicy przeciwbłoniczej seryi VI-tej w porównaniu z surowicą BEHRING'a z lutego r. b. o sile 250 jednostek w 1 ctm. sz.; 4 ctm. sz. tej surowicy zawierały 1000 jednostek uodparniających.

Tablica I.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość uży- tego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
Surowica seryi VI-tej.				
1	340	1/4000	0,3	Odczynu niema.
2	330	1/4500	0,3	" "
3	430	1/4600	0,3	" "
4	425	1/4800	0,3	Obrzęk i naciek wielkości małego orzecha laskowego.
5	415	1/5000	0,3	Obrzęk i naciek wielkości małego orzecha tureckiego, bolesność spora.
6	465	kontrolująca	0,3	Padła po 36 godzinach.
7	505	kontrolująca	0,3	Padła po 36 godzinach.
8	715	kontrolująca	0,3	Padła po 54 godzinach.
Surowica BEHRING'a.				
1	475	1/2300	0,3	Tak jakby bardzo nieznaczny obrzęk.
2	545	1/2700	0,3	Obrzęk wyraźny.

Z zestawienia tych doświadczeń wynika, że siła surowicy seryi VI-tej równa się 460 jednostkom w 1 ctm. sz., a zatem 1000 jednostek uodparniających zawiera 2,17 ctm. sz. surowicy. Po dokładnem określeniu tej surowicy, przystąpmy do doświadczeń, w których miałem wyłącznie z nią do czynienia.

²⁾ „Medycyna“. Nr. 16 z 1895 r. PALMIRSKI I ORZOWSKI. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy BEHRING'a, ARONSON'a, ROUX'a, krakowskiej i warszawskiej.

Doświadczenie I. Surowica warszawska seryi VI-tej z 18. II. r. b. była wystawiona na działanie ciepłoty poniżej 0° w przeciągu 12 godzin. Dla otrzymania podobnej ciepłoty posilkowałem się mieszaniną lodu z salmiakiem i solą. Oziębienie surowicy w tej mieszaninie, którą zmieniałem dwukrotnie, doprowadzałem do — 25° C. Surowica niezwłocznie zamarzała we flaszcze i pozostawała w tym stanie przez 12 godzin. Po upływie tego czasu flaszczyki z surowicą wyjąłem, a po odtajaniu badałem. Na swym wyglądzie nic ona nie straciła, pozostała przezroczysta, jak i przed doświadczeniem.

Siła jej, jak wykazuje tablica II, również nie zmniejszyła się. Wyniki tego doświadczenia mają ważne znaczenie praktyczne, pozwalają bowiem bez obawy utraty własności leczniczych przesyłać surowicę podczas mrozów.

Tablica II.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
1	490	$\frac{1}{4400}$	0,3	Odczynu niema.
2	405	$\frac{1}{4600}$	0,3	" "
3	375	$\frac{1}{4800}$	0,3	Bolesność i obrzęk bardzo wyraźny.

Doświadczenie II. W tem doświadczeniu poddawałem surowicę działaniu siły odśrodkowej na centryfudze w przeciągu A-5 minut, B-15 minut, C-30 minut. Surowica pozostała klarowna, bez śladu jakiegokolwiek bądź osadu, na siłę jednakże straciła, co uwidocznia tablica III.

Tablica III.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
A. Surowica poddana działaniu siły odśrodkowej w przeciągu 5 minut.				
1	440	$\frac{1}{4400}$	0,3	Odczynu niema.
2	425	$\frac{1}{4600}$	0,3	Bolesność i niewielki obrzęk.
3	428	$\frac{1}{4800}$	0,3	Obrzęk wyraźny.
B. Surowica poddana działaniu siły odśrodkowej w przeciągu 15 minut.				
1	415	$\frac{1}{4200}$	0,3	Odczynu niema.
2	440	$\frac{1}{4400}$	0,3	Obrzęk niewielki.
3	407	$\frac{1}{4600}$	0,3	Bolesność i obrzęk niewielki.
4	390	$\frac{1}{4600}$	0,3	Tak samo.
5	380	$\frac{1}{4800}$	0,3	Naciek wielkości orzecha laskowego.
C. Surowica poddana działaniu siły odśrodkowej w przeciągu 30 minut.				
1	370	$\frac{1}{4200}$	0,3	Bolesność niewielka.
2	435	$\frac{1}{4400}$	0,3	Bolesność i obrzęk niewielki.
3	395	$\frac{1}{4600}$	0,3	Bolesność i naciek wielkości orzecha laskowego.
4	370	$\frac{1}{4600}$	0,3	Tak samo.
5	420	$\frac{1}{4800}$	0,3	Bolesność, obrzęk i naciek wielkości orzecha tureckiego.

Z zestawienia tych wyników widzimy, że o ile dłużej działa na surowicę siła odśrodkowa, strata na sile antytoksycznej jest coraz większa.

Doświadczenie III. Chcąc przekonać się, czy ciepłota, przy której surowica jeszcze się nie ścina, nie wpływa na zmniejszenie jej siły, trzymałem 2 flaszeczki surowicy omawianej seryi w ciepłocie $50 - 55^{\circ} \text{C}$. w przeciągu 3 dni.

Surowica w tych warunkach, jak wykazuje niżej zamieszczona tablica IV, nie traci na swej sile.

Tablica IV.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
Flaszeczka Nr. 1.				
1	360	$\frac{1}{4600}$	0,3	Odczynu niema.
2	485	$\frac{1}{4800}$	0,3	Bolesność i niewielki obrzęk.
3	385	$\frac{1}{5000}$	0,3	Bolesność i naciek wielkości orzecha laskowego.
Flaszeczka Nr. 2.				
1	370	$\frac{1}{4600}$	0,3	Odczynu niema.
2	360	$\frac{1}{4800}$	0,3	Bolesność i niewielki obrzęk.
3	365	$\frac{1}{5000}$	0,3	Bolesność i naciek wielkości orzecha laskowego.

Wyniki tego doświadczenia znaczenia praktycznego nie mają; potrzebne mi one były do doświadczenia IV-tego, w którym badałem surowicę wysuszoną i sproszkowaną.

Początkowe próby w tym kierunku wykazały, że sprawa wysuszania surowicy w próżni przy $30-40^{\circ} \text{C}$. trwa nader długo. W celu przyspieszenia samej czynności ciepłotę w wacuumaparacie doprowadziłem do $50-55^{\circ} \text{C}$., ciśnienie zaś do 260 mm. W tych warunkach surowicę mogłem w przeciągu 3 dni z przerwami nocnymi wysuszyć i następnie sproszkować. Wysuszona surowica przedstawia się pod postacią dość przezroczystej, żółtawej masy, dającej się sproszkować. Do doświadczenia tego użyłem 10 ctm. sz. surowicy seryi VI-tej. Po wysuszeniu i sproszkowaniu otrzymałem 1,1474 g. proszku, a zatem 1 ctm. sz. surowicy płynnej po wysuszeniu i sproszkowaniu waży 0,11474 g.

Mając tę wagę i wagę wziętej surowicy sproszkowanej, można z łatwością obliczyć, ile należy dodać wody, ażeby otrzymać rozcieńczenie, odpowiadające danej surowicy.

W swem doświadczeniu do 0,6344 grm. surowicy sproszkowanej wypa-
dło mi z obliczenia dodać 5,07 ctm. sz. roztworu 0,7% NaCl, ażeby otrzymać mieszaninę 5,7 ctm. sz., odpowiadającą objętością danej surowicy. Uważam za właściwe na tem miejscu zaznaczyć, że surowica sproszkowana rozpuszcza się w wodzie bardzo trudno przy zwykłej ciepłocie. Rozpuszczanie przyspiesza się przy ogrzewaniu do 50°C . Nie otrzymujemy jednakże

płynu przezroczystego, jest on mętnawy, o odcieniu żółtawym, z zawieszonymi licznymi kłaczkami.

Surowica suszona, jak wykazuje tablica V-ta, traci na swej sile.

Tablica V.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
1	355	$\frac{1}{4800}$	0,3	Naciek wielkości orzecha tureckiego.
2	375	$\frac{1}{4600}$	0,3	Naciek wielkości orzecha laskowego.
3	395	$\frac{1}{4400}$	0,3	Obrzęk niewielki.
4	380	$\frac{1}{4200}$	0,3	Odczynu niema.
5	395	$\frac{1}{4200}$	0,3	" "
6	395	$\frac{1}{4000}$	0,3	" "

Drugą część surowicy sproszkowanej, chcąc uczynić z niej roztwór w wodzie więcej przezroczysty, ogrzewałem silniej, doprowadzając ciepłość do 80° C. W tych warunkach otrzymałem płyn również mętny, z obfitymi kłaczkami, nieco galaretowaty, który wskutek tej własności z trudnością dawał się wciągać do strzykawki PRAWAZ'a. Siła surowicy znacznie więcej się zmniejszyła. Świnki, które dostały też same ilości surowicy i jadu, jak i w poprzednim doświadczeniu, padały bez wyjątku. Dla uwidocznienia zestawiam wyniki doświadczenia w tablicy VI-tej.

Tablica VI.

Nr.	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	Wyniki.
1	455	$\frac{1}{4600}$	0,3	Padła po 3 dniach.
2	400	$\frac{1}{4400}$	0,3	Padła po 2½ dniach.
3	380	$\frac{1}{4200}$	0,3	Padła po 4 dniach.
4	385	$\frac{1}{4000}$	0,3	Padła po 7 dniach.

Surowica zatem przeznaczona na wysuszenie, jak widzimy, podlegała 2 czynnikom: 1) ciepłocie 50—55° C., która, jak wykazało doświadczenie III, nie wpływa ujemnie na surowicę i 2) samemu wysuszaniu, które, jak się okazuje, wywiera wpływ na istotę działającą w surowicy, zmniejszając jej siłę. Wobec tych danych, według mnie, surowica przeciwbłonicza w postaci proszku nie będzie miała szerszego praktycznego zastosowania. Niedosć, że przysparzalibyśmy sobie pracy w otrzymywaniu tego środka leczniczego, lecz nie byłibyśmy pewni jego jakości, ponieważ przy wysuszaniu w *wacuum* - aparacie i sproszkowywaniu surowicy wysuszonej trudniej zapobiedz zanieczyszczaniu drobnoustrojami, niż przy obecnym sposobie otrzymywania surowicy. Na niekorzyść tego preparatu przemawia również trudność rozpuszczania się wysuszonej surowicy w wodzie; prawda,

możemy je w części przyśpieszyć przez ogrzewanie, lecz w takim razie nie powinniśmy zapominać, że silniejsze ogrzewanie wpływa na znaczną utratę jej siły t. j. własności leczniczych. Tego rodzaju zabiegi utrudniałyby stosowanie surowicy; lekarz-praktyk musi mieć pod ręką gotowy do użytku preparat, a nie przygotowywać go.

Zachowanie aseptyki w przygotowaniu jej przed użyciem jest możliwe tylko w warunkach szpitalnych.

