

# GAZETA LEKARSKA.

Z KLINIKI PSYCHIATRYCZNEJ W ZURYCHU. [PROF. BLEULER'A].

## I. O WPŁYWIE WYOBRAŹNI NA ODRUCH ŻRENICOWY U OCIEMNIAŁYCH.

przez

**D-ra J. Piltza,**

sekundaryusza kliniki psychiatrycznej w Lozannie.

— 4 — 4 —

Poniżej podane badania dokonane zostały w zakładzie dla ociemniałych i głuchoniemych w Zurychu. Każde oddzielne spostrzeżenie stwierdzane było nie tylko przezemnie, lecz również przez dyrektora zakładu, p. KULL'a, doskonałego znawcę ociemniałych, bystrogo i doświadczonego obserwatora.

**Przypadek I.** Józef Kopp, były robotnik w przędzalni, lat 55. Początek cierpienia oczu datuje od r. 1872. W r. 1880 K. nie mógł już rozpoznawać żadnych przedmiotów. W r. 1886 nie mógł zupełnie patrzeć na słońce z powodu silnego, oslepiającego blasku i bólów w oczach; nie był w stanie rozpoznawać konturów słońca, księżyc zaś w pełni widział w nocy bardzo wyraźnie. Później i księżyc mógł widzieć tylko na krótką chwilę; przy dłuższem wpatrywaniu się obraz jego znikał mu z przed oczu. W r. 1889 K. zaraz po obudzeniu się mógł jeszcze rozpoznawać, czy jest już jasno, czy nie. W dwie godziny jednak po obudzeniu się tracił powoli wrażliwość na światło. Od r. 1890 Kopp jest zupełnie ślepy. Przyczyna utraty wzroku: obustronna *retinitis pigmentosa* i zanik nerwu wzrokowego <sup>1)</sup>.

Stan źrenic: źrenice nierównomierne, prawa nieco szersza, aniżeli lewa, obie bardzo szerokie.

Oddziaływanie na światło: 1) bezpośrednie *a)* ukośne—*paraxiale* [przy bocznem oświetleniu] równa się 0 *b)* osiowe *axiale* [przy środkowem oświetleniu] zachowane z obu stron; 2) współczulne (*consensuelle*) równa się 0 przy bocznem i słabo wyrażone przy środkowem oświetleniu. Oddziaływanie przy ako-

<sup>1)</sup> Rozpoznanie, notowane w zakładzie dla ociemniałych w Zurychu, stawiane były przeważnie przez prof. HAAB'a lub przez asystentów kliniki oftalmicznej.



modacyi i konwergencyi zachowane [obie źrenice zwężają się, jeżeli się każe choremu skierować gałki oczne na koniec nosa].

Przy energicznem zamknięciu oczu źrenice, które przed zamknięciem były szerokie, w chwili otwarcia oczu przedstawiają się węższe <sup>1)</sup>

Przy biernem otwieraniu powiek oka, gdy chory przeciwdziała temu skurczem powiek, źrenica zwęża się, przyczem gałka oczna odchyła się ku górze i na zewnątrz <sup>2)</sup>.

K. trzyma w wyciągniętej przed siebie ręce notes. Domagam się, by na ów notes, którego w rzeczywistości nie widzi, skierował swoje oczy. Z początku gałki oczne zdradzają pewien niepokój, poczem jednak przyjmują pewne określone położenie, przy którym ich osie przedstawiają się mniej więcej skierowanemi na ów notes, a źrenice nabierają pewnej szerokości. Przez jakiś czas K. z łatwością zachowuje położenie to bez zmiany. Wtedy niespostrzeżenie dla ociemniałego stawiam palącą się lampę przed notesem, t. j. między tym ostatnim a ociemniałym. Następuje wyraźne zwężenie się źrenic. Jeżeli teraz powiedziałem pacjentowi o istnieniu przed nim lampy i zażądałem od niego, by na nią patrzył, następowało jeszcze silniejsze zwężenie źrenic. Zdaje się więc, że skierowanie uwagi na podrażnienie włókien źrenicowych powoduje silniejsze zwężenie, aniżeli samo tylko podrażnienie tych włókien. Nawet wyobrażenie światła wywoływało już u K. zwężenie źrenic, o czem przekonaliśmy się na następującem doświadczeniu: K. trzymał ten sam notes w ręku i skierował nań gałki oczne. W chwili, gdy mu powiedziałem, że znowu bezpośrednio przed notesem umieszczam lampę i zażądałem, by spojrział na nią, wystąpiło dość wyraźne zwężenie źrenic. Zwężenie to zauważyć się dawało również i wtedy, kiedy K. sądził, że lampa znajduje się bezpośrednio po za notesem, co dowodzi, że zależnem było ono jedynie od wyobrażenia o świetle, nie może zaś być kładzione na karb akomodacyi. Doświadczenie to było powtarzane niejednokrotnie i zawsze z jednakowym wynikiem.

Aby się przekonać, jak się zachowują źrenice wobec czarnych przedmiotów, dokonane zostało następujące doświadczenie.

K. trzymał w lewej ręce notes, a w prawej but <sup>3)</sup>. Od pacyenta zażądałem, żeby kolejno przedmioty te trzymał na pewnej wysokości i patrzył na nie [*resp.* skierowywał na nie swoje oczy]; nie mogliśmy jednak przytem zauważyć żadnych wyraźnych zmian w źrenicach. Wtedy dałem K. do lewej ręki, zamiast notesu, mój klucz z oddziału [kliniki chorób umysłowych]. Zmiana ta zainteresowała go, postawił but, trzymany w prawej ręce i starał się przy pomocy niej ułożyć nowy przedmiot w lewej ręce; przytem źrenice zachowały pewien stopień szerokości. Wtedy zażądałem od niego, by but, który przed

---

<sup>1)</sup> Objaw źrenicowy opisany przezemnie. Gazeta Lekarska. 1899. Nr. 56. to samo Neurol. Centralbl. 1899. Nr. 6.

<sup>2)</sup> Objaw źrenicowy, opisany przez WUNDT'a, GIFFORD'a, WESTPHAL'a i przezemnie.

<sup>3)</sup> Wybrałem obuwie dla tego, ażeby pacjent, dotykając się szuwaksem wyczyszczonego buta, był mocno przekonany, że przedmiot ten jest rzeczywiście czarnym.



nim stał, uniósł do góry i skierował nań oczy swoje. K. nie był w stanie od razu znaleźć obuwie i zmuszony był energicznie je poszukiwać. W tejże chwili mogliśmy zauważyć wybitne rozszerzenie źrenic, które utrzymało się następnie jeszcze przy wpatrywaniu się w trzymane w ręku czarne obuwie. I to również doświadczenie powtarzaliśmy niejednokrotnie.

**Przypadek II.** Jan Zanger, lat 40, były nauczyciel. Początek osłabienia wzroku datuje od r. 1881; pole widzenia od tego czasu stawało się coraz węższem. W r. 1882 nastąpiło nadzwyczaj silne osłabienie siły widzenia. W lecie r. 1882 Z. nie był już w stanie rozpoznawać konturów przedmiotów. Dziś rozpoznaje jeszcze światło od ciemności; jest w stanie wykazać w przybliżeniu kierunek, w jakim źródło światła się znajduje. Nie rozpoznaje jednak zupełnie nawet najbliższych przedmiotów. Przyczyna utraty wzroku: *retinitis pigmentosa*.

Stan źrenic: źrenice równomierne, znacznie rozszerzone. Oddziaływanie na światło: 1) bezpośrednio a) ukośne z obu stron = 0 b) osiowe wyraźnie jeszcze zachowane z obu stron; jeżeli się każe choremu patrzeć prosto na światło, następuje znaczne zwężenie źrenic, poczem wymagają one dłuższego czasu, aby powrócić do pierwotnej szerokości. 2) Współczulne przy bocznem oświetleniu = 0, przy prostem zachowane. Oddziaływanie przy akomodacyi i konwergencyi zachowane z obu stron.

Przy energicznem zamykaniu oczu, źrenice, które przed zamknięciem były szerokie, w chwili otwarcia oczu stają się wąskie.

Przy biernem rozwieraniu powiek oka, gdy chory jednocześnie przeciwdziała temu skurczem powiek, źrenica zwęża się, przyczem gałka oczna odchyła się ku górze i na zewnątrz. Z. trzyma w ręku notes i stara się skierować nań wzrok. Źrenice jego posiadają przytem pewien stopień szerokości. Bezpośrednio po za notesem stawiam palącą się lampę tak, że płomień jej znajduje się nieco wyżej, aniżeli górny kant notesu. Źrenice pacyenta zwężają się. W chwili, gdy na żądanie Z. rzuca spojrzenie na znajdującą się po za notesem lampę, następuje jeszcze silniejsze zwężenie się źrenic. Następnie lampę usuwam i każę pacjentowi żywo wyobrazić sobie, że na tem samym miejscu po za notesem istnieje lampa. Za każdym razem występuje wtedy widoczne zwężenie się źrenic. Ponieważ pierwotnie wzrok pacyenta skierowany był na notes, przeto z chwilą, kiedy spojrzenie przenosi na przedmiot, dalej po za notesem się znajdujący, powinniśmy się spodziewać rozszerzenia źrenic, jako zjawiska, towarzyszącego akomodacyi i konwergencyi.

To, że w danym razie spostrzegamy zwężenie się źrenic, może być jedynie przypisywane żywemu wyobrażeniu o istnieniu w danym punkcie światła.

Zachowanie się źrenic wobec czarnych przedmiotów badane było w następujący sposób. Z. trzyma przed sobą w lewej ręce pęk kluczy. Na prawem jego kolanie znajduje się czarne jego obuwie. Z. z początku nie trzyma w ręce obuwia. Żądamy od niego, by pośród wielu kluczy wymacał klucz oddziałowy, który mu przedtem był wskazany. Pacjent żywo zajęty jest wtedy wyszukiwaniem krótkiego i grubego klucza, przyczem źrenice jego posiadają pewien



stopień szerokości. Wtedy każemy choremu wziąć but do prawej ręki, unieść go do góry i jednocześnie lewą rękę, trzymającą pęk kluczy, opuścić powoli na dół. Występowało wtedy rozszerzenie się źrenic, lecz o wiele powolniej, aniżeli przy takim samym doświadczeniu u K. i właściwie wtedy dopiero, kiedy Z. uniósł but do góry, co zwróciło uwagę obu badaczy. Na pytanie p. dyrektora KULL'a, „jak u pacyenta szedł proces myślowy“, Z. odpowiedział, że przy pierwszym dotknięciu się buta nie zwrócił jeszcze nań specjalnej uwagi, lecz dopiero wtedy, kiedy go uniósł do tej samej wysokości, na jakiej trzymał klucz. W tej prawdopodobnie dopiero chwili Z. zamienił wyobrażenie o kluczu oddziaływym na wyobrażenie o bucie, co odpowiada chwili wystąpienia rozszerzenia się źrenic.

Sądzę, iż i to doświadczenie jasno dowodzi, że z wyobrażeniem przedmiotu ciemnego łączy się rozszerzenie źrenic.

Właściwie w obu przypadkach, zarówno u Z., jak i u K., mieliśmy do czynienia nie z samym tylko wyobrażeniem przedmiotu ciemnego, powstałym samodzielnie w odpowiednich ośrodkach. Ów przedmiot ciemny znajdował się przed oczami ociemniałych i posiadał swój odpowiedni obraz na dnie ich oczu, a prócz tego wyobrażenie o nim w pewnym stopniu popartem było zawsze przez dotyk; dotykanie bowiem obuwia, pokrytego szuwaksem, musiało naprowadzić na wyobrażenie o kolorze czarnym. Pacjent trzymał w ręku obuwie w chwili, gdy o nim miał myśleć.

Dla dokładnego ocenienia odruchu, powstałego pod wpływem wyobrażenia, posiada pewne znaczenie sposób, w jaki wywołujemy wyobrażenie. Zwracamy uwagę na to, że o wiele łatwiej jest dowolnie wywoływać żywe wyobrażenia wtedy, jeżeli one powstają na drodze skojarzeń, tak, jak to miało miejsce w naszym przypadku, w którym wyobrażenie o czarnym obuwiu powstało przez dotykanie się go.

Ta okoliczność, że kilkakrotnie rozszerzenie źrenic u K. występowało przedtem jeszcze, zanim wziął do ręki obuwie, wskazuje na to, że już samo wyobrażenie ciemnego przedmiotu sprowadza u ociemniałych rozszerzenie się źrenic. Poniżej opisane doświadczenia przypuszczenie to potwierdzają w zupełności.

Ażeby bliżej zbadać u ociemniałych odruchy źrenic pod wpływem wyobrażeń, podjęliśmy nowy szereg doświadczeń.

