

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Przypadek trypra, powikłanego

reumatyzmem, zaburzeniami ze strony układu nerwowego, oraz zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, wraz z kilkoma uwagami o wspomnianych powikłaniach.

Podał

Dr. H. Kucharzewski.

W szeregu powikłań, spostrzeganych w przebiegu rzeżączki, wydatne miejsce zajmuje *cierpienie stawów* (*arthritis gonorrhoeica*). Eichhorst¹⁾ na 573 przypadki widział zajęcie stawów w 21 co stanowi 3,60%, inni autorzy Grissole, Besnier, Jullien podają mniejszą odsetkę od 2—3. Zdaje się jednak, że reumatyzm pochodzenia tryprowego nie należy do przypadków tak rzadkich i częściej bywa, aniżeli go lekarze rozpoznawają; tłumaczy się to tem, że zajęcie stawów występuje zwykle w późniejszych okresach rzeżączki, kiedy wyciek z cewki jest już nader skąpy lub też go i zupełnie nie ma, przytem chorzy często tąj przebytą rzeżączkę i w ten sposób wprowadzają w błąd lekarza. Z drugiej znowu strony ważną przeszkodą w rozstrzygnięciu przypadków wątpliwych był dotąd*) brak łatwych i dostępnych sposobów otrzymywania hodowli gonokoków.

Reumatyzm pochodzenia gonokokowego nie występuje wyłącznie w przypadkach rzeżączki cewki moczowej, Deutsch-

*) *Uwaga.* W jednym z ostatnich zeszytów Centralb. f. Bakt. u. Parasitk. Dr. R. Turró z Barcelony podaje nowy, bardzo prosty sposób otrzymywania hodowli zarazka tryprowego (patrz referat w tymże zeszycie „Kroniki“).

mann²), Lindemann³) opisują przypadki arthritidis gonorrhoeicae w przebiegu blenorhoea neonatorum. Dalej u kobiet, u których reumatyzm tryprowy bywa znacznie rzadziej, niż u mężczyzn, powikłanie to występuje w przebiegu vulvo-vaginitis gonorrhoeica.

Reumatyzm tryprowy posiada już obecnie dość obszerną literaturę, chociaż kwestya patogenazy tego cierpienia nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta.

Petrone⁴) r. 1883 pierwszy wykrył gonokoki w wysięku przy zapaleniu stawów pochodzenia tryprowego, następnie udało się to i wielu innym badaczom (Kämmerer⁵), Bergmann⁶), Sahli⁷), Deutschmann²), Jaquet⁸), Neisser⁹) i inni). Z drugiej znowu strony znane są niewątpliwe przypadki arthritidis gonorrhoeicae, gdzie pomimo najsumienniejszych badań gonokoków wykryć nie zdołano. Te niezgodne ze sobą wyniki badań wywołały różnicę zdań w kwestyi patogenazy omawianego cierpienia. Jedni upatrują jego przyczynę w bezpośredniem wtargnięciu gonokoków, drudzy stawiają go w zależności od działania toksyn resp. produktów przemiany materji wspomnianych mikrobów, inni wreszcie zaliczają arthritidis gonorrhoeica do zakażeń mieszanych. W ostatnich czasach spostrzeżenia Jadassohn'a¹⁰) i Neisser'a (l. c.) rzuciły pewne światło na daną kwestyę. Jadassohn utrzymuje, że przy zapaleniu stawów gonokoki gnieźdzą się i rozwijają wyłącznie na błonie maziowej stawu i jedynie w przypadkach, połączonych z obfitszym wysiękiem do tego ostatniego przechodzą. Jako ilustracyja tego służyć może przypadek Neisser'a (l. c.), gdzie w wysięku stawowym autor znalazł bardzo nieliczne gonokoki przy znacznej ich ilości w tkance granulacyjnej wyciętej ze stawu.

Przyjmując pogląd Jadassohn'a, można sobie objaśnić dla czego nie we wszystkich przypadkach arthritidis gonorrhoeicae pomimo starannych poszukiwań znajdowano w wysięku gonokoki.

Wobec zatem faktycznego i wielokrotnego znajdowania gonokoków w stawach, zdawałoby się, że niema usprawiedliwionych podstaw do tłumaczenia powstawanie reumatyzmu tryprowego działaniem toksyn lub też do uważania go za zakażenie mieszane.

O wiele rzadziej od cierpienia stawów spotykamy się z innym powikłaniem rzezączki — z zaburzeniami ze strony układu nerwowego.

Jeszcze w roku 1803 Everard Home¹¹⁾ podaje przypadek rzeżączki, powikłanej nerwobólem kulszowym, oraz innymi zaburzeniami nerwowymi, kurczami, bólami mięśniowymi, oraz osłabieniem kończyn dolnych. Następnie Stanley¹²⁾ w 1833 i Gull¹³⁾ w 1856 r. opisują przypadki paraliżu na tle rzeżączki. Roku 1866 Prof. Peter¹⁴⁾ przedstawił w Paryskim Tow. Lekarskim przypadek obustronnego nerwobólu kulszowego, jako objaw cierpienia mlecza, powstałego w przebiegu rzeżączki. Przypadek ten wywołał ożywioną dyskusję, w której przyjmowali udział Pidoux i Ricord, komunikując własne odpowiednie przypadki. Tegoż roku wyszła w Paryżu rozprawa Tixier'a¹⁵⁾ p. t. „*Considérations sur la forme rhumatismale de la blenorragie*“, gdzie autor opisuje przypadek paraplegii na tle rzeżączki. Chory ten zmarł wskutek cholery. Opisu autopsyi autor nie podaje. Przypadki nerwobólów szczególnie kulszowego w przebiegu rzeżączki były potem niejednokrotnie przez autorów notowane. Oprócz Fournier'a pisali o tem Coutagne¹⁶⁾, Brisson¹⁷⁾, Fraenkel¹⁸⁾ i inni.

W ostatnich dopiero latach baczniejszą zwrócono uwagę na zaburzenia nerwowe, występujące w przebiegu rzeżączki, która podobnie jak i inne choroby zakaźne może rdzeń dotknąć. Z autorów francuskich pisali w tej kwestyi Hayem i Parmentier¹⁹⁾, Chavier i Février²⁰⁾, Dufour²¹⁾, Spillmann i Haushalter²²⁾, z autorów niemieckich Engel-Reimers²³⁾ i Leyden²⁴⁾.

Hayem i Parmentier podają dwa przypadki. Pierwszy przypadek, rozpoznany jako: *rhumatisme blenorragique* — meningo myelite dotyczy 26 letniego mężczyzny, który w przebiegu rzeżączki dostał reumatyzmu tryprowego. Do cierpienia tego przyłączyły się później objawy nerwowe: bóle lędźwiowe i opasujące, bóle błyskawiczne w kończynach dolnych, bardzo wyraźna nadczułość, osłabienie siły mięśniowej, wzmożenie odruchów ścięgniowych, *trepidation épileptoïde*. Natężenie tych objawów zależało od cierpienia stawów i wycieku z cewki. Chory ten po pewnym czasie prawie zupełnie do zdrowia powrócił.

Drugi przypadek rozpoznany jako: *rhumatisme blenorragique*, *accidents spinaux*, dotyczył 29 letniego mężczyzny. Objawy nerwowe były mniej więcej te same, co i w pierwszym przypadku. Chory również wyzdrowiał.

W tym samym tomie „Revue de Médecine“ Chavier i Février opisują przypadek trypra, powikłanego reumatyzmem i zaburzeniami nerwowymi (ból strzelający, nadczułość, znaczne wzmoczenie odruchów rzepekowych, wrzescie drgawki i ruchy kończyn, przypominające płasawicę). Chory ten 22 letni żołnierz do zupełnego zdrowia powrócił.

Dufour w tezie swojej opisuje przypadek meningo-myelitis gonorrhoeica. Przypadek ten dotyczy 18 letniego chłopca, który w dwa miesiące po zarażeniu się dostał nadzwyczaj silnych bólów lędźwiowych, mrowienia i osłabienia w kończynach dolnych, które niebawem w zupełny bezwład przeszło. Do tych objawów przyłączył się szybki zanik mięśni, paraliż pęcherza, odleżyny, wreszcie śmierć przy objawach opuszkowych. Badanie pośmiertne wykryło rozmiękczenie mlecza na całej przestrzeni; opona zaś miękka przedstawiała cechy silnego zapalenia. Szkoda jednakże, że badanie drobnowidzowe wiele pozostawiało do życzenia, badanie zaś bakteryjologiczne zupełnie nie zostało przeprowadzone.

W dwa lata później Spillmann i Haushalter (l. c.) podali również w „Revue de Médecine“ dwa przypadki, do tej kwestyi się odnoszące. Oba te przypadki są prawie identyczne: dotyczą dwóch młodych kobiet, które dotknięte zostały tryprem pochwy w ostatnich miesiącach ciąży. Wkrótce wystąpił cały szereg objawów: silne zapalenie stawów kolanowych, bóle błyskawiczne, mrowienie, nadczułość w kończynach dolnych, szybki zanik mięśni, bezwład, zaburzenia troficzne, odleżyny. Połóg wśród tych objawów chorobowych odbył się prawidłowo; po położu wspomniane objawy trwały nadal przez kilka tygodni i dopiero stopniowo zniknęły.

Klasyfikację zaburzeń nerwowych pochodzenia gonokokowego znajdujemy dopiero w pracy D-ra Juljusza Engel-Reimers'a (l. c.). Autor ten wyróżnia z wspomnianych zaburzeń dwie formy: 1) Polyneuritis gonorrhoeica i 2) Meningitis spinalis gonorrhoeica.

Podług niego rzeżączka, podobnie jak i inne choroby zakaźne, może wywoływać zapalenie nerwów, zajmując bądź korzenie nerwów, bądź obwodowe ich części; w ostatnim wypadku sprawa ta ograniczać się może do jednego tylko nerwu, lub też rozprzestrzenia się na kilka pni nerwowych jednocześnie.

W niektórych przypadkach rzadszych powstają sprawy zapalne w oponach rdzenia.

Do pierwszej grupy oprócz kilku własnych przypadków zalicza Engel-Reimers wyżej wspomniane przypadki francuskie, oraz ischias gonorrhoeica Fournier'a. Do drugiej grupy zalicza on przypadki Peter'a, Hayem i Parmentier'a, oraz przypominając, że w roku 1866 w „Société médicale des hopitaux de Paris“ Pidoux i Ricord w czasie dyskusji nad wspomnianym przypadkiem prof. Peter'a zaznaczyli, że widywali objawy meningialne u dotkniętych rzeżączką. Wreszcie podaje Engel-Reimers własny bardzo typowy przypadek meningitis spinalis gonorrhoeica, zakończony wyzdrowieniem.

Klasyfikacja zaburzeń nerwowych pochodzenia gonokokowego, którą podał Engel-Reimers, uzupełnioną została przez Leydena. Autor ten ustanawia jeszcze jedną formę: myelitis gonorrhoeica. Przypadki opisane przez Stanley'a i Guilla należy niewątpliwie do tej grupy zaliczyć. Leyden (l. c.) niedawno sam spostrzegł przypadek ostrego zapalenia rdzenia (myelitis acuta gonorrhoeica), zakończony zejściem śmiertelnym. Badanie mleczka w tym przypadku wykryło leuco-myelitis dorsalis na przestrzeni kilku kręgów lędźwiowych nie zbyt silnego natężenia, przy zupełnym braku zmian w istocie szarej. Badanie bakteryjologiczne nie wykryło obecności drobnoustrojów.

Co do potogenezy wspomnianych zaburzeń nerwowych, wklajających rzeżączkę, to wobec małej liczby odpowiednich spostrzeżeń, oraz kilku zaledwie badań pośmiertnych i bakteryjologicznych nic stanowczego orzec jeszcze nie można. Według Leydena ischias, neuritis multiplex gonorrhoeica powstają wskutek działania toksyn, podobnie jak bezwładny dyfterytyczny; co zaś do myelitis i perimyelitis to przypuszcza on, że cierpienia te są zależne od bezpośredniego wtargnięcia drobnoustrojów. Jakże jednakże bakteryje w grę tu wchodzi gonokoki, czy też ropotwórcze (staphylo lub streptokoki) kwestyi tej badacz nie rozstrzyga.

Podług nas powołując się na to, cośmy w tej sprawie przy reumatyzmie powiedzieli, należałoby na zasadzie analogii dać pierwszeństwo gonokokom i nie szukać przyczyny w zakażeniu mieszanem.

Do rzadkich również powikłań rzeżączki należą *zapalenia tkanek ocznych (iritis, irido-cyclitis, irido-chorioiditis gonorrhoe-*

ica); przyłączają się one zazwyczaj do reumatyzmu tryprowego. Cech charakterystycznych, swoistych zapalenia te nie mają. Powtarzają się zwykle wraz z nawrotami rzeźączki. W kwestyi tej pisali — Koeniger²⁵⁾, Förster²⁶⁾, Rückert²⁷⁾, Despagnet²⁸⁾, Liebrecht²⁹⁾, Berger³⁰⁾, Morax³¹⁾, Fuchs³²⁾, Knies³³⁾ i inni.

Poniżej podaję przypadek trypra, powikłanego zapaleniem stawów, wraz z zaburzeniami nerwowymi, oraz zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego obydwóch oczów.

W dniu 4 Maja r. b. przybył na oddział wewnętrzny D-ra A. Wolffa w Szpitalu Ewangelickim Józef S. rzeźnik 22 letni, skarżąc się na bóle w stawach.

Z wywiadów dowiedziałem się, że chory pochodzi z rodziny zdrowej, w dzieciństwie poważniejszych chorób nie przebywał, przed dwoma laty chorował na zapalenie nerek, syfilisu i reumatyzmu nie miał, chorób nerwowych nie przechodził, na oczy nigdy nie cierpiał. Przed trzema tygodniami zaraził się tryprem, który w kilka dni przeszedł po szprycowaniu, zaleconem przez felezera, (podług słów chorego). Przed kilku dniami wystąpiły silne bóle w stawach kolanowych i napięstkowych z gorączką, wskutek czego chory udał się do szpitala. Przy oględzinach znaleziono co następuje: chory wzrostu średniego, budowa kostna silna, odżywiony średnio T. 100, pełne C 38,5⁰. Stawy napięstkowe obu rąk, oraz oba kolanowe obrzmiały, na dotyk bolesne, ruchy w tych stawach utrudnione, chębotania nie wyczuwa się. Narządy wewnętrzne zmian chorobowych nie przedstawiają. Z cewki moczowej przy naciśnięciu pokazuje się kropla ropy nie zbyt gęstej. Tylina część cewki nie zajęta (próba dwóch szklanek). W ropie z cewki, badanej pod drobnowidzem wykryłem liczne drobno-ustroje (koki), które ze względu na swój kształt, ułożenie, stosunek do ciałek ropnych za gonokoki przyjąłem; drobno-ustroje te odbarwiały się całkowicie podług Gram'a. Rozpoznano w danym przypadku: *Urethritis gonorrhoeica i polyarthritis*.

O ile cierpienie stawów stało w przyczynowym związku z cierpieniem cewki, kwestyi tej na razie rozstrzygnąć nie można było. Decydującą poniekąd w danym przypadku byłaby punkcyjja stawu, oraz bakteriologiczne badanie otrzymanej zawartości, cóż, kiedy w naszym przypadku w zajętych stawach wysięku nie było.

Wstrzymując się na razie z postawieniem ostatecznego rozpoznania, zaleciłem choremu salicylan sodu po 1,25 — 4 razy dziennie.

Dalsza obserwacyja chorego utrwaliła mię w przekonaniu, że w danym przypadku mamy do czynienia z cierpieniem stawów

tryprowem. Do wniosku tego doszedłem na podstawie przebiegu cierpienia, oraz bezskuteczności salicylanu sodu: środek ten podawany choremu w wyżej wskazanej dawce przez dni siedem żadnej ulgi nie sprawił. Co się zaś tyczy przebiegu choroby to przedstawiał on niektóre cechy, charakterystyczne dla arthritis gonorrhoeica, mianowicie: nie wielka ilość zajętych na raz stawów, nie zbyt wysoka ciepłota, skłonność przejścia cierpienia w stan podostrawy, a nawet przewlekły, wreszcie po części nasilenie objawów ze strony stawów z obostreniem rzeżączki.

Wobec bezskuteczności salicylanu zalecono choremu fenacetynę po $0,5 \times 4$ dziennie.

11 Maja. Bóle w stawach mniejsze. Stan bezgorączkowy. Łącznica gałki oka lewego nieco przekrwiona. Oko łzawi. Zalecono okłady lodowe na oko, oraz przemywanie łącznicy roztworem sublimatu 1:6000.