PRZYPADEK NEKROZY BŁĘDNIKA.

spostrzegał D-r L. GURANOWSKI.

(Odczyt wygłoszony w Warsz. Tow. Lek. d. 6 kwietnia 1897 r.).

Do względnie rzadkich następstw przewlekłego ropnego zapalenia ucha średniego należą nekrozy błędników. W roku 1864 TOYNBEE opisał w 1-yim zeszycie „Archiv für Ohrenheilkunde“ sześć historyi chorób, dotyczących wydzielenia się zmartwiałych części błędnika i od tego czasu zaczęły się dopiero pojawiać opisy przypadków podobnych. W roku 1875 BÖTERS w rozprawie swej doktoryzacyjnej zdał sprawę z 16 przypadków nekrozy błędników, a BEZOLD w r. 1886 zebrał w swej pięknej pracy, pod tytułem „Labyrinthnecrose und Paralyse des Nervus facialis“, statystykę, dotyczącą już 46 przypadków. Od roku 1886 t. j. od ogłoszenia pracy BEZOLD'a opisano jeszcze 18 przypadków wydzielenia się zmartwiałych części błędnika, znane więc są dotąd w przybliżeniu 64 przypadki.

W większości ogłoszonych przypadków nekroza dotyczyła ślimaka i jeżeli tu i owdzie wspomina się o wydzieleniu kanałów półkolistych, to zawsze były to mniej lub więcej duże martwaki piramidy kości skalistej, w których znajdowano jeden lub kilka kanałów półkolistych jako części składowe martwaka. Zupełne i całkowite wydzielenie się kanałów półkolistych z częścią przedsionka, o ile mi wiadomo, nie było dotąd spostrzegane.

Przypadek, który miałem sposobność spostrzegania, prawie przez przeciąg całego roku we własnym zakładzie leczniczym jest następujący.

E. M., półtrzecia roku liczącą dziewczynkę przyprowadzono do ambulatorium zakładu dnia 15 czerwca 1895 r. Od matki, kobiety dość inteligentnej, dowiedziałem się następujących danych wywiadowczych. Dziecko w 9-tym miesiącu życia przechodziło dość ciężką płonicę powikłaną błonicą gardzieli. W trzecim tygodniu choroby pojawił się wyciek ropny z ucha lewego. Ropienie było bardzo obfite. W kilka tygodni potem wystąpiły silne bóle wyrostka sutkowego. Bardzo szybko wytworzył się za uchem duży ropień, który przez jednego z chirurgów został przecięty. Od tego czasu ropienie z ucha nie ustawało, a na wyrostku sutkowym wytworzyła się przetoka.

Przy badaniu tegoż dnia skutecznionem znalazłem, co następuje: poza lewą muszlą uszną na wysokości górnej granicy otworu zewnętrznego ucha, w okolicy odpowiadającej *antrum mastoideum* widać otwór przetoki, z którego wydziela się rzadka ropa. Brzegi otworu są podminowane, a skóra naokoło zmacerowana. Przy ucisku na wyrostek sutkowy chora odczuwa ból i wydobywająca się przytem z otworu ropa zawiera przymieszkę krwi. Gruczoły za uchem i pod uchem powiększone, lecz nie bolesne.

W przewodzie słuchowym zewnętrznym widać twory polipowe, wystające z głębi i wypełniające prawie zupełnie otwór przewodu słuchowego zewnętrznego. Przy badaniu zgłębnikiem twory te okazały się konsystencji twardej, a punktem ich wyjścia była prawdopodobnie okolica górna jamy bębenkowej t. j. *atticus tympanicus*, a po części i tylna t. j. *antrum mastoideum*. Wprowadzony do przetoki zgłębnik wnikał do jamy wypełnionej miękką ziarniną, a w głębi wyczuwała się kość spróchniała. Badanie narządów wewnętrznych nie wykryło żadnych zmian chorobowych.

Badania słuchu nie przedsięwziąłem, gdyż wobec młodego wieku chorej nie doprowadziłoby to do żadnego celu.

Rozpoznałem w danym przypadku: przewlekłe ropne zapalenie lewego ucha średniego, próchnienie w jamie bębenkowej i w wyrostku sutkowym.

Zaproponowałem matce odrazu operację radykalną, lecz nie otrzymałem na to zgody.

Zmuszony zatem byłem usuwać wielokrotnie polipy bądź zapomocą pętli WILDE'a, bądź zapomocą ostrych łyżeczek HARTMANN'a. Posiedzeń takich było kilkanaście, usiłowania te jednak nie prowadziły do celu, gdyż polipy bardzo szybko odrastały. Gdy nareszcie po upływie kilku tygodni jama bębenkowa o tyle była oczyszczona, że można było zbadać części głębiej położone, zauważyłem wtedy, że młotek otoczony jest ziarniną i, co było bardzo prawdopodobne, spróchniały. Uchwyciłem młotek kleszczykami POLITZER'a i z łatwością go usunąłem, przyczem główka okazała się zupełnie spróchniałą.

Po upływie tygodnia wystąpiło porażenie lewego nerwu twarzowego.

W kilka dni potem matka zdecydowała się na operację, którą też wykonałem dnia 20 listopada 1895 r. przy łaskawej pomocy kolegów BENNIEGO i JASIŃSKIEGO. Rozszerzyłem przetokę na wyrostku sutkowym, wydłutowałem części kości chorobowo zmienione i wyskrobałem łyżeczką ostrą masy ziarninowe i zserowaciałe. Zwykły opatrunek gazą jodoformową. W przeciągu trzech miesięcy opatrunek zmieniałem co kilka dni i w końcu 3-ciego miesiąca rana na wyrostku się zablizniła. W jamie bębenkowej pozostało nieznaczne ropienie. Matka, uważając chorą za zupełnie wyleczoną, pomimo iż zaleciłem jej od czasu do czasu przynosić dziecko dla kontroli, zjawiała się z niem dopiero po sześciu miesiącach.

Przy badaniu stwierdziłem nieznaczne ropienie w jamie bębenkowej; w górnej i tylnej części jamy bębenkowej widać dość dużą powierzchnię pokrytą ziarniną, a badanie zgłębnikiem wykazało obecność ruchomego martwaka. Rana na wyrostku zablizniona. Próby uchwycenia martwaka kleszczykami nie udawały się, musiałem więc porzucić myśl pierwotną wydobycia martwaka przez przewód słuchowy i postanowiłem usunąć go od tyłu.

W tym celu wykonałem dnia 25. VII 1896 r. operację powtórnią przy pomocy kolegi BENNIEGO. Po zachloroformowaniu chorej rozciąłem bliznę na wyrostku sutkowym i oddzieliłem muszlę wraz z przewodem słuchowym. W ranie przedewszystkiem znalazłem małą blaszkę kostną, która okazała się częścią kostnego pierścienia bębenkowego, a następnie z głębi udało mi się z łatwością wydobyć dość duży martwak otoczony masami ziarninowymi.

Po wyskrobaniu reszty ziarniny zapomocą łyżeczki ostrej nałożyłem zwykły opatrunek jodoformowy.

Przebieg pooperacyjny był pod każdym względem doskonały, rana na wyrostku zagoiła się bardzo szybko i ropienie w jamie bębnekowej zupełnie ustało. W sierpniu r. z. widziałem chorą po raz ostatni i przekonałem się, że nastąpiło wyleczenie zupełne. Porażenie nerwu twarzowego pozostało bez zmiany. Zmian koordynacyjnych ani też objawów mózgowych podczas całego przebiegu choroby nie zauważyłem.

Usunięty martwak przedstawia doskonały preparat kostnych kanałów półkolistych i tylnej części przedsionka (Fig. I). Szkielet kostny kanałów półkolistych jest tak wybornie z kości skalistej wydzielony, że może być porównany z doskonale udanym preparatem anatomicznym. Nie widać nigdzie śladów kości gębczastej, niema również nigdzie otworów patologicznych. W przedsionku widać bardzo wyraźnie 5 otworów t. j. pięć zakończeń kanałów półkolistych w przedsionku. (Fig. II).

Na fig. III i IV widać wyżej wspomnianą część pierścienia bębnekowego (prawdopodobnie górną i tylną), zaś na fig. IV rowek, przebiegający na jego powierzchni wewnętrznej.

Chciałbym w końcu zwrócić uwagę na rzadkość całkowitego wydzielenia się kanałów półkolistych i ośmieliłbym się nawet twierdzić, że preparat przezemnie przedstawiony należy do nadzwyczajnych rzadkości, kto wie, czy nie jest unikatem.

Zarówno w statystyce podanej przez BEZOLD'a, obejmującej 46 przypadków, jak i w przypadkach później ogłoszonych, a więc razem w 64 przypadkach dotąd znanych nie znalazłem ani jednego przypadku całkowitego wydzielenia się kanałów półkolistych.

Najbardziej zbliżony do przypadku opisanego przezemnie jest jeszcze przypadek GUYE'a ¹⁾ z Amsterdamu, przedstawiony na 46 zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Wiesbaden w r. 1873. Był to martwak, w którym można było rozpoznać kanały półkoliste i tylną część przedsionka, część więc kości skalistej jednocześnie została wydzielona.

W przypadku HABERMANN'a ²⁾ jednocześnie z kanałami półkolistymi wydzieliła się również część piramidy kości skalistej.

Zdaje się więc, iż zdanie wypowiedziane przez BÖTERS'a jest słuszne i potwierdza moje przypuszczenie co do nadzwyczajnej rzadkości całkowitego wydzielenia kanałów półkolistych. BÖTERS sądzi, że „częstość wyłącznej nekrozy ślimaka potwierdza słuszność przypuszczenia, iż okienko okrągłe jest owym mostem, po którym ropne zapalenie okostnej przechodzi na błędnik. Gdyby sprawa ta rozszerzała się przez otwór w zewnętrznym kanale półkolistym lub przez okienko owalne, wtedy musielibyśmy spostrzegać wylącznie wydzielanie się kanałów w półkolistych, co, jak wiadomo, nie ma miejsca“.

Odnośnie do częstości występowania nekrozy błędników zaznaczyć wypada, iż występuje ona daleko częściej u mężczyzn niż u kobiet (porówn. statystykę BEZOLD'a).

Najwięcej przypadków spostrzegano w pierwszych 10 latach życia, co się z łatwością tłumaczy częstością występowania chorób zakaźnych wysypko-

¹⁾ GUYE. Arch. f. Ohrenheil, T. XVIII.

²⁾ HABERMANN. Arch. f. Ohrenh. T. XVIII.

wych u dzieci. I tu również płonica zajmuje w etyologii pierwsze miejsce. BEZOLD zanotował w swej statystyce 7 przypadków po płonicy i 2 przypadki po odrze. Płonica już w początkowych okresach choroby prowadzi do rozległego zniszczenia błony bębenkowej i wypadnięcia kosteczek słuchowych; sprawa chorobowa nie ogranicza się na uchu średnim, gdyż jednocześnie i ucho wewnętrzne bywa zajęte; występuje jednym słowem tak zwana przez POLITZER'a *panotitis*. Do takich samych zniszczeń rozległych prowadzi również błonica, ospa i odra. Gruźlica w etyologii omawianej sprawy figuruje w statystyce BEZOLD'a wszyskiego 2 razy, żoły zaś i przymiot ani razu.