Kopp trzymał przed sobą notes. Zażądaliśmy od niego, by naprzemian myślał raz o notesie, drugi raz o palącej się lampie. Posłuszny naszemu rozkazowi K. dokonywał tego niejednokrotnie, przyczem nie zauważyliśmy żadnych widocznych zmian w źrenicach. Nagle wystąpiło raptowne i silne zwężenie źrenic. Na pytanie, o czym pacjent w chwili tej myślał, K. odpowiedział, że wyobraził sobie nagle, że książeczka, którą trzymał w ręku, znajduje się w płomieniach. Gdy obydwaj badacze rozprawiali o tem, dlaczego pierwotnie nie można było dostrzedz żadnego zwężenia źrenic, K. wtrąca się do rozmowy i powiada, że z początku trudno mu było bardzo od razu na rozkaz wyobrazić sobie światło, a prócz tego nie był w stanie zawsze z jednakością siłą wywoływać żądane wyobrażenia; musiał często przytem robić znaczny



wysiłek, czasem bezskutecznie, co wkrótce go męczyło. Następnie zauważył, że właśnie w tej chwili, kiedy wyobraził sobie płonącą książeczkę, myśmy dostrzegli u niego zwięźenie źrenic. Spostrzegł również, że ile razy czuł dobrze, że uwaga jego ześrodkowaną jest w rzeczy samej na wyobrażeniu o świetle, myśmy mówili o tem, że dostrzegamy nieznaczne zwięźenie źrenic. Wreszcie uniewinniał się, że nie zawsze mógł żywo i dokładnie dane wyobrażenie wywoływać.

Tak więc największy stopień zwięźenia źrenic przypada na tę chwilę, kiedy ociemniały wszystkie swoje myśli skierował na żywe wyobrażenie o płonącym notesie. Z doświadczeń tych wynika, że zmiany w źrenicach zależne są od tego, w jakim stopniu badany osobnik jest w stanie natychmiastowo wyobrazić sobie żądane przedmioty.

Podobnych badań dokonywałem również i nad dziećmi ociemniałymi, lecz do stałych wyników nie doszedłem, co jest rzeczą naturalną wobec słabej u nich umiejętności ześrodkowywania uwagi i nie rozwiniętej jeszcze zdolności dowolnego wywoływania wyobrażeń. Niektóre z dzieci tych były ociemniałe od urodzenia lub straciły wzrok wkrótce po urodzeniu. Tacy ociemniali prawdopodobnie i później nie będą wykazywali żadnych prawidłowych zmian w źrenicach, gdyż zawsze brak im będzie wyobrażeń o świetle i ciemności.

Zmiany w szerokości źrenic, zależne od wyobrażeń o ciemnych przedmiotach, badaliśmy dokładniej w następujący jeszcze sposób.

Całkowicie ociemniały pacjent K. zmuszony był naprzemian wyobrażać sobie raz notes, drugi raz czarne obuwie, które przedtem raz tylko dane mu było do ręki, a potem wzięte napowrót. K. pierwotnie sam notował: „w tej chwili myślę o notesie, a teraz o bucie i t. d.“. Żadnych zmian w źrenicach przytem nie mogliśmy zauważyć. W tem K. powiada: „zdaje mi się, że bardzo żywo wyobrażam sobie teraz błyszczący, świeżo oczyszczony but“. Ponieważ jednak przy tych słowach źrenica pozostała nieruchomą, przeto przypuściłem, że wyobrażenie pacjenta było niedokładnem, t. j., że prawdopodobnie, mówiąc to, myślał więcej o blasku, jaki daje szuwaksem wyczyszczony but, aniżeli o jego kolorze czarnym.

Wskutek tego zastąpiliśmy obuwie czarnym płaszczem, o którym K. wiedział, że posiada kolor czarny. Kiedy następnie K. przeszedł od wyobrażenia o notesie ku wyobrażeniu o czarnym płaszczu, obydwaj badacze mogli zauważyć wybitne rozszerzenie się źrenic. Ostatnie trwało krótko. K. objaśnił nam, że nagle żywo wyobraził sobie p. dyrektora KULL'a w chwili, gdy razem z nim w przeszłym tygodniu szedł na koncert. Pan KULL w rzeczy samej ów płaszcz nosił i szedł wtedy razem z nim.

Dwa te doświadczenia z błyszczącym obuwem i czarnym płaszczem, zdaje mi się, dokonane zostały prawidłowo. Czarny przedmiot, jeżeli tylko błyszczy się, nie sprawia wrażenia koloru czarnego, gdyż daje odbłyski, które, według zdania p. KULL'a, znającego się dobrze na malarstwie, dają odcień białawy. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że u K. wyobrażenie o blasku, jaki daje do-



brze wyczyszczony but, było silniejsze, aniżeli o jego kolorze czarnym i wskutek tego nie otrzymaliśmy spodziewanego rozszerzenia źrenic.

Innym razem prosiliśmy, by K. pomyślał znowu o czarnym płaszczu p. KULL'a. Wystąpiło wtedy przez obu badaczy dostrzeżone rozszerzenie źrenic. Przypadkiem jednak przez sień, w której doświadczenia robiliśmy, przeszła w odległości 1 metra od nas nauczycielka ociemniałych. Aby nie przerywać badania, przywitaliśmy ją słowami: „do widzenia, panno B!“, przyczem nie spuszczałyśmy z oczu źrenic pacjenta. W tejże chwili nastąpiło u niego zwężenie źrenic. Gdyśmy go ostrożnie, nie sugestyonując, zaczęli dopytywać, odpowiedział nam, że, usłyszawszy pozdrowienie, nie mógł dłużej zatrzymać w umyśle wyobrażenie o płaszczu, gdy powstało u niego wyobrażenie o pannie B. <sup>1)</sup> Przy następnych, niejednokrotnie powtarzanych doświadczeniach przekonaliśmy się, że za każdym razem, jak tylko K. był w stanie żywo wyobrazić sobie ów czarny płaszcz, źrenice jego rozszerzały się.

Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że u badanych przez nas ociemniałych wyobrażenie światła powodowało zwężenie źrenic, z wyobrażeniem zaś ciemnego przedmiotu łączyło się rozszerzenie źrenic; zauważone przez nas wyjątki dadzą się objaśnić osobliwościami samych wyobrażeń, tak, że one bynajmniej prawa tego nie naruszają.

DOMRICH <sup>2)</sup> twierdzi, że pod wpływem wyobrażenia przedmiotu blizkiego lub odległego może nastąpić zwężenie lub rozszerzenie źrenic.

Za poradą D-ra W. BACH'a przeprowadziłem wspólnie z nim następujące doświadczenie. W odległości 12 kroków od zupełnie ociemniałego pacjenta Koppa umieściliśmy palącą się lampę, w odległości 6 kroków w tym samym kierunku — czarny płaszcz. O różnicy a w odległości K. przekonał się porachowawszy kroki, o gatunku zaś umieszczonych przedmiotów za pomocą dotyku. Wtedy poprosiliśmy go, by naprzemian myśl swoją skierowywał to na jeden, to na drugi przedmiot, a nam dawał znać, który przedmiot w danej chwili wyobraża sobie. Niespostrzeżenie dla K., w chwili gdy wracał na przeznaczone dla niego miejsce, lampa została zgaszoną, a płaszcz usuniętym. Pomimo to następowało dość wyraźne zwężenie źrenic w chwili, gdy pacjent pomyślał o znajdującej się na dalszej odległości lampie, gdy zaś skierował myśl swą na bliżej od niego umiejscowiony płaszcz, zauważyć się dało rozszerzenie źrenic, choć w słabym bardzo stopniu. To rozszerzenie się źrenic nie było przytem tak stałem, jak zwężenie. Przypuszczam, że rozszerzeniu się źrenic pod wpływem wyobrażenia o czarnym płaszczu na przeszkodzie stawała ta okoliczność, że jednocześnie łączyło się tutaj wyobrażenie o blizkości przedmiotu, co znowu powodować mogło zwężenie źrenic. Zwężenie się zaś źrenic wskutek wyobrażenia palącej się na pewnej odległości lampy było tak silne, że z łatwością wzięło górę nad rozszerzeniem źrenic, jakie powinno było nastąpić w chwili,

<sup>1)</sup> Panna B. nosi białą wualkę, o czem K. dobrze wiedział.

<sup>2)</sup> DOMRICH. Die psychischen Zustände, ihre organische Vermittelung und ihre Wirkung in Erzeugung körperlicher Krankheiten. 1849. Jena, str. 104; pracę tę cytuje HAAB. Der Hirnreflex der Pupille. 1891. Zurich. Albert Müller's Verlag. Praca w oryginale nie była mi dostępna.



gdy pacjent skierowywał myśl swoją z przedmiotu bliżej się znajdującego na przedmiot odleglejszy.

Podobne doświadczenie zrobiłem również wspólnie z p. dyrektorem KULLE'm. W odległości  $\frac{1}{2}$  metra od zupełnie ociemniałego K. wisiał na poręczy czarny płaszcz i obok niego biały ręcznik. K. twierdził, że posiada dokładne wyobrażenie o kolorze tych przedmiotów: „przecież bielizna jest zawsze białą“, były jego własne słowa. K. kolejno dotykał się prawą ręką czarnego płaszcza, znajdującego się po prawej stronie, lewą zaś ręką ręcznika. Zazwyczaj, nieraz kilkakrotnie z rzędu, występowało przy dotykaniu i wyobrażaniu sobie białego ręcznika wyraźne, raz nawet bardzo silne <sup>1)</sup> i bardzo szybko zjawiające się zwięźnienie źrenic. Dotykaniu zaś i wyobrażeniu czarnego płaszcza towarzyszyło rozszerzenie źrenic, które występowało jednak powolniej, aniżeli zwięźnienie. Przy częstem powtarzaniu doświadczenia tego jeden z obserwujących widział dwukrotnie, drugi zaś obserwator w tymże czasie raz tylko nieznaczne zwięźnienie źrenic w tej właśnie chwili, kiedy pacjent dotykał i wyobrażał sobie czarny płaszcz. Na nieszczęście zapomnieliśmy zaraz wypytać się pacjenta, jaki mógł być powód tego niezwykłego zjawiska. Możemy tylko dodać, że w czasie doświadczenia z okazji zmiany godziny w zakładzie przez się przeszło dwoje dzieci.

Później badanie to zmodyfikowaliśmy w następujący sposób:

W odległości  $\frac{1}{2}$  metra od K. wisiał czarny płaszcz i biały ręcznik. K. dotykał się przedmiotów tych, aby przekonać się o ich położeniu i gatunku. Rozpознаwał je zupełnie prawidłowo. Następnie prosiliśmy go, by kolejno o przedmiotach tych myślał, nie dotykając się ich jednak, i by nam dawał znać, o którym z nich w danej chwili myśli. K. przytem nie skierowywał oczu na przedmioty, lecz stale patrzył wprost przed siebie. Przy takim sposobie badania przekonaliśmy się również, że za każdym razem, kiedy pacjent myślał o białym ręczniku, źrenice jego wyraźnie się zwięźzały, z chwilą zaś gdy wywoływał u siebie wyobrażenia o czarnym płaszczu, następowało rozszerzenie się źrenic, jakkolwiek mniej wyraźne i powolniejsze, nie mniej jednak dla obojwóch badaczy dostrzegalne. Należy dodać, że i przy tym sposobie badania kilkakrotnie zdarzało się, że źrenice pacjenta nieznacznie się zwięźzały w chwili, gdy myśl swą skierował na czarny płaszcz; nie możemy jednak wskazać przyczyny tego zjawiska. Możliwość zmęczenia ze strony pacjenta możemy wyłączyć już choćby dla tego, że wyobrażenia wywoływał on dowolnie, na własne życzenie, najczęściej między 8 a 9 godziną przed południem. Większą część naszych doświadczeń robiliśmy w najrozmaitszym czasie.

Ostatni rodzaj doświadczeń polegał na następującem:

Prosimy, by K. nie mówił nam naprzód, o czem w danej chwili myśli, obydwa badacze, wpatrując się w źrenice pacjenta, notowali głośno, jakie zmiany w nich dostrzegają; K. miał następnie powiedzieć, czy nasze uwagi o zwięźnianiu się lub rozszerzaniu źrenic jego odpowiadały wyobrażeniom o białym

<sup>1)</sup> To wybitniejsze zwięźnienie się źrenic wystąpiło wtedy, kiedy u K. samodzielnie, bez udziału jego woli, zjawilo się wyobrażenie o suszeniu wywieszanej bielizny.



ręczniku lub czarnym płaszczu. K. oświadczył, że, ile razy myśmy notowali zwężenie źrenic, on myślał o białym ręczniku, gdy zaś myślał o czarnym płaszczu, myśmy dostrzegali u niego rozszerzenie się źrenic. Różnica nieraz polegała jedynie na czasie. t. j., że pacjent nieco wcześniej wywoływał u siebie wyobrażenia, zanim badacze byli w stanie dostrzedz zmianę w szerokości źrenic. Wogóle jednak uwagi nasze o stanie źrenic pacjenta do tego stopnia zgadzały się z jego wyobrażeniami, że wprawiły go w prawdziwe zdumienie: „ależ to jest najprostsze odczytywanie myśli!“—były jego słowa.