14 Maja. Stan chorego pogorszył się. Skarży się na silne bóle w stawach kolanowych i skokowych. Stawy obrzękłe, na dotyk nadzwyczaj bolesne, chelbotania nie wyczuwa się. C. 38,1^o. P. 98. Wypływ z cewki obfitszy, ropny, w ropie gonokoki.

Obie łącznice przekrwione, injectio pericornealis. Dość silne łzawienie i światłowstręt. Zalecono fenacetynę, jak przedtem, szparycowanie cewki roztworem siarczanu cynku 1:200, oraz 0,5^o/_o rozczyzn atropiny do oczów.

Ponieważ jednak dni następnych stan oczów chorego nie uległ widocznej poprawie, zaprosiłem na naradę kol. Z. Holca, który badając stan oczów chorego, w dniu 17 Maja, znalazł co następuje: Łącznica powiek obu oczów miernie przekrwiona, natomiast naczynia łącznicy, gałki jakoteż naczynia podłącznicowe, zwłaszcza lewego oka, silnie nastrzyknięte; injectio perinornealis. Rogówka nie przedstawia żadnych zmian. Żrenice, pomimo zapuszczania atropiny od dwóch dni 3 razy dziennie, bardzo mało rozszerzone, zamglenia tęczówek jednak nie widać. Wydzielina worka łączniowego skąpa, śluzowa.

Mieliśmy więc przed sobą obraz poczynającego się zapalenia tęczówki, które według wszelkiego prawdopodobieństwa, stało w przyczynowym związku z rzeżączką. Przymiotu chory nie przechodził, jakiegokolwiek bądź ogniska gruźliczego w ustroju nie wykryto, trzeba zatem było wykluczyć zarówno iritis syphyilitica, jak i iritis tuberculosa. Można było to rozpoczynające się cierpienie tęczówki uzać za czysto reumatyczne, przyjmując jednakże w naszym przypadku arthritis za następstwo rzeżączki, należało i towarzyszące mu podrażnienie tęczówki tej samej przyczynie przypisać.

Przepisano 0,5^o/_o atropinę 3 razy dziennie. Konserwy C. Przemywanie worka spojówkowego sublimatem 1:6000 2 razy dziennie. Do wewnątrz roztwór jodku potasu 8,0:180,0 4 łyżki dziennie.

19 Maja. Objawy zapalne w stawach napięstkowych i kolanowych znacznie słabsze, stawy skokowe również nieco mniej bolesne i obrzękłe. Chełbotania nigdzie się nie wyczuwa. C. R. 37,0°. C. W. 38,0°. Wysiłek z cewki mniejszy. Stan prawego oka pogorszył się. Przekrwienie okołorogówkowe silniejsze. Tęczówka nieco zamglona. Żrenica nie rozszerzyła się. Silna bolesność gałki przy naciskaniu górą zewnątrz w okolicy rzęskowej. Ból w oku zjawia się też i samoistnie i jest tak silny, że pozbawia chorego snu. W. L. O. widać pewną poprawę. Stan prawego oka dnia tego utrwalił nas w przekonaniu, że mieliśmy tu do czynienia ze sprawą zapalną, dotyczącą tęczówki. Zalecono atropinę i sublimat jak przedtem. Prócz tego okład rozgrzewający na prawe oko. Do wewnątrz jod, jak wyżej.

21 Maja. Prawe oko prawie bez zmiany. Chory uskarża się na upadek wzroku, powiada, że palców ręki nie widzi, tylko zaledwie całą dłoń. W lewym oku przekrwienie zmniejszyło się, żrenica średnio rozszerzona. Zalecono na prawe oko okład rozgrzewający; po 2 pijawki na prawą skroń i za prawem uchem. Wstrzymano jodek potassu, natomiast przepisano fenacetynę, jak wyżej.

26 Maja. Chory uskarża się znowu na silne bóle w stawach kolanowych, które są bolesne i obrzękłe, chełbotania nie ma. Stawy napięstkowe i skokowe powróciły do normalnego stanu. Stan bezgorączkowy. Wyciek z cewki nieznaczny.

W pr. oku przekrwienie okołorogówkowe jest już bardzo nieznaczne, żrenica rozszerzona ad maximum żadnych wzrostów. Tęczówka przedstawia się prawidłowo. Przy badaniu wziernikiem widać, prawidłowe zresztą dno oka jak przez lekką mgłę; zamglenie to zależy od drobnopłkowego zmętnienia ciała szklistego. L. O. przekrwienie około rogówkowe bardzo niewielkie; żrenica znacznie rozszerzona, choć nie maksymalnie, ma kształt owalu, którego największy wymiar przebiega z góry wewnątrz ku dołowi zewnątrz; kształt ten zależy od małego wzrostu tylnego, znajdującego się w górnej części zewnętrznego brzegu żrenicznego tęczówki. Zresztą tęczówka przedstawia się prawidłowo. Na przedniej powierzchni soczewki dość liczne złogi barwnikowe i wysiękowe. W ciałku szklistem, oprócz drobnopłkowego zamglenia, widać unoszące się w niewielkiej ilości większych rozmiarów męty. Dno oka o ile się zdaje prawidłowe, szczegółów wyraźnie dostrzedz nie można.

V. Pr. O. = $\frac{5}{10}$ E., to samo przez okrągły otwór stenopijny, zwyczajny druk czyta swobodnie za pomocą + 4,0 (po atropinie). V. L. O. = $\frac{5}{15}$ E, zwyczajny druk czyta z trudnością za pomocą + 4,0. Męty w ciałku szklistem obu oczów, wykazane za pomocą wziernika, jakoteż silna bolesność prawej gałki przy naciskaniu w okolicy rzęskowej dowodzą, że i ciałko rzęskowe brało udział w sprawie zapalnej i że za ostateczne roz-

poznanie cierpienia oczów w naszym przypadku przyjąć należy: iridocyclitis. Powrócono do jodku potasu. Zalecono ciepłe słone kąpiele co drugi dzień, oraz atropinę raz dziennie do prawego oka, cztery razy do lewego oka (w nadziei rozerwania zrostu). Szprycowanie cewki nadal siarczanem cynku.

29 Maja. Bóle w stawach kolanowych słabsze, chory uskarża się na bóle w okolicy łędźwiowej oraz na ból pod mostkiem, prócz tego powiada on, że doznaje od dni kilku mrowienia, oraz nieokreślonych bólów w kończynach dolnych. Te skargi chorego skłoniły mię do przekonania się, czy niema innych jeszcze zaburzeń ze strony układu nerwowego. Badając chorego, znalazłem nadezłość kończyn dolnych, bolesność wyrostków ciernistych kręgow łędźwiowych, znaczne wzmoczenie odruchu rzepkowego oraz obecność odruchu stopowego (fussclonus). Siły mięśniowej kończyn dolnych nie badałem ze względu na stawy kolanowe, które były jeszcze sprawą chorobową zajęte. Żadnych zaburzeń ze strony pęcherza i odbytnicy. Ciepłota nie podwyższona.

Na podstawie tych danych przyszedłem do wniosku, że u chorego do poprzedniej choroby przyłączyło się nowe powikłanie ze strony układu nerwowego. Przyczyny tych zaburzeń nerwowych należało szukać w zakażeniu gonokokowem, którym ustrój chorego został dotknięty, wszelkie inne przyczyny mogły być tu wykluczone. Przymiotu nie przechodził, urazu nie doznał, oraz leżąc przeważnie w łóżku od miesiąca, nie mógł być wystawiony na innego rodzaju szkodliwe wpływy.

Co się zaś tyczy bliższego rozpoznania tych zaburzeń to na podstawie opisanych objawów trudno było orzec coś stanowczego; to też na razie przyjąłem to za podrażnienie rdzenia, wstrzymując się z ostatecznem rozpoznaniem dopóki dalszy przebieg choroby zadania tego nie ułatwi. Zalecono środek czyszczący, spokój, jodowanie krzyża, jod do wewnątrz, wanny słone.

31 Maja. Lewe oko na nowo podrażnione. Chory uskarża się na ból w oku; przekrwienie okołorogówkowe dość silne, źrenica mniej szeroka, niż dnia poprzedniego, tęczęwka zmętniała. Ból górą zewnątrz w okolicy rzęskowej przy naciskaniu. Zalecono okład rozgrzewający na oko lewe, atropinę 4 razy dziennie. Po 2 pijawki za uchem i na skroni. Do prawego oka atropinę raz dziennie. Wstrzymano jodek potasu do wewnątrz.

2 Czerwca. Wspomniane zaburzenia ze strony układu nerwowego trwają nadal w tymże stopniu. Ból w oku L. nie zmniejszył się. Przekrwienie jak wczoraj, źrenica mało rozszerzona, tęczęwka zamglona. Pr. O. dobrze. Zalecono do prawego oka atropinę raz na dzień. Do lewego 4 razy dziennie. Opaska oraz po 2 pijawki na skroni i za uchem.

5 Czerwca. Chory znowu uskarża się na silniejsze bóle w stawach kolanowych. Obiektywnie prócz nieznacznego obrzmienia wspomnianych stawów nie wykryć nie można. Prócz tego

chory doznaje bólów opasujących Stan bezgorączkowy. Pr. O. St. idem. L. O. bolesność gałki górą zewnątrz przy naciskaniu i injectio pericornealis dość silne. Żrenica mało rozszerzona. Zalecono: Fenacetynę $3 \times 0,6$, kąpiele słońce, jodynowanie krzyża. Opaska na lewe oko. Atropinę wstrzymano dla obu oczów.

7 Czerwca. Bóle w stawach kolanowych znacznie mniejsze. Obrzmienie schodzi. Objawy nerwowe bez zmiany. Stan oczów uległ widocznej poprawie. W lewym oku bolesności już nie ma. Przekrwienie okołorogówkowe nieznaczne. Tęczęwka przedstawia się prawie normalnie. Żrenica nie rozszerzona. Zalecono powrócić do jodku potasu. Kąpiele słońce. Atropina.

10 Czerwca. Bóle w stawach zupełnie znikły. Niema żadnych objawów zapalnych. Ruchy w stawach swobodne. Siła mięśniowa w kończynach dolnych nieco osłabiona. Bóle opasujące trwają nadal, również jak i bóle w kończynach dolnych. Odruch rzepkowy wzmożony. Odruch stopowy otrzymuje się. Wyćiek z cewki bardzo nieznaczny, występuje jedynie przy silnem naciśnięciu prącia. Przekrwienie w obu oczach znikło. W lewym przyrost, jak przedtem. Atropinę do prawego raz, do lewego dwa razy dziennie.

19 Czerwca. Chory czuje się mocniejszym, siła mięśniowa w kończynach dolnych powraca. Bólów opasujących nie ma. Stan oczów ten sam, żadnego podrażnienia. Jodek potasu i kąpiele jak przedtem. Atropinę wstrzymano.

Powracając obecnie do nierozstrzygniętego jeszcze rozpoznania tych zaburzeń nerwowych, któreśmy u chorego naszego spostrzegali, zauważyć muszę, że i w dalszym przebiegu choroby brakowało typowych objawów, na podstawie których możnaby zrobić stanowcze rozpoznanie.

Podobne objawy, jak w naszym przypadku daje przekrwienie rdzenia (hyperaemia medullae spinalis), rozpoznanie to jednakże nie można nazwać ściśle naukowem, dawni autorzy niejednokrotnie nadużywali go w wątpliwych przypadkach. Eichhorst, mówiąc o przekrwieniu rdzenia, powiada, że terminu tego często i chętnie używają lekarze, którzy lubią stawiać subtelne dyagnozy, lecz rzadko i jedynie przypadkowo robią badania pośmiertne. Wobec tego szereg objawów nerwowych, spostrzeganych u naszego chorego przyjąłem z pewnem poniekąd prawdopodobieństwem za lekką, rzekłbym nawet poronną formę polyneurytu.

Przypadek ten miał wiele cech wspólnych z przypadkami opisanymi przez Hayem'a i Parmentier'a szczególnie z pierwszym przypadkiem, chociaż tam miały miejsce objawy cięższe, jak zanik mięśni, czego u naszego chorego zupełnie nie było. Wspomnieni autorowie pierwszy swój przypadek zaliczyli do meningo-myelitów, w drugim, nie kusząc się o dyagnozę, nazwali zbiór objawów ogólnikowo „accidents spinaux”. Leyden (l. c.) utrzymuje, że oba te przypadki można do polyneurytów zaliczyć.

26 Czerwca. Chory opuszcza szpital. Stan zdrowia jego jest zadawalniający. Stawy nie bolesne. Żadnych śladów przebytego cierpienia nie przedstawiają. Czynność ich zachowana w zupełności. Z objawów ze strony układu nerwowego pozostało: wzmoczenie odruchów rzepkowych, choć nie w tak znacznym stopniu, jak poprzednio, oraz odruch stopowy. Co się tyczy stanu oczów, to prawe oko przedstawia się normalnie. Źrenica nie rozszerzona, okrągła, dobrze oddziaływająca na światło. Dno oka prawidłowe, widać je dokładnie. Lewa źrenica szersza jeszcze nieco, niż prawa, kształtu trochę nieregularnego, na światło oddziaływa słabo (w l. o. dłużej stosowaną była atropina). Na przedniej torebce liczne złogi barwnikowe i resztki wysięku tworzą wianeczek, odpowiadający brzegowi źrenicy w stanie jej zwężenia. Dno oka widać jak przez mgłę, co prawdopodobnie zależy głównie od drobnopyłkowego zamglenia ciała szklistego. V. pr. = $\frac{5}{5}$ E, Sn 0,5, p. pr. w 10 ctm. V. l. = $\frac{5}{15}$ E, Sn 0,5 z trudnością, p. pr. w 12 ctm.

W przypadku przez nas opisanym mieliśmy do czynienia z dwoma dość rzadkimi powikłaniami rzeźączki, zaburzeniami nerwowymi i irido-cyclitem, które przyłączyły się do częściej spotykanego już powikłania trypra mianowicie do reumatyzmu.

Taka mnogość powikłań w jednym przypadku dotąd spstrzeganą nie była, przynajmniej w dostępnej mi literaturze nic podobnego nie znalazłem. Opisane są tylko przypadki powikłania trypra przez reumatyzm i zapalenie tkanek ocznych, lub też reumatyzm z zaburzeniami nerwowymi.

Pomimo jednakże tych wielu powikłań przebieg ich należał do łagodnych i jak to z opisu choroby nam wiadomo, chory prawie bez szwanku w dość krótkim czasie szpital opuścił.

L I T E R A T U R A .

- 1) Eichhorst. Lehrbuch der speciellen. Pathologie und Therapie 1888.
- 2) Deutschmann. Gräefes Archiv. 1890.
- 3) Lindemann. Beiträge zur Augenheilkunde 1892.
- 4) Petrone. Centralbl. f. Chirurg. 1883.
- 5) Kämmerer. Centralbl. f. Chir. 1884.
- 6) Bergmann. Petersburger Med. Woch. 1885.
- 7) Sahli. Correspondbl. f. Schweiz. Aerzte 1887.
- 8) Jaquet. Annales de Derm. et Syph. 1892
- 9) E. Neisser. Deut. Woch. 1894.
- 10) Jadassohn. Baumgarten Jahresberichte 1889—90—92.

- 11) Everard Home. Practical observation on the treatment of stricture in the urethra. London 1803. (Cytowane u Hayem'a i Parmentier'a. Revue de Méd. 1888).
- 12) Stanley. Med. Chirurg. Transactions 1833.
- 13) Gull. Med. Chirurg. Transact. 1856.
- 14) Peter. Cytowane u Hayem'a i Parmentier'a. Revue de Méd. 1888.
- 15) Tixier. Thèse de Paris 1866.
- 16) Coutagne. Annales de Derm. 1870.
- 17) Brisson. Thèse de Paris 1883.
- 18) Fraenkel. Berlin. Klin. Woch. 1886.
- 19) Hayem i Parmentier. Revue de Méd. 1888.
- 20) Chavier i Février. Revue de Méd. 1888.
- 21) Dufour. Thèse de Paris 1889.
- 22) Spillmann i Haushalter. Revue de Méd. 1891.
- 23) Engel-Reimers. Jahrbüch. des Hamburg. Krankeénhauses 1892.
- 24) Leyden. Zeit. f. Klin. Med. 1893.
- 25) Koeniger. Über die sog. Complicationen der Gonorrhoe, insbesondere über einen Fall von Iridochorioiditis gonorrhoeica. Inaug. Diss. Berlin. (Nagel's Jahresb. 1872).
- 26) Förster. Beziehungen der Allgemeinleiden etc. Handbuch. v. Graëfe u Saemisch. Bd. VII, 1877.
- 27) Rückert. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1886.
- 28) Despagnet. De l'iritis blennorrhagique. Congr. d'opht. de Paris. Rec. d'opht. 1888.
- 29) Liebrecht. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1891.
- 30) Berger. Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Paris 1892.
- 31) Morax. Annales d'oculistique. Mai 1893.
- 32) Fuchs. Lehrbuch der Augenheilkunde 1893.
- 33) Knies. Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe. Wiesbaden 1893.