Usposobienia nie mają zatem wielkiego znaczenia przy powstawaniu nekrozy błędników, a za jedyną i główną przyczynę uważać należy długotrwałe ropienia.

Głównymi objawami wskazującymi na istnienie nekrozy błędników jest prócz obfitego i cuchnącego ropienia wytwarzanie się mas ziarninowych szybko odrastających po operacji, próchnienie kosteczek słuchowych, jednocześnie próchnienie wyrostka sutkowego i porażenie nerwu twarzowego.

Ze statystyki BEZOLD'a okazuje się, że w 83% spostrzeganych przypadków istniało porażenie nerwu twarzowego. Objaw więc ten uważać należy za najczęstszy. Wprawdzie czasami spostrzegamy przemijające porażenie nerwu twarzowego przy ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, lecz są to przypadki bardzo rzadkie. Bliskie sąsiedztwo kanału FALLOPIUSZA z błędnikiem dostatecznie nam tłumaczy takie częste występowanie porażen przy sprawach ropnych w głębi kości skalistej się odbywających.

Wiadomo, że nerw twarzowy przebiega w kanale FALLOPIUSZA. Początek tego kanału znajduje się w przednim i górnym dołku przewodu słuchowego wewnętrznego, jako dość duży otworek, koniec zaś kanału FALLOPIUSZA znajduje się w otworze rylco-sutkowym, na dolnej powierzchni kości skalistej. Otwór rylco-sutkowy leży znacznie dalej ku tyłowi, aniżeli otwór w wewnętrznym przewodzie słuchowym, kanał FALLOPIUSZA nie bieży jednak w kierunku prostym od jednego otworu do drugiego, lecz tworzy w swym przebiegu dwukrotnie zagięcia pod kątem. Kanał FALLOPIUSZA z początku przebiega skośnie, krzyżując się z osią podłużną piramidy i dochodzi w ten sposób do *apertura spuria canalis Fallopii*. Od tego miejsca kanał zagina się pod kątem bardzo wyraźnym ku tyłowi, tworząc kolano przednie i przebiega ponad okienkiem owalnym prawie równolegle z osią podłużną piramidy jako część pozioma, bieży następnie ku dołowi jako część pionowa czyli dolna kanału FALLOPIUSZA i kończy się w otworze rylco-sutkowym. Przejście części poziomej w część pionową tworzy kolano tylne w postaci łuku. W części pionowej ściana kanału FALLOPIUSZA zwrócona ku jamie bębenkowej posiada u góry mały otworek, przez który przechodzi mała gałązka nerwowa do mięśnia strzemieniowego i w pobliżu dolnego swego końca — drugi otworek, cokolwiek większy, prowadzący do kanalika pod ostrym kątem od kanału FALLOPIUSZA odchodzącego. Kanalik ten przebiega łukowato ku górze przez istotę piramidy, przebija tylną ścianę jamy bębenkowej i w niej się kończy. Kanalik ten służy dla struny bębenkowej, wychodzącej od nerwu twarzowego.

Stosunek ten anatomiczny dostatecznie nam wyjaśnia częstość występowania porażenia nerwu twarzowego przy nekrozie błędnika. Tłumaczy on nam również, dlaczego w przypadkach, w których wydzielony bywa cały

błądźnik, a więc i cały przewód słuchowy wewnętrzny, nie tylko zniszczony bywa nerw słuchowy, lecz i nerw twarzowy.

W przypadkach dotyczących nekrozy ślimaka może być zagrożony nerw twarzowy w odcinku kanału FALLOPIUSZA pomiędzy kolanem i drugim łukowatym zagięciem w kierunku pionowym. W pierwszym razie kanał FALLOPIUSZA leży powyżej ślimaka i przy jego wydzielaniu się nie koniecznie bywa zniszczony, nerw jednak zaraz po wejściu do kanału FALLOPIUSZA tak blisko przebiega nad górną częścią pierwszego zwoju ślimaka, że wydzielenie się tego ostatniego bez jednoczesnego otwarcia przewodu FALLOPIUSZA prawie się nie zdarza. Grubość przegrody kostnej pomiędzy górnym końcem pierwszego zwoju ślimaka i początkiem kanału FALLOPIUSZA wynosi cokolwiek mniej niż $\frac{1}{4}$ mm. Pomimo tak bliskiego sąsiedztwa nekroza ślimaka tylko w razach wyjątkowych prowadzi do stałego zniesienia czynności nerwu twarzowego; w większości przypadków przy wydzieleniu ślimaka spostrzegamy przemijające zajęcie lub też brak zupełny objawów ze strony nerwu twarzowego.

W odcinku kanału FALLOPIUSZA przebiegającym od kolana poziomo ku tyłowi nerw najbardziej bywa zagrożony. Dopóki odcinek ten przewodu FALLOPIUSZA znajduje się w pobliżu ślimaka i martwak jest niewielki, nie następuje uszkodzenie kanału, gdyż odległość jego od ślimaka jest w tym miejscu większa, aniżeli w początkach kanału FALLOPIUSZA. Ślimak może zatem całkowicie się wydzielić i otworzyć tylko początek drugiego odcinka przylegającego do ślimaka. Daleko niebezpieczniejsza jest nekroza błędźnika dla tej części kanału FALLOPIUSZA, która przebiega na wewnętrznej ścianie jamy bębnekowej. Wydzielenie mniej lub więcej dużych części ścian przedsionka, a szczególnie wraz z kanałami półkolistymi, a nawet tylko początków tych ostatnich jest wprost niemożliwe bez jednoczesnego udziału kanału FALLOPIUSZA. W przypadku przezemnie opisanym miało miejsce wydzielenie wszystkich kanałów półkolistych i tylnej części przedsionka, to też porażenie było stałe.

Jak widać ze statystyki BEZOLD'a, rokowanie przy nekrozie błędźników jest stosunkowo dobre. Na 46 przypadków tylko 9 zejść było śmiertelnych, a więc 19,6%. Jeżeli przytem odliczyć dwa przypadki dotyczące suchotników, wtedy pozostanie wszystkiego 7 przypadków, czyli 15,2%. W większości przypadków zejście śmiertelne zależy od powikłań ze strony mózgu i opon mózgowych. Sprawa ropna szerzy się w tych przypadkach wzdłuż tylnej powierzchni piramidy t. j. drogą przewodu słuchowego wewnętrznego i powoduje najczęściej zajęcie mózdzku.

Leczenie w przypadkach nekrozy błędźnika polega na usuwaniu ziarniny od przodu; przez to ułatwiamy ziarninie znajdującej się z tyłu wypychanie *resp.* wydzielenie martwaka. Przemijanie płynami przeciwnoślnymi musi być stosowane konsekwentnie. W razie zajęcia wyrostka sutkowego należy wykonać trepanację jego, a przy zniszczeniu tylnej ściany przewodu kostnego — i usunięcie tej ostatniej. Wogóle należy wyczekiwać zupełnego rozluźnienia się martwaka i tylko wtedy przystępować do usunięcia, gdy jest zupełnie ruchomy. Zależnie od wielkości martwaka usuwa się go przez przewód słuchowy lub też od tyłu po uprzednim oddzieleniu muszli. Jeżeli okaże się, że i wtedy martwak z trudnością udaje się wydobyć, to można go rozkawałczyć i wydobywać częściami. Ranę na wyrostku można zaszyć lub też zagoić *per secundam*.

Jeżeli usiłowania w kierunku leczenia operacyjnego początkowych okresów zajęcia błędników przy szerzeniu się spraw ropnych na ucho wewnętrzne dadzą również pomyślne wyniki jak te, o których mówił JANSEN na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich we Frankfurcie, wtedy można będzie zapomocą operacji zapobiegać dalszemu szerzeniu się sprawy chorobowej.

JANSEN w kilku przypadkach wyskrobał przedsionek i poziomy kanał półkolisty, usuwał części błędnika kostnego i wydobywał z błędników ziarninę. Rękoczyny te, zdaniem JANSEN'a, nie wpływały szkodliwie na narząd słuchowy.

KILKA SŁÓW

O nowoczesnych odkryciach w dziedzinie histologii układu nerwowego,

napisał **A. WIZEL.**

(Dokończenie.—Zob. Nr. 17).

Histologowie usiłowali zawsze z własności morfologicznych elementów nerwowych wyprowadzić wnioski odnośnie do istoty spełnianej przez nie czynności. Wyrazem usiłowań tych było wypowiedziane przez GOLGE'go przypuszczenie, że w układzie nerwowym istnieją dwa odrębne pod względem morfologicznym i fizyologicznym typy komórek. W jednych, wyrostek osiowy wkrótce po wyjściu z ciała komórki rozpada się na mnóstwo swobodnie kończących się delikatnych gałązek i tym sposobem zaraz traci swą indywidualność; w drugich, wyrostek osiowy zachowuje swą indywidualność i tylko z boku wydaje masę delikatnych gałązek, t. zw. kollaterali. Według GOLGE'go komórki pierwszego rodzaju mają być komórkami czuciowymi, rozgałęzienia bowiem ich wyrostków osiowych spletają się z siecią włókienek dośrodkowych, komórki zaś drugiego rodzaju mają posiadać charakter ruchowy, albowiem ich wyrostki osiowe przechodzą bezpośrednio we włókna ruchowe.

Podział ten wszakże nie wytrzymuje krytyki ani z morfologicznego, ani z fizyologicznego punktu widzenia.

Morfologicznie komórki pierwszego typu nie różnią od komórek drugiego niczem innym, jak tylko długością swych wyrostków osiowych: w komórkach typu pierwszego, wyrostek osiowy jest krótki i nie wychodzi z substancji szarej, kończąc się w niej wolnymi rozgałęzieniami; w komórkach typu drugiego, wyrostek osiowy jest długi, przenika do substancji białej i wysyła swe końcowe rozgałęzienia do innych ośrodków nerwowych, lub do narządów zewnątrzośrodkowych. Z tego to powodu RAMON Y CAJAL odrzuca podział GOLGE'go i przyjmuje dwa rodzaje komórek: komórki o długim i komórki o krótkim wyrostku osiowym.

Pod względem fizyologicznym zapatrywania GOLGE'go także nie wytrzymują krytyki, gdyż: 1) narządy specyficznie czuciowe: jak siatkówka, zgrubienie węcho-we, i t. d. zawierają dużą ilość komórek o długich wyrostkach osiowych; 2) narządy, noszące charakter wybitnie ruchowy, jak mózdzek i okolica psychomotoryjna kory mózgowej zawierają znaczną ilość komórek o krótkich wyrostkach osiowych.