Wszystkie opisane powyżej badania u ociemniałych były powtarzane w dostatecznej liczbie. Potwierdziły one te dane, jakie otrzymałem przy podobnych badaniach nad osobnikami zdrowymi <sup>1)</sup>.

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

Rezultat badań naszych w krótkości przedstawia się w następujący sposób:

I. Źrenice ociemniałych, które przy bocznem oświetleniu okazywały się nieruchome, często oddziałują przy oświetleniu środkowem (*axiale Beleuchtung*) <sup>2)</sup>.

Wynika z tego: a) że włókna źrenicowe przeważnie znajdują się w żółtej plamce (*macula lutea*) lub w bliskości jej, b) że włókna źrenicowe mogą pozostać nienaruszone nawet u zupełnie ociemniałych, u których włókna wzrokowe już dawno zupełnie zostały zwyrodnione.

II. Źrenice ociemniałych zwężają się pod wpływem wyobrażeń światła [nawet przy zaniku siatkówki].

III. Źrenice ociemniałych rozszerzają się pod wpływem wyobrażeń przedmiotów ciemnych.

W końcu niech mi będzie wolno podać kilka następujących uwag.

1) Wyobrażenia, wywoływane dowolnie przez osobę badaną, powodowały najsilniejsze ruchy źrenic, prawdopodobnie dla tego, że były one najżywsze. Nie zawsze bowiem udawało się osobie badanej wywoływać na komendę wyobrażenia np. światła z jednakową siłą. Wyobrażenia silne, dobrze uświadomione, wyraźne i niczem niezamącone, powodowały zawsze wybitne ruchy źrenic, gdy tymczasem wyobrażeniom niedokładnym, przemijającym i powierzchownym towarzyszy słaby nader odruch ze strony źrenic. Rzecz prosta, że, wypowiadając twierdzenie o zależności stopnia oddziaływania źrenic od rodzaju i natężenia wyobrażeń, opieramy się głównie na subiektywnem ocenianiu wyobrażeń swoich przez osobę badaną, po części jednak także na krytycznem analizowaniu ze strony badacza podawanych przez osobę badaną spostrzeżeń. Do jak daleko idących wniosków upoważniają rezultaty naszych badań, pozostawiamy kwestyę nierozstrzygniętą. Niemniej jednak sądzę, że już dotychczasowe spostrzeżenia wskazują na to, że na drodze obserwowania źrenic mo-

<sup>1)</sup> PILTZ. Weitere Mittheilungen über Verstellungsreflexe der Pupillen. Neurol. Centralbl. 1899. Nr. 11.

<sup>2)</sup> Toż samo obserwowałem nieraz przy nieruchomości źrenic u paralityków.



żemy dojść do wykrycia nowej psycho-fizycznej metody analizowania pewnego szeregu procesów psychicznych.

2) Osobniki, które posiadają zdolność wywoływania żywych wyobrażeń wzrokowych i jednocześnie umieją ześrodkowywać uwagę swoją, wykazują bardzo wybitne oddziaływanie źrenic pod wpływem wyobrażeń. Dzieci zaś i ludzie rozstrzepani, niezdecydowani, niemiejący jasno wypowiadać swych myśli, mniej zdolni do ześrodkowywania uwagi, wykazują o wiele słabsze oddziaływanie źrenic na wyobrażenia.

3) Przy doświadczeniach tego rodzaju znaczną rolę odhrywa wprawa. Osobniki, przy badaniu których z początku nie otrzymywało się rezultatów stałych, powoli nabierali takiej wprawy w wywoływaniu wyobrażeń, że wyobrażenia światła i ciemności za każdym razem sprowadzały u nich odpowiednie ruchy źrenic. Wynika z tego rada następująca: kto chce badać wpływ wyobraźni na odruch źrenicowy u ociemniałych lub zdrowych, ten nie powinien polegać na pierwszych wynikach, a następnie powinien wybierać do tego ludzi ze spokojnym temperamentem i inteligentnych, którzy potrafią panować nad swymi procesami psychicznymi i sami dobrze je obserwują.

4) Nie jest również rzeczą łatwą obserwowanie ruchów źrenic. Nieodzowną jest ku temu pewna wprawa, aby umieć rozpoznawać przytem te drobne, oscylacyjne ruchy źrenic, które nie posiadają żadnego znaczenia i które można ignorować.

---

## II. O OBJAWACH, WYSTĘPUJĄCYCH POD WPŁYWEM ELEKTRYCZNEGO PODRAŻNIENIA

CIĄŻKA PRAŻKOWANEGO I WZGÓRKA WZROKOWEGO.

[Według wykładu, mianego w Towarzystwie Lekarskiem we Lwowie dnia 23 grudnia 1898].

Podaj

**Prof. Dr. J. Prus,**

dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Lwowskiego.

— † —

[Dokończenie. — Patrz Nr. 46].

Jak należy tłómaczyć genezę objawów powyżej opisanych, wskazują nam wyniki drażnienia wzgórka wzrokowego, znieczulonego kokainą. Po zapędzowaniu powierzchni wzgórka wzrokowego 10% roztworem kokainy nie można już wywołać przez drażnienie wzgórka ani zmiany w oddechaniu, ani podwyższenia się parcia krwi lub zmiany w tętnie, ani też napadu padaczkowego lub objawów złości; natomiast kurcze tężcowe, tudzież kurcze kloniczne oraz ruchy uszu, jak niemniej obniżenie parcia krwi, pojawiają się w tej samej formie, jak przed znieczuleniem wzgór-



ka. Otóż nie ulega wątpliwości, że objawy pierwszej kategorii zaliczyć należy do odruchów, podczas gdy kurcze tężcowe i kurcze kloniczne oraz ruchy uszu i obniżenie parcia krwi pochodzą od podrażnienia bezpośredniego komórek lub włókien ruchowych. Ponieważ mimo przecięcia obu piramid kurcze tężcowe, a względnie kloniczne i ruchy uszu występują przy drażnieniu wzgórka wzrokowego, przeto nie może tu być mowy o udzieleniu się prądów ubocznych na torebkę wewnętrzną, a w szczególności na drogi piramidalne. Najprawdopodobniej pośredniczy w pojawianiu się kurczów tężcowych, a względnie klonicznych wspomniana już droga ruchowa, biegnąca do wzgórka czworaczego przedniego, względnie tylnego z ciała prążkowanego przez wzgórek wzrokowy lub też osobna droga ruchowa, łącząca wzgórek wzrokowy z wzgórkami czworaczymi przednim, a względnie tylnym.

Co się tyczy tłumaczenia napadu padaczkowego, to w tym względzie powołuję się na poprzednie odnośne uwagi; tu tylko zaznaczę z całym naciskiem, że przez podrażnienie tylnej zewnętrznej części wzgórka wzrokowego można wywołać typowy, gwałtowny napad padaczkowy mimo zupełnego wyłuszczenia obu półkul mózgowych.

Jaki jest mechanizm, czynny w powstawaniu objawów, znamionujących gniew i złość, trudno mi powiedzieć. To tylko twierdzić mogę stanowczo, że objawy te przychodzą do skutku w drodze odruchu. Czy jednak miejscem przeniesienia się podrażnienia z nerwów dośrodkowych na nerwy odśrodkowe jest wzgórek wzrokowy, czy inne części układu nerwowego, nie mogłem rozstrzygnąć, aczkolwiek z badań BECHTEREWA zdaje się wynikać, że wzgórek wzrokowy jest ośrodkiem dla tych ruchów, które służą do wyrażenia afektów.

Zmiany w oddechaniu, podwyższenie parcia krwi i zmiany w liczbie tętna tłumaczą się z łatwością jako objawy odruchowe. Na tem miejscu nie mogę atoli pominąć jednego szczegółu, odnoszącego się do zachowania się parcia krwi, a mianowicie obniżenia się parcia krwi wśród podrażnienia tylnej przyśrodkowej części wzgórka wzrokowego. W tych bowiem przypadkach, w których objaw ten wyraźnie występuje, pojawia się obniżenie się parcia krwi nawet po zapędzowaniu wzgórka wzrokowego 10% roztworem kokainy, z czego należy wysnuć wniosek, że obniżenie się parcia krwi wśród drażnienia wzgórka wzrokowego nie jest objawem odruchowym, lecz jest wyrazem bezpośredniego podrażnienia ośrodka naczyńoruchowego, a mianowicie ośrodka, rozszerzającego naczynia krwionośne. Wobec tego sądzę, że w tylnej przyśrodkowej części wzgórka wzrokowego znajduje się ośrodek dla nerwów rozszerzających naczynia (*vasodilatatores*).

Skreśliwszy objawy, występujące pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciała prążkowanego, *stria cornea* i wzgórka wzrokowego, podaję celem łatwiejszego uwidocznienia tych objawów następującą tabliczkę:



| Miejsce drażnienia. |                              | Objawy ruchowe.   | Oddechanie.                                | Parcie krwi.               | Tętno.                  |
|---------------------|------------------------------|---|--|----------------------------|-------------------------|
| Corpus striatum.    | Część przednia.              | Ruchy bieżne lub napad padaczkowy.                          | Krótkie wstrzymanie później przyspieszenie | Słabe podwyższenie.        | nieznaczne zwolnienie   |
|                     | Część środkowa.              | kurcze kloniczne  | "  | dość znaczne podwyższenie. | "                       |
|                     | Część przyśrodkowa.          | napad padaczkowy.   | bardzo silne wstrzymanie                   | bardzo silne podwyższenie. | bardzo silne zwolnienie |
|                     | Część tylna zewnętrzna.      | kurcze tężcowe  | "  | dość znaczne podwyższenie. | "                       |
| Stria cornea.       | Część przednia przyśrodkowa. | kurcze kloniczne lub ruchy bieżne                           | wstrzymanie                                | podwyższenie               | zwolnienie              |
|                     | Część środkowa.              | kurcze tężcowe  | "  | "                          | "                       |
|                     | Część tylna boczna.          | "   | "  | "                          | "                       |
| Thalamus opticus    | Część przednia.              | kurcze tężcowe  | zwolnienie lub wstrzymanie                 | dość znaczne podwyższenie  | zwolnienie              |
|                     | Część środkowa.              | ruchy uszu ku przodowi, drgania mięśni twarzy               | nie zmienia się                            | nie zmienia się            | nie zmienia się         |
|                     | Część tylna przyśrodkowa.    | słabe kurcze tężcowe lub kurcze kloniczne jednostronne      | nieznaczne przyspieszenie                  | obniżenie                  | przyspieszenie          |
|                     | Część tylna boczna.          | kurcze tężcowe, później objawy złości lub napad padaczkowy. | "  | nieznaczne podwyższenie.   | "                       |

Zapytajmy się obecnie, czy na podstawie naszych badań możemy sobie wyrobić pewne zdanie o fizyologicznej czynności ciała prążkowanego i wzgórka wzrokowego.

Ze względu, że objawy ruchowe rozmaitego rodzaju można było o wiele łatwiej wywołać przez podrażnienie ciała prążkowanego, niż ze strony wzgórka wzrokowego, sądzę, że ciało prążkowane spełnia o wiele wybitniejszą czynność ruchową, niż wzgórek wzrokowy. Zważywszy, że badania moje



wskazały na istnienie w ciałku prążkowanym osobnych dróg dla kurczów tężcowych, dla kurczów klonicznych oraz dla ruchów bieżnych, sądzę, że ciałko prążkowane odgrywa pewną rolę w ruchach dowolnych, mierząc napięcie mięśniowe, tudzież w ruchach, odbywających się niemal automatycznie, jak w bieganiu lub chodzeniu, wywierając wpływ na zbornosć tychże ruchów, albo też przenosząc przynajmniej pewne podnieity dośrodkowe na drogi odśrodkowe, biorące udział w powstawaniu ruchów bieżnych. Nadto wywiera ciałko prążkowane wpływ na naczynia krwionośne za pośrednictwem ośrodką naczynioruchowego, zwężającego naczynia.

Co się tyczy czynności wzgórków wzrokowych, to na podstawie moich badań twierdzić mogę stanowczo, że powierzchowne przynajmniej warstwy wzórka wzrokowego nie spełniają czynności ruchowej i że część środkowa powierzchni wzórka nie zawiera włókien czulnych, ani wogóle nerwów dośrodkowych, którychby podrażnienie sprowadzało w drodze odruchu jakiegokolwiek żywsze ruchy lub zmianę w oddechaniu, parciu krwi i liczbie tętna. Jedynie tylko w głębszych warstwach wzórka wzrokowego mięści się mogą pewne ośrodky, względnie drogi ruchowe, których podrażnienie wywołać może słabe kurcze tężcowe lub kloniczne. Natomiast wzgórek wzrokowy pozostaje niewątpliwie w związku z mechanizmem afektu gniewu i złości. Czy i inne afekty przychodzą do skutku przy pomocy czynności wzórka wzrokowego, jak to BECHTEREW twierdzi, tego rozstrzygnąć nie mogę, aczkolwiek z innych powodów do jego zdania się przyłączam.