Szankier na palcu u ręki i dymienica gruczołu łokciowego.

Podał

Wł. Kopytowski.

M. W. lat 19, prostytutka, odstawiona została do szpitala Ś-go Łazarza przez komitet policyjno-lekarski w początkach lipca r. b. Przy oględzinach części płciowych wykryto kilka małych szankrów na wewnętrznej powierzchni warg małych i przy wejściu do pochwy; wszystkie szankry znajdowały się w okresie roz-

padu. Jednocześnie chora uskarżała się na bolesne owrzodzenie, umiejscowione na zewnętrznej powierzchni małego palca prawej ręki. Na owrzodzenie to zrazu nie zwróciłem należytej uwagi, uważając je za zwykłe zadrażnienie, utrzymywane niedbale przez chorą. Chora po dwóch dniach zaczęła się uskarżać na bolesny obrzęk, umiejscowiony na wewnętrznej powierzchni prawego ramienia w bliskości łokcia. Przy oględzinach zauważyć można było ograniczony guz, wielkości jaja kurzego, twardy, bolesny przy ucisku i ruchach chorej w stawie łokciowym, siedzący w miejscu, odpowiadającym gruczołom chłonnym okolicy łokciowej, t. j. na wewnątrz od ścięgna mięśnia dwuramiennego (biceps). Powiększony gruczoł z trudnością dał się przesuwac pod skórą, która była lekko zaczerwieniona, i przesuwala się łatwo nad obrzękłym gruczołem. Gruczoły pachowe nieznacznie powiększone, bolesne przy ucisku; wszelkie gruczoły chłonne, dostępne dla badania, powiększone. (Chora w początkowym okresie przymiotu—rok drugi).

Na zewnętrznej powierzchni palca małego prawej ręki zauważyć można było owrzodzenie nieczyste, pokryte szaro-żółtym rozpadem, wielkości soczewicy; skóra naokoło owrzodzenia zaczerwieniona, podminowana, bolesna przy ucisku i cały palec nieznacznie obrzękły.

Nie ulega wątpliwości, że chora, dotykając chorych części płciowych, przeniosła zarazek na skórę palca, pozbawioną naskórka, szczepiac sobie sztucznie szankra; bezpośrednio następstwem szankra było obrzmienie najbliższych gruczołów chłonnych. Zaznaczyć tu jednak muszę, że zwykle przy owrzodzeniach na palcach ręki powiększają się gruczoły pachowe, gruczoły zaś łokciowe mało uczestniczą w chorobie; być może, że warunki anatomiczne naczyń chłonnych małego palca stanowią wyjątek, komunikując się bezpośrednio z gruczołami chłonnymi okolicy łokciowej, umiejscowienie bowiem dymienicy w danym przypadku przemawia za tem.

Leczenie zasadało się na opatrunkach jodoformowych szankra palca; na obrzęk zaś gruczołu chłonnego stosowane było to pendzelkowanie skóry nalewką jodową, to kompresy rozgrzewające, ze współczesnem unieruchomieniem stawu łokciowego.

Po szesnastu dniach pobytu w szpitalu chora się wypisała; szankry na częściach płciowych i na palcu zagojone; obrzęk zaś

gruczołu łokciowego znacznie się zmniejszył; gruczoł wyczuwał się pod postacią ciastowatej masy, lekko bolesnej przy silnym ucisku; ruchy w łokciu bezbolesne.

Chorą tę miałem możność w krótkim czasie jeszcze raz badać, ponieważ po tygodniu została na nowo odesłana do szpitala, gruczoł łokciowy był łatwo wyczuwalny, bezbolesny przy ucisku.

Ponieważ dymienica gruczołów łokciowych nie należy do częstych przypadków spotykanych w praktyce, a ja pierwszy raz w życiu ją widziałem, uważałem za stosowne podać ten przypadek do wiadomości ogólnej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i choroby wewnętrzne.

238. H. QUINKE. **O surowiczem zapaleniu opon mózgowych.** (*Saml. Klin. Vort. N. 67, 1893*).

Autor obserwował szereg przypadków, które zniewalają na podstawie danych anatomopatologicznych, oraz przebiegu klinicznego do przyjęcia samoistnej formy wodogłowia, a właściwie zapalenia opon mózgowych surowiczego, które wodogłowiu sprządza. Formę tę spostrzegał autor zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Ze względu na przebieg grupuje autor swe przypadki w następujący sposób:

I. *Ostry początek.*

- a) z ostrym przebiegiem.
- b) z przewlekłym przebiegiem.

II. *Przypadki chroniczne.*

- a) z przewlekłym postępującym przebiegiem.
- b) z obostrzeniem.

Prócz swoich 14 szczegółowo opisanych (niektóre z badaniem pośmiertnym) przypadków, zebrał autor jeszcze kilka, opisanych przez innych klinicystów.

Poczem przechodzi autor do streszczenia *obrazu klinicznego* zajmującego nas cierpienia.

Początek choroby może być ostry, jak przy ropnem zapaleniu, częściej jednakże choroba rozwija się skrycie, podobnie jak zapalenie gruźlicze.

Gorączka często zupełnie nie występuje, lub też nie osiąga wysokiego natężenia.

Bóle głowy nie przedstawiają nic charakterystycznego.

Sztynność karku jest mniejsza, niż przy zapaleniu opon ropnem i gruźliczem.

Przytomność tracą chorzy zwykle w kilka dni po rozpoczęciu się choroby, nie tak szybko jednak, jak przy zapaleniu ropnem.

Niekiedy zjawiają się *nadczulice, miejscowe niedowłady, kurcze*.

Wymioty występują często, znacznie rzadziej zwolnienie oraz nieregularność *tętna*. *Zrenice* oddziałują leniwie, niekiedy są nierówne.

Za stały objaw tej choroby uważa autor zastoinowe zapalenie n. wzrokowego (Staungsneuritis n. opt.). Ważną również dla rozpoznania jest ta okoliczność, że objawy chorobowe podlegają znacznym wahaniom z dnia na dzień. Choroba ostro powstała w przeciągu jednego albo kilku miesięcy kończy się wyzdrowieniem lub też, postępując stopniowo, kończy się śmiercią.

W przeciwieństwie do ostro rozpoczynających się przypadków surowiczego zapalenia opon inne przypadki tej choroby zaczynają się skrycie i przyjmują przebieg przewlekły. Obraz choroby ciężkich przypadków, do tej grupy należących, zupełnie jest podobny do guzów mózgowia.

Bardzo niewyraźne i nieokreślone są objawy lżejszych przypadków meningitidis serosae, niekiedy trudno je odróżnić od t. zw. przypadłości neurastenicznych.

Cierpienie to spotyka się przeważnie u dzieci i to małych, rzadziej u starszych dzieci oraz u dorosłych do trzeciego dziesiątka lat.

Do *przyczyn*, wywołujących surowicze zapalenie opon mózgowych, zalicza autor: uraz głowy, wysiłek umysłowy, nadużycie wysokości, ostre choroby gorączkowe (dur, zapalenie płuc), wreszcie ciążę. Wpływ drobnoustrojów wyklucza tu autor zupełnie, przynajmniej dla znakomitej większości przypadków.

Przechodząc następnie do *patogenezy meningitidis serosae* powiada autor, że warunki patologicznego powiększenia się płynu mózgo-rdzeniowego są te same, co i dla innych wysięków (do opłucny jamy, brzusznej) mianowicie: zapalenie, zastój krwi i zastój limfy.

Najłatwiej wytłomaczyć sobie można powstanie wysięku przez zastój krwi. Przy ogólnym zastoju żylnym (wady serca) spotykamy zazwyczaj prócz obrzęku substancji mózgowej powiększenie ilości płynu zarówno w komorach jak i w przestrzeniach subarachnoidalnych. Zastój limfy jest w tym wypadku zupełnie identycznym z samym zastojem płynu mózgo-rdzeniowego.

Co zaś do zapalnego powiększenia ilości płynu mózgo-rdzeniowego to ze względu na umiejscowienie rozróżniamy *meningitis corticalis i meningitis ventricularis*.

Pierwsza postać jest przeważnie parazytarnego pochodzenia. Wysięki zapalne bez współdziałania drobnoustrojów spotykają się niekiedy i na powierzchni mózgu, znacznie częściej jednakże w komórkach.

Autor badał niejednokrotnie własności wysięku, wydobytego za pomocą punkcji lumbalnej, okazało się, że nie różni się on prawie od normalnego płynu mózgo-rdzeniowego. Wydobyty płyn ten bywał zwykle przezroczysty, jak woda, oraz zawierał bardzo nieznaczną ilość ciałek białych i przybłonka. Ciśnienie, pod którym płyn ten się znajdował, wahało się od 150 do 700 mm. Plexus chorioideus bywa zwykle przekrwiony w ostrym okresie surowiczego zapalenia opon, opona miękka przyjmuje również udział w tem przekrwieniu. W późniejszych okresach wszelkie zmiany anatomiczne znikają i jedynie w wyjątkowych razach zauważyć się daje mniej lub więcej rozległe zmętnienie opony miękiej.

Rozpoznanie surowiczego zapalenia opon mózgowych nie należy do rzeczy łatwych, cierpienie to ma wiele cech wspólnych z zapaleniem opon ropnem, gruźliczem, oraz z guzami mózgowia.

Od ropnego zapalenia odróżnia się surowicze nie wysoką i krótkotrwałą gorączką, oraz przebiegiem nie tak gwałtownym. Wszystkie objawy, wskutek łatwości wchłaniania się wysięku są nie stałe, przemijające. Ważne znaczenie rozpoznawcze przypisuje autor tarczy zastoinowej, która znacznie rzadziej występuje w ropnem zapaleniu opon. Jeszcze więcej cech wspólnych ma meningitis serosa z gruźlicą opon mózgowych.

Obie te formy chorobowe mają przebieg skryty, zwalnający, podostrawy. Chociaż u osobników starszych gruźlicze zapalenie przebiega szybciej. Doniosłe znaczenie ma tu wynalezienie innego jeszcze ogniska gruźliczego.

Co zaś do przewlekłych przypadków zapalenia opon surowiczego, to te tak są podobne do guzów mózgowia, że dotąd w większości przypadków za życia to ostatnie rozpoznanie było stawiane.

W zapaleniu opon surowiczem tarcza zastoinowa i ślepotą występują szybciej i częściej, aniżeli w guzach. W niektórych przypadkach punkcja może nam dostarczyć pewnych rozpoznawczych danych.

Długość trwania choroby daje nam także pewne wskazówki rozpoznawcze, zapalenie opon ma zwykle dłuższy przebieg od guzów mózgu.

Co się tyczy *terapii* to prócz zwykłych środków jak pijawki, lód na głowę i kark, środków czyszczących, zaleca autor leczenie rtęcią (wcierania, wstrzykiwania lub też do wewnątrz). Mniej skuteczne okazało się działanie jodu. Ze środków odciągających na skórę zaleca maść z tartarus-stibiatus. W niektórych przypadkach punkcja przynosi pewną ulgę. *H. Kucharzewski.*

239. Dr. FREYHAN. **Wyleczony przypadek zapalenia gruźliczego opon mózgowych.** (*Deut. Med. Woch.* 36, 1894).

Zapalenie gruźlicze opon mózgowych uważane jest powszechnie za chorobę absolutnie śmiertelną, podawane zaś przypadki

wyleczenia przyjmowane są zawsze z niedowierzaniem, z podejrzeniem co do prawdziwości rozpoznania. Istnieją wprawdzie opisy wyleczonych przypadków menigitidis tuberculosae, gdzie rozpoznanie, zdaje się, nie może ulegać wątpliwości, tak np. Dujardin-Beaumetz'a (skonstatowanie gruzełków na siatkówce), lub Rilliet i Barthez'a oraz I. Schwalbego (przypadki, w których śmierć nastąpiła w jakiś czas po przejściu zapalenia gruzliczego opon, a gdzie na sekcji znaleziono w oponach ślady zanikłych gruzełków), nieliczne te jednak opisy nie są w stanie zwalczyć ogólnego pesymizmu.

Autor obserwował w klinice prof. Fürbringera następujący przypadek:

Dwudziesto-letni robotnik zupełnie zdrow dotąd i ze zdrowej rodziny przybył z rozwiniętymi objawami zapalenia opon mózgowych, w 3 dniu choroby: silny niepokój, gwałtowny ból głowy z lekkim wygięciem w tył, bolesność kolumny pacierzowej. Dwustronna Neuritis Optica. Objawy pobudzenia ze strony nerwów mózgowych i obwodowych. Odruchy podniesione. Wymioty. Ciepłota 38—39° C. Herpes labialis. Po kilku dniach objawy pobudzenia ustępują depresji.

Postawiono rozpoznanie Meningitis cerebrospinalis epidemica.

W drugim tygodniu choroby zrobiono przekłócie do jamy rdzenia w okolicy lędźwiowej i wypuszczono około 60 c. sz. zleпка mętnawego surowiczego płynu (3 na tysiąc białka). Próby na płytkach wypadły ujemnie, za to w osadzie z nielicznych ciałek białych znaleziono wyraźne, dobrze barwiące się laseczniki gruzlicze. Toż samo znaleziono w osadzie z płynu wypuszczonego w 8 dni później. Taki wynik badania zmienił rozpoznanie, a rokowanie uczynił fatalnem. Tym czasem już po pierwszym przekłóciu wszystkie objawy znacznie osłabły w natężeniu i rozpoczęło się powolne zdrowienie. Najdłużej utrzymywała się sztywność w kończynach i Neuritis optica. Po upływie niespełna 3 miesięcy pacjent wypisał się zupełnie zdrow.

Wobec tego przypadku, w którym rozpoznanie udało się postawić z taką pewnością, na inne istniejące w literaturze opisy należy patrzeć z lepszą wiarą. Gdyby w danym przypadku płyn z jamy rdzenia nie był badany i nastąpiło wyleczenie byłby on uważany za nagminne zapalenie opon mózgowych, i to właśnie dla tego, że skończył się wyzdrowieniem.

Co się tyczy terapeutycznego znaczenia przekłócia z wypuszczeniem płynu z jamy rdzeniowej, to autor zapatruje się nań bardzo sceptycznie. Doświadczenie z innych przypadków zapalenia opon mózgowych nie wykazuje żadnego leczniczego wpływu wspomnianego zabiegu. Za to jego znaczenie rozpoznawcze jest oczywiste.

O. Hewelke.

240. Prof. H. KISCH. (Marienbad). **O anemicznej postaci otluszczenia.** (*Wiener. Med. Presse Nr. 23, 1894.*)

Pojęcie o otyłości zwykle łączemy z pojęciem o krwistości (Plethora), gdyż ludzie otyli mają zwykle wygląd zdrowy, twarz i błony śluzowe mocno zaczerwienione. Jest to jednak niesłuszne, gdyż obok tej postaci istnieje jeszcze druga, anemiczna forma otyłości chorobowej, która wprawdzie u mężczyzn spotyka się rzadko, u kobiet jednak zdarza się dość często.

Przyczyny powstawania tej postaci otyłości są dwojakiego rodzaju: albo niedokrwistość i nadmierne odkładanie się tłuszczu są następstwem pewnych spraw odbywających się w organach płciowych, albo też anemia jest przyczyną otyłości.

W pierwszej kategorii przypadków najczęściej przyczyną anemicznego składu krwi, połączonego jednocześnie z nadmiernym odkładaniem w organizmie tłuszczu, bywa opóźnienie okresu dojrzałości płciowej, oraz zbyt skąpe i rzadko zjawiające się miesiączkowanie.