Tak tedy „przy obecnym stanie wiedzy niepodobieństwo wiązać czynności nerwowej (czuciowej, ruchowej, zmysłowej, komisuralnej, asocjacyjnej i t. d.) z jakąś specjalną morfologią komórek nerwowych“ (R. Y CAJAL).

Tyle tylko można powiedzieć, że komórki I typu służą do przenoszenia fali czynnościowej na odległość długą, np. od substancji szarej rogów przednich aż do mięśni, komórki zaś II typu przenoszą fale na odległość krótką, mając za główne swe zadanie tworzenie połączeń między komórkami sąsiednimi.

*

*

*

Wróćmy do sprawy przewodnictwa nerwowego wyrostków osiowych i wyrostków protoplazmatycznych. Rzekliśmy wyżej, że zarówno jedno, jak i drugie przenoszą falę nerwową. Zachodzi pytanie, które z tych wyrostków są przewodnikami doprowadzającymi, a które odprowadzającymi. Uczeń, zgodnie z R. Y CAJAL'em utrzymują, że kierunek prądu jest ośrodkowy, dokomórkowy (celulifugalny) w wyrostkach osiowych, zaś, dośrodkowy, dokomórkowy (celulipetalny) w wyrostkach protoplazmatycznych i w ciałach komórkowych, czyli inaczej, że wyrostki protoplazmatyczne oraz ciała komórek przyjmują prądy, gdy tymczasem oboczne i końcowe rozgałęzienia wyrostków osiowych, przesyłają je dalej.

Na podobne uogólnienie nie zgadza się jednak BECHTEREW. Przeciwnie pierwszej połowie prawa powyższego, a mianowicie przeciwko twierdzeniu, jakoby czynność wyrostków osiowych była zawsze ośrodkowa, przemawia zauważony przez BECHTEREW'a fakt istnienia w korze mózdkowej splotów wyrostków osiowych rozmaitych komórek. I dla tego to BECHTEREW utrzymuje, że prawo, o którym mowa, winno ulec ograniczeniu i brzmieć w sposób następujący: wszędzie, gdzie wyrostki osiowe wchodzi w stosunek z wyrostkami protoplazmatycznymi i ciałami innych komórek, czynność ich jest ośrodkowa.

Co się tyczy drugiej połowy powyższego prawa, to i ono winno być, według BECHTEREW'a, z zastrzeżeniem przyjęte. Inaczej bowiem niezrozumiałymi byłyby dla nas takie fakty, jak splot wzajemny dendrytów, jaki można zauważyć w spoidle przednim rdzenia, zwłaszcza u zwierząt niższych, oraz sposób przenoszenia się prądów w komórkach apolarnych, posiadających tylko dendryty. BECHTEREW wyraża tedy przypuszczenie, że zarówno ciała komórek jak i ich dendryty mogą przenosić falę w obydwu kierunkach.

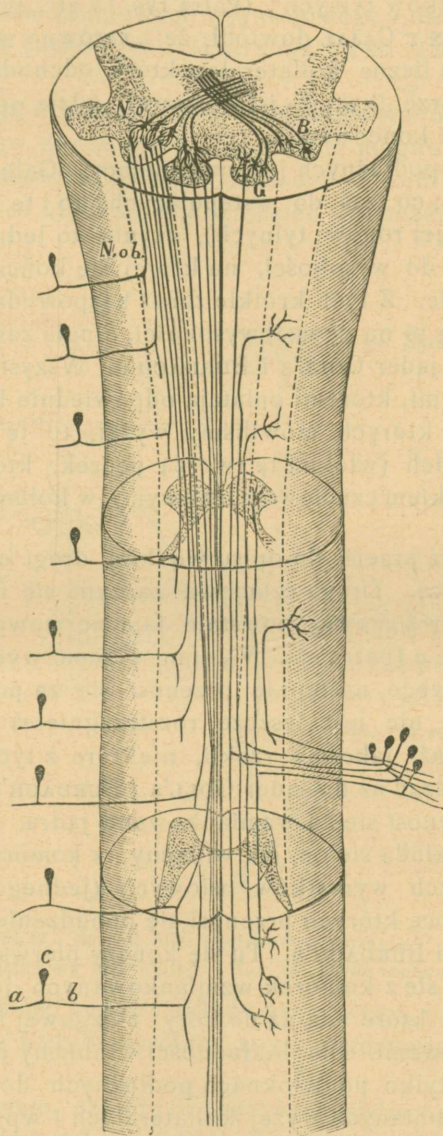
*

*

*

Jednym z nader doniosłych odkryć histologii współczesnej jest stwierdzenie faktu, iż „każde włókno nerwowe, jakkolwiek by posiadało długość, jest zawsze tylko przedłużeniem wyrostka jakiejś komórki nerwowej“. Włókien samistnych t. j. nie pochodzących z komórki w układzie nerwowym nie ma. I dla tego to wszystkie np. włókna, przebiegające wzdłuż rdzenia i tworzące białą jego istotę, są niczem innem, tylko przedłużeniem wyrostków pewnych komórek. Tak wiemy (dzięki badaniom HIS'a), że wszystkie włókna czuciowe rdzenia są przedłużeniem wyrostków komórek zwojów międzykręgowych (*ganglions spinaux*). Komórki te, przedstawiają się pierwotnie pod postacią elementów wrzecionowatych o końcach spiczastych. Powoli bieguny ich wydłużają się i zbliżają do siebie i każdy z nich przekształca się we włókno nerwowe. Dwa te włókna wskutek zbliżenia się do siebie wydają się na pewnej przestrzeni jednym włóknem i dopiero potem rozłączają się i biegną w dwu przeciwnych kierunkach. Jedno dąży do obwodu (do naskórka lub błony słuzowej), drugie zaś biegnie w kierunku dośrodkowym, do rdzenia, dając tym spo-

sobem początek korzeniom tylnym (RAYMOND). Tak więc włókna pęczków tylnych są (przeważnie) przedłużeniem wyrostków komórek zwojów międzykręgowych. Tak samo włókna pęczków przednich, bocznych i pewnej części tylnych są przedłużeniem wyrostków t. zw. komórek pęczkowych (*cellules de cordons*, *Strangzellen*) rozrzuconych bezładnie w istocie szarej rdzenia.



Rys. IV. Schemat przebiegu włókien czuciowych w rdzeniu i opuszce.
B-jądro BURDACH'a. G-jądro GOLL'a. No-neuron ośrodkowy. No b-neuron obwodowy.

Rzekliśmy wyżej, że układ nerwowy składa się z szeregu ułożonych jeden nad drugim neuronów, a dla ilustracji tej zasady przedstawiliśmy budowę wielkiej drogi ruchowej. Ta sama zasada stosuje się również i do wielkiej drogi czuciowej, łączącej narządy obwodowe z ośrodkami nerwowymi. By jednak jasno tego dowieść, musimy przedewszystkiem podać nieco wiadomości przedwstępnych, odnoszących się do anatomii pęczków czuciowych rdzenia.

Powiedzieliśmy przed chwilą, że włókna korzeni tylnych rdzenia są przedłużeniem wyrostków komórek zwojów międzykręgowych. Zachodzi pytanie, jak się one zachowują w rdzeniu. Otóż RAMON Y CAJAL wykazał, że „włókna te, przeniknawszy do rdzenia, *resp.* do białej jego istoty, dzielą się tam na kształt litery Y, dając tym sposobem początek dwóm gałęziom końcowym: jednej wstępującej, drugiej zstępującej; obie te gałęzie biegną w kierunku podłużnym i one to właśnie tworzą większą część pęczków tylnych“. (Patrz rys. IV str. 422).

Prócz tego RAMON Y CAJAL dowiódł, że „zarówno wstępująca, jak i zstępująca gałąź daje od siebie liczne kollaterale, które odchodzą od podłużnych gałęzi pod kątem prostym i przenikają do istoty szarej, gdzie oplatają komórki nerwowe swemi rozgałęzieniami końcowemi“.

Dalszy los gałęzi podłużnych jest następujący. Gałęzie zstępujące kończą się rychło w istocie szarej; co zaś do wstępujących, to te również przenikają do istoty szarej (*resp.* do jej rogów tylnych), czynią to jednak na rozmaitych wysokościach. Stosownie do wysokości, na której się kończą, MARIE podzielił je na długie, średnie i krótkie. Z tych krótkie zaraz bezpośrednio przenikają do rogów tylnych, średnie czynią to na pewnej wysokości, długie zaś podnoszą się aż do opuszki, gdzie dochodzą do jąder GOLL'a i BURDACH'a. Wszystkie te włókna kończą się rozgałęzieniami wolnemi, któremi oplatają odpowiednie komórki nerwowe. Co się zaś tyczy kollateral, o których mówiliśmy wyżej, to te kończą się w rogach tylnych, w rogach przednich (włókna te tworzą pęczek, który został nazwany przez RAMON Y CAJAL'a pęczkiem czuciowo-ruchowym), w kolumnie CLARKE'a i w spoidle tylnem.

Teraz możemy już przejść do opisu wielkiej drogi czuciowej (opis ten zapożyczamy od RAYMOND'a). Droga czuciowa zaczyna się na obwodzie. Od podrażnienia skóry lub błony śluzowej powstaje fala nerwowa, która biegnie przede wszystkim po włóknie *a* (patrz rys. IV), stanowiącem wyrostek obwodowy komórki zwoju międzykręgowego, następnie przenosi się za pośrednictwem lub bez pośrednictwa (co dotąd nie jest jeszcze rozstrzygnięte) komórki *c* na wyrostek ośrodkowy *b*; ponieważ, jakżeśmy rzekli, niektóre z tych wyrostków idą wzdłuż całego rdzenia, dochodząc aż do jąder GOLL'a i BURDACH'a, więc też i pobudzenie po tych włóknach przenosi się na wzmiankowane jądra. I oto jest pierwszy neuron drogi czuciowej; składa się on, jak widzimy, z komórek zwojów międzykręgowych i z ich podwójnych wyrostków osiowych (jednego obwodowego i jednego ośrodkowego), zapomocą których przenosi się pobudzenie czuciowe z obwodu na komórki jąder GOLL'a i BURDACH'a. Tu się kończy pierwszy neuron i zaczyna drugi. Ten ostatni składa się z komórek wzmiankowanych jąder opuszki oraz z ich wyrostków osiowych, które idą aż do kory mózgowej i kończą się tam wolnemi rozgałęzieniami końcowemi. Dla dokładności winniśmy dodać, że pobudzenie zewnętrzne biegnie nie tylko po włóknach podłużnych do opuszki, ale po drodze rozchodzi się po wspomnianych wyżej kollateralach i wprowadza w ruch komórki rozmaitych pięter rdzenia. LENHOSSEK przyrównywa podłużne włókno czuciowe do głównej rury kanalizacyjnej, gałązki zaś oboczne (kollaterale) do przykanalików. Dzięki tym gałązkom pobudzenie korzeni tylnych najniższej nawet części rdzenia może wprowadzić w ruch komórki całej kolumny szarej rdzenia.