Z badań moich wynika wreszcie, że we wzórku wzrokowym mieści się ośrodek dla nerwów, rozszerzających naczynia.

W końcu zastanówmy się nad pytaniem, czy wyniki naszych badań można pogodzić z badaniami anatomicznymi i spostrzeżeniami klinicznymi.

Jak wiadomo, ciałko prążkowane mieści w sobie drogi dośrodkowe i odśrodkowe. Do znanych nam dróg dośrodkowych należy: 1) *lemniscus medialis*, którego włókna kończą się rozgałęzieniami, oplatającymi komórki ciałka prążkowanego i 2) liczny zastęp włókien, które tylko przechodzą przez ciałko prążkowane, dążąc do kory mózgowej (*radiatio tegmenti*, pętlica korowa (*Rindenschleife*) MONAKOWA, *ansa lentiformis etc.*).

Do dróg odśrodkowych należą głównie: 1) włókna, wychodzące z *nucleus caudatus* i *putamen*, a biegnące do szypułki mózgowej oraz 2) włókna, które biorą początek w komórkach piramidalnych kory mózgowej, przechodzą następnie przez ciałko prążkowane i biegną do szypułki mózgowej, a wreszcie 3) włókna, łączące ciałko prążkowane ze wzgórkom wzrokowym i wzgórkim czworaczym (*radiatio strio-thalamica*). Otóż, nie zapuszczając się wcale w szczegółowe omawianie tych dróg, pragnę tylko zaznaczyć, że ze stanowiska anatomii nie napotykamy na trudności w tłumaczeniu objawów, spostrzeganych podczas drażnienia ciałka prążkowanego.



Wzgórek wzrokowy posiada, jak wiadomo, następujące drogi dośrodkowe: 1) włókna pętlicy głównej, 2) włókna szlaku nerwu wzrokowego, przechodzące w *stratum zonale thalami*, 3) włókna, wychodzące z *bulbus olfactorius* i 4) włókna przedniego ramienia mózdzku. Z dróg odśrodkowych najlepiej jest dotychczas znaną wiązką zbaczającą (*das aberrierende Bündel*), która tworzy pod przednim wzgórkem skrzyżowanie FOREL'a i przechodzi do sznura bocznego rdzenia pacierzowego, a prawdopodobnie przewodzą także odśrodkowo jeszcze inne połączenia pomiędzy wzgórkem wzrokowym a *formatio reticularis*, jak i niemniej środkowa droga *tegmenti* BECHTEREWA. Dodać muszę, że z ciała prążkowanego oraz z kory mózgowej wychodzi wiele włókien, dążących przez *radiatio thalami* do wzgórka wzrokowego, gdy tymczasem wzgórek wzrokowy wysyła stosunkowo bardzo małą ilość włókien na zewnątrz, a mianowicie do rdzenia przedłużonego i pacierzowego jako *lamina medullaris externa* i do wzgórków czworaczych jako *lamina medullaris interna*. Tego rodzaju stosunki anatomiczne, wskazujące na małą liczbę dróg odśrodkowych, pozostają w zupełnej zgodzie z wynikiem moich badań, według których wzgórek wzrokowy spełnia mniej wydatną czynność ruchową, niż ciało prążkowane. KOELLIKER (*Handbuch der Gewebelehre. T.II. 1896, str. 596*), pragnąc wytłómaczyć objawy ruchowe, powstające pod wpływem czynności wzgórka wzrokowego, sądzi, że wzgórek wzrokowy działa na drogi ruchowe albo za pomocą jądra czworaczego (*nucleus ruber tegmenti*), albo też za pomocą włókien, które prawdopodobnie ze wzgórka wzrokowego biegną do szypułki mózgowej, podczas gdy FLECHSIG sądzi, że *formatio reticularis* pośredniczy w przewodzeniu odśrodkowym. Mojem zdaniem atoli odgrywa tu główną rolę wspomniana droga, biegnąca od wzgórka wzrokowego do wzgórków czworaczych.

Przystępując do omówienia spostrzeżeń kinicznych, muszę zaznaczyć w pierwszym rzędzie, że znamion, któreby wyłącznie dla schorzenia ciała prążkowanego były cechujące, dotychczas nie znamy. Wprawdzie każde większe ognisko w ciele prążkowanym łączy się z porażeniem połowicznym ruchu, a czasem także albo z porażeniem czucia lub drżeniem, albo też ruchami płasawiczymi lub z podwyższeniem ciepłoty i zaczerwienieniem skóry po stronie przeciwległej, to jednak wstzystkie te objawy pochodzić mogą od równoczesnego uszkodzenia torebki wewnętrznej, mniejsze bowiem ogniska przebiegają bez objawów ogniskowych. Jeżeli nadto uwzględnimy, że cierpienie obu nawet ciałek prążkowanych przebiegać może bez objawów ogniskowych, to zaiste można na tej podstawie powątpiewać w ruchową funkcję ciała prążkowanego. Mojem atoli zdaniem, brak objawów ogniskowych w przypadkach nowotworu ciała prążkowanego [najwięcej przypadków tego rodzaju odnosi się właśnie do spraw nowotworowych] wytłómaczyć można albo przypuszczeniem, że pierwociny nerwowe są dosyć wytrzymałe na powolny ucisk, albo też przypuszczeniem, że inne części układu nerwowego obejmują zastępczo funkcję ciałek prążkowanych.

Co się zaś tyczy tych przypadków, w których występują wspomniane objawy ogniskowe, to twierdzenie, że wstzystkie objawy pochodzą od uszkodzenia torebki wewnętrznej, wydaje mi się, co najmniej, przesadzonem. Wszak



znane są przypadki uszkodzenia torebki wewnętrznej, w których prócz porażenia ruchu, a względnie i czucia brak jest drżenia lub ruchów płasawicznych, albo podwyższenia ciepłoty i zaczerwienienia skóry w członkach porażonych. Pomnąc na wynik moich badań doświadczalnych, sądzę, że podwyższenie ciepłoty i zaczerwienienie skóry jest niewątpliwie objawem uszkodzenia ciała prążkowanego, a mianowicie wyrazem porażenia ośrodka naczynio-ruchowego, znajdującego się w ciałku prążkowanym i że drżenie oraz ruchy płasawicze pozostają prawdopodobnie w pewnym związku z funkcją ciała prążkowanego.

Cierpienie wzgórka wzrokowego może przebiegać bez objawów ogniskowych, zwłaszcza jeżeli ognisko jest nieznaczne, albo też łączy się z objawami rozmaitego rodzaju. I tak, najczęściej pojawia się *hemianopsia*, a mianowicie wówczas, gdy siedzibą choroby jest *pulvinar* i *corpus geniculatum, externum*. Również stale pojawia się połowiczne porażenie czucia i to nawet wtedy, gdy torebka wewnętrzna w tylnej swej części (*pars retrolenticularis*) nie jest naruszona. Do cechujących objawów należą zaburzenia w wyrażaniu afektów przy pomocy mimiki oraz *hemichorea*, mianowicie w tych przypadkach, w których *pulvinar* i boczne jądro wzgórka wzrokowego jest zajęte sprawą chorobową. Wreszcie zaliczyć tu należy zaburzenia naczynio-ruchowe, tudzież zaniki mięśniowe. Natomiast połowiczne porażenie ruchu, zdarzające się dość często w cierpieniu wzgórka wzrokowego, ma być zawsze wyrazem równoczesnego uszkodzenia dróg piramidalnych w torebce wewnętrznej.

Pomijając zaburzenia wzroku i czucia, co do których na podstawie moich badań nic powiedzieć nie mogę, zaznaczę, że upośledzenie w wyrażaniu afektów, tudzież ruchy płasawicze, jak niemniej zaburzenia naczynio-ruchowe licują w zupełności z wynikiem moich badań doświadczalnych. Ze względu, że podczas drażnienia tylnej zewnętrznej części wzgórka wzrokowego pojawiały się wybitne objawy gniewu, muszę szbégólniejszą uwagę zwrócić na zachowanie się chorych z ogniskowem cierpieniem wzgórka wzrokowego wśród afektu gniewu.

Tego rodzaju spostrzeżenia są znane.

I tak: BECHTEREW (*Virchow's Arch. T. 110, str. 356*) wspomina, że, ilekroć chora rozgniewała się na swą sąsiadkę, wyrażała ten swój afekt jedynie tylko ruchami rąk, gdyż jej niezmienny, jednostajny wyraz twarzy nie mógł okazać żadnego niezadowolenia. Również swe cierpienia wyrażała tylko najczęściej ustnie. Badanie pośmiertne wykazało obecność dwóch guzów mięsakowych, wielkości orzecha laskowego w tylnej części wzgórka wzrokowego lewego i obecność jednego guzika wielkości grochu na wewnętrznej powierzchni prawego wzgórka wzrokowego. Z uwagi, że wśród drażnienia tej części tylnej przysrodkowej wzgórka wzrokowego, która graniczy z częścią tylną zewnętrzną, pojawiały się kurecze kloniczne z wyraźnem drżeniem, wysnuwam wniosek, że *hemichorea* oraz drżenie, spostrzegane u chorych, jest wyrazem podrażnienia tej właśnie części wzgórka wzrokowego.



Zaburzenia naczynio-ruchowe, jak: zaczerwienienie, podwyższenie ciepłoty, obrzęk skóry, a nawet obfitsze pocenie się po stronie ciała przeciwległej, tłómaczą się należycie podrażnieniem, ośrodka rozszerzającego naczynia, a znajdującego się, według moich badań, w tylnej przysródkowej części wzgórka wzrokowego. Natomiast zaniki mięśniowe, pojawiające się w mięśniach porażonych w przypadkach cierpienia wzgórka wzrokowego, a występujące nieraz dość szybko, bo już w ciągu kilku tygodni, możnaby najłatwiej wytłómaczyć przypuszczeniem, że wspomniany ośrodek naczynio-ruchowy uległ porażeniu i że skutkiem tego mięśnie nie były już należycie odżywiane, gdyż nerwy, zwężające naczynia, wzięły przewagę nad nerwami, rozszerzającymi naczynia. Mógłbym wprawdzie przypuścić także, że chodzi tu o wyłączenie nerwów tak zwanych troficznych, to jednak ze względu, że wogóle istnienie nerwów troficznych jest coraz więcej wątpliwem, sądzę, że pierwsze tłómaczenie jest słuszniejsze. Przy tej sposobności nadmienię, że Lo MONACO (*Jahresbericht über Neurologie. T. I. str. 150*) stwierdził po wyłuszczeniu grzbietowych części wzgórka wzrokowego u psów wychudnienie i zaniki mięśniowe obok innych objawów, jak: oślepięcia, zmniejszenia czucia, bólu i dotyku oraz siły mięśniowej po stronie przeciwległej. Otóż i te doświadczenia zdają się przemawiać na korzyść mego przypuszczenia, tembardziej, że nawet tłómaczenie, podane przez MONAKOWA (*Gehirnpathologie str. 590*, w dziele zbiorowem NOTHNAGEL'a *Specielle Pathologie und Therapie. T. IX. 1897*), według którego zaburzenia czucia odgrywają także ważną rolę w powikłaniu zaników mięśniowych, opiera się również na przypuszczeniu, że zaburzenia naczynio-ruchowe współdziałają w sprawie zanikowej.

### III. PRZYCZYNEK DO ODŻYWIANIA TYFUSOWYCH.

[Czytane w streszczeniu d. 12 maja r. b. w Tow. Lek. Wileńsk.].

Podał

**Maryan Górnicki,**

lekarz przy czasowym miejskim baraku dla chorych zakaźnych w Wilnie.

— + — + —  
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 46].

Ponieważ metoda żywienia w gorączce tyfoidalnej dosyć czas nie znalazła szerszego zastosowania i zdania klinicystów, co do jej znaczenia, są różnorodne, przeto przedsięwziąłem zbadanie tej kwestyi. Mając odpowiedni materyał w miejskim baraku dla chorych zakaźnych w Wilnie, zacząłem dawać tyfusowym w okresie gorączkowym pokarmy stałe w obfitej ilości. Od 1-go listopada 1898 roku do 1-go maja 1899 roku mieliśmy 150 przypadków tyfusu, z których 80 było mężczyzn, kobiet zaś 70, katolików 68, izraelitów 82. Na 150 chorych miałem 4 przypadki śmierci, co wynosi 2,6%. Ze 150 chorych na tyfus brzuszny było 80, a na tyfus wysypkowy 70. Z 80 chorych na tyfus brzuszny zmarło 2 w 19 i 20 roku życia, co wynosi dla tyfusu brzuszego 2,5%,



a z 78 chorych na tyfus wysypkowy zmarło także 2 w 17 i 18 roku życia, co wynosi 2,85%.