W przypadkach drugiej kategorii przyczyną nadmiernego nagromadzenia się tłuszczu jest niedokrwistość. Zmniejszona ilość czerwonych ciałek krwi, które są dostarczycielami tlenu, jest tu powodem niedostatecznego utleniania się tłuszczów, których część nie uległa spaleni i pozostaje w zapasie. To powstawanie otyłości u anemicznych dobrze też tłumaczy teoria Voigt'a, według której energia, z jaką się odbywa przemiana materii i zdolność organizmu do rozkładania materij, zawartych w pokarmach, zależą nie tylko od ilości dostarczonego organizmowi białka, lecz także od ilości białka tkanek i krwi. Mniejsza ilość tego ostatniego jest równoznaczną z mniejszą ilością komórek, których zdolność rozkładania materii jest powodem zużycia jej. Dla tego też w organizmie ubogim w białko mała tylko część tłuszczów dostarczonych mu z pokarmami ulega spaleni, a duża ich ilość odkłada się w tkankach. U kobiet anemicznych brak ruchu i przebywanie w zamkniętej przestrzeni ubogiej w tlen, obok obfitego pożywienia jeszcze bardziej sprzyjają odkładaniu się tłuszczu w tkankach. Też same warunki tłómaczą nam powstawanie anemicznej formy otluszczenia u rekonwalescentów po takich chorobach jak tyfus, szkarlatyna, którym towarzyszą obfite utraty soków organizmu i upośledzone wytwarzanie krwi; oraz u kobiet, które długo karmią dzieci i przy tem forsownie się odżywiają.

Przy tej postaci otluszczenia już w bardzo wczesnych okresach zjawiają się takie objawy ze strony serca, które przy otyłości połączonej z krwistością spotykamy tylko w bardzo zaawansowanych przypadkach. Chore takie doznają bicia serca, skarżą się na brak tchu, ciśnienie w piersiach, uczucie znużenia i t. p. Tętno przyspieszone, dykrotyczne, niekiedy niemiarowe, tępość serca powiększona, tony serca słabe, często dźwięczne, niekiedy

słychać szmery systoliczne u zastawki dwudzielnej i innych ujęć, a także szmery anemiczne nad *bulbus venae jugularis*. Krew zawiera mniej hemoglobiny i czerwonych ciałek, a odpowiednio do tego skóra i błony śluzowe są blade.

Pócz tego przy tej postaci otłuszczenia bardzo często zdarzają się obrzęki, szczególnie dolnych kończyn, które przy otyłości połączonej z krwistością, spotykają się tylko w bardzo zapuszczonych przypadkach, jako oznaka rozpoczynających się zastojów w układzie naczyniowym.

Pomimo tak poważnych objawów rokowanie jest dobre.

Ze środków lekarskich za najodpowiedniejsze uważa autor preparaty żelaza, kąpiele i wody mineralne zawierające sól glauwerską i żelazo, umiarkowany ruch na świeżem powietrzu i dyjetę, która by była wzmacniająca, a zarazem nie sprzyjałaby odkładaniu się w organizmie tłuszczu.

Energiczne odtłuszczające leczenie uważa autor za przeciwwskazane.

W. Dąbrowski.

241. Dr. Teodor SCHOTT. **O leczeniu otłuszczenia serca.** (*Deutsch. Med. Wochensch. N. 27 i 28, 1894.*)

Gdy przedtem zajmowano się głównie fizykalną dyagnostyką chorób serca, obecnie leczenie tych cierpień budzi największe zainteresowanie w sferach lekarskich, i dzięki temu podjęto na nowo usiłowanie zastąpienia dawnych, mało skutecznych, lub nawet nieraz wprost szkodliwych sposobów leczenia nowymi t. z. fizykalnymi metodami leczniczymi. Krótki opis tych ostatnich oraz rezultatów, osiągniętych w leczeniu tą metodą otłuszczenia serca stanowi przedmiot tej pracy; przed tem jednak autor zwraca uwagę na trudności w rozpoznawaniu tego cierpienia; nie ma bowiem objawu, który byłby jemu tylko właściwy i dla tego też rozpoznawać można otłuszczenie serca tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Pomyłki też bywają wcale nie rzadkie, szczególnie zaś często za otłuszczenie bywa przyjmowane t. z. *weakened heart*, spowodowane nadużyciem tytoniu, herbaty, kawy, alkoholu, fizycznym lub umysłowym przecapowaniem i t. p. w których to stanach leczenie zastosowane przeciw otłuszczeniu serca jest nie raz bardzo szkodliwe. Z drugiej strony, nieraz wacha się rozpoznanie pomiędzy otłuszczeniem i zwyrodnieniem tłuszczowem serca.

Przechodząc następnie do leczenia otłuszczenia serca, poddaje autor krytyce wszystkie stosowane dotąd sposoby leczenia. Cieszące się dawniej uznaniem środki wymiotne i czyszczące, odciąganie krwi i t. p. przez wszystkich są już obecnie zarzucone, a dotąd jeszcze znajdujące zastosowanie preparaty jodowe również powinny zejść ze sceny, ponieważ obchudzające działanie ich zależy od utraty apetytu i zaburzeń żołądkowo-kiszczowych, które stanowczo przynoszą szkodę choremu. Wody mineralne, zaró-

wno zawierające sól glauberską, jako też sól kuchenną, Schott również uważa za niestosowne, ponieważ, jak zobaczymy niżej, jest w ogóle przeciwnikiem stosowania w otłuszczeniu serca wszystkich metod, dążących do obchudzenia całego organizmu.

Obecnie najszerze zastosowanie mają dwie metody: dietetyczna i mechaniczna. Pierwsza z nich stosowaną bywa w rozmaity sposób (metody Schroth'a, Tarnier'a, Bantinga, Oertel'a i t. p.), wszystkie te jednak sposoby mają jedno na celu, mianowicie zmniejszenie ilości nagromadzonego w sercu tłuszczu i zapobieganie dalszemu nagromadzaniu się go w tym organie. Tymczasem doświadczenia dokonywane na zwierzętach wykazują, że przy głodzeniu tych ostatnich tłuszcz nagromadzony w sercu znika bardzo późno, wtedy gdy zwierzę wskutek wychudzenia i osłabienia jest już blizkie śmierci, jeżeli więc niekiedy przy stosowaniu tych metod można zauważyć poprawę w stanie chorego, to zależy ona raczej od zmniejszenia się ilości tłuszczu w całym organizmie, przez co znacznie ułatwia się praca serca. Takie jednak obchudzenie ludzi chorych na otłuszczenie serca częściej przynosi im szkodę, niż pożytek. Młodzi ludzie z silnie rozwiniętą muskulaturą zniosą to jako tako, u starszych ludzi, osobliwie dotkniętych stwardnieniem naczyń, a także tam, gdzie o otłuszczeniu serca, jak to często bywa, towarzyszy niedokrwistość, cukrzyca, podagra i t. p. ta metoda leczenia może wywołać bardzo poważne zaburzenia, zmniejszeniu się bowiem ilości tłuszczu towarzyszy zawsze utrata ciał białkowych, a strata kilku choćby grammów muskulatury serca w tym razie może być zgubną. Autor niejednokrotnie widywał chorych, u których pod wpływem obchudzającego leczenia za pomocą wód mineralnych i diety występowało osłabienie mięśnia sercowego i rozszerzenie obu komórek, i dla tego też jest stanowczo przeciwny stosowaniu w otłuszczeniu serca wszystkich tych metod, które dążą do obchudzenia takich chorych. Za najodpowiedniejszą w tych razach uważa on przeciwnie dietę pokrzepiającą i na dowód słuszności swego zdania cytuje kilku chorych, którzy, nie straciwszy w czasie leczenia na wadze, a nawet cokolwiek zyskawszy, pozbyli się swych dolegliwości.

Obok metody dyjetetycznej bardzo ważną rolę w leczeniu otłuszczenia serca odgrywa metoda mechaniczna, zalecona jeszcze przez Stokes'a i stosowana również w sposób bardzo rozmaity. Bardzo rozpowszechnioną w ostatnich czasach metodę Oertel'a chodzenia po górach Schott uważa za niestosowną, gdyż serce przy tem musi wykonywać za wielką pracę, a gimnastykę Zandera (Machinengymnastik) za niepraktyczną, gdyż wymaga zbyt złożonych aparatów. Za najpraktyczniejszą uważa swoją metodę gimnastyczną, polegającą na tem, że chory albo sam wykonywa ćwiczenia, hamując jakiś ruch przez naprężanie mięśni antagonistów (Selbsthemmungsgymnastik), albo też przy pomocy kogoś dru-

giego, np. kogósłkolwiek z członków swej rodziny (Widerstandsgymnastik).

To samo co gimnastyka robi za pośrednictwem nerwów ruchowych, osiągnąć można przez balneo i hydropatyczne zabiegi, przez pośrednictwo nerwów czuciowych, i tę jednak metodę należy stosować bardzo ostrożnie, aby zbyt silnemi bodźcami nie zaszkodzić choremu.

Leczenie zatem otłuszczenia serca powinno polegać na odpowiedniej dyjecie, umiarkowanym ruchu, na świeżem powietrzu, gimnastyce i kąpielach. Dopiero, gdy za pomocą tych środków uda się wzmocnić serce, można przystąpić do leczenia obchudzającego, które trzeba stosować bardzo ostrożnie, nie uganiając się za zbyt znacznymi i szybko postępującymi stratami na wadze.

W. Dąbrowski.

242. Dr. F. HIRSCHFELD. **O utracie ciał białkowych przy leczeniu otyłości.** (*Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 27, 1894.*)

W sierpniowym numerze Kroniki lekarskiej czytelnik znalazł referat z pracy prof. von Noorden'a i d-ra Dappera, którzy starają się udowodnić konieczność i możliwość uniknięcia przy leczeniu otyłości strat w zapasie ciał białkowych za pomocą odpowiednio urządzonej i ściśle kontrolowanej dyjety. Badając przemianę materii u zdrowych i chorych ludzi przy dyjecie obchudzającej, Hirschfeld przyszedł do wręcz przeciwnych wniosków, niż powyżsi dwaj autorowie.

Zestawiając dwa szeregi doświadczeń, dokonanych na ludziach szczupłych i otyłych, którym w ciągu 8 dni dawano tylko połowę tej ilości pokarmów, do jakiej przywykli, przedewszystkiem przekonał się Hirschfeld, że straty białka są nieukninionie zarówno u osobników pierwszej, jak i drugiej kategorii, i, że u ludzi otyłych straty te nie są bynajmniej mniejsze, niż u chudych (w ciągu 8 dni średnio ubywało 2 kg, co odpowiada 17—30 grm N).

Przy stosowaniu przez czas dłuższy takiej głodowej dyjety ilość ulegającego spaleni białka co raz to się zmniejsza, tak że osoby już wyniszczone i z powodu, na przykład, cierpienia żołądka zmuszone zadawałniać się połową tej ilości pokarmów, jaka właściwie jest im potrzebna, tracą mniej białka, niż osobniki zdrowe i silne na początku stosowania dyjety głodowej. U otyłych również daje się zauważyć ten sam stosunek pomiędzy czasem trwania dyjety obchudzającej i wielkością strat białka, które z czasem spadają do bardzo niskich cyfr i podnoszą się dopiero wtedy, gdy dyjeta ponownie zostanie obostrzoną. Przeczy to stanowczo szeroko rozpowszechnionemu przekonaniu, że tłuszcze chronią od utraty białka, i, że gdy zapasy tłuszczu wyczerpią się, natenczas białko wyłącznie tylko ulega spaleni.

Wobec faktu, że przy leczeniu odtłuszczającym chorzy tracą nie tylko zapasy tłuszczu lecz i białka, rodzi się pytanie, w ja-

ki sposób możnaby temu zapobiedz? Obfitująca w białko dyjeta która, jakby się zdawało, najlepiej powinna odpowiadać temu zadaniu, chybia celu, jak przekonały spostrzeżenia von Noordena i Hirschfelda; a metoda polecana przez von Noordena i Dappera, polegająca na ciąglem kontrolowaniu przemiany materji i zapobieganiu utratom białka przez czasowe powiększenie ilości pokarmów, jest niepraktyczna, gdyż chcąc ją dokładnie przeprowadzić, należałoby dokonywać analizy środków spożywczych, określać ilość azotu w moczu i kale i dopiero przekonawszy się, że ilość ta zwiększyła się, powiększyć też odpowiednio ilość pokarmów, których skład, z powodu zmienności jego, należałoby także określać.

Wobec tego, że tych strat białka tak trudno jest uniknąć, mimowolnie następuje pytanie czy te straty, jakie mają miejsce przy leczeniu obchudzającym, są rzeczywiście tak bardzo szkodliwe dla organizmu? Ze odpowiedzieć na to pytanie trzeba będzie przecząco, widać już z tego, że wszelkiego rodzaju ćwiczeniom fizycznym powiększającym sprawność organizmu osobliwie siłę mięśni, towarzyszy zmniejszenie się wagi ciała, a więc i straty w zapasie ciał białkowych i to tem większe, że trenowaniu się oddają się zwykle ludzie młodzi, silni i dobrze odżywiani. Trzeba też brać pod uwagę i to, że u leczących się na otyłość osłabienie zjawia się dopiero w późniejszych okresach kuracyi głodowej, to jest wtedy, gdy straty białka spadają do zera. Te względy oraz spostrzeżenia na chorych, którzy nieraz pomimo znacznych strat białka nie tracili bynajmniej sił, przekonały Hirschfelda że pomiędzy siłą mięśni, a wielkością strat ciał białkowych nie zachodzi żaden stosunek. Zdaniem jego sprawność organizmu zależy od ilości spożywanych pokarmów i dla tego też jeżeli przy leczeniu otyłości zadaleko posunąć się w ograniczeniu pożywienia natenczas można wywołać upadek sił, który daje się usunąć tylko przez powiększenie ilości pokarmów. Zupełnie zdrowy człowiek, nie jedząc nic przez 12 godzin, czuwa osłabienie, które po spożyciu pokarmu zanadto prędko przemija, aby je można kłaść na karb utraty białka. Hirschfeld przeto sądzi, że związek pomiędzy niedostateczną ilością przyjętego do żołądka pokarmu, a uczuciem osłabienia odbywa się za pośrednictwem refleksów wychodzących z żołądka i dla tego też radzi zalecać ludziom otyłym takie pokarmy, któreby przy dużej objętości i wadze zawierały mały procent ciał odżywczych i wywoływały uczucie nasycenia. Zaleca więc jaja na miękko i pokarmy roślinne w postaci jarzyn i zup, a zabrania mleka, masła, tłuszczów, chleba, cukru i alkoholu. Pod tym względem Hirschfeld nie zgadza się z Ebsteinem, który uważa węglowodany za daleko szkodliwsze dla otyłych, niż tłuszcze, i z Oertel'em, który zabrania otyłym używania płynów. Hirschfeld, przeciwnie, jest tego zdania, że ludzie otyli nie powinni wyrzekać się płynów, aby przez to nie ograniczać możliwości pocenia się, które jest niezbędnym środkiem regu-

lacy ciepłoty, przy każdym wysiłku mięśni wskutek dużej masy ciała szybko się podnoszącej. Hypotezy Maximowicza i Biedera, którzy twierdzą, że picie wody po wysiłkach mięśniowych podnosi ciśnienie krwi, podziela Hirschfeld o tyle, o ile ma ona na względzie nadmiar płynów, ponieważ zbytne przepełnienie układu naczyniowego uważa za równie szkodliwe dla serca jak i zbyt małe wypełnienie naczyń, osobliwie gdy te ostatnie wskutek większych wysiłków fizycznych są rozszerzone.

Wreszcie autor podziela wraz z Noordenem potrzebę indywidualizowania metody leczniczej i z tej zasady wychodząc powstaje przeciwko manii jeżdżenia do wód, gdzie chorzy są narażeni na trudy i niewygody i z konieczności muszą spożywać inne pokarmy niż te do których przywykli. *W. Dąbrowski.*

243. H. CHRIST. **O wpływie pracy mięśniowej na działalność serca.**
(*Deutsches Archiv. für Klinische Medicin 53 Band*).

Wiadomo, że przeciążenie pracą fizyczną może spowodować cierpienia serca, a mianowicie przerost i rozszerzenie. Że praca mięśniowa wpływa na działalność serca, że potęguje jego działalność — jest to już oddawna znanym pewnikiem, bliższych jednak szczegółów co do rodzaju tego wpływu nie znamy. Nie znamy kresu, do którego działalność serca może być bezkarnie potęgowana, nie mamy pojęcia o różnicach w reagowaniu na omawiany wpływ serca zdrowych i chorych, w końcu nie wiemy, czy badania w tym kierunku przeprowadzone, nie pozwolą na wyprowadzenie jakichkolwiek dyjagnostycznych wniosków.