*

*

*

Pozostaje nam powiedzieć kilka słów o układzie anatomicznym łuku odruchowego. Układ ten stwierdza również zasadę ogólną: łuk odruchowy także składa się z szeregu neuronów.

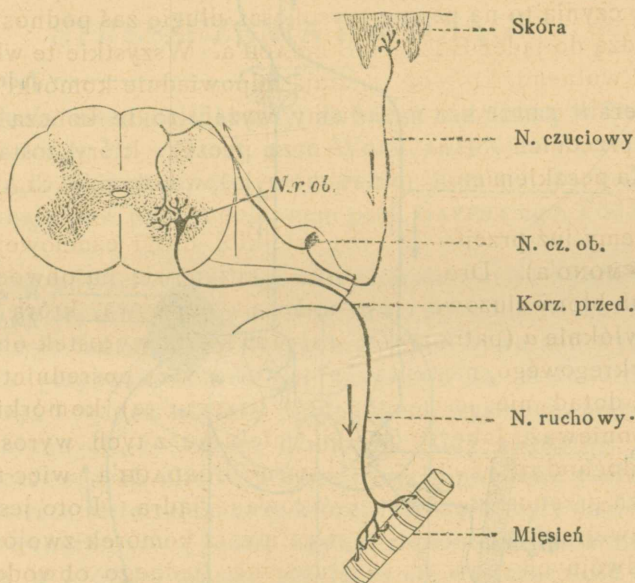
Łuk odruchowy może być mniej lub więcej złożony. W najprostszej swej postaci (rdzeniowej) składa się on z dwu neuronów: jednego czuciowego i jednego

ruchowego. (Patrz rys. V). W skład czuciowego wchodzi: włókna czuciowe obwodowe, komórki zwojów międzykręgowych oraz ich wyrostki osiowe, które wysyłają t. zw. kollaterale odruchowe do komórek rogów przednich. W skład ruchowego wchodzi: wyrostki protoplazmatyczne i ciała komórek rogów przednich oraz wyrostki osiowe tych ostatnich.

Lecz łuk odruchowy może być bardziej złożony: np. może się składać z jednej strony z dwu neuronów czuciowych (obwodowego i ośrodkowego) i z drugiej z dwu lub kilku neuronów ruchowych. (Patrz rys. VI str. 425).

* * *

Tak się przedstawiają w świetle pojęć nowoczesnych najogólniejsze dane histologii układu nerwowego. Skreślony powyżej szkic moglibyśmy znacznie rozszerzyć i uzupełnić, ale nie odpowiadałoby to naszemu założeniu. W tym miejscu pozwolimy sobie tylko jeszcze kilka słów powiedzieć o znaczeniu wyłożonych pojęć dla anatomii patologicznej.



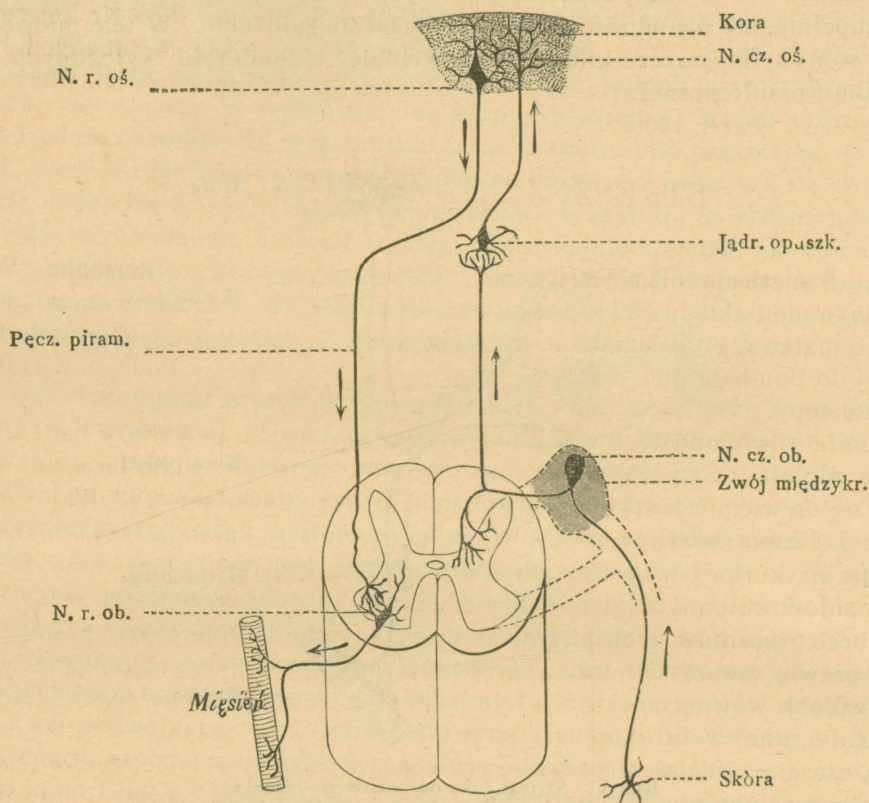
Rys. V. Schemat łuku odruchowego rdzenia.

N. cz. ob. - neuron czuciowy obwodowy. *N. r. ob.* - neuron ruchowy obwodowy.

Dokładniejsza znajomość budowy układu nerwowego, osiągnięta przez współczesną histologię, ułatwia nam w wysokim stopniu rozumienie wielu zagadnień anatomo-patologicznych.

Tak np. przy dzisiejszem pojęciu o neuronach, jako o jednostkach morfologicznie niezależnych, rozumiemy o wiele lepiej, niż dawniej, sprawę z wyrodnień wtórnych. Dawniej, gdy panowała hipoteza ciągłości układu nerwowego, „nie rozumiano, czemu pewien odcinek, wsunięty pomiędzy dwie komórki, posiadał swój ośrodek troficzny raczej w jednej komórce, niż w drugiej”. Dawniej również na próżno usiłowano rozstrzygnąć, „w jakiej odległości od komórki ruchowej winno się zatrzymać zwyrodnienie włókna piramidalnego”. Dziś przy teorii neuronów sprawy te można z łatwością rozwiązać. Dziś wiemy, że obręb anatomiczny danego zwyrodnienia znajduje się w ścisłym związku z rozciągłością danego neuronu i że zwyrodnienie kończy się zwykle tam, gdzie się kończy dany neuron. Neurony jako jednostki morfologiczne i fizjologiczne niezależne i przy sprawach

chorobowych niezależność tę swoją okazują. Każdy z nich chorować może samodzielnie. Najlepszą myśli tej ilustracją jest anatomia patologiczna wiađu rdzenia. Co się tyczy zmian, cierpienie to powodujących, to istnieją w nauce oddawna dwa poglądy: jeden CHARCOT'a, według którego zmiany znajdowane przy wiađdzie polegają na pierwotnem systemowem zwyrodnieniu tylnych pęczków rdzenia, drugi LEYDEN'a, według którego zwyrodnienie pęczków tylnych jest zjawiskiem wtórnem, pierwotnem zaś są zmiany zewnątrz-rdzeniowe, a mianowicie zmiany w korzeniach tylnych. Pogląd LEYDEN'a w ostatnich czasach wziął górę nad hipotezą CHARCOT'a i dziś wszyscy się zgadzają, że pierwotne siedlisko zmian wiađdowych znajduje się zewnątrz rdzenia, cała zaś dyskusya toczy się tylko koło pytania, jaka



Rys. VI. Schemat złożonego łuku nerwowego.

N. r. oś. - neuron ruchowy ośrodkowy. *N. r. ob.* - neuron ruchowy obwodowy. *N. cz. oś.* - neuron czuciowy ośrodkowy. *N. cz. ob.* - neuron czuciowy obwodowy.

mianowicie część układu zewnątrzrdzeniowego jest punktem wyjścia choroby: korzenie tylne, zwoje międzykręgowe, czy też nerwy czuciowe obwodowe. Sprawa ta nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta; co wszakże uznano za fakt niewątpliwy, to to, iż wiađu rdzenia jest cierpieniem pewnego neuronu, a mianowicie neuronu czuciowego obwodowego, w skład którego, jakśmy wyżej rzekli, wchodzi: komórki zwojów międzykręgowych z ich podwójnymi wyrostkami, wyrostkiem obwodowym, przechodzącym we włókno nerwu czuciowego i wyrostkiem ośrodkowym, wstępującym do tylnych korzeni, a następnie do tylnych pęczków rdzenia.

SPIS ŹRÓDEŁ.

1) BECHTEREW — Die Lehre von den Neuronen und die Entladungstheorie. Neurologisches Centralblatt. 1896. Nr. 2 i 3. 2) BECHTEREW — Prowadiaszczyje puti spinnowo i gołownowo mozga. Petersburg. 1896. 3) DÉJÉRINE — Anatomie des centres nerveux. Paris. 1895. 4) EDINGER — Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. 1893. 5) FLATAU — Ueber die Neuronenlehre. Zeitschrift für klin. Med. 1895. 28 B. To samo po pols. w Gaz. Lek. 6) FAJERSZTAJN — Rzut oka na nowsze badania w dziedzinie anatomii układu nerwowego. Gaz. Lek. 1893. 7) LENHOSSEK — Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen. Berlin. 1893. 8) MARIE — Leçons sur les maladies de la moelle. 1892. 9) MARINESCO — De la méthode de Golgi et de ses applications à l'histologie normale et pathologique. La semaine médicale. 1896. Nr. 48. 10) RAMON Y CAJAL — Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux chez l'homme et chez les vertèbres. Paris. 1895. 11) RAYMOND — Clinique des maladies du système nerveux. Paris. 1896.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

51. **Doniesienia niemieckiej komisji do badań nad dżumą w Bombaju.** W nadzwyczajnym dodatku do Nr. 17 Deut. med. Woch. znajdujemy pierwszą wiadomość z dnia 19 marca r. b. o działalności niemieckiej komisji do badań nad dżumą, wysłanej do Bombaju pod przewodnictwem prof. GAFFKY'ego. Podajemy z niej ważniejsze ustępy.

Pomimo wielopostaciowości objawów chorobowych i wyników badań zwłok komisja zdołała już wyrobić sobie własny sąd o sposobie, w jaki lasecznik dżumy dostaje się do ustroju ludzkiego i o drogach, któremi bywa zeń wydalany. W przeważającej liczbie przypadków wrotami zakażenia są małe urazy, nieznaczne zdrapania naskórka i w tych właśnie przypadkach występują pierwotne obrzmienia gruczołów chłonnych, dymienice dżumowe. Gdy zakażenie przedostało się poza obręb gruczołów, tych filtrów przyrodzonych, powstaje postać posocznicowa dżumy, prawie zawsze śmiertelna, przy której laseczники były znajdowane we krwi i w narządach wewnętrznych. Jeżeli nastąpi ropienie w dymienicach, laseczники przeważnie giną w krótkim czasie; przyłącza się wówczas dość często zakażenie wtórne, czasem z udziałem paciorkowców. W przypadkach cięższych dymienice znikają bez ropienia. Dla otoczenia chorych stają się niebezpieczni prawdopodobnie wtedy dopiero, gdy zakażenie przejdzie do krwi, przyczem laseczники, może skutkiem rozdzierania się licznych małych naczyń, dostają się do zawartości kiszek i do moczu. Czy robactwo domowe może być przenośnikiem zarazy, niewiadomo; moskity nie są chyba niebezpieczne, bo inaczej daleko częściej, niż to ma miejsce, zapadałby na dżumę personel szpitalny, nieraz bardzo kąsany przez moskity.