Wiek naszych chorych podajemy w następującej tablicy.

Wiek chorych na tyfus brzuszny.

|       |               |          |      |        |      |       |   |
|-------|---------------|----------|------|--------|------|-------|---|
| Wiek: | od 1—15 roku, | mężczyzn | 4,   | kobiet | 2    | razem | 6 |
| "     | " 15—20       | "        | " 24 | " 10   | " 34 |       |   |
| "     | " 20—25       | "        | " 8  | " 8    | " 16 |       |   |
| "     | " 25—30       | "        | " 2  | " 6    | " 8  |       |   |
| "     | " 30—35       | "        | " 1  | " 2    | " 3  |       |   |
| "     | " 35—40       | "        | " 4  | " 3    | " 7  |       |   |
| "     | " 40—45       | "        | " 2  | " 1    | " 3  |       |   |
| "     | " 45—50       | "        | " 1  | " 1    | " 2  |       |   |
| "     | " 60—65       | "        | "    | " 1    | " 1  |       |   |
|       |               |          | 46   | 34     | 80   |       |   |

Największa liczba chorych na tyfus brzuszny przypada na wiek młody: od 15 do 25 roku życia mamy przypadków 50, prawie 62% ogólnej cyfry chorych. Najmłodszy chory miał 5, a najstarszy 62 rok życia.

Czas trwania gorączki tyfusowej bez powikłań następczych wynosił od 8 do 28 dni. I tak:

W 15 przypadkach gorączka trwała 14 dni, w 6—16 dni, w 16—18 dni, w 9—21 dni, w 7—24 dni, w 9—28 dni, w 5—37 dni, w 2—47 dni, w 1—51 dni, w 3—53 dni, w 1—66 dni, a po 2 przypadki, 8, 10 i 12 dni. Ciężkich przypadków było 30.

Wiek chorych na tyfus wysypkowy:

|       |               |          |      |        |      |       |    |
|-------|---------------|----------|------|--------|------|-------|----|
| Wiek: | od 1—15 roku: | mężczyzn | 3,   | kobiet | 9,   | razem | 12 |
| "     | " 15—20       | "        | " 18 | " 8    | " 26 |       |    |
| "     | " 20—25       | "        | " 4  | " 12   | " 16 |       |    |
| "     | " 25—30       | "        | " 5  | " 4    | " 9  |       |    |
| "     | " 30—35       | "        | " 3  | " 2    | " 5  |       |    |
| "     | " 35—40       | "        | " 1  | " 1    | " 2  |       |    |
|       |               |          | 34   | 36     | 70   |       |    |

Widzimy, że na tyfus wysypkowy największa liczba chorych przypada na wiek młody: od 15 do 25 roku życia mamy przypadków 42, prawie 60% ogólnej cyfry chorych.

Czas trwania gorączki tyfusowej bez powikłań następczych wynosił od 8 do 21 dni.

I tak: w 17 przypadkach gorączka trwała 12 dni, w 13—14 dni, w 7—16 dni, w 4—17 dni, w 9—18 dni, w 6—21 dni, w 7—11 dni, w 2—10 dni i w 3—8 dni.

Ciężkich przypadków było 24.

Ponieważ sam zarządzałem gospodarką i kuchnią, przeto wypracowałem następujący sposób żywienia chorych tyfusowych. Rano pomiędzy 8—9 godziną wszyscy chorzy otrzymywali herbatę z mlekiem i bułką, o 10 godzinie  $\frac{1}{2}$  kwarty mleka, o 1 obiad, składający się z rosółu, sztuki mięsa, kotletów wołowych lub cielęcych z bułką lub chlebem. A dla pobudzenia łaknienia przed obiadem dawałem czasem po kawałku śledzia. Po obiedzie słabsi chorzy otrzymywali



kawę czarną lub z mlekiem. O 6-ej wieczorem zupełną mięsą lub z masłem, o 8-ej herbatę z bułką. Jeżeli 5-kopiejkowa bułka nie była wystarczającą, to chorzy oprócz tego otrzymywali od  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  funta chleba stołowego. Jeżeli nie mogli jeść mięsa, to dawałem od 1—4 jajek na miękko.

Jako napój wodę przegotowaną czystą lub z winem, a w ciężkich przypadkach od 1 do 4 uncji węgierskiego wina.

Ogółem na dobę każdy chory otrzymywał kwartę mleka, 54 złotniki mięsa i bułkę funtową. Ponieważ barak pierwotnie był otwarty tylko na dwa miesiące, nie mogłem więc zaprowadzić większej różnorodności w pokarmach.

Z powyższego, aczkolwiek niewystarczającego materiału, stanowczych wniosków wysnuwać nie można; tyle jednak da się na pewno powiedzieć, że przy żywieniu obfitą i urozmaiconą dyetą zauważyłem u tych chorych, u których było dobre łaknienie, następujące dodatnie objawy: ogólny stan chorych po kilkakrotnym zjedzeniu już w ciągu 2 lub 3 dni polepszał się; ci, którzy pierwszego dnia po przybyciu do baraku bredzili, zrywali się z łóżka i nie poznawali otaczających, pod wpływem obfitej i urozmaiconej diety, stawali się spokojnymi i lepiej spali, apatyczni zaś—mniej apatycznymi i wszyscy w czasie obiadu siadali na łóżku i jedli z apetytem. Ani razu nie obserwowałem po jedzeniu podniesienia się ciepłoty. Język u wszystkich z dobrem łaknieniem w okresie gorączkowym był czysty i wilgotny; ze strony żołądka i kiszek 3 razy obserwowałem nudności, 2 razy wymioty i raz wzdęcie brzucha z bólami; biegunka u wszystkich prawie z dobrem łaknieniem ustępowała i stolec był raz lub 2 razy na dzień dobrze uformowany i przetrawiony; ten nader ciekawy objaw, stałe występujący u chorych z dobrem łaknieniem, nie mogę sobie niczem innym objaśnić, li tylko tem, że stałe pokarmy widocznie podnoszą wydzielniczą i ruchową czynność narządów trawienia, skutkiem czego trawienie odbywa się prawidłowo.

Przeciętna cyfra dni gorączkowych u chorych z dobrem łaknieniem o 1, a od spadku ciepłoty do opuszczenia z baraku o 2 mniejsza, aniżeli u tych, u których zupełny brak łaknienia w okresie gorączkowym. Krwotoków, przedziurawienia kiszek, zapalenia otrzewnej i zapalenia ślinianki przyusznej ani razu u chorych z dobrem łaknieniem nie obserwowałem. Objawy w układzie nerwowym przy dobrem łaknieniu były słabsze, aniżeli u tych, u których był brak łaknienia. Chorzy z dobrem łaknieniem prawie przez cały okres gorączkowy byli przytomni, nie zrywali się z łóżka, chętnie odpowiadali na zapytania; prawie wszyscy 3 lub 5 dnia po spadku ciepłoty wstawali z łóżka i spacerowali po sali; obrzęków nóg nie obserwowałem, zawroty głowy i szum w uszach przechodził daleko prędkiej, aniżeli u tych, u których nie było łaknienia.

W przypadkach gorączki typu przewlekłego do 45 i 50 dni chorzy od czasu do czasu, jak ciepłota rauna spadała do 37° z dziesiątymi, a wieczorna do 39° C., mieli dobre łaknienie, ogólny stan dobry, przewód pokarmowy w porządku, ciągle proszą, aby ich wypisać z baraku, ponieważ czują się zupełnie dobrze. Lecz nie u wszystkich chorych można wywołać dobre łaknienie, jednakże jeżeli się raz zjawi, to już pozostaje do końca choroby, a gdy łaknienie



znów znika, to oznacza, że albo choroba przyjmuje niepomyślny przebieg, albo że będzie nowe jakieś powikłanie.

Zmuszać chorych do jedzenia nie warto, ponieważ pokarm niechętnie przyjęty najczęściej chory wymiotuje.

Z 46 mężczyzn chorych na tyfus brzuszny tylko u 12 brak łaknienia pozostał do końca choroby. Z jedzących dobrze umarł jeden na 45 dzień choroby z powodu powikłania tyfusu brzusznego nieżyłtowem zapaleniem obu płuc. Na 7 dni przed śmiercią chory ten stracił zupełnie łaknienie. Z niejedzących umarł także jeden. Z 34 chorych z dobrem łaknieniem tylko u jednego obserwowałem wzdęcie i ból brzucha, które przeszły na dzień następny po zastosowaniu okładów ogrzewających.

Z 34 kobiet chorych na tyfus brzuszny u 14 był brak łaknienia w okresie gorączkowym, a u jednej na widok pokarmu zjawiały się nudności, lecz prawie u wszystkich zaraz po spadku ciepłoty zjawiało się dobre łaknienie. U jednej bez łaknienia przez 12 dni po zupełnym spadku ciepłoty były wymioty, czego ani razu nie obserwowałem u żadnej z dobrem łaknieniem. Nawrót choroby był u jednej.

Z 34 mężczyzn chorych na tyfus wysypkowy umarł tylko jeden. Do śmierci u niego nie było łaknienia. Przybył do baraku na 6 dzień choroby w stanie nieprzytomnym, 7 dnia okazały się objawy *meningitidis*, a 9 dnia umarł. U 10 był brak łaknienia.

Z 36 kobiet chorych na tyfus wysypkowy u 15 był brak łaknienia i jedna z nich umarła. Jedna z chorych przebyła pod kolej płonicę, ospę i tyfus plamisty i przez cały czas miała dobre łaknienie.

Z 80 chorych na tyfus brzuszny 6 w okresie rekonwalescencji zapadło na tyfus wysypkowy, wszyscy z zejściem pomyślnem i przez cały okres gorączkowy tyfusu brzusznego i tyfusu plamistego mieli dobre łaknienie, pomimo tego, że ciepłota ranna dochodziła do 40°, a wieczorna do 40,6° C.

Jeżeli jeszcze zestawimy śmiertelność według innych autorów ze śmiertelnością w baraku miejskim dla chorych zakaźnych w Wilnie, to okaże się, że w baraku mieliśmy śmiertelność najmniejszą.

Przeciętna śmiertelność z różnych epidemii, według GRIESINGER'a i LEBERT'a <sup>41)</sup>, w tyfusie wysypkowym wynosi od 15 do 25%. Według S. JACCOUD'a <sup>42)</sup>, śmiertelność dla tyfusu brzusznego wynosi od 18 do 25%, a dla tyfusu wysypkowego 20%. Według LIEBERMEISTER'a, dla tyfusu brzusznego 20%.

Jeżeli nawet weźmiemy pod uwagę zdanie H. BENEDICT'a i N. SCHWARZ'a <sup>43)</sup>, którzy twierdzą, że w ostatniem dziesięcioleciu *genius epidemicus* tyfusowy jest mniej złośliwy i że śmiertelność z tyfusu wynosi teraz najwyżej 10%, to i w takim razie śmiertelność u nas była mniejsza.

<sup>41)</sup> I. SCHWEICER. Gazeta Lekarska, 1899. Nr. 21.

<sup>42)</sup> S. JACCOUD. Wykład patologii szczegółowej. T. III. str. 612, 686.

<sup>43)</sup> BENEDICT i N. SCHWARZ. Die Grundzüge der Typhusdiätetik. Münch. medicinische Wochenschr. Nr. 6. 1899.



W wileńskim szpitalu „Sawicz“ przeciętna śmiertelność dla tyfusu brzuszego za ostatnie 3 lata wynosi 12,99%, a dla tyfusu wysypkowego 21,95%.

W wileńskim szpitalu żydowskim przeciętna śmiertelność za ostatnie 2 lata dla tyfusu brzuszego—14,29%, a dla tyfusu wysypkowego 10,68%.

Z powyższych danych mogą do pewnego stopnia wnioskować, że żywienie w okresie gorączkowym tyfusu obfitą i urozmaiconą dyetą nie tylko nie wywołuje tych powikłań, na które obrońcy inanicyi tak często się powołują, lecz przeciwnie, o ile mogą sądzić z obserwowanego przemnie materiału, wszystkie objawy podmiotowe, jako też i przedmiotowe były lżejsze u chorych z dobrem łąknieniem, aniżeli u tych, u których był brak łąknienia.

Jeżeli jeszcze nadmienię, że z 52 chorych, u których był brak łąknienia, obserwowałem raz odleżyny, raz *peritonitis circumscripta*, raz *paresis* obu kończyn dolnych, raz *otitis purulenta*, raz *mastitis*, raz *pleuritis purulenta*, 2 razy bredzenie w przeciągu 5 dni; po zupełnym spadku ciepłoty 2 razy manię, 2 razy nawrót choroby i u wszystkich prawie okres zdrowienia był daleko dłuższym, to mogą wnosić, że i powikłania przy ściślejsz dycie są daleko częstsze.

Co zaś do leczenia, to było ono tylko wyczekującym i objawowem.