Do badań w tym kierunku najodpowiedniejszą wydaje się praca mięśniowa, potrzebna do wchodzenia na schody; wchodzi przytem w grę potężny aparat mięśniowy, praca może być systematycznie prowadzoną bez obawy raptownego przeciążenia. W końcu tego rodzaju praca nie tamuje swobodnego oddychania. Dla tych powodów wybrał autor ten rodzaj pracy do swych badań. Ponieważ śledzenie za badanym, przy jednoczesnem wchodzeniu na schody badającego, byłoby utrudnione, użył autor przyrządu do stąpania, zwanego ergostatem. Za pomocą sfigmografu zdejmowano krzywe pulsu zaraz przed rozpoczęciem doświadczenia i natychmiast po skończeniu (sfigmograf przymocowany do prawej ręki badanego, lewą ręką opiera się badany o statywę, co pozwala trzymać się prosto i stąpać pewnie).

Wielkość pracy obliczano w kilogramometrach (wysokość schodu w metrach pomnożono przez ilość schodów (n) i wagę ciała (k)), obliczano czas trwania pracy, notowano dalej ilość uderzeń pulsu na minutę przed i po pracy, a także przewyżkę w ilości uderzeń w jednym i drugim wypadku. Z tych danych ułożył autor dwie tablice, pierwsza obejmuje rezultaty badań, przeprowadzonych na zdrowych osobnikach, druga na rekonalescentach i chorych. Patrząc na tablicę, widzimy różnicę w reagowaniu ser-

ca u zdrowych i rekonwalescentów. 1000 do 2000 kgrm. pracy u rekonwalescanta powoduje takie zwiększenie częstości pulsu, jak 5000 do 7000 kgrm. u zdrowego. Badając zdrowych, zauważył autor, że ze zwiększeniem pracy zwiększa się i częstość pulsu, ale jednak tylko do pewnej granicy, granicy dotąd bliżej nieokreślonej, po za którą częstość uderzeń pozostaje nie zmienioną pomimo zwiększenia pracy. Najwyższą częstość pulsu 167 na minutę otrzymano u rekonwalescanta z tyfusu przy bardzo umiarkowanej pracy. Rozbierając dalej rezultaty swych doświadczeń, podaje autor krzywą pulsu od tego samego osobnika badanego przed, zaraz po i w pięć minut po pracy; wygląd krzywej pozwala w pewnym stopniu sądzić o stanie krążenia krwi w badanym naczyniu; silnie wyrażony przy znacznej (większej) pracy dikrotyzm wskazuje bezwątpienia na zmniejszenie elastyczności naczynia; z tej samej krzywej wnioskujemy, że praca mięśniowa zwiększa ciśnienie krwi, ale na krótko, po przekroczeniu bowiem pewnej normy pracy ciśnienie opada, co da się wytłumaczyć zmniejszeniem elastyczności naczyń i nadmierną częstością uderzeń serca.

Przy wszystkich doświadczeniach zwracał autor baczną uwagę na objawy zmęczenia serca, jako to bicie serca, duszność, nie regularny puls. Pierwsze dwa objawy spostrzegano kilkakrotnie, chociaż bardzo słabo wyrażone, ponieważ przerywano natychmiast doświadczenia przy zjawianiu się takowych. Bicie serca na skutek jego zmęczenia ściśle odróżniać należy od bicia serca nerwowego; mówi autor. Doświadczenia robione z dwoma osobnikami, u których wykazano w anamnezie bicie serca nerwowe, dały krzywą pulsu regularną, przytem żadnych objawów zmęczenia serca nie konstatowano. Arytmie i asystolie, które to objawy Leyden za stałe przy zmęczeniu serca poczytuje, ze zdziwieniem obserwował autor tylko w jednym wypadku po bardzo umiarkowanej pracy; zdziwienie było tem większe, że objaw ten spostrzeżono u osobnika na pozór zdrowego, w którego anamnezie nie było skarg na jakiegokolwiek chorobliwe objawy ze strony serca; dopiero szczegółowiej zebrana anamneza wykazała mocno zaakcentowane dziedziczne usposobienie do suchot. W końcu wspomina autor o doświadczeniach z trzema rekonwalescentami po tyfusie, u których przy nieznacznej pracy otrzymano duże zwiększenia częstości uderzeń pulsu. U trzech tych badanych przed i po pracy określano dokładnie granice tępości serca i wysłuchiwało takowe.

We wszystkich trzech przypadkach znaleziono zwiększenie tępości serca, przeważnie wprawo, a w jednym wystąpiły nawet szmery sercowe; zmiany te wyrównywały się po pewnym czasie zupełnie. Znaczenie tego spostrzeżenia rzuca się w oczy, przyjąć bowiem należy, że jeżeli tak mało odporne serce podlegnie powtórnie w ostry sposób rozszerzeniu, to zmiana ta może się nie wyrównać i dać początek stałemu procesowi patologicznemu. Kończy autor pracę zastrzeżeniem, że nie myśli bynajmniej na

podstawie swych badań wyprowadzać wniosków co do zmian w krążeniu krwi pod wpływem pracy mięśniowej, uważając je za przedwczesne, a badania za jednostronne, przypuszcza jednak, że opisane badania pozwalają na wyprowadzenie pewnych, nie mało znaczących dyagnostycznych wskazówek. Wiadomo, że ciężka praca fizyczna powoduje cierpienia serca, pracujących ciężko jest atoli masa, a cierpienia (zmiany serca) li tylko ciężką pracą wywołane należą do rzadkich. Fakt ten znajdzie wytłomaczenie o tyle, o ile przyjmemy, w podobnych przypadkach odgrywa główną rolę pewna indywidualna predyspozycja, bliżej etiologicznie nieokreślona. Wczesne skonstatowanie takiej predyspozycji miałyby donosić znaczenie dla pacjentów, a wykazać ją można, badając osobnika nie wstanie spokoju, w tych bowiem warunkach serce może mieć wszystkie pozory serca normalnego, a w myśl dñświadczeń autora, badając odporność serca na pracę mięśniową. Dalej idąc badania podobne mogłyby być pomocne, przy rozpoznaniu tak zwanego bicia serca nerwowego, a wreszcie dając pewne wskazówki co do odporności serca, chroniłyby niektórych pacjentów od bezcelowej, a raczej szkodliwej metody kuracyjnej, mianowicie „*terraincour*“.

J. Świeżyński.

244. POTAIN. **O żółtaczce ze wzruszenia.** (*Sem. méd. Nr. 48, str. 381, 1894.*)

Żółtaczka, powstała w zależności od wstrząśnień moralnych, nie ulega, zdaniem autora, żadnej wątpliwości. Znane są przypadki niewątpliwe, w których ktoś dostał żółtaczki natychmiast po doznaniem wzruszenia, najczęściej wskutek silnego przestachu lub gniewu. Nap.: pewien bankier dostał nagle żółtaczki gdy dowiedział się o bankructwie; wiadomość ta zastała go golącego się; zanim czynność tę skończył, był już żółty. W innych przypadkach ktoś, ugryziony przez szczura lub przewrócony przez złego psa, dostał również nagle żółtaczki. Przypadki te autor tłómaczy w ten sposób, że silne wzruszenie obniża bardzo znacznie ciśnienie w naczyniach krwionośnych wewnętrznych. Wskutek tego ciśnienie w drogach żółciowych, mianowicie w kapilarach żółciowych, staje się większem od ciśnienia w kapilarach krwionośnych, i następuje przesiąkanie żółci do krwi. W częstych przypadkach tego rodzaju rokowanie jest dobre. Żółtaczka taka z łatwo zrozumiałych powodów ustępuje po kilku dniach. Leczenie polegać powinno na możliwym usunięciu chorego od wszelkich wzruszeń i na zapobieganiu zaburzeniom żołądkowym. To ostatnie wynika z następujących faktów.

Zdarza się, że ktoś, dostawszy bardzo silnego wzruszenia, dostaje żółtaczki nie odrazu, lecz po kilku godzinach, a nawet po kilku dniach. Do takich przypadków podane wyżej tłómaczenie sposobu powstawania nie nadaje się zupełnie. Autor tłómaczy ich powstawanie w sposób następujący. Wiadomo, że wpływy

nerwowe osłabiają czasem znacznie nie tylko wydzielanie pewnych gruczołów, ale i odporność tkanek wogóle. Z drugiej strony wiemy, iż odporność tkanek, mianowicie nabłonka dróg pokarmowych i żółciowych stanowi najistotniejszą zaporę przeciwko zakażeniu tych ostatnich pasożytami, których tak wiele znajduje się w kanale pokarmowym. Gdy ta odporność wskutek zależnych od silnego wstrząsu nerwowego minimalnych zaburzeń w odżywianiu zostanie zmniejszoną, a nadto wydzielanie soku żołądkowego zostaje z tego samego powodu upośledzone, pasożyty mnożą się licznie w górnej części kanału pokarmowego, drogi żółciowe zostają przez nie zakażone, rozwija się w nich zapalenie kataralne, czop śluzu zatyka ujście głównego przewodu żółciowego, i mamy w ten sposób żółtaczkę zwykłego pochodzenia—wskutek zatamowania ujścia dróg żółciowych. Dla rozwoju tej sprawy potrzeba kilku godzin do kilkunastu dni. Dla tego też w tych granicach waha się termin powstawania spóźnionych żółtaczek, zależnych od silnych wzruszeń. To też, skoro tylko żółtaczka rozwinęła się natychmiast po doznaniem wzruszeniu, należy unikać zaburzeń w trawieniu, gdyż te mogą żółtaczkę, zależną pierwotnie od chwilowych zaburzeń w ciśnieniu i łatwo przechodzącą, zamienić w drugą zwykłą jej postać, zależną od zatkania przewodu żółciowego. Postać ta trwa, naturalnie znacznie dłużej. Leczenie przy niej powinno być zwykłe, a rokowanie staje się dobrem, w myśl ogólnych zasad, dopiero wtedy, gdy wypróżnienia są zabarwione, a żółć znikła już z moczu.

Wł. Janowski.

245. Dr. SCHIESS-BEY i Dr. H. BITTER. (Aleksandryja). **O etyologii tyfoidu żółciowego.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 34, 1894*).

Etyjologia tyfoidu żółciowego pomimo licznych badań dotąd wyjaśnioną nie została. Autorzy, korzystając z ostatniej małej epidemii w Aleksandryi, przeprowadzili badanie krwi w pięciu przypadkach tej choroby. W każdym z tych przypadków wykryto we krwi obecność pasożytów, które zaliczono do jednej klasy z plasmodjami zimnicy, wielkości 1—2 w średnicy. Twory te leżą bądź wewnątrz czerwonych ciałek krwi, bądź też swobodnie po za ich obrybem. W preparatach świeżych dostrzedz można żywe ruchy ameboidne. Barwnik znajduje się także, chociaż w niewielkiej ilości. Autorzy powiadają, że udało im się spostrzegać wszystkie formy, jakie dla malaryi są opisane.

Na podstawie tych kilku, choć nielicznych spostrzeżeń, należałoby tyfoid żółciowy do zakażenia zimniczego przyłączyć, co wreszcie już Gresinger zrobił.

Podobne zdanie wypowiedział i Koch podczas bytności swojej w Egipcie.

H. Kucharzewski.

246. K. MIURA. *Trichomonas vaginalis* w świeżo oddanym moczu mężczyzny. (*Centr. f. Bacterologie Bd. XVI Nr. 2, str. 67, 1894*).

Do szpitala w Tokio zgłosił się 52 letni mężczyzna, skarżąc się tylko na kaszel, o żadnych zaburzeniach w oddawaniu moczu nie wspomina. Tymczasem badanie moczu wykryło w nim, przy zupełnie normalnym pod każdym innym względem składzie, obecność nitek zupełnie do tryprowych podobnych (osobnik nigdy trypra nie przechodził), a składających się z białych ciałek krwi i mnóstwa ruszających się wymoczków. Długość tych pasożytów wahała się od 0,012—0,022 mm., szerokość od 0,010—0,015 mm. Miały one wszystkie rzęsy na swej przedniej części; długość tych rzęsów wahała się od 0,008—0,012 mm. Czasem jeden wymoczek miał takich rzęsów dwa. Umierając twór rzęsy te tracił. Nadto tylna część ciała wymocзка, wyciągając się, tworzyła ogonek, zwykle przymocowany do jakiegoś tworu morfologicznego. Na przedniej połowie pasożyta widać było błonkę, która, żywo falując, leżała raz w samym pasożycie, drugi raz na zewnątrz jego, tworząc zazębienia. Te ostatnie były przy szybkich ruchach pasożyta niby ostre, przy powolnych jednak widać było, że są okrągłe. Ruchy błonki były falujące, z przodu ku tyłowi. Pasożyt cały poruszał się naprzód i w tył lub około swej osi podłużnej.

Powyższe twory autor znajdował za każdym razem w świeżo oddanym moczu owego chorego.

Autor uważając za *trichomonas vaginalis*. Przemawiały za tem wielkość i kształt pasożyta, obecność w nim otoczki falującej (mylnie dawniej za rzęsy przyjmowanej) oraz rzęsów na końcu. Mylnie sądzono dawniej, że twór ten ma zwykle 2—3 rzęsy. Wydaje się tak przy ożywionych ruchach wymocзка. Przeciwnie, przy powolnych widać, że większość ich ma tylko jeden rząs.

Chcąc określić, gdzie siedzą u omawianego pacjenta znajduwane w moczu wymocżki, autor zbierał oddzielnie mocz samodzielnie przez chorego oddawany i oddzielnie wypuszczany przez kateter. Ostatni nie zawierał nigdy wymoczków; przeciwnie, pierwszy zawierał je stale; najwięcej ich było w pierwszych porcjach moczu. Chory autora zaraził się *trichomonadami* prawdopodobnie od swej żony, gdyż badanie wydzieliny z jej pochwy wykryło w niej mnóstwo tych samych wymoczków. Ponieważ, według kilku autorów, z pomiędzy kobiet 40% ma w pochwie *trichomonas vaginalis*, należy więc mieć obecnie na uwadze możliwość częstszego spostrzegania przypadków analogicznych do opisanego przez autora.

Autor ma słuszną rację, zwracając na ten ciekawy fakt uwagę. Dodamy tu, że jest to drugie tego rodzaju spostrzeżenie. Pierwsze ogłosił na kilka tygodni przedtem *Marchand* (*Centr. f. Bact. 1894 Bd. 15 Nr. 19/20 str. 709*). Obydwa przypadki były natu-

ralnie niezależnie jeden od drugiego spostrzegane, gdyż Marschand obserwował swój przypadek w marcu r. b. a Miura przysłał rękopism z Japonii w Kwietniu r. b. Pomiędzy autorami istnieje pewna niezgodność co do wyglądu pasożyta. Dalsze spostrzeżenia może rzecz te wyjaśniać, mianowicie co do ilości rzesów.

Wł. Janowski.

247. R. JURRO. **Hodowanie gonokoków i tryper sztucznie wywoływany.** (*Centr. f. Bakter. Bd. XVI Nr. 1, str. 1, 1894.*)

Gonokoki rozwijają się dobrze na kwaśnych podłożach. Szczepiąc świeżą ropę tryprową na moczu zwyczajnym lub wyjąłwionym, otrzymać można w nim już po upływie doby w termostacie rozwój bardzo obfity gonokoków. Rozwój ten następuje również i po dodaniu do moczu $\frac{1}{2}\%$, a nawet 1% peptonu, bez zobojętnienia. Chcąc otrzymać rozwój gonokoków na żelatynie, należy ją przygotować zwykłym sposobem, tylko zupełnie bez zobojętnienia jej zasadami. Nawet dodatek 1 kropli kwasu solnego do 100 cen. żelatyny nie tamuje, lecz tylko nieco zwalnia rozwój na niej gonokoków. Przy 22—24° C. hodowle w ułtuciu rozwijają się po dwóch dniach z głębi ku powierzchni. Po tym czasie rozwija się również hodowla na płaszczyźnie żelatynowej w postaci 1 cm szerokiej wstęgi. Inne pasożyty, nawet umyślnie jednocześnie z ropą tryprową na takiej kwaśnej żelatynie szczepione, zupełnie się nie rozwijają. W ten sposób otrzymać można na kwaśnej żelatynie czystą hodowlę gonokoków bezpośrednio z ropy tryprowej. Pasożyty te żelatyny nie rozrzedzają. Na płytce żelatynowej gonokoki rosną w postaci wyraźnych białych punktów, wynoszących się nad powierzchnię gleby w postaci odcinków, powiększających się nawet po 15—20 dniach. Chcąc mieć tak powierzchniczne hodowle, należy wylewać zakażony płyn na stwardniałą już galaretę. Gonokoki rozwijają się również po 24 godzinach przy 35° C na podłożu przygotowanym w ten sposób, że do przegrzanej w ciągu $\frac{1}{2}$ godziny przy 125° C zwykłej 10% żelatyny dodaje się $\frac{1}{2}\%$ — 1% peptonu a 3% agaru.