Drugą grupę chorych, na szczęście znacznie szczuplejszą, stanowią przypadki, w których choroba rozpoczyna się prawdopodobnie od pierwotnego zajęcia płuc. Tworzą się tu mniejsze lub większe ogniska zapalne, w których znajduje się w wielkiej ilości lasecznik dżumy jako czysta hodowla, lub pomieszany z diplokokami i paciorkowcami. Laseczники wydane z płucem takich chorych zarażają oczywiście wielką ilość mieszkańców okolic Bombaju, szczególnie wobec niedbalstwa krajowców pluających nieopatrnie na około siebie, na ziemię, ściany, ubranie i t. d.

W niektórych przypadkach migdały, zdaje się, stanowią wrota zakażenia; przemawia za tem wynik badania 2 zwłok, dokonanego przez komisję austriacką; zakażenia przez drogi pokarmowe dotąd nie spostrzegano.

Dalej sprawozdanie komisji mówi o znanym już szczególe, iż dżuma rozwija się prawie wyłącznie wśród krajowców niechłujnych, chodzących boso, a więc narażonych na obrażenia skóry, mieszkających w nader złych warunkach zdrowotnych. Zaraza dotąd, zdaje się, nie słabnie, o ile można sądzić z ilości dziennej przypadków śmierci, o których komisya mogła zebrać wiadomości. Stosunki poprawią się zapewne teraz, po utworzeniu na mocy nowego prawa komitetu do walki z dżumą, opatrzonego w szerokie pełnomocnictwo. W połowie marca przedsięwzięto pierwsze oględziny domów, przewożenie chorych do szpitala, a podejrzanych do t. zw. „Segregation camps“, najgorsze domy spalono i t. d. Przeszkodę w działaniu komitetu stanowią, przesady religijne i kastowe ludności miejscowej.

Badanie bakteryologiczne jest nieodzowne do rozpoznania, szczególnie w przypadkach mniej jasnych. Komisya niemiecka zaznacza, że barwienie na szkiełku krwi wziętej z palca daje wyniki pewne przy bardzo znacznej ilości laseczników. Najlepsze preparaty otrzymuje się, działając na ogrzane szkiełko bardzo lekkim kwasem octowym, a następnie barwiąc fuksyną karbолоwą. Obecność nielicznych laseczników we krwi pewniej daleko stwierdza hodowla na agarze, na którym kolonie wyrastają najpóźniej po 48 godzinach.

Nakłócie dymienic w celu rozpoznawczym uważa komisya za niebezpieczne, z powodu obawy wprowadzenia zakażenia do krwiobiegu.

Ważne jest bardzo następujące spostrzeżenie, przez komisję dokonane. Surowica otrzymana z krwi zwierząt i ludzi, którzy przebyli dżumą lub też sztucznie zakażonych wywołuje działanie swoiste na zawiesinę czystej hodowli laseczników w bulionie. Zawiesina innych bakterii po dodaniu takiej surowicy pozostaje jednostajnie mętna, w zawiesinie zaś laseczników dżumy tworzą się wkrótce wyraźne zgręzy, opadające na dno próbówki, lub na wyźłobienie szkiełka przedmiotowego, a bulion pozostaje zupełnie czysty. Takie same działanie wywiera odpowiednia surowica na drobnoustroje duru i cholery. Spostrzeżenie to daje możliwość odróżnienia laseczników dżumy od innych drobnoustrojów podobnych, a fakt analogii z bakteriami duru i cholery wywołuje przypuszczenie, że i w sprawie sztucznego uodpornienia wykaże się pewne podobieństwo między dżumą, a durem i cholera.

Komisya wstrzymuje się dotąd od ogłoszenia swego zdania o wynikach wstrzykiwań zapobiegawczych hodowli martwych, stosowanych przez HAFKIN'a i o wstrzykiwaniach surowicy zwierząt uodpornionych podług YERSIN'a.

W połowie kwietnia spodziewany był w Bombaju R. KOCH, który miał przybyć z Afryki południowej i kierować dalej pracami komisji.

B. R. G.

52. W. ERB. **Leczenie wiądu rdzenia.** Zebranie pewnych doświadczeń przy leczeniu wiądu rdzenia jest wielce utrudnione ze względu na powolny jego rozwój, bardzo urozmaicony przebieg, późne ujawnianie się działania stosowanych środków leczniczych, wreszcie nader niewiarogodne wskazówki chorego, wywoływane przez sugestyę. Istota wiądu pozostaje dotychczas niewyjaśniona i anatomia patologiczna nie daje żadnych wskazówek, któremi przy leczeniu kierowaćby się można. Wobec tego punktem wyjścia dla leczenia pozostaje jedynie etyologia choroby.

Najważniejszą i najczęstszą przyczyną wiądu rdzenia jest przymiot, podrzędne zaś miejsce w etyologii zajmuje rozstrój nerwowy i dziedziczność. Sprzyjają rozwojowi choroby momenty pomocnicze, jak przeziębienie, wysiłek fizyczny, nadużycia płciowe, alkoholu i tytoniu, przeciążenie pracą umysłową, wzruszenia.

Głównem zadaniem zapobiegawczem jest dostatecznie długie, dokładne leczenie pierwszego okresu przymiotu, u osób zaś dziedzicznie obarczonych wczesne wzmacnianie układu nerwowego oraz odpowiednie uregulowanie trybu życia codziennego.

Przy wystąpieniu objawów wiądu u dotkniętych przymiotem należy bezwzględnie stosować leczenie swoiste, gdyż w olbrzymiej większości przypadków przynosi ono pożytek choremu. W późnych okresach wiądu powinno ono być stosowane jedynie wtedy, gdy i poprzednio było skuteczne. Przeciwwskazane jest u osobników charłacznych, chorych na żołądek, nie znoszących rtęci ani też jodu, wreszcie nie powinno być stosowane, jeżeli dawniej stosowane nie odniosło skutku. E. stosuje zazwyczaj 30 wcierań szarej maści (4,0—6,0), poczem chory odpoczywa przez pół roku; leczenie bywa kilkakrotnie powtarzane. Jodek potasu nie działa tak dobrze, jak wcierania, należy go jednak używać (1,5—4,0 *pro die* w mleku w przeciągu 1—3-ch miesięcy) szczególnie przy istnieniu zmian w naczyniach oraz objawów przymiotu skóry, błon śluzowych, kości i mózgu.

Ponieważ istota wiądu rdzenia polega prawdopodobnie na zaburzeniu w odżywianiu pierwiastków nerwowych, które natura leczy zazwyczaj zapomocą poprawy przemiany materji, należy starać się podnieść ogólne odżywianie chorego. W tym celu tryb życia należy uregulować, zabronić wszelkich nadużyć i wysiłków, zarówno fizycznych jak i umysłowych.

Z leków najbardziej można zalecić azotan srebra (*cum. extr. nuc. vom. spir.*) w ilości 0,03—0,05 *pro die* przez kilka lat z pewnemi przerwami. Jodek potasu działa nieźle przeciw strzelającym bólom; sole bromu nie są pożyteczne; strychnina podskórnie (0,002—0,01) lub wewnątrz w połączeniu z innymi środkami (*ferri lact, extr. chin. aq. aa. 5,0; extr. nuc. vom. spir. 0,4—0,8; extr. gent. q. s. ad pil. 100* S. trzy razy po 1—2 p.) okazała się kilkakrotnie skuteczna.

O Brown-Séquardinie, sperminie, solach kwasu glicerynofosfornego E. nic jeszcze orzec nie może. Z kąpieli należy postawić na pierwszym miejscu błotne, obfitujące w kwas węglany (Nauheim, Rehme, Cudowa); kąpiele obojętne o wysokiej ciepłocie mogą być stosowane przy silnych „crises“ i parestezyach, lecz ciepłota nigdy nie powinna być wyższa ponad 27° R.; stosować je można cztery razy tygodniowo po 10 minut. Kąpiele siarczane działają jak zwykle; powietrzne i gazowe są przeciwwskazane. Zabiegi wodolecznicze są korzystne, lecz należy je stosować przezczas dłuższy, a powoli; kąpiele rzeczne są niekiedy dobrze znoszone, natomiast morskie zawsze szkodzą.

Elektroterapia bardzo często przynosi poprawę, a rzadko zupełnie zawodzi; używa się prądu stałego wzdłuż lub wpoprzek rdzenia, galwanizuje się część szyjową nerwu współczulnego, używa się i prądu przerywanego na tułów i kończyny, lecz głównie wobec objawów znieczulenia krzyża i bólów strzelających. Błędne jest mniemanie, jakoby elektroterapia działała przez sugestję, elektryczność wywiera bowiem dodatni wpływ na odżywianie, krążenie i czynności chorych odcinków rdzenia i nerwów. Przypalanie krzyża co 8—10 dni, pendzlowanie nalewką jodową lub *t-ra gallarum* z jodyną może być stosowane przy silnych bólach krzyża, *crises gastriques* i t. d. Zabiegi ortopedyczne, jak mięsienie i gimnastyka, są niekiedy pożyteczne. Należy je stosować u osobników źle odżywianych, z upośledzonym trawieniem, z wyraźnemi zmianami czucia i pierwszymi objawami bezładu. Wycią-

ganie nerwów nie ma dziś zwolenników; z różnych zalecanych metod należy wybierać zawsze najmniej bolesną, a jest nią metoda BLONDEL'a.

Wieszanie dało bardzo dobre wyniki, również ćwiczenia gimnastyczne podług wskazówek FRAENKEL'a. Miejscowe środki znieczulające mogą być używane, nigdy jednak nie należy stosować morfiny. Oprócz wszelkich metod leczniczych należy stosować leczenie psychiczne, gdyż gra ono w tych przypadkach dość znaczną rolę.

(*Ctbl. für die Gesamnte Therapie. H. 8 i 9. 96*).

Maksymilian Bernstein.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 marca r. b.