Ze wszystkich środków przeciwgorączkowych posługiwaliśmy się obmywaniami zimnemi, nie w celu obniżenia ciepłoty, lecz z powodu tonizującego ich wpływu na cały układ nerwowy, a pośrednio i na narząd krążenia.

[D. n.]

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 110. Segond. Leczenie ciąży zamacicznej.

Poglądy WERTH'a i PINARD'a na ciążę zamaciczną pozostały w całej swej sile i do obecnej chwili. I dziś na ciążę zamaciczną należy się zapatrywać jako na nowotwór złośliwy i wyluszczać go jako taki; również i zdanie PINARD'a, że każda ciąża zamaciczna wymaga leczenia operacyjnego, pozostało niewzruszonym.

Już BAUDELOQUE w 1796 roku powiedział: „*tout parle en faveur de l'opération malgré le danger qui peut la suivre, parce que le péril est encore plus certain si on ne la fait pas*“.

Niekiedy ciąża zamaciczna może zatrzymać się w rozwoju we wczesnym okresie i produkty jej uleść wessaniu prawie zupełnie, lecz to będzie tylko wyjątek, który nie może osłabić doniosłości ogólnego prawidła.

#### *Leczenie ciąży zamacicznej do 5-go miesiąca, rozwijającej się prawidłowo.*

Wskazanie główne pozostaje tu niewzruszonym: każda ciąża zamaciczna, rozpoznana, wymaga leczenia chirurgicznego. Nawet w razie popełnionego błędu w rozpoznaniu żałować tego nie będziemy, ponieważ znajdziemy wtedy zwykle albo zapalenie przydatków macicy, albo torbiel jajnika, albo inne zmiany narzędzi rodnych, które również wymagałyby zabiegu operacyjnego. Techni-



ka usunięcia worka płodowego przez cięcie ścian brzusznych nie przedstawia szczególnych trudności i odbywa się w taki sam sposób, jak przy wyluszczeniu przydatków macicy. Jedyną trudność, to bogate unaczynienie narządów, które mamy wyluszczyć i zrosty, jakie spotykamy w każdej ciąży zamacicznej. W niektórych przypadkach możnaby, po przecięciu jajowodu i opróżnieniu worka, pokusić się zeszyć ściany jajowodu i opuścić go na dawne miejsce.

Jeśli worek płodowy spoczywa w początkowym rogu macicy lub gdy ciąża jest śródmiaższową, to należy albo całą macicę wyjąć po cięciu ścian brzusznych, albo amputować ją powyżej pochwy. W pierwszym przypadku nóżka jest zbyt krótka, żeby można było usunąć guz bez uszkodzenia macicy; w drugim przypadku wyjątkowo tylko będziemy w możności usunąć macicę przez pochwę z powodu trudności rozpoznawczych.

H KELLY z Baltimore radzi w ciąży śródmiaższowej otwierać worek płodowy od strony jamy macicy za pomocą sztywnego zgłębnika, wprowadzonego do macicy, po uprzednim rozszerzeniu kanału szyi, jednocześnie drugą ręką przez ściany brzuszne podtrzymując macicę. Rękoczyn ten wydaje się być bardzo racjonalnym. Jeśli ciąża zamaciczna nie przekroczyła pierwszych trzech miesięcy i przydatki z drugiej strony są schorzone lub istnieje guz macicy, to najlepiej będzie wyjąć macicę wraz z przydatkami przez pochwę (*operation de Péan*).

*Leczenie powikłań ciąży zamacicznej do 5-go miesiąca. Leczenie krwotoków i ropni.*

Różne bywa umiejscowienie się krwotoków, począwszy od wylewu krwi do jajowodu (*haematosalpinx*), wylewu krwi do zatoki DOUGLAS'a (*haematocele*), a skończywszy na znacznym wylewie krwi do jamy otrzewnej. Ilość wylanej krwi bywa różną, zależnie od różnych czynników, jak stanu otrzewnej i bezpośrednio przyczyny krwotoków: poronienia lub pęknięcia jajowodu.

W razie wylewu krwi do jajowodu (*haematosalpinx*) wyluszcza się cały guz wraz z jego zawartością przez cięcie ścian brzusznych. Tylko, gdy przydatki są zajęte po obu stronach lub gdy istnieje guz maciczny, ciąża zaś nie przekroczyła trzeciego miesiąca, to należy usunąć macicę z przydatkami od strony pochwy, jeśli zaś starsza jest nad 3 miesiące, to trzeba wykonać laparotomię.

Niedawne te jeszcze czasy, gdy na wylew krwi, otorbiony w jamie DOUGLAS'a (*haematocele*), zapatrywano się jako na okres ciąży zamacicznej, upoważniający do wyczekiwania. Postępowanie to usprawiedliwiano niejednokrotnie spostrzeżeniami zupełnego wessania się nawet dość znacznych wylewów. Lecz za jaką cenę? Z powodu *haematocele* w każdym okresie jego rozwoju może powstać zakażenie, ropienie ze wszystkimi ztąd wyniknąć mogącymi następstwami. Według poglądów obecnych, jeśli wylew jest duży i wessanie się opóźnia, wskazany jest stanowczo zabieg operacyjny.

Co się tyczy sposobu operowania, to zdania są podzielone. BOUILLY, SEGOND, RUTIER, ZWEIFEL, FRITSCH i KELLY są zwolennikami cięcia pochwowego, zaś CHAPT, FERRIER, LAWSON TAIT, SAENGER, DUEHRSEN i inni są stanowczymi zwolennikami laparotomii. Zwolennicy cięcia brzuszno-pochwowego robią następujące zarzuty operacji pochwowej: a) że cięcie pochwove usposabia do następczego zakażenia worka płodowego; b) że nie pozwala zastosować środków, działających na samo źródło krwawienia; c) że nie pozwala usunąć z worka wszystkich skrzepów i d) że pozostawia się w jamie miednicy chore przydatki, które wcześniej lub później wymagać mogą wtórnej operacji. Przeciwnie, operując przez cięcie ściany brzusznej, mamy pewność, że operujemy aseptycznie i jednocześnie usuwamy chore przydatki.

Przez staranne opatrunki po operacji od strony pochwy jesteśmy zawsze dziś w stanie uniknąć zakażenia worka *haematocele*; pierwszy więc zarzut upada. Następnie ani wynalezienie źródła krwawienia, ani usunięcie zupełne



skrzepów, ani wyjęcie przydatków nie są warunkami *sine qua non* dla zupełnego wyleczenia. Jasną jest rzeczą, że nie będziemy operować tam, gdzie przypuszczamy jeszcze krwawienie do worka *haematocele*; operujemy przez pochwę tylko te wylewy w jamie DOUGLAS'a (*haematocele*), które stanowiąc nie krwawia, gdzie zatem odnalezienie źródła krwawienia mało nas interesuje.

Gdy więc mamy wylew krwi, otorbiony w jamie DOUGLAS'a (*haematocele*), to cięcie pochwowe stoi na pierwszym planie. Gdyby przy cięciu pochwowem okazały się nieprzewidziane trudności, jak krwotok powrotny lub zmiany w przydatkach, wymagające ich usunięcia, to usuwamy albo krwawiące przydatki, albo też wraz z nimi i macicę. Cięcie pochwowe dobrze się nadaje również do otwarcia ognisk bocznych i wylewów podotrzewnowych, miednicznych. Niekiedy lepiej jest robić laparotomię podotrzewnową, przeprowadzając jednocześnie dren przez pochwę.

Laparotomia w leczeniu *haematocele* ma wskazania wyjątkowe; jest ona tu operacją wtórną. Przystępujemy do niej wtedy, gdy rozpoczęta kolpotomia wykazuje trudności nie do zwalczenia.

Technika cięcia brzuszno-pochwowego przy *haematocele* jest dość prosta.

Po przecięciu ściany brzusznej otwieramy i oczyszczamy *haematocele*. Sprawa jest łatwą, gdy wylew posiada oddzielne ściany, co bywa bardzo rzadko. Natrafiamy zwykle na masę rozlanej krwi i skrzepy. Usuwamy to wszystko, robimy staranną toaletę otrzewnej i po podwiązaniu szypuły chorych przydatków wyluszczamy je. Wielu ginekologów, jak: DOLÉRIS, HOFMEIER, MARTIN, ROCHET, przeprowadzają równocześnie dren przez pochwę, t. j. łączą laparotomię z kolpotomią. Taki sposób operowania daje bardzo dobre wyniki.

Technika cięcia pochwowego jest bardzo prostą. Chwytną część pochwową macicy kulociągami i odsuwamy ją ku przodowi, robimy poprzeczne cięcie w tylnym sklepieniu; po otwarciu ogniska otwór rozszerzamy. Korzystnie jest dodać do poprzecznego cięcia jeszcze podłużne w postaci litery T, ponieważ wtedy otwór będzie bardziej rozmaity. Opróżnimy następnie z zawartości worka palcami i łyżeczką, uskuteczniając to wszystko nadzwyczaj ostrożnie i delikatnie. W końcu zakładamy kilka pasków gazy wyjadawionej lub jodoformowej do worka. Wyleczenie następuje zwykle po czterech tygodniach.

Leczenie krwotoków do jamy otrzewnej *stricte dictu*, dzięki licznym pracom ginekologów, posiada już swą oddzielną historię. Taki krwotok powstać może we wszystkich okresach ciąży zamocicznej, najczęściej jednak powstaje w pierwszych 8—12 tygodniach. Krwotoki ciężkie i rzeczywiście obfite powstają prawie zawsze wskutek pęknięcia jajowodu. Jest to krwotok tętniczy i krew wylewa się falami do jamy otrzewnej. Podczas gdy skrzepy zbierają się w dolnych częściach miednicy, płynna krew rozmieszcza się powyżej, pomiędzy kiszkami i dochodzi czasami aż do przepony. Ilość wylanej krwi bywa niekiedy bardzo znaczna. I w tych przypadkach są jednak zwolennicy wyczekiwania: zwlekają oni z operacją, dopóki krew się otorbi i stan ogólny chorej się nie poprawi. Statystyka jednak wykazuje, że wyczekiwanie daje 86% śmiertelności, laparotomia zaś 85% wyzdrowień. Operujemy nie tylko w celu zatrzymania krwotoku, lecz także w celu uprzedzenia nowego wylewu krwi. Wrazie więc krwotoku do jamy otrzewnej należy bezwzględnie w każdym przypadku operować. Gdybyśmy nawet zrobili błędne rozpoznanie, to wyrzutów z dokonanej laparotomii robić sobie nie będziemy. Cóż właściwie możemy napotkać? Naprzód krwotok może być znacznie mniejszy, niż przypuszczaliśmy. Niekiedy krwotoki bardzo nieznaczne, jako następstwo poronienia w ciąży jajowodowej, dają objawy krwotoków ciężkich. Następnie możemy natrafić na skręconą torbiel jajnika, zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, kamyki



wątrobiane lub uciskowe, uwięźnięcie trzew brzusznych. Wszystkie jednak te cierpienia wymagają również otwarcia jamy otrzewnej.

Przy wylewie krwi do jamy otrzewnej niema mowy o operacji przez pochwę. Jedyna operacja, dająca szybkie i pewne powstrzymanie krwawienia, to laparotomia.

Po otworzeniu jamy brzusznej nie troszczymy się zupełnie o wylaną i wylewającą się krew, ale bezpośrednio kierujemy się ku krwawiącym przydatkom, podwiązujemy ich szypułę i wyluszczyliśmy cały worek płodowy; następnie oczyszczamy starannie jamę brzuszną ze skrzeplej i płynnej krwi i zaszywamy ścianę brzuszną. W razie zropienia wylanej krwi, gdy zbiornik ropy jest ściśle ograniczony, jednokomorowy i dostępny przez pochwę — operujemy przez cięcie ściany pochwy. Jeśli sprawa ropna znacznie dalej się rozszerzyła i ropa nie wypukła sklepień pochwy, to wskazaną jest laparotomia. Jeżeli zaś oba przydatki są chore, łożysko nie jest duże, to najwłaściwszą będzie hysterektomia pochwowa wraz z wyjęciem przydatków.

#### *Leczenie ciąży zamacicznej po 5-ym miesiącu z płodem żywym.*

Laparotomia będzie tu zawsze wskazaną. Gdy ciąża jest na czasie lub bliską tego, nie trzeba zwlekać z operacją. Jeżeli ciąża jest 7-go lub 8-go miesiąca, można wyczekać na zupełny rozwój płodu z warunkiem jednak, że będziemy gotowi w każdej chwili przystąpić do operacji, gdy stan matki wymagać tego będzie.

Co się tyczy techniki samej operacji, to jedni radzą po wyjęciu płodu wyluszczyć cały worek, drudzy zaś po otwarciu worka i wyjęciu płodu radzą worek wszyć do ściany brzusznej, łożyska zaś zupełnie nie tykać.