Ropa tryprowa jest dla gonokoków silną trucizną. Z tego powodu już po 24 godzinach nie można z niej otrzymać gonokoków na żadnym podłożu. Przeciwnie ze świeżej ropy można na kwaśnym podłożu wyhodować gonokoki nawet po bardzo długim trwaniu trypra. Autor wyhodowywał je już z przypadków, trwających 3 miesiące do 11-u lat. Jeżeli tryper jest bardzo stary, lepiej jest hodować go na buljionie, zawierającym 2% peptonu. Z podłoża kwaśnego można gonokoki przenieść 1 raz z dobrym skutkiem na alkaliczne. Już drugie jednak przeszczepienie na takim podłożu nie udaje się. Przeniesienie takich hodowli ponownie na podłoża kwaśne ożywia je.

Rozwijając się na kwaśnym podłożu gonokoki szybko je neutralizują, a wtedy rozwijają się na niem inne pasożyty, które

znajdowały się odrazu w szczepionej ropie, lecz na kwaśnem podłożu rozwinąć się nie mogły. Najczęściej jednak towarzyszy gonokokom pasożyt, zwany *diplococcus commensalis*, który doskonale rozwija się na podłożach kwaśnych. Różni się od gonokoka niesymetrią swoich połów, inną wielkością oraz żółtym kolorem swoich hodowli na żelatynie. Wskutek tego nieraz na białych smugach hodowli gonokoków otrzymuje się żółte plamy, a nawet smugi, zależne od *diplococcus commensalis*. Pasożyt ten posiada własności jadowite tylko w razach wyjątkowych. Znajdywano go również w płwocinie suchotników.

Gonokoki hodowane na podłożu alkalicznem, nie są jadowite. Przeciwnie, hodowane na podłożu kwaśnem, posiadają wysoką jadowitość. Nie uszkadzając nigdzie naskórka, dość jest po odsunięciu napletka posmarować żołądź hodowlą ropną żelatynową, aby już po 1—2 dniach pokazał się z cewki moczowej wypływ ropny, pomimo iż sama żołądź pozostanie zdrową. U suk zapalenie sromu powstaje dopiero po 3—4 dobach. Zapalenia pochwy, resp. oczów autor wywołać nie mógł. Suki reagują wogóle słabiej na zakażenie gonokokami. Przeciwnie, u psów powstaje pod ich wpływem ciężki stan ogólny z obszernym zniszczeniem odpowiedniego nabłonka. Czasami sprawa przechodzi na pęcherz, moczowody i nerki, i zwierzęta padają przy objawach ogólnego zakażenia. (Nie można tu wykluczyć działania innych pasożytów, gdyż sam autor twierdzi, że ropa tryprowa roi się od obcych bakterij. Sprawozd.) Szczepienia podskórne gonokoków wywołują ciężkie zakażenie ogólne. Taki sam jest skutek szczepień do żył.

Jeżeli przenieść gonokoki z żelatyny kwaśnej na alkaliczną, tracą one swą jadowitość. Nie miewa to miejsca gdy żelatyna staje się alkaliczną tylko wskutek rozwoju na niej gonokoków.

Obok tych ważnych danych, autor przytacza też kilka innych, dotyczących morfologii u psów. Nie są jednak jeszcze ostatecznie sformułowane, dla tego je tu pomijamy, tu bowiem chcieliśmy tylko zwrócić uwagę na ważny fakt tak łatwego hodowania gonokoków, który należy sprawdzić. *Wł. Janowski.*

II. Choroby nerwowe.

248. M. FRIEDMANN. **O zadumie neurastenicznej.** (*Ueber die neurasthenische Melancholie. Deutsch. Medic. Woch. N. 30 i 31, 1893.*)

Neurasthenia resp. histeryja nie przeobrażają się w choroby umysłowe w ścisłem znaczeniu, pomimo że mają wiele stron

wspólnych z chorobami umysłowemi; rozwijają się w narządzie psychicznym, stąd dają wiele objawów psychicznych, często mają taką samą etiologję. Lecz już ta okoliczność, że pod wpływem pozornie jednych przyczyn raz rozwija się nerwica drugi raz choroba umysłowa dowodzi, że tu główną rolę gra rolę drzemiające w ustroju usposobienie. Otóż usposobienie to charakteryzujące się pewnym swoistym sobie sposobem oddziaływania jest inne w neurastenii, niż w chorobach umysłowych. Podawane przypadki przeobrażeń neurastenii w zamroczenia padaczkowe z amnezją (Kraft-Ebing), w dementia paralytica (Arndt), w paranoia, mania, dementia senilis i t. d. polegają prawdopodobnie, zdaniem autora albo: 1) Na błędnem rozpoznaniu neurastenii w okresie zwiastunowym, co jest możliwe i częste, lub 2) Na powiązaniu w zależność przyczynową 2-ch współlistniejących usposobień chorobowych.

To też w dzisiejszym stanie kwestyi znaczenie dowodowe mogą mieć tylko takie przypadki, w których *u znanych lekarzowi przez czas długi typowych neurasteników i w jego oczach następuje przeobrażenie neurastenii w chorobę umysłową.*

Otóż na 600—700 przypadków, spostrzeganych przez autora w tych warunkach, nie widział on ani razu takiego przeobrażenia, choć czasowo można było się wahać w rozpoznaniu niektórych przypadków i choć w liczbie tej mieści się kilkunastu chorych, pochodzących z rodzin, obciążonych chorobami umysłowemi.

Trzeba tylko odróżniać *neurasthenia genuina*, swoiste cierpienia układu nerwowego, polegające na własności łatwego wyczerpywania się, a przedtem jeszcze na wytwarzaniu przykrego stanu w czuciu ogólnem z wybuchami innerwacyi. Stan ten jest zwykle przewlekły osobliwie przy wrodzonej znanej swej wytrzymałości układu nerwowego. Usposobienia w innym kierunku, histeria paranoia mogą się naturalnie także łączyć z „neurasteniczną słabością nerwów“, lecz ta ostatnia będzie *neurasthenia symptomatyczna*. Autor rozumie się mówi tu tylko o *neurasthenia genuina* i prędzej skłonny jest widzieć, że przez właściwą sobie reakcją zmęczenia zabezpiecza ona raczej od chorób umysłowych prawdziwych.

Neurastenia jednak może rozwijać się w kierunku właściwych neurastenii zwykłych nieprawidłowości psychicznych i w ten sposób powstają swoiste psychozy z zachowaniem znaczenia neurastenicznego pochodzenia. W tych to przypadkach długotrwała typowa neurastenia poprzedza. Do dzisiaj opisano 2 postaci takich psychoz, do których autor dodaje swój opis 3-ciej.

1) *Psychozy neurasteniczne, charakteryzujące się przymusowemi wyobrażeniami i popędami* (Impulsive Intentions - Psycho-sen L. Meyera). Po za sferę normalnych skojarzeń wykraczają pewne wyobrażenia i popędy, odczuwające się stopniem natężenia; przypuszczać zatem można rozluźnienie skojarzeń prawidłowych

w skutku zmęczenia. Nastrój uczuciowości odpowiada sytuacji ogólnej. Najczęstsze są lżejsze stopnie, niekiedy epizodyczne.

2) *Do przymusowych wyobrażeń dołącza się przynębienie uczuciowości w stopniu znacznym.* Jest to więc już pewien rodzaj melancholji neurastenicznej, opisany przez Markusa, z którym autor nie zgadza się tylko co do twierdzenia, jakoby zmiany uczuciowości zależały wyłącznie tylko od przymusowych wyobrażeń. Te ostatnie mogą być nawet obojetnej treści. Postać ta rozwija się częściej u kobiet.

Najczęstszą jednak, zdaniem autora, jest opisana tu właściwa przez niego neurasteniczna melancholija bez przymusowych wyobrażeń;

3) *Zwykła neurasteniczna melancholija.* 50/0 neurasteników mózgowych, zarówno mężczyzn jak kobiet, zapada na nią najczęściej dopiero po 50 r. życia, niekiedy bywa ona i w młodzieńczym wieku, najrzadziej w sile wieku. Od stereotypowego przynębienia duchowego neurasteników począwszy, spotykamy tu wszelkie możliwe stopnie. W przypadkach jednak rozwiniętych chorzy robią pierwsze wrażenie melancholików zwykłych. Pogńębienie, zatamowanie umysłowe, osłabienie pamięci—czynią ich niezdolnymi do zajęć; myśli smutne, obawa ruiny, zwątpienie w siebie, słowem obłęd małości opanowują ich, nierzadko są myśli samobójcze.

W obec lekarza chorzy tacy są zgnębeni, złamani, łzy mają w oczach, skarżą się zaś głównie na objawy psychiczne, po zatem na nacisk w głowie i bezsenność, rzadziej anxiety praecordialis. Odmiany mogą być, jak w zwykłej melancholii, więcej *bierno lub czynne*. Najtrudniejszą do rozpoznania bywa jednak odmiana *odrętwiała (torpida)*, w której trudność myślenia dosięga najwyższego stopnia, a nawet może się zjawiać apatyja. Chorzy tacy albo robią wrażenie *dementów*, albo też, szczególnie u młodych gdy się zjawia *stupor*, silny świst w głowie, śpiączka, obojętność, niekiedy tremor lub pareza — obraz może być bardzo podobny do organicznego cierpienia mózgu i tylko dalszy przebieg rozstrzyga. Lekkie stopnie tej odmiany są częstsze, ciężkie—podejrzane.

Różnice neurastenicznej melancholii od melancholii zwykłej zaznaczają się jednak najwyraźniej w *powstawaniu przebiegu i zejściu*.

Neurasteniczna melancholija jest dalszym rozwojem neurastenii, zatem chorzy na nią podlegali poprzednio objawom typowej neurastenii. Zwykłe po znaczniejszem jakimś wyczerpaniu nerwowem resp. kuracyji osłabiającej wybuch napad do poprzednich neurastenicznych niepodobny, odrazu bowiem z charakterem melancholii. W ogóle ta postać rzadziej, niż postać melancholii z przymusowymi wyobrażeniami przyłącza się epizodycznie do obostrzeń neurastenii zwykłej.

Na szczycie rozwoju trudniej podać cechę różniczkową w charakterze samych zaburzeń psychicznych poczerpniętą. Autor wszakże kładzie nacisk na to, że w neurastenicznej melancholii częstsze i znaczniejsze są zwolnienia oraz możność opanowywania się w obec obcych osób, gdy w zwykłej melancholii obraz jest więcej stały i jednostajny. Neurasteniczna melancholija trwać może z wahaniami długo, i gdy jako taka ustępuje, idzie wślad za nią niekiedy jeszcze neurastenia zwykła. W warunkach zupełnego czynnościowego wypoczynku, zwłaszcza w świeżych przypadkach powrót do równowagi może następować nadzwyczaj szybko, niekiedy z chwilą przyjęcia chorego do zakładu, tak że lekarz tameczny nie może nabrać pojęcia o istotnym stanie rzeczy. Autor przytacza jako przykład przypadek w którym chory 4-ro krotnie, w skutku zawczesnego powrotu do domu popadał w najsilniejszy stopień przygnębienia ze skłonnością do samobójstwa. Tenże chory, już na drugi dzień pobytu w zakładzie zmienił się do niepoznania i cierpiał tylko na lekką bezsenność.

Niekiedy potrzeba dłuższego czasu do wystąpienia poprawy lecz zwykle krótszego, niż w melancholii zwykłej, w której poprawa występuje dopiero po długim pobycie w zakładzie i stopniowo, wszelka zaś nagle zmiana raczej budzi podejrzenie przejścia w inną fazę psychozy. W przeważnej liczbie przypadków autora nastąpiło wyzdrowienie, choć skłonność do powrotów pozostawać może

Główną zasadą leczenia winno być usunięcie chorego z domu i od zajęć i pomieszczenie na wsi lub w zakładzie otwartym, nigdy w zamkniętym. Brom lepszy, niż makowiec.

W teoretycznych uwagach kładzie autor nacisk na to, że sposób oddziaływania ustroju w tej chorobie jest neurasteniczny.

Neurastenia posiada w wysokim stopniu własność szybkiego powrotu do równowagi na drodze czynnościowego wypoczynku.

Oddziaływanie w prawdziwej melancholii jest odretwiąle, objawy jednostajne, ciągłe, wyrównanie stopniowe powolne.

Dowody, że te różnice oddziaływania mają źródło głębokie, dowodzą większej czerstwości lub schorzałości narządu, czerpie autor zarówno ze spostrzeżeń nad prawidłową czynnością psychiczną jak z patologii chorób umysłowych. Normalnie narząd psychiczny nie może być w stanie równowagi stałej, lecz ma i korzysta z urządzeń, które są przeznaczone do zapewnienia mu na drodze odpoczynku powrotu do sprawności prawidłowej. Choroby umysłowe znowu wykazują rzadkość ostrych cierpień psychicznych niezależnych od gorączki lub otrucia. Ostre choroby umysłowe są 15—20 razy rzadsze, niż przewlekłe. W dzieciennym wieku przewlekłe choroby umysłowe są 10—20 razy rzadsze, niż u dorosłych, przeciwnie zaburzenia przechodnie (pavor nocturnus, hallucynacje) częstsze niż u dorosłych. Neurasteniczne psychozy

zdarzają się częściej w wieku późniejszym w skutku osłabienia zdolności wyrównawczej narządu psychicznego.

Wypływa więc z powyższego, że różnica, dzieląca zaburzenia ostre i zwalnające od ciągłych zaburzeń psychicznych istotnie głęboko sięga a w stosunku neur. mel. do mel. zwykłej polega na *odmiennej rozmiarze zdolności wyrównania*. Wnioski autora ogólne są:

1) Że jeżeli w neurastenicznej psychozie bierze przewagę oddziaływanie swoiste neurasteniczne, to cechą rodzajową (species) w tym przypadku jest neurastenia.

2) Że oddziaływanie neurasteniczne w neurastenicznej psychozie, zatem w przypadku, gdzie neurastenia ma się w najwyższym stopniu narządu psychicznego, dowodzi najlepiej, że między usposobieniem do neurastenii, a usposobieniem do właściwych chorób umysłowych jest wielka różnica.

Rzeczniowski.

249. Dr. PAUL SOLLIER. **O przemiennej formie neurastenii.** (*Sur une forme circulaire de la neurasthenie. Revue de médecine 1893. 12.*)

Opisano już tyle postaci neurastenii, że nie bez pewnego wahania proponuje autor odróżniać jeszcze jedną postać. Do tej pory, mówi autor, odróżniano różne postaci tego cierpienia, wychodząc z punktu widzenia przyczynowego lub objawowego, co się zaś tyczy przebiegu, to rozróżniano ostrą i przewlekłą postać. Autor proponuje odróżniać postać pośrednią między ostatnimi—postać przemianą (circulaire), coś w rodzaju obłędu przemiennego. Że postać ma coś wspólnego z wymienionem powyżej zboczeniem umysłowym, wynika z porównania, jakie można przeprowadzić między neurasteniją z jednej strony i hypochondryją z drugiej. Rzeczywiście, neurastenik ze swojemi skargami na bezużyteczność swoją, na to uczucie ciężaru, jakie mu sprawia życie, bardzo podobny jest do melancholika, innym znów razem ten sam chory ze swemi skargami na różne bóle, ze swoim zmienionem poczuciem bardzo się zbliża do typowego hypochondryka z wyraźnemi urojeniami. Obłęd przemienny, jak wiadomo, zdarza się tylko na tle dziedzicznym, to samo degeneracyjne tło obserwował autor u wszystkich neurasteników przemianych (między 18 i 25 rokiem życia).

Osobniki tego rodzaju pracują zazwyczaj bardzo nieregularnie: z niechęcią i z uczuciem wielkiego zmęczenia ciągną pracę swoją przez kilka tygodni, naraz wpadają w zapal i z wielką energiją, bez zmęczenia doprowadzają do końca raz rozpoczętą robotę.

I znów potem następuje okres przygnębienia i skarg i po krótszem lub dłuższem trwaniu zmienia się w okres gorączkowej pracy, w okres wielkich projektów; chory nie ma czasu wykonać powziętych projektów, brak mu godzin dnia by dokończyć zamierzo-

ne prace i t. p. W głównych zarysach ta postać neurastenii ma wiele podobieństwa do folie circulaire alternante.