TREŚĆ. 1) Prof. KOSIŃSKI — a) Przedstawienie chorej po operacji gastro- entero- anastomozy z powodu raka żołądka; b) Przedstawienie preparatu torbieli skórastej jajnika; c) Przedstawienie preparatu *nephro-pyelitidis calculosae*. 2) NEUGEBAUER — a) Przedstawienie kamienia moczowego utworzonego dokoła dwóch szpilek do włosów; b) Przedstawienie macicy wyciętej z powodu licznych włókniaków. 3) BREGMAN — Przedstawienie chorego z *haematomyelia centralis* i porażeniem typu BROWN-SÉQUARD'a. 4) KRAUZE — Przedstawienie chorego ze stwardnieniem przedniej ściany brzucha. 5) GURANOWSKI — Przedstawienie chorego po przebytej *panotitis duplex*. 6) SEKOWSKI — Przedstawienie preparatu palucha oderwanego gwałtownym działaniem siły zewnętrznej. 7) SZTEYNER — Przedstawienie chorego po odjęciu całej kończyny górnej. 8) HEIMAN — Z kazuistyki powikłań chorób ucha i z chirurgii tychże powikłań.

1) Prof. KOSIŃSKI przedstawił: a) chorą 32-letnią, u której z powodu raka żołądka dokonał był gastro- entero- anastomozy sposobem HACKER'a, t. j. zapomocą przeprowadzenia jelita cienkiego przez otwór w *mesocolon* i przyszycia go do tylny-dolnej ściany żołądka; guz ruchomy, owalny i dający się skrócić naokoło osi robi zupełnie wrażenie śledziony wędrującej, za którą też początkowo był brany; b) preparat torbieli skórastej, przedstawiającej tę osobliwość, że zarówno właściwa jej szypuła, jakoteż i druga, powstała skutkiem przyrośnięcia torbieli przeciwniegiem pierwszej szypule biegunem do sieci, skrócone były półszóstą razą; wartość jej stanowił płyn barwy kawy mlecznej z licznymi kulkami zbitego tłuszczu w postaci zacierek; c) nerkę wyciętą z powodu *nephro-pyelitidis calculosae* zawierającą oprócz mnóstwa torbieli ropiastych cztery kamienie.

2) Kol. NEUGEBAUER okazał: a) kamień moczowy, wielkości niemal kurzego jaja, utworzony dokoła dwóch szpilek do włosów, wprowadzonych do pęcherza *sub masturbatione* i wydobyty drogą kolpocystotomii; b) macicę wyciętą z powodu licznych włókniaków, przedstawiającą znacznej wielkości guz wagi półdziesiąta funta; wymiar podłużny guza wynosi 32 cm., poprzeczny zaś 28 cm.

3) Przedstawiony przez kol. BREGMANA chory zdradza bezwład kończyny dolnej lewej oraz znieczulenie kończyny prawej i prawej połowy dolnej części tułowia do wysokości wyrostka mieczykowatego a także znieczulenie lewej strony tułowia i części powierzchni przedniej kończyny lewej dolnej, nadto trudność przy oddawaniu moczu, zaparcie stolca, brak zadowolenia płciowego, parestezye w lewym boku, lewym udzie oraz bolesność wyrostka ciernistego 1-go kręgu lędźwiowego. Objawy te wystąpiły nagle. Mówca rozpoznaje wylew krwawy w istotę rdzenia, zajmujący lewą jego połowę, tylną część istoty szarej i część pęczków bocznych.

4) Kol. KRAUZE przedstawił 18-letniego chłopca ze stwardnieniem przedniej ściany brzusznej, powstałym przed 11 miesiącami; stwardnienie sięga od spojenia łonowego do pępka, z prawej strony dochodzi do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, z lewej zaś — do grzebienia biodrowego i więzu POUPART'a; jest ono niebolesne; skóra niezmienniona, przesuwalna; pytanie co do natury stwardnienia roz-

strzygnąć może dopiero dalsze badanie chorego; prawdopodobnie jest to promienica lub *phlegmone liquea*.

5) Kol. GURANOWSKI okazał 3-letniego chłopczyka, u którego w następstwie przebytego po płonicy i błonicy obustronnego *panotitis* kosteczki słuchowe z obu jam bębnekowych wypadły; dziecko chwieje się przy chodzie i nie tylko ogłuchło, lecz i zaniemówiło.

6) Włościanin podczas powożenia okręcił lejce naokoło palucha; nagle koń poniósł, lejc zaś wkręcił się w koło, co spowodowało wyrwanie palucha wraz ze ścięgnem mięśnia wyprostnego długiego. Odnośny preparat przedstawił obecnym kol. SĘKOWSKI.

7) Kol. SZTEYNER okazał chorego, któremu odjął całą kończynę górną lewą wraz z łopatką i częścią obojczyka z powodu mięsaka naczyniowego ośrodkowego kości ramieniowej.

8) Kol. HEIMAN w swym odczycie poruszył sprawę powikłań chorób uszu i leczenia tych powikłań na drodze chirurgicznej. Rzecz ta drukowana będzie w piśmie naszym. Przypadki przytoczone przez prelegenta w odczycie, zarówno jak i spostrzegane przez niego dawniej, doprowadziły go do wniosków, że powikłania chorób usznych przedstawiają wiele jeszcze luk pod względem rozpoznawczym i leczniczym; że przy wskazaniach do otworzenia wyrostka sutkowego, gdy jednocześnie mamy do czynienia z gorączką i bólami w potylicy, należy otwierać i jamę czaszkową; że w przypadku ropnia mózgowego należy otwierać go cięciem możliwie obszernem; że w razie podejrzenia zakrzepu w zatoce poprzecznej należy przez ukłócie próbne przekonać się o jego istnieniu; że może istnieć ropnica z zakrzepem (ciężka) i bez zakrzepu (łagodna); że nakłócie lub przecięcie zatoki poprzecznej wywołuje w niej zakrzep charakteru niezłośliwego; że wreszcie, o ile występowanie objawów ogólnych jest wskazaniem do zabiegu na tychmiastowego, o tyle przy objawach czysto miejscowych zwłoka jest dozwolona. Kol. HEIMAN wzmiankuje nadto o rzadkich zresztą przypadkach, w których ropień mózgowy występował jako powikłanie cierpienia nosa.

W dyskusyi zabrał najprzód głos prof. BRODOWSKI. Nie zgadza się on przede wszystkim na odróżnianie ciężkich i łagodnych postaci ropnicy; ropnica zawsze jest ciężka i zawsze jest połączona z tworzeniem się zakrzepów, ulegających rozmiękczeniu złośliwemu (*malacia maligna*) i dających początek ropniom przerzutowym. Przytaczanych przez prelegenta objawów ropnicy (obrzemień stawów bez zejścia w ropienie, krwiotłucie bez rozpadu następczego) nie można, zdaniem prof. B., za takie uważać; nie zgadza się także mówca na nacinanie i nakłówanie zatoki poprzecznej, co w razie nawet znalezienia zakrzepu nie jest w stanie usunąć wytworów rozmiękczenia złośliwego oraz zapobiedz tworzeniu się ropni przerzutowych.

Kol. HEIMAN w odpowiedzi zaznacza, że przytoczone przezeń przypadki upoważniały go do uważania ich za ropnicę, gdyż towarzyszyła im gorączka typu ropnicowego, ze wstrząsającymi dreszczami, osłabieniem, żółtaczką, powiększeniem śledziony, przyśpieszeniem tętna oraz obrznięciem stawów nierzadko przechodzącym w ropienie; co zaś do przekłówania zatok, to uważa je za zabieg nieszkodliwy dla chorego, o ile wykonywa się go z zachowaniem zasad aseptyki.

Dalsze rozprawy nad odczytem kol. HEIMANA odłożono do następnego posiedzenia.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WELANDER niszczy jadowitość szankra miękkiego, działając nań wodą 41° C. przez 2 do 3 dni. Po upływie tego czasu wrzód miękki pokrywa się zdrową ziarniną. W razie, gdy *phymosis* nie pozwala działać bezpośrednio na wrzód, autor wprowadza rurkę pod napletek i tym sposobem przepuszcza po wrzodzie wielokrotnie w ciągu dnia obfity strumień wody o ciepłocie 45° C. Metoda ta, stosowana przezeń w 2000 z górą przypadków, pozwoliła zredukować czas trwania leczenia do tygodnia. (Arch. f. Derm. u. Syph. XXXVIII. 2. str. 292).

= UNNA wykrył drogą mikrochemiczną, że laseczники gruźlicy i trądu zawierają tłuszcz, utrudniający prawdopodobnie działanie na nie substancji, jakie ustroj wydziela w swej obronie. Tłomaczyło by to poniekąd przewlekły charakter sprawy. (Münch. med. Wochenschrift. 1897. Nr. 5).

= HELLER wywołał u królika *polyneuritis mercurialis*, zastrzykując mu sublimat podskórnie. (Festschrift f. Lewin).

= FÉRÉ radzi kąpiele z *kalium hypermanganicum* w przypadkach wyprysków skórnych, spowodowanych zatruciem jodem lub bromem. (La sem. médicale 1896. Nr. 4).

= HOROWITZ radzi w przypadkach przymiotu, w których wcierania szaruchy nie wywołują należytego skutku, zbadać, czy moczu zawiera rtęć. W razie, gdy rtęci w moczu nie znajdujemy, co się zdarza, należy wprowadzać do ustroju rtęć drogą wstrzykiwań, a znajdzie się w moczu i skutek nie chybi. (Centr. f. die ges. Therapie. 1896 Nr. 1).

= SPILLMANN i ETIENNE opisują trzy przypadki *polyneuritis*, powstałej wskutek zatrucia rtęcią. Wszystkie trzy zakoń-

czyły się wyzdrowieniem po odstawieniu tego środka. Jako objawy zanotowano: bóle w tułowiu i kończynach, niemoc płciową, zanik mięśni, bóle mięśniowe, zaburzenia mowy i tykania. (Annales de dermat. et de Syph. 1895. 11). A. Koz.

= LÖYV i RICHTER robili doświadczenia nad królikami, w celu wyjaśnienia sprawy, czy i o ile gorączka wpływa na przebieg chorób zaraźliwych. Zapomocą ukłócia ciała prądkowanego (*corpus striatum*) zwierzęta były wprowadzane w stan gorączkowy, najbardziej odpowiadający zwykłej aseptycznej gorączce VOLKMANN'a: podniesienie ciepłoty trwa przez pewien czas, towarzyszy mu zaś zwiększony rozpad białka i silniejsza przemiana gazów; zwierzęta nie robią wrażeń choroby, są wesole i jedzą chętnie. Gdy gorączka wynosiła 41°, szczepiono zwierzętom minimalną śmiertelną dawkę zarazka zapalenia płuc, cholery kurzej, toksyn błonicy lub (róży); ilość dawki śmiertelnej była określona poprzednio zapomocą doświadczeń nad zwierzętami, służącymi do kontroli. Wynik ogólny tych doświadczeń jest, że zwierzęta gorączkujące żyły dłużej, niż ich towarzysze służący do kontroli; niektóre powróciły nawet do zdrowia. Najlepsze wyniki otrzymano przy szczepieniu zarazka zapalenia płuc, najgorsze z cholerą kurzą. Przekonawszy się o leczniczem działaniu gorączki w niektórych przynajmniej chorobach zaraźliwych, autorzy zapytują, czy nie wartoby poszukać środka gorączkowego, t. j. powodującego sztuczne podniesienie ciepłoty, które w niektórych przypadkach mogłoby być bardzo pożądane. (Berlin. klin. Woch. N. 9. 1897). M. B.