Zwolennicy wyluszczenia worka utrzymują, że wszywanie worka nie jest rzeczą łatwą z powodu kruchości jego ścian, że gojenie jest długotrwałe i częste są przepukliny. Przeciwnie całkowite wyjęcie worka daje szybkie wyleczenie. Na 40 przypadków, zebranych przez Pozzi'ego od 1886 r., jedenaście wyluszczeń worka dało jedenaście wyzdrowień, na 20 zaś wszywań worka było 11 śmierci. SEGOND jednakże radzi nie wyluszczać worka, a ograniczyć się tylko jego eksteryoryzacją, pozostawiając oddzielenie się łożyska samej naturze.

Jednakże od tej reguły są trzy wyjątki: 1-o, są pewne cięższe jajowodowe, dające się łatwo wyluszczyć i dlatego należy w tych razach cały worek wyluszczać; 2-o, gdy wystąpi krwotok wskutek częściowego odklejenia się łożyska i nie mamy sposobu powstrzymania krwawienia, jak tylko przez usunięcie całego łożyska i 3-o, gdy nie ma worka płodowego, co zwykle bywa przy wtórnem pęknięciu worka z płodem swobodnym w jamie brzusznej. Oddzielenie się łożyska przy płodzie żywym następuje zwykle w 4-tym tygodniu.

#### *Leczenie ciąży zamacicznej po 5-ym miesiącu z płodem zamartłym.*

Jeżeli płód zmarł niedawno, należy przez 6 tygodni wyczekać ustania krwiobiegu w łożysku; następnie po upływie tego czasu otworzyć worek, wyjąć płód, worek wszyć do ściany brzusznej, a łożysko pozostawić na miejscu. Sposób postępowania z łożyskiem i workiem zmieniamy, jeśli istnieje jeden z warunków, podanych powyżej dla żywego płodu.

Jeżeli płód zmarł oddawna, należy bezwzględnie operować. Jeśli worek wypukła tylne sklepienie, można operować od strony pochwy. W ten sposób, PINARD 3 razy wydobyl płód z pomyślnym wynikiem. Jednakże w większości przypadków robi się laparotomię z wszyciem worka, który po 14—20 dniach zupełnie zanika. Jeśli łożysko wyjęto, to należy wyciąć tyle worka, ile można, przeprowadzić dren przez sklepienie pochwy, a ścianę brzuszną zaszyć. Można się pokusić o wyluszczenie całego worka, jeśli zrosty na to pozwolą, jeśli niema silnego krwawienia przy jego oddzielaniu.



*Leczenie ciąży zamacicznej po 5-ciu miesiącach wskutek krwotoku lub ropienia.*

W razie pęknięcia worka i krwotoku do jamy otrzewnej lub w razie zapalenia ropnego około worka, należy bez zwłoki przystąpić do laparotomii. Jeśli ropień wypukła się do pochwy, można go opróżnić tą drogą.

Franciszek Stępkowski.

*(Traitement des grossesses extrautérines. Revue de Gynecologie et de Chirurgie abdominale. Nr. 5. 1898).*

**115. Brackel. Przypadek pojedynczej torbieli nerki.**

Przytoczony poniżej przypadek był spostrzegany w klinice FAURE'a, operowany zaś przez ZUEGE v. MANTEUFEL'a. 18-letni mężczyzna przed 4-ma laty zauważył w lewym podżebrzu guz, wielkości jaja gęsiego. Guz od roku zaczął się szybko powiększać, powodując bóle i zaparcie stolca. W ostatnich czasach niespodzianie po jedzeniu zaczęły zdarzać się wymioty. Chory budowy prawidłowej, odżywiania dobrego, o kwitnącym wyglądzie. Narządy wewnętrzne zupełnie normalne; mocz czysty, cukru i białka nie zawiera. Lewą połowę brzucha od łuku żebrowego do więzu POUPART'a i od linii środkowej do lewej okolicy lędźwiowej wypełnia guz wielkości głowy dorosłego człowieka, okrągławy, gładki, mało ruchomy. Na całej tej przestrzeni odgłos opukowy jest stłumiony. Powłoki brzuszne przesuwają się na guzie, w którym łatwo wyczuwa się chełbotanie. Po rozszerzeniu gazem кишки grubej przez odbyt stłumienie opukowe nie znika, tylko prawa granica oddala się nieco od linii środkowej (*colon*); zabieg ten sprawia choremu bóle i mdłości. Żołądek nieco uniesiony ku górze, wielkość jego prawidłowa. Rozpoznanie wahało się pomiędzy torbielą nerki i trzustki. Badanie w uspieniu chloroformowem nie dało nowych wskazówek rozpoznawczych: guz tylko zdawał się bardziej ruchomym i pozwalał się trochę wsuwać pod łuk żebrowy. Po otwarciu brzucha w smudze białej znaleziono guz zaotrzewnowy, będący wielką pojedynczą torbielą lewej nerki, umieszczoną na szerokiej podstawie na dolnym biegunie nerki. Stosunki innych narządów w jamie brzusznej prawidłowe; prawa nerka zdrowa i znajduje się we właściwym miejscu. Ranę brzuszną zamknięto szwem piętrowym i zrobiono cięcie lędźwiowe w celu zewnątrz-otrzewnowego wyluszczenia torbieli. Nerka aż do samej podstawy torbieli okazała się zupełnie niezmienną. Torbiel łatwo oddzielono od otaczających ją tkanek, wypuszczono z niej za pomocą trójgrańca 2½ litra brunatno-krwawego płynu i klinowem wycięciem istoty nerkowej oddzielono torbiel zupełnie. Nerkę zamknięto 3-ma głębokimi i 4-ma powierzchownymi szwami jedwabnymi, przytwierdzając 4-ma szwami do mięśni lędźwiowych. Okres pooperacyjny przeszedł bez szczególnych zaburzeń: chory po 27 dniach opuścił klinikę z zagojonemi zupełnie ranami, umocowaną lewą nerką, niebolesną i niepowiększoną. Mocz czysty; skład jego chemiczny prawidłowy.

Usunięty guz stanowi wielką jednokomorową torbiel, otoczona przy swojej podstawie prawidłową istotą nerkową. Wewnętrzna i zewnętrzna powierzchnia torbieli zupełnie gładka; połączenia z miedniczkami niema. Ściana torbieli już na pierwszy rzut oka różni się od mięszu nerki, drobnowidzowy zaś obraz jej budowy był następujący. Tkanka nerkowa w bezpośrednim sąsiedztwie ze ścianą torbieli posiada swoją prawidłową budowę. Torbiel od mięszu nerki oddziela warstwa łączno-tkankowa, w której można odróżnić wysepki tkanki nerkowej, zarośnięte lub zwężone kanaliki, a nawet kłębek (*glomerulus*) z niewyraźną budową. Obraz tej warstwy granicznej robi wrażenie zanikłej z powodu rozrostu i ucisku torbieli istoty nerkowej. Wnętrze torbieli składa się z włóknistej tkanki z wrzecionowatemi, ubogimi w jądra



komórkami, nie pokrytej nabłonkiem. Guz zaliczyć należy do nowotworów dobrotliwych.

Pojedyncze torbiele nerki należą do wielkich rzadkości: od r. 1861 autor zebrał zaledwie 21 przypadków. Wszystkie one dotyczą dorosłych osób: najstarsza liczyła 64 lata [TUFFIER], najmłodsza—18 [przypadek autora]. Pojedyncze torbiele powstają najczęściej w istocie korowej nerki i stanowią przeciwstawienie torbielowego zwyrodnienia tego narządu; mogą one dosięgać znacznej wielkości, nie zakłócając przytem prawidłowej czynności nerki. We wszystkich ogłoszonych dotąd przypadkach spotykamy się z jednakowymi anatomo-patologicznymi stosunkami, czasem tylko na wewnętrznej powierzchni torbieli dają się dostrzegać zgrubienia, świadczące niejako o powstaniu z wielu mniejszych torbieli. Wszyscy autorowie zaznaczają wyraźną granicę torbieli od istoty nerki.

Zawartość tych torbieli stanowi płyn jasny, przezrysty, rzadki, często z domieszką krwi, rzadziej z koloidalnymi złoгами. Płyn zawiera białko w rozmaitej ilości oraz ślady części składowych moczu. Znajdowano złoży soli wapiennych na wewnętrznej ścianie torbieli i w jednym przypadku 4 szczawianowe kamienie [PHILIPSON].

Siedliskiem torbieli najczęściej są bieguny nerki, rzadziej zaś jej wypukły brzeg. Spotykają się częściej u kobiet, niż u mężczyzn, co, podług autora, może zależeć od ucisku, wywieranego na nerki przez sznurówki.

Podług BRIGIDI i SEWERI pojedyncze torbiele nerki są dwojakiego pochodzenia: a) kłębkowego, kiedy mechaniczna przeszkoda, składająca się ze złuszczonej i zwyrodniałych komórek kłębków, łącznie z małymi wylewami krwi, zatrzymuje przesiek i b) kanalikowego, kiedy bujający i podlegający w następstwie klejowemu zwyrodnieniu nabłonek zatyka kanaliki. Zgodnie z powyższym poglądem torbiele pojedyncze nerki należy zaliczyć do szeregu retencyjnych.

Torbiele z wodnistą, surowiczą zawartością powstają z rozszerzenia i następczego zlania się całego szeregu kanalików. THORN mniema, że wszystkie wogóle torbiele nerek są pochodzenia retencyjnego i powstają wskutek odsznurowania się kanalików, spowodowanego uciskiem tkanki łącznej nerki, będącej w stanie zapalnym. TILLMANS przechyla się do powyższego zdania.

Torbiel powiększa się powoli, nie przyczyniając choremu żadnych dolegliwości; te ostatnie występują dopiero z chwilą znacznego powiększenia nowotworu. Zaburzeń ze strony moczu niema również żadnych, gdyż sprawność nerki pozostaje niezmienną.

Rozpoznanie cierpienia należy do trudniejszych, gdyż chorzy zgłaszają się zazwyczaj już z dużym guzem, który przemieszcza narządy jamy brzusznej. Dokładne wywiady rzucają tu niejakiemi światło: miejsce pierwotnego pojawienia się guza, powiększanie się w kierunku ku dołowi. Torbiele górnego bieguna nerki naprzód przesuwają sąsiednie narządy [żołądek serce, wątrobę] i później od torbieli dolnego bieguna są wyczuwalne w okolicy lędźwiowej. Guzy prawej nerki mają *colon ascend.* na swoim wewnętrznym brzegu, lewej zaś—*colon descend.* przed sobą [krzyżują się z kiszka grubą. SPENCER WELLS]. Najczęściej przyjmowano torbiel nerki za nowotwór jajnika; pamiętać jednak należy, że te ostatnie nie są pokryte kiszka.

Przystępując do zabiegu operacyjnego, mamy do wyboru dwie drogi: wewnątrz-otrzewnową i zewnątrz-otrzewnową. Z wielu względów należy dać pierwszeństwo cięciu lędźwiowemu, które możemy powiększyć, dodając cięcie boczne, a w przypadkach wielkich guzów otworzyć z tej strony otrzewną. Przy zabiegu wewnątrz-otrzewnowym otwieramy w dwóch miejscach otrzewną i operujemy w znacznej głębokości wśród narządów jamy brzusznej, które



łatwo uszkodzić. LE DENTU określa ilość zejść śmiertelnych przy wyluszczeniach nerki lub jej guzów przez otworzoną jamy brzusznej na 50,83%, przez cięcie zaś lędźwiowe na 36,93. Do wewnątrz-otrzewnowego sposobu należy się uciekać w przypadkach szybko rosnących złośliwych guzów nerki z obfitymi zrostami, których inną drogą usunąć niepodobna. W przypadkach niedokładnie rozpoznanych, kiedy przystępujemy do próbnej laparotomii i znajdujemy nowotwór nerki, lepiej co rychlej zaszyć ranę brzuszną i wykonać cięcie lędźwiowe; przedłużyć to nieco zabieg, ale chroni chorego od przykrych następstw operowania w jamie otrzewnej. Nawet możność przekonania się o stanie drugiej nerki nie równoważy niebezpieczeństwa operacji wewnątrz-otrzewnowej.

Wyniki częściowego usuwania nerki (*resectio*) są tak dobre, że we wszystkich nadających się po temu przypadkach należy dążyć do tego rodzaju zabiegu. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że pozostała część nerki czynnościowo wywiązuje się również dobrze, jak zdrowy narząd i ulega w pewnej mierze przerostowi. Do otrzymania dobrego wyniku potrzeba dokładnego zatamowania krwawienia i spojenia brzegów nerki; jeżeli podczas operacji nie otworzymy miedniczki, to nie otrzymamy w następstwie przetoki moczowej. Krwawienie łatwo zatamować uciskiem i szwem, *resp.* wszyciem nerki i następczym uciskiem. Że operowana w ten sposób nerka zachowuje swoją czynność, stwierdza to fakt następczego wyjęcia drugiej nerki z dobrym wynikiem [na zwierzętach—PAOLI]. Do resekcji nerki należy dążyć i z tego względu, że nieraz nie wiemy o stanie drugiej nerki. Usunięcie całej nerki pozostaje dla przypadków obszernych zmian w całym narządzie, dla torbieli pojedynczych, obejmujących całą nerkę i wogóle dla przypadków, nie nadających się z jakichbądź względów do usunięcia tylko części narządu.