Cierpienie przechodzi chronicznie. Leczone w początkującym okresie może być usunięte, w miarę jednak jak się posuwa w lata, staje się nieuleczalnem.

Jeżeli okres podniecenia był silny, to i okres przygnębienia będzie również ostrzejszy.

Przyczyny, wywołujące to cierpienie, mało nam są znane: prawdopodobnie jakieś przyływy krwi do mózgu wywołują zmiany organiczne mózgu. Z punktu widzenia intelektualnego, moralnego przedwcześnie jeszcze orzekać, czy cierpienie to przedstawia postać zakończonego zбочenia umysłowego, czy też jest tylko odmianą otępienia umysłowego (dementia). Pod względem rokowania postać ta zaliczona być winna do ciężkich cierpień.

K. Rychliński.

250. X. FRANCOU. **O wstrzykiwaniach podskórnych fosforanu sodu w chorobach nerwowych.** (*Des injections sous-cutanées de phosphate de soude dans le traitement des maladies nerveuses Ann. de la société Méd. Chir. de Liège 1893*).

Dr. Crocq (syn) zaproponował, jak wiadomo, zastrzykiwania wyżej wzmiankowanego środka w różnych cierpieniach układu nerwowego i po przeprowadzeniu stosownych doświadczeń wypowiedział zdanie, że rękoczyn ten nie ustępuje wstrzykiwaniom, zalecanym przez Brown-Sequard'a i C. Paul'a. Autor przytoczonej pracy, przeprowadził cały szereg doświadczeń nad zastrzykiwaniem fosforanu sodu z początku w słabej koncentracji, następnie coraz silniejszej, nie przechodzącej jednak 4% rozcieńczenia. Zastrzykiwania stosowane były 2 lub 3 razy na tydzień i każde równało się 2—3 strzykawkom Pravaz'a. Zastrzykiwanie zazwyczaj nie wywołuje żadnego bólu. Ze względu na otrzymane rezultaty, swoje obserwacje dzieli autor na 3 grupy:

1-sza: nie otrzymano najmniejszej poprawy u chorych, cierpiących na bezwład postępujący, na bezład ruchowy, na padaczkę, na zatrucie wyskokiem i na ciężką neurasteniję.

2-ga: otrzymano jawne dodatnie rezultaty w 5-ciu przypadkach z rozpoznaniem: zadumy, psychicznego osłabienia, neurastenii, bezładu myślowego na tle neurastenicznem, neurastenii z natrętnymi urojeniami i chronicznego cierpienia rdzenia.

3-cia: wreszcie grupa obejmuje kilka przypadków, w których rezultat leczenia nie był tak doniosły, jak w przypadkach 2-jej gr., w każdym jednak razie poprawa była widoczna. Do tej grupy autor zalicza 2 przypadki zatrucia wyskokowego, 1 przypadek bezładu myślowego, 1 przypadek neurastenii, 1 przypadek bezwładu ogólnego i padaczki.

Według zdania autora, osławione wstrzykiwania Crocqua są zbyt przesadzone, nie działają one wprost na tkankę nerwową, lecz tylko poprawiają ogólny stan zdrowia chorego, sprowadzają lepsze odżywianie organizmu i tą drogą wywołują poprawę w niektórych cierpieniach nerwowych. *Karol Rychliński.*

251. **SAMELSOHN. Rzadkie spostrzeżenia względem odczynu źrenicy.**
(*Deutsche Med. Woch. Nr. 41*).

a) Odczyn połowiczny źrenic (patrz „Kron. Lek.“ r. 1892, Nr. VII) ma szczególne rozpoznawcze znaczenie, gdzie występuje nagle w przebiegu choroby, kiedy poprzednio jego nie było; odczyn wtedy wskazuje na postęp sprawy mózgowej w pewnym określonym kierunku.

b) Zwężenie źrenic współdzielnie z ruchem nerwu odwodzącego. Tego zboczenia istnieją tylko 3 przypadki Gräffe'go, 1 Weiss'a i 6 Samelsohn'a. We wszystkich (ostatnich 6-iu?) było dwustronne odętwienie źrenic (Pupillenstarre), w 5-ciu jednostronne porażenie nerwu odwodzącego, w jednym jednostronne porażenie nerwu odwodzącego; wspomniany odczyn właśnie wystąpił po wyleczeniu porażenia.

W jednym przypadku, który później zakończył się postępowym paraliżem, wiadomo było z pewnością, że zwężenie źrenic współdzielnie z ruchem nerwu odwodzącego wystąpiło w przebiegu choroby, tak że nie mogło być mowy o wrodzonych zboczeniach (wskutek połączeń nerwowych); trzeba raczej przyjąć, że pod wpływem nieznanych jeszcze nam warunków przy pewnych sprawach mózgowych wytwarzają się nienormalne współruchy.

c) Brak odczynu źrenic przy nastawianiu oka (przy zachowaniu zdolności nastawiania) i zachowaniu odruchu z nerwu wzrokowego (objaw antagonistyczny objawowi Argyll-Robertson'a przy wiaździe), dotychczas jeszcze nie opisany, widział raz Samelsohn w połączeniu z porażeniem nerwu odwodzącego i lekkiem opadnięciem powieki wraz z obwodowym niedoślepem.

M. Roteroven.

252. **PIERRE MARIE. Badanie porównawcze powstawania zmian anatomicznych w tylnym pęczku rdzenia w wiaździe rdzenia i pellagrze.**
(*Semaine médicale. Nr. 3. 1894*).

Umiejscowienie zmian w rdzeniu w wiaździe i w pellagrze pozwoliło autorowi odróżnić od siebie dwie te tak zasadniczo różne choroby.

Rozpoczynając od wiaźdu rdzenia, należy przypomnieć, że Claredt i Pierret pierwsi uważali stwardnienie zewnętrznej części pęczka Burdach'a za charakterystyczne dla wiaźdu. Tutaj też, według nich, zaczynała się sprawa chorobowa; część tę nazwali oni pęczkiem zewnętrznym (*bandelette externe*). Z udo-

skonaleniem badań anatomo-patologicznych, pogląd ten został obalony. Już w roku 1861 Bourdon i Luys uważali, iż powstawanie wiału jest pochodzenia zewnątrz-rdzeniowego (exogéne) z następczym rozwojem zmian w kierunku dośrodkowym. Wkrótce potem Leyden zaznaczył, iż początek sprawy ma miejsce w korzonkach tylnych. Najwięcej przekonujących się dowodzenia Carre'a, który twierdzi, że zwyrodnienie mózgowe w wiałdzie bierze początek w korzonkach tylnych, resp. w zwojach rdzeniowych (ganglions spinaux).

Opierając się na faktach embryologicznych i anatomicznych, badaniach doświadczalnych i anatomo-patologicznych, autor również dochodzi do wniosku, że zmiany rdzeniowe w wiałdzie są następstwem zwyrodnienia wstępującego włókienek korzonków tylnych, w następstwie zmian w zwojach rdzeniowych, że więc cała sprawa nie bierze początku w samym rdzeniu, lecz jest pochodzenia zewnątrz rdzeniowego. Pogląd ten został potwierdzony przez Redlich'a, Déjerin'a i innych, chociaż wnioski ich były różne. Na preparatach z dolnych części rdzenia widzimy, iż w miejscach, w których najpierw uległy zmianie korzonki tylne, sprawa posuwa się dalej ku części bezpośrednio do nich przylegającej, zwanej pasem korzonków (zone cornuradulaire), a odpowiadającej miejscu wchodzenia tych ostatnich do substancji szarej rdzenia. Idąc ku górnym częściom rdzenia, widać, iż sprawa zwyrodnienia wtórnego posuwa się coraz dalej, przechodzi na pęczki Burdach'a, a w części szyjowej obejmuje już i pęczki Goll'a.

Drugą chorobą z pozornie podobnymi zmianami organicznymi w rdzeniu jest pellagra. Bouchard i Tonini rozpoczęli badania nad tą chorobą; najwięcej jednak wyczerpująca i wyświetlająca stosunki anatomo-patologiczne była uzupełniona rysunkami monografia Tuczek'a. Na rysunkach tych występuje na pierwszy plan zwyrodnienie pęczków tylnych, tak, że na pierwszy rzut oka mogłoby się zdawać, że mamy przed sobą rdzeń dotknięty wiałdem. Dokładne jednak badanie przekonuje nas, że $\frac{1}{3}$ pęczków, przylegająca do wewnętrznej części pasa korzonków, nie jest zajęta sprawą chorobową, co też rozpoznanie wiałdu najzupełniej wyklucza. Zwyrodnienie obejmuje tutaj przeważnie dwie części pęczków tylnych, mianowicie przednią i tylną część pęczków Burdach'a. Pierwsza nazwaną została przez Flechsig'a pasem tylnym korzonków (zone radulaire postérieure); autor zaś nazywa ją dla jasności pasem tylnym wewnętrznym (zone postérieure interne). Ma ona formę na wpół soczewkowatą, idzie prawie bezpośrednio wzdłuż całego tylnego brzegu rdzenia i przenika wewnątrz w pobliżu bruzdy tylnej, przylegając do wolnego brzegu rogu tylnego, od którego jest oddzieloną wewnętrznymi włókienkami pasa obwodowego Lis-sauer'a.

Druga zwyrodniona okolica rdzenia leży więcej ku przodowi, tuż obok *cormissura posterior*, skręca następnie nazewnątrz i ku tyłowi idzie równolegle do rogów tylnych, nie zlewając się jednak nigdzie ani z tymi ostatnimi, ani z *cormissura posterior*. Okolicę tę można nazwać *zone cornu-cormissurale*. Korzonki tylne są zupełnie wolne.

Widzimy więc, że tak w jednej jak i w drugiej chorobie pęczki tylne są zajęte, pomimo to różnica w dokładniejszym umiejscowieniu jest zasadniczą. Na uwagę zasługuje jeszcze jedna okolica rdzenia—*pas obwodowy Lissauer'a*, który jest zajęty tylko w wiądzie, co się tem objaśnia, że tutaj przebiegają cienkie, obwodowe włókienka, pochodzące z korzonków tylnych. Fakt ten ma dla wiądu znaczenie niepoślednie, gdyż objaśnia również zewnątrz-rdzeniowe pochodzenie sprawy chorobowej.

Omówiwszy zatem zmiany w pęczkach tylnych w pellagrze możemy powiedzieć, że pochodzenie ich jest wewnątrz-rdzeniowe. Ale pytanie teraz, jaką drogą dochodzi tu do zwyrodnienia? Przypuścić, według Charcot'a i Vulpian'a, iż pierwotnie sprawa się rozpoczyna w pęczkach tylnych dziś już nie możemy. Należy kategorycznie pogląd ten obalić, gdyż włókna substancji białej nie mogą ulegać zmianom pierwotnym.

Wykluczając więc powyższe powstawanie zmian przy pellagrze, należy szukać początku sprawy *w samej substancji szarej rdzenia*. Punktem oparcia dla takiego wyjaśnienia musi być jeszcze jedna część rdzenia zajęta przy pellagrze, mianowicie *pęczki boczne*. Zajęcie takowych na rozmaitych wysokościach rdzenia nie przedstawia się tak, jak to ma miejsce w ogniskowem uszkodzeniu mózgu z następczem zwyrodnieniem zstępującem dróg piramidalnych. Mamy tu do czynienia ze zmianami, powstałymi *in loco samych komórek pęczków bocznych*. W sprawach, będących w związku z cierpieniem ogniskowem mózgu, znajdujemy największe zmiany w części szyjowej rdzenia, czego tutaj nie spotykamy. Z drugiej znów strony wiemy, że komórki nerwowe substancji szarej posiadają wyrostki, sięgające do pęczków bocznych. Cóż więc prostszego, jak szukać w tych komórkach początku sprawy, dochodzącej do pęczków tylnych.

Teraz należy jeszcze wyjaśnić, iż *zwyrodnienie pęczków tylnych w pellagrze jest takiego samego pochodzenia*. Wyjaśnienie takie istnieje i opiera się na łączności komórek w substancji szarej z pęczkami tylnymi za pomocą przedłużonych wyrostków nerwowych; zwyrodnienie tych komórek pociąga za sobą zmiany w pęczkach tylnych. Twierdzenie to nie jest czysto teoretycznem, lecz wynika z badań anatomo-patologicznych (Strümpell, Westphal, de Schultze, Bruns i inni). Autor nazywa zwyrodnienie to—*dégénération en virgule*; jestto zwyrodnienie zstępujące, spozstrzega się po uszkodzeniach poprzecznych rdzenia, bądź w części szyjowej, bądź w lędźwiowej i wyrażone jest w oby-

dwóch połowach pęczków bocznych w formie wąskiego paska, lekko wygiętego.

Pozostają jeszcze dwie części pęczków tylnych, zajętych w pellagrze — *pas wewnętrzny tylny* (zone postérieur interne) i *pęczki Goll'a*. Zwyrrodnienie tych części jest również pochodzenia wewnątrz-rdzeniowego, biorącego początek w substancji szarej.

Co się tyczy pasa tylnego wewnętrznego, można tylko zaznaczyć, że wiązanie nie jest on zajęty, a następnie i rozwój embryologiczny przemawia za pochodzeniem jego wewnątrz-rdzeniowym.

Ostatnią niewątpliwie zwyrdioną częścią pellagrze są *pęczki Goll'a*. Wiemy, że w pęczku Goll'a przebiegają włókna pochodzenia zewnątrz-rdzeniowego, biorące początek z korzonków tylnych, te nam naturalnie sprawy przy pellagrze nie wyjaśniają, i drugie—pochodzenia wewnątrz-rdzeniowego, z komórek substancji szarej z przebiegiem w kierunku wstępującym. Za istnieniem tego drugiego rodzaju włókien przemawia późniejszy ich rozwój embryologiczny (Flehsig). W nich właśnie umiejscawia się najbardziej zwyrrodnienie w późniejszych okresach pellagry.

J. Salberg.

III. Ginekologija.

253. KRÖNIG. **O gorączce u rodzących.** (*Centr. f. Gynæk. 1894 N. 31*).

Gorączka u rodzących nie może być wywołana przez pracę mięśniową macicy i tłoczni brzusznej. Praca ta nie jest nadmierną i według Polaillan'a wynosi 424 kilogramometry (= 1 kaloryj) przy przeciętnem trwaniu porodu. (Praca dzienna robotnika oblicza się na 200,000 kilogramometrów). Czy gorączka przy drgawkach porodowych zależy od pracy kurczących się mięśni całego ciała, autor tego nie rozstrzyga, zwraca tylko uwagę na spotykane przy drgawkach liczne zakrzepy naczyń w rozmaitych organach i na wpływ fibrinfermentu, który według doświadczeń Schmidta podnosi temperaturę o 2 stopnie i więcej.

Przyczyna gorączki leży zawsze w zakażeniu rodzącej; autor zwraca szczególną uwagę na zakażenie drogą wód płodowych. Wody płodowe o słabo zasadowym odczynie, zawierają 0,1—0,7% białka i 1% soli nieorganicznych i są dobrą odżywką dla bakteryj. U górczkujących spotykamy często wody płodowe cuchnące, a niekiedy i bębnicę macicy; w tych przypadkach ciała białkowe wód płodowych ulegają rozkładowi bez dostępu powietrza t. j. gniciu pod wpływem bakteryj. Kronig wynalazł owe bakteryje w wodzie płodowej cuchnącej i wyhodował. Są one obli-

gat. anaerobae. i na odżywkach białkowych wywiązują pęcherzyki gazowe. Do nich należy także bacterium coli commune, które autor spotykał przy bębnicy macicznej.

Oprócz gnilnych bakteryj Kronig wynalazł w wodach płodowych gronkowce i paciorkowce. Wody nie wydawały nieprzyjemnej woni; wzięte były od rodzących, u których wcześniej pękł pęcherz płodowy i które były niejednokrotnie badane.

Chora zakażona przez paciorkowce umarła 33-go dnia po porodzie wskutek ogólnego zakażenia septycznego; chora, u której wykryto gronkowce przebyła edomentritis z wydzielinami, zawierającymi gronkowce, i wyzdrowiała.

Zakażenie kokami septycznymi występuje zazwyczaj przez przeniesienie zarazka na palcu, kance i t. p. rzeczach. Bakteryje gnilne, które znajdują się w obfitości w okolicy sromu bywają jeszcze częściej i łatwiej przenoszone do pochwy. Po pęknięciu pęcherza bakteryje znajdują tam płyn płodowy, który im służy za odżywkę, a z pochwy przenikają łatwo do jamy macicznej.