Wiadomości bieżące.

— Kol. PALMIRSKI prosi nas o umieszczenie, a inne pisma o powtórzenie wyjaśnienia następującego: „Z powodu kilku listów kol. lekarzy i p. aptekarzy z prowincji z zapytaniem, dlaczego obecnie surowica warszawska puszczana bywa w dawkach 2 1/2 ctm., 3 ctm., i t. d., zamiast 10 ctm., sz., uważam zastosowne na tem miejscu zaznaczyć, że surowica

warszawska bez względu na ilość we flaszeczce zawiera 1000 jednostek uodparniających według nomenklatury EHRlich'a BEHRING'a. Małe dawki surowicy lecz za to silnej są stroną dodatnią, a nie ujemną surowicy warszawskiej. Obecnie wszystkie pracownice dążą do otrzymania surowicy silnej. W zastosowaniu praktycznem w szpitalach dzieciennych

warszawskich niczem się ona nie różni w działaniu od surowicy dawniejszej. Natomiast ma ona tę przewagę nad dawniejszą, że w miejscu zastrzyknięcia nie odczynujemy najczęściej najmniejszego odczynu miejscowego i że w przypadkach ciężkich nawet małemu dziecku bez najmniejszej trudności możemy zastrzyknąć 2--3 dawki w jedno miejsce. Na zakończenie nadmienię, że każda serya surowicy warszawskiej, nim zostanie puszczona w obieg, jest sprawdzana obowiązkowo przez warszawski Urząd Lekarski. Ze względów praktycznych uważam za właściwe podać do wiadomości, że surowica warszawska po upływie sześciu miesięcy od chwili wypuszczenia jej w obieg może być na żądanie zamieniona na świeżę w składzie głównym surowicy, w aptece p. Wendy na Krakowskim Przedmieściu Nr. 45 w Warszawie“.

— Tygodnik „Głos“ w ostatnim swym numerze we wstępnym artykule p. t. Dla zdrowia ludu podaje projekt zjazdu lekarzy z gubernii Królestwa, którego zadaniem byłoby rozpatrzenie wielce doniosłej sprawy, jaką jest: sprawa zabezpieczenia pomocy lekarskiej na wsi, a następnie obmyślenie środków urzeczywistnienia zamierzonego projektu, a właściwie utworzenia instytucji na podstawach trwałych, któraby choć w pewnej mierze tę palącą a tak doniosłą sprawę załatwiła. Nie pierwszy to raz i zapewne nie ostatni prasa lekarska ją podnosi, a i sam projekt zjazdu nie jest nowością. Przed laty czterysta, t. j. w r. 1883-im, tutejsze Towarzystwo Lekarskie, obmyślając środki ukrócenia nadużyć felczerskich na prowincyi, uważało za jeden z najlepszych takich środków, uorganizowanie służby lekarskiej przez ustanowienie lekarzy gminowych w Kraju. Aczkolwiek usiłowania w tym kierunku dotąd napotykały na niedające się usunąć przeszkody, niemniej zrażać się nie powinniśmy. Może teraz uda nam się choć grunt przygotować, a z czasem cel osiągniemy. Oby się tak stało. W całym Cesarstwie instytucje ziemiańskie opiekę nad ludem już dawno rozciągnęły, potworzywszy odpowiednie ku temu organizacje. Zachodzi też poważne pytanie, czy w obe-

cnych naszych warunkach organizacja służby zdrowia na szerszą skalę pomyślana i wszystkich obowiązująca mająca jest możliwa, czy nie.

— Stan sanitarny Warszawy po bardzo niepomyślnych pod względem zdrowotnym miesiącach zimowych, zwłaszcza miesiącu lutym, w którym śmiertelność dosięgła 25‰ (w roku zeszłym 19‰), uległ w ciągu marca (20‰ i kwietnia (18‰) znacznej poprawie. Zależy to przeważnie od zmniejszenia się epidemii chorób wysypkowych, odry i błonicy, które obecnie sporadycznie tylko i to w łagodnej postaci się pojawiają. Błonica i krztusiec pojawiają się częściej nieco, zapalenie płuc włóknikowe i tyfus wysypkowy wciąż jeszcze panują, wydarzają się również nieliczne przypadki dyzenteryi. Często natomiast widzimy w ostatnich tygodniach ospę wietrzną, różyczkę i tężyczkę, ta ostatnia zwłaszcza występuje w postaci epidemicznej, a najwydatniejszym jej objawem jest kurcz głosi. J. K.

— Surowica YERSIN'a przeciwko dżumie, okazuje się środkiem prawie zupełnie bezskutecznym. W przypadkach dżumy leczonych zapomocą tego środka śmiertelność wynosiła 50 do 60‰.

— Rada miasta Paryża wyasygnowała 6 milionów franków w celu odosabniania suchotników i budowania dla nich szpitali.

— Do liczby zachorowań spowodowanych jazdą na welocypedach amerykańscy lekarze zaliczają zapalenie wyrostka robaczkowego.

— D-r WHITFORD, rozpatrując sprawozdania trzech szpitali w Liwepoolu za rok 1895, zebrał dane co do 15,083 rozmaitego rodzaju wypadkowych uszkodzeń i zachorowań. Z tej liczby w 7804 (50%) przypadkach uszkodzenia otrzymały osobniki pijane.

— **Zmarli.** Dnia 18 b. m. zmarł d-r Celestyn MALHOMME, lekarz szpitala w Opatowie.

Dnia 14 b. m. w Słonimiu d-r Feliks WĄSOWICZ, wychowaniec uniwersytetu Wileńskiego w 85-ym roku życia.

APTEKA E. GESSNERA

Aleje Jerozolimskie № 27 róg Kruczej

W W A R S Z A W I E.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

Wino Kakaowo-chinowe (*Vin de Bugeaud*) przyrządzone na Maladze, flaszka 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flasz. 1.50 k. z żelazem zawiera 1% żelaza, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresio, flaszka 1.75 kop.

Wino Condurango z żelazem zawiera 2% żelaza flaszka 2 ruble.

Wino Coca (*Vin de Coca*) na liściach Krasnodrzewu (*Erythroxylona coca*) na Maladze, w stonsunku 1:20, flaszka 1.50 kop.

Wino goryczkowe (*e rad. Gentianae*) na Xeresie, flaszka 1.50 kop.

Wino Kola (*Vin de Cola*) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny, flaszka 2.25 kop.

Wino Kwassyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszka 1.50 kop.

Wino Kwassyjowe na Xeresie, flaszka 1.50 k.

Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem des-serowem, zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny, flaszka rs. 2.

Winoprzeczyszczające z korą Cascarae Sagradae na Maladze. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka rs. 2.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze, flaszka 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze. flaszka 1.75 kop.

Wino senesowe (*ol. Sen. alex. sine resina*) na Xeresie. Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszka 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (*Vinum ferro-mangani peptonati*) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati, flaszka rs. 2.

Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu, flaszka rs. 2.

Wino piołunowe (*Vin de Vermuth*) na białem francuzkiem winie, flaszka 1.50 kop.

Butelka zawiera 402,0 do 450,0. 26—1



Sezon
od 1 Maja do 1 Paźd.

KAPIELE NEUEIM

Frekwencya
15830

w pobliżu Frankfurtu n. Menem—linia kolejowa Kassel-Frankfurt n. M.

Piękne położenie w górach Taunus, orzeźwiająca i czyste powietrze. Miejscowość wyróżnia się bogactwem źródeł kąpielowych o ciepocie normalnej (30—34°) i umożliwia użycie różnych kąpiei, poczynając od zwykłych solankowych, aż do silnych gazowych z kwasu węglowego, które mogą być przyrządzane w różnej koncentracji i o każdej ciepocie. Jedyną w swym rodzaju obfitującą w kwas węglany i o naturalnej ciepocie, kąpiele szpruflowe.

Inne środki kuracyjne: Dwa źródła solankowe i jedno alkaliczne do użytku wewnętrznego, kuracja mleczna i serwatka, kąpiele elektryczne, kąpiele natryskowe, urządzenia gradacyjne, gabinet inhalacyjny, instytut do gimnastyki szwedzkiej i masażu.

Zakład mechaniczno-terapeutyczny według D-ra Zandera, kuracja winogronowa, kuracja terenowa etc.

Rozrywki: obszerny i cienisty park, kurhauz z eleganckimi salami koncertowymi i salami przyjęć, czytelnia posiadająca około 200 czasopism, orkiestra złożona z 35 muzykantów, teatr, koncerty artystów, polowania, rybołówstwo, wycieczki gondolami po jeziorze Lawn-Tennis. etc.

W pobliżu rozległe lasy, z licznymi i nowo założonymi drogami. Miasto obecnie kompletnie skanalizowane i zaopatrzone w urządzenie klozetowe. Nowe wodociągi dostarczają zdrowej wody do picia do wszystkich mieszkań.

Kurhauz, ogrody i część miasta posiada oświetlenie elektryczne. Wszelkich informacji udziela najchętniej.

Przełożony stowarzyszenia zdrojowego i upiększania miejscowości: August Wagner.

Nowe katalogi ilustrowane franko.

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków

we wszystkich działach chirurgii

najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Marszałkowska 117 i Bielańska 5.

Zamówienia listowne są załatwiane

odwrotną pocztą

Nowe katalogi ilustrowane franko.

Zbiór prac z Kliniki lekarskiej

Prof. D-ra KORCZYŃSKIEGO

Zeszyt II — XVIII

Cena zeszytu 60 kr. w. a.

Do nabycia za pośrednictwem księgarni S. A. Krzyżano w Krakowie.

Fig. I.

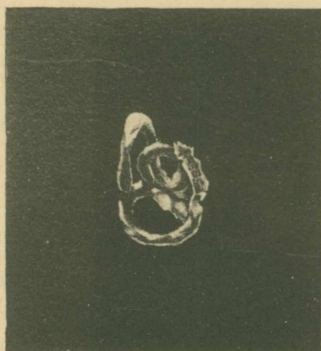


Fig. II.

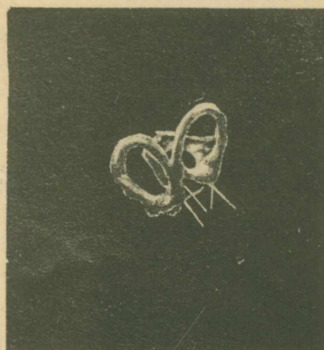


Fig. III.

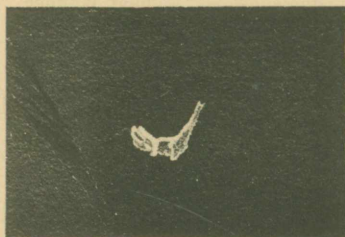


Fig. IV.



D-r GURANOWSKI. „Nekroza błędnika“