(*Samml. klin. Vortr. Nr. 250. 1899.*)

*Aleksander Kopczyński.*

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO HYGIENICZNE.

### Wydział biologiczny, chemiczno-fizyczny i statystyczno-meteorologiczny.

Posiedzenie z dn. 19. X. 1899.

1) BARSZCZEWSKI wypowiedział odczyt p. n.: „Wpływ gorsetów na ustrój kobiecy w świetle badań rentgenograficznych“. Odczyt ten ukaże się w całości w „Gazecie“.

W dyskusji TCHÓRZNICKI i POLAK przemawiali za bezwzględnem usunięciem gorsetów ze stroju kobiecego. Ostatni zaproponował wydziałowi zajęcie się wyjednanem u wszystkich przelożonych zakładów naukowych żeńskich zakazu noszenia przez uczennice sznurówek. Wniosek ten postanowiono przedyskutować na jednym z następnych posiedzeń.

2) NUSSBAUM H. wygłosił rzecz p. n.: „Dziedziczność i higiena“. Przedstawiając poglądy na istotę dziedziczności, wypowiedziane przez DARWIN'a, NAEGELI'ego, WEISSMANN'a i HERTWIG'a, zatrzymał się prelegent głównie nad kwestyą, czy cechy nabyte mogą być dziedziczone. Jest to sprawa pierwszorzędnej wagi dla higieny, gdyby bowiem odpowiedź wypadła twierdząco, należałoby się spodziewać, że i cechy dodatnie, nabyte przez stosowanie zasad higieny, mogą przechodzić na potomstwo, że rasę można poprawić. Z rozmaitych wywiadów i danych N. wnosi, że wpływy, podnoszące ogólny stan zdrowia usroju, muszą się odbijać na odżywianiu narządu płciowego, jak również podnosić dzielność biologiczną komórek rozrodczych. Odwrotne będą następstwa czynników, które wywołują ogólny upadek ustroju, kaheksye i t. p. Okale-



czenia nie mogą być oddziedziczone, za wyjątkiem tych, które dotyczą układu nerwowego. Wpływy na układ nerwowy, a zwłaszcza jego ośrodki, nie mogą być objętymi dla sprawy dziedziczności. Na poprawę rasy przez czynnik dziedziczności może więc higiena wpływać, a to przez poprawę ogólnego stanu zdrowia i odporności ustroju przyszłych rodziców oraz przez baczenie na odpowiedni dobór małżeństw. Nie powinny być dopuszczane związki blizkich krewnych, osób z usposobieniami chorobowymi, zwłaszcza jednakowymi, osobników wątłych lub dotkniętych skłonnością do ciężkich cierpień układu nerwowego.

## Wiadomości bieżące.



— W Warszawskim Instytucie Oftalmicznym odbędzie się w d. 10 stycznia 1900 r. konkurs na posadę ordynatora nadetatowego.

— We Frankfurcie nad Menem otwarto 8 b. m. Instytut dla terapii doświadczalnej.

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Przegląd Lekarski* № 44. J. BRUDZIŃSKI. Przyczynę dalszą do etyologii dysenterji. H. HALBAN. O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci. [C. d.] R. RENCKI. Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidzowego krwi w raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej. [D. n.] S. SZUMAN. O zaburzeniach układu nerwowego, a w szczególności o nerwicach, wywołanych rażeniem słonecznem. — № 45. F. EISENBERG. Przypadek obrzęku złośliwego (*Oedema malignum*). W. JEŻ. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzuszno-go. H. HALBAN. O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci. [Dok.]. — № 46. R. BARAŃCZ. Przypadek rany kłótej piersiowej w okolicy serca: wypadnięcie płuca, wybroczyna piersiowa (*haemathorax*) odma osierdzia, (*pneumopericardium*), wyleczenie. F. EISENBERG. Przypadek obrzęku złośliwego (*oedema malignum*). [Dok.]. W. JEŻ. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzuszno-go [C. d.]. — *Medycyna*. № 44. B. KORYBUT DASZKIEWICZ. Kilka luźnych uwag w sprawie żywienia dzieci, szczególnie przy uporczywych biegunkach. K. SACIEWICZ. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. [Dok.] — № 45. L. BATAWIA. Przyczynę do mięsienia gruczolu krokowego. W. POPIEL. Drgawki porodowe [eklampsya] w świetle badań współczesnych. — № 46. W. WESOŁOWSKI. Przyczynę do anatomii patologicznej *Xeroderma pigmentosa*. WŁ. OLTUSZEWSKI. Siódmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. W. POPIEL. Drgawki porodowe [eklampsya] w świetle badań współczesnych. [C. d.] — *Kronika Lekarska*. № 22. I. HORŃOWSKI. Przyczynę do badań nad chemotaksą białych ciałek krwi. — *Nowiny Lekarskie*. № 11. GANTKOWSKI. Do artykułu STANISŁAWA SERKOWSKIEGO: O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej „na wszelki wypadek”. L. SZUMAN. Nirwanina jako środek do znieczulania miejscowego i kilka uwag, dotyczących znieczulania płynem SCHLEICH'a, [Dok.].

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za r. b.; Pp. zaś Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою Варшава, 4 Ноябрь 1899. Druk Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8



**W PŁOCKU**

osiedlił się i rozpoczął praktykę

**D-r Władysław Biesiekierski**

kilkoletni asystent przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. 6-3

Choroby chirurgiczne, kobiece i moczopłciowe.

**Dr. S. Gościcki**

4-3

Stosuje psychoterapię (leczenie hypnotyzmem) w cierpieniach nerwowych czynnościowych, głównie zaś w hysterji i chorobliwych nałogach (onanizm, enuresis nocturna i t. p.).  
**Chmielna 9, od 5 do 7.**

**O J C Ó W.**

4-3

**Zakład leczniczy dla chorych nerwowych.**

Ścisły internat, dwóch stałych lekarzy. Wodolecznictwo, gabinet elektryczny, mechoanoterapia, gimnastyka, wody mineralne.—Pocztą i telegraf na miejscu.—Ceny mieszkań i stołowania w czasie zimowym niższe.—Chorych umysłowo Lecznica nie przyjmuje.

Dyrektor Zakładu **D-r St. NIEDZIELSKI.****ZAKŁAD DERMATOLOGICZNY****dla chorób skórnych i wenerycznych**

Włodzimierska Nr. 9.

Pokoje z całodziennem utrzymaniem od 3 do 5-ciu rubli.

Lekarze ordynujący: **J. Diehl, A. Elzenberg, Hellin, J. Klejnadel, E. Kurella, K. Mazaraki, P. Sieragowski, J. Sierzpowski, J. Sobierański, K. Szmakfefer, We-sołowski, J. Wojciechowski, T. Żera.** 25-5

**INSELBAD pod PADERBORN (Niemcy)**

Otwarte latem i zimą i licznie uczęszczane. Doskonałe skutki lecznicze.

Specyalny zakład dla chorych, dotkniętych astmą i cierpieniami narządów oddechowych (cierpienie górnego odcinka dróg oddechowych, katarów oskrzeli, rozedmy płuc).

Fizyczno - dyetetyczne metody lecznicze. Deptak. Ogród zimowy. Klimat łagodny. Wielki park. Ogrzewaanie centralne. Prospekty gratis. 0-3

Nagrodzona medalem srebrnym na wystawie w Pradze 1896 roku.

**Urysolwina MAHL'A**

CYTRYNIAN LITYNO - MOCZNIKOWY,

Fizyologiczny środek moczopędny, rozpuszczający kwas moczowy.

Skład w Aptece **K. WENDY** Krakowskie Przedmieście 45.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Literatura bezpłatnie 10-3



OPUŚCIŁ PRASĘ:

# Kalendarz Lekarski

## NA ROK 1900

(Wydawnictwo D-ra J. Polaka)

**Treść stanowią:** Kalendarz kościelny (wraz z imionami słowiańskimi), lista lekarzy warszawskich, skład osobisty urzędu lekarskiego, szpitali warszawskich, klinik i pracowni Uniwersytetu; lecznice, apteki i składy materiałów aptecznych podług ulic, przytątki dla rodzących, służba weterynaryjna, adresa izb felezyerskich; lista lekarzy prowincjonalnych, skład osobisty urzędów lekarskich gubernialnych, apteki i szpitale we wszystkich powiatach, spis lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach i miejscowościach klimatycznych za granicą.

**Podręcznik terapeutyczny**, zawierający w porządku alfabetycznym (według chorób) metody lecznicze i środki używane w poszczególnych chorobach oraz recepty.

Najwyższe dawki według farmakopei urzędowej z roku 1891, zamiana wag, porównanie skal ciepłomierza, dawkowanie wstrzykiwań podskórnych dla dorosłych i dzieci, wstrzykiwań mięszzowych, ławatyw, dawkowania leków wprowadzanych do worka łożnicy, do pochwy, do macicy, dawkowanie leków do wziewań, do pędzlowania gardła i krtani, do wdmuchiwań. Rozpuszczalność ważniejszych przetworów, ilość kropli w skrupule i gramie, kąpiele lecznicze. Tablica ciąży. Wymiary miedulicy kobiecej. Tablica rozwoju płodu. Oznaczenie okresu ciąży, tablica wyrzynania się zębów.

Ratowanie pozornie zmarłych. Otrucia. Skład chemiczny ważniejszych przetworów odżywczych (wyciągów, mączek, bulionów, kumysu i t. p.) i pokarmów. Przegląd leków najnowszych. Synonimy środków lekarskich (około 500). Tablica poglądlowa ważniejszych wód mineralnych, Tablica okresu wylegania chorób zakaźnych. Profilaktyka i leczenie chorób zakaźnych. Dezynfekcja chemiczna. Aparaty dezynfekcyjne. Odwietrzania mieszkań. Wzory świadectw lekarskich, protokółów, oględziu policyjnego i sądowo-lekarskich.

Kalendarz oprawny jest w piękną sztuczną skórę, („erocodil“, „marocco“, „chagrin“), notatnik wkładany na każdy kwartał oddzielny, tak, iż całość składa się z pięciu części związanych gumą i z ołówka.

Cena Kalendarza wynosi **1 rubel 50 kop.** Za przesyłkę, sprowadzając wprost z redakeyi i załączając gotówkę lub przekaz pocztowy, nie dopłaca się nic.

ADRES: REDAKCYA „ZDROWIA“ ulica Ś-to Krzyska Nr. 25 w Warszawie.

Sprowadzać również można za pośrednictwem redakeyi „Gazety Lekarskiej“.

WKRÓTCE OPUŚCI PRASĘ

# Kalendarz dla lekarzy - praktyków

## na rok 1900

D-ra A. FRUCHTMANA

obejmujący działy następujące: część informacyjną (Kalendarz kościelny, przepisy pocztowo-telegraficzne, opłaty aktowe i stempłowe, wykaz czasopism lekarskich, krajowych i zagranicznych, listę lekarzy warszawskich i prowincjonalnych, listę akuserek, wykaz prywatnych zakładów leczniczych), notatnik do zapisywania adresów, część lekarską (najwyższe dawki dla dorosłych, dla dzieci, nowe środki lekarskie, dawkowanie przy zastrzykiwaniach podskórnych, przy wprowadzaniu leków do odbytnicy, do cewki moczowej i pęcherza, do łożnicy i ucha, do macicy i pochwy, tablicę rozpuszczalności niektórych przetworów chemicznych w wodzie, wysokości, eterze i glicerynie, synonimy niektórych środków lekarskich, kąpiele lecznicze sztuczne, wykaz miejscowości kąpielowych i leczniczych, zatrucia, pierwsza pomoc w przypadkach nagłych, skład najbardziej używanych pokarmów, dieta w rozmaitych cierpieniach, ilość pokarmów podawanych ssawcom, okresy wylegania chorób zakaźnych, oraz czas izolacji uczących się w zakładach naukowych, wzrost i waga mężczyzny i kobiet, stopień rozwoju płodu w rozmaitych miesiącach, wymiary płodu dojrzałego, wzrost i waga zdrowego dziecka, dawkowanie prawidłowe, tablicę ciąży), ogłoszenia.

Cena za egzemplarz Rb. 1.20, z przesyłką pocztową Rb. 1.40.

Zamówienia przyjmują redakcyę czasopism lekarskich oraz księgarnia W-go E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście 9.

D-r W. MAYZEL. b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej prywatnej pracowni dla celów dyagnostyki lekarskiej rozbiory chemiczne, mikroskopowe i bakteriologiczne, analizy moczu, badania płwociny, nasienia, krwi, mleka kobiecego i t. d. Poszukiwania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A.