Rokowanie przy gorączce podczas porodu jest niepomysłne zarówno dla matki jak i dla dziecka. Śmierć dziecka zależy albo od nadmiernie podwyższonej temperatury (t^0 dziecka jest wyższa od t^0 matki o 0,5), albo od zakażenia przez wody płodowe, przetknięte lub wciągnięte do kanału oddechowego, albo też przez przejście zarazka drogą naczyń krwionośnych.

(Na 13 dzieci od rodzących gorączkujących 7 umarło intra partum, 1 pierwszego dnia post partum).

Leczenie polega na szybkim rozwiązaniu i na zapobieganiu tworzenia się skrzepów w macicy, któreby mogły służyć za odżywkę dla bakteryj. Cięcia łonowego a szczególnie cięcia cesarskiego unikać należy u takich chorych ze względu na ogólne zakażenie.

Według Zweifela perforacyję i kranioklasyję stosować można z dobrym skutkiem nawet przy Con. v. = 4,5 cm. Rodzące gorączkujące należy jak najmniej badać i izolować jako chore zakażone.

Grzankowski.

254. MASŁOWSKY. **Przyczynek do nauki o samozakażeniu.** (*Żurnal Akusz. i Żensk. boleznij 1892, Nr. 4 i Autoreferat. Centr. f. Gynek. 1894, Nr. 33*).

Autor badał wydzielinę pochwową u 26 kobiet ciężarnych, zdrowych i przedtem niebadanych. W 12 przypadkach t. j. w 48% znalazł bakteryje chorobotwórcze: gronkowca białego (w 8 przypadkach) gronkowca złotego (w 3 przyp.), paciorkowca ropotwórczego i bacillum pyogenem foetidum.

Rozpoznanie tych bakteryj i ich własności ropotwórczych jest oparte na hodowlach i na szczepieniach na królikach. Autor przychodzi do wniosku, że w pochwie ciężarnych mogą istnieć zarazki, wywołujące gorączkę połogową i że nie zawsze pojawienie się jej należy objaśniać zakażeniem z zewnątrz. Grzankowski.

255. Dr. Albert LIPPEL. **Nadpochwowe wycięcie macicy przy zakażeniu połogowem.** (*Centr. f. Gynæk. 1894, N. 28*).

U położnicy, u której łożysko było wyjęte ręcznie przez lekarza, wystąpiła gorączka połogowa i 10 dnia po porodzie zjawiał się krwotok tak silny, że powodował zemdlenie. Po rozpoznaniu resztek łożyska w jamie macicy i po wydobyciu ich gorączka nie zmniejszyła się, a wydzieliny maciczne były stale posokowate.

Lippel zawezwany 12 dnia po porodzie znalazł macicę na wysokości 3—4 palców poprzecznych nad łonem, szyjkę maciczną drożną dla jednego palca, wewnętrzną powierzchnię jamy macicznej pokrytą strzępkami z łożyska i tak zmienioną przez sposoczenie, że palec odrzucając strzępki łożyska wyrывa jednocześnie tkankę mięśniową macicy; wydzielina była posokowata, cuchnąca; tkanki okołomaciczne więzy i otrzewna były w stanie normalnym. Temperatura wahała się między 38,8,—40C. Lippel, uważając ową sprawę połogową za gorączkę gnilną (Septicemia Duncana) i nie chcąc usuwać gnijących resztek łożyska przez skrobanie macicy ze względu na zmiany ściankach macicy, przystąpił do wycięcia nadpochwowego macicy po wymyciu jamy macicznej wodą chlorową i wytamponowaniu gazą jodoformową.

Po utworzeniu jamy brzusznej, i wydobyciu macicy były nałożone podwiązki elastyczne na macicę jak najniżej i natychmiast zamknięta jama otrzewny przez nałożenie szwu. Jamę około macicy zasłonięto gazą i wówczas odcięto macicę a szypułę przyżegnęto kwasem karbolowym 10⁰/₀ i Pacquelin'em.

Przebieg pooperacyjny był zadawalniający, gorączka zmniejszyła się zaraz po operacyi, ustąpiła w 2 tygodnie i w 6 tygodni chora wypisała się ze szpitala.

Technika operacyjna w danym przypadku była ta sama, jaką Kaltenbach stosuje przy sposoczalnych włóknakiach macicy.

Lippel ogłasza dwa przypadki jako pierwsze wycięcie macicy przy zakażeniu połogowem i zachęca do naśladowania i do stosowania w odpowiednich przypadkach metody Freund'a, przy której można by rezekować nie tylko całą macicę ale i żyły uległe zakrzepom (venae spermaticae internae i venae uterinae) będące źródłem przerzutów ropnicowych.

Grzankowski.

256. Dr. T. LEHMAN. **Gruźlica łożyska.** (*Berlin Klin. Woch. 1894, N. 26*).

Autor opisuje badanie anatomo-patologiczne łożyska u rodzących, dotkniętych gruźlicą.

Przypadek pierwszy dotyczył chorej na gruźlicę prosówkową, przypadek drugi obserwowano u chorej na gruźlicę przewlekłą płuc i krtani.

W obu przypadkach, łożyska zawierały bądź to gruzelki prosówkowe, bądź to ogniska uległe zwyrodnieniu serowatemu.

Gruzelki pojawiają się w błonie doczesnej, rosnąc, przechodzą w tkankę otaczającą kosmki i w końcu zwyrodniają kosmówkę.
Grzankowski.

257. **FUNKE. Przypadek samoistnego przerwania sznurka pępkowego wewnątrz macicy.** (*Centr. f. Gynæk. Nr. 31, 1894.*)

Podczas przedwczesnego porodu (w 7 miesiącu) przy położeniu pośladowym przy ujściu rozwartem na 1 palec po obfitem odejściu wód (Hydramnios) wypadła przerwana pępowna i wiślała na zewnątrz sromu, długa na 25 cm.

Po przewiązaniu jej przy ujściu macicznym i odcięciu, poród nastąpił samoistnie. Pozostałe resztki łożyska ręcznie wydoto. Sznurek pępkowy został oderwany przy ścianie brzusznej płodu bez utworzenia jamy brzusznej; przy łożysku pozostało jeszcze 15 cm. sznurka.

Przypadek ten był spostrzegany w klinice Freunda w Strasburgu i według autora jest to pierwszy przypadek ściśle obserwowany i opisany. Przyczynę przerwania upatrzył autor w poruszaniu się całego tułowia płodu; płód może wykręcać się wzdłuż osi podłużnej, zmieniać pozycję ze skośnej lub poprzecznej w podłużną, a przytem pępek płodu może oddalać się zbyt od przyczepu łożyska. Obfita ilość wód płodowych (Hydramnios) sprzyja ruchom płodu szczególnie w chwili ich odejścia.

Grzankowski.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

258. **J. Luys** demonstrował na posiedzeniu towarzystwa biologicznego mózg 27 letniego zdrowego oficera, który zmarł w czasie stosunku płciowego jakby rażony piorunem zaraz po ejakulacji. Stosunek odbył się bezpośrednio po obfitem śniadaniu. Przy badaniu w mózgu znaleziono liczne wybroczyny w istocie białej mózgu, osobliwie w genu corp. callosi, naokoło corona radiata i capsula interna. Wybroczyny nastąpiły bez pęknięcia zdrowych zresztą naczyń w przestrzenie okołonaczyniowe. Istota mózgowa nie zmieniona. Przypadek ten dowodzi **szkodliwości stosunku płciowego po obfitem jedzeniu.** (*Lyon méd. 35, 94.*)

259. **Häckel** (Jena) wyłuszczył ośmnastoletniej dziewczynie torbiel, wielkości orzecha włoskiego, która leżała na linii środkowej szyi i była w ścisłym związku z okostną kości podjęzykowej. Od torbieli szedł wyrostek, gubiący się w mięszu języka. Zawartość torbieli — śluz przezroczysty; ściany jej utworzone z follikulów gruczołu tarczowego,

wewnętrzna zaś powierzchnia była wysłana nabłonkiem migawkowym. Häckel jest zdania, że torbiel powyższa rozwinęła się z pewnego odcinka przewodu tarczowo-językowego (ductus thyreo-glossus His'a), który w warunkach prawidłowych całkowicie zanika, pozostaje zaś jedynie ślad jego początku pod postacią foramen coecum linguae. (D. med. Woch. 24, 1894). W. Z.

260. Union pharmaceutique podaje przepis na **środek przeciwko popekanym rękóm i wargóm**. W 180 grm. wody różanej (aqu. Rosar) rozpuszcza się 8,5 grm. żelatyny. Po oziębieniu jeszcze płynnej mieszaniny dodaje się do niej 20 grm. białka, ogrzewa się na nowo oraz miesza z 180 grm. gliceryny, zawierającej 0,75 grm. kwasu salicylowego, poczem filtruje się przez ogrzany filtr (Warmwassertrichter). Preparat ten nalewa się we flaszki z długimi szyjkami, w których w masę zastyga. H. K.

261. Na klinice Guyon'a używają następującej **maści do zgłębników cewki**:

Saponis	50,0
Glycerini	
Aquae an	25,0
Hydr. bichl.	
corsosivi	0,02

Maść ta jest aseptyczną i zupełnie nie drażni cewki. Ułatwia ona znakomicie katetyzowanie cewki i pod tym względem znacznie przewyższa wszystkie używane dotąd środki. (Bull. de thérapeutique). H. K.

262. M. Kikurzi lekarz japoński jako doskonały **środek antyseptyczny** i odwanający poleca **węgiel ryżowy** obwinięty w gazę sterylizowaną. K. w czasie obrażeń skutkiem trzęsienia ziemi tą drogą otrzymał doskonałe wyniki. (U. med. 18). J. Z.

263. Dr. Jersin, znany badacz na polu bakteryjologii znalazł w Hong-Kong, gdzie jak wiadomo sroży się dżuma, lasecznika dżumy. Lasecznik został izolowany z tkanek dotkniętych chorobą a więc z gruczołów chłonnych. Barwi się z trudnością, łatwo rozwija się na żelatynie. Szczury, myszy i świnki morskie zabija natychmiast. Odnośne preparaty dr. J. przesłał do Instytutu Pasteur'a na imię Roux'a. (Lyon méd. 32). J. Z.

264. Dr. J. Pal zaleca w **krwotokach płucnych chloral** w lewatywach w dawkach 1,5—2,5 na raz. U 15 chorych ze zdrowym sercem otrzymał po upływie $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ g. zupełne powstrzymanie krwotoku. (Lion méd. 33). J. Z.

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich

we Lwowie.

(Sprawozdanie ogólne).

Pierwsze posiedzenie ogólne VII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w dniu 23 Lipca o godzinie 10-ej rano w hali muzycznej na placu wystawy. Sala była dość licznie wypełniona publicznością, wśród której można było zauważyć wiele pań. Posiedzenie zagał protomedyk dr. Merunowicz, który jako przewodniczący Wydziału gospodarczego powitał w serdecznych słowach zebranych i podziękował im w imieniu Wydziału gospodarczego Zjazdu, że tak licznie na zjazd przybyli. W toku mowy stosunkowo mały udział lekarzy galicyjskich tłumaczył walką, jaką od lat dwóch staczają lekarze z epidemią cholery panującej w Galicyi. Owoce tej walki widnieją wszędzie — dowodem tego nowe urządzenia higieniczne i poprawa ogólnej zdrowotności miasta Lwowa, miasteczek i wsi w całej Galicyi. Zaznaczył dalej, że wkrótce po ukończeniu prac Zjazdu będzie otwarty we Lwowie wydział lekarski¹⁾, ku czemu część budowli jest już na ukończeniu. Przewodniczący zakończył przemowę wyrażeniem nadziei, że zjazd obfite dla nauki da plony. W imieniu Wydziału gospodarczego Zjazdu zaproponowano na prezesów honorowych Zjazdu Włodzimierza hr. Dzieduszyckiego, prof. dr. Teichmana, d-ra Fr. Hoszarda, na prezesa rzeczywistego I-go ogólnego posiedzenia prof. d-ra Ignacego Baranowskiego z Warszawy, na zastępców prezesa: d-ra Augusta Kwaśnickiego z Krakowa, d-ra Ludwika Krzyżogowskiego z Wrześni, d-ra Teodora Dunina z Warszawy i Władysława Gosiewskiego z Warszawy, członka Krak. akademii umiejętności. Na sekretarzy: d-rów Guranowskiego i Szumlańskiego z Warszawy, prof. Siemiradzkiego i Zakrzewskiego ze Lwowa. Na prezesa rzeczywistego II-go ogólnego posiedzenia: prof. d-ra Alfreda Obalińskiego z Krakowa, na zastępców prezesa: d-ra Jana Szumana z Torunia, prof. Witkowskiego z Krakowa, Bronisława Znатовicza z Warszawy i d-ra Szymańskiego, aptekarza z Poznania. Na sekretarzy: d-ra Juliana Lebrama, d-ra Konstantego Sierpińskiego z Warszawy, d-ra Zuberera i prof. Wł. Niemiłowicza. Wybór ten przez ogół-

¹⁾ Wydział lekarski we Lwowie został uroczystie otwarty przez Cesarza Franciszka Józefa w 8 b. m.

na aklamację przyjęto. Po zajęciu miejsc przez prezydium przemawiali Włodzimierz hr. Dzieduszycki i prof. Baranowski, dziękując za wybór. W dalszem przemówieniu prof. B. wspominał o pierwszym inicjatorze zjazdów lekarskich nieodżałowanym ś. p. d-rze Adryanie Baranieckim i poświęcił mu kilka gorących słów wysokiego uznania za jego pożyteczną społeczną działalność. Zaznaczył, iż dr. Baraniecki przez założenie muzeum naukowego w Krakowie przyczynił się wielce do rozszerzenia oświaty wśród kobiet, ale nigdy nie pozwalał, aby kobieta schodziła ze stanowiska i zadań, wyznaczonych jej przez przyrodę, z zadań zamkniętych w ognisku rodzinnem (*oklaski*). W końcu wezwał mówca zebranych, aby pamięć tego męża uczcili przez powstanie, co jednogłośnie uczyniono.

Pod hasłem pracy i nauki wytrwałej, a pożytecznej dla dobra kraju, otworzył prezes VII zjazd lekarzy i przyrodników.

Dr. Hoszard powitał zebranych w imieniu kraju.

Prezydent miasta p. Edmund Mochnacki powitał zebranych imieniem kraju. „Zadania wasze—mówił, są trudne ale i zaszczytne: badać życie ludzkie i tajemnice przyrody. Waszej pracy zawdzięcza ludzkość drogocenny skarb—zdrowie. Pracujcie dalej dla dobra kraju, społeczeństwa i chwały polskiego imienia“.

Książę Adam Sapieha wita Zjazd imieniem swych kolegów, gospodarzy wystawy krajowej.

Ostatni powitał uczestników rektor dr. Ówikliński imieniem lwowskiej Almae matris.

Z kolei odczytano telegramy: Od d-ra Józefa Majera z Krakowa (któremu na wniosek Wł. hr. Dzieduszyckiego wysłano telegram z podziękowaniem), od Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, redakcyi Przeglądu Lekarskiego w Krakowie, prof. Wicherkiewicza; d-ra Świącieckiego i d-ra Kapuścińskiego z Poznania, poznańskiego Tow. przyjaciół nauk, ministra Madejskiego, prof. Kowalskiego z Fryburga, zarządu zdrojowego w Krynicy, d-ra Chodorowskiego z Pragi, prof. Pareńskiego z Krakowa, d-rów Sommera, Sokołowskiego, Pawińskiego i Rajehmana z Warszawy i d-rów Dobrzyckiego, Dzierżbickiego i Przesmyckiego ze Sławy.

Następnie witany głośnemi oklaskami wstępuje na mównicę sędziwy prof. Teichman i wypowiada odczyt: „*O ogólnych stosunkach mózgu człowieka*“. Mówca w prostych, a barwnych słowach skreślił dzieje badań mózgu ludzkiego, wykonanych przez anatomów od czasów najdawniejszych, i zaznaczył, iż mimo najskrzętniejszych poszukiwań dotąd jeszcze nie zbadano wcale budowy i istoty mózgu. Opisano go dokładnie, zbadano chemicznie, odważono ile ma soli, wody, gazów i t. d., a mimo tego mózg jest dotąd czemś zupełnie nieznanem. Anatom weźmie kilka mózgów i powie, że wszystkie są jednakowo prawidłowe, tymczasem jeden z nich należał do wielkiego uczonego, drugi do człowieka o na-

der niskiej inteligencji. Dlaczego oba te mózgi prawidłowe tak różnie funkcjonowały?—nie wiadomo; anatom wobec tej zagadki staje zupełnie bezradny. Próbowano już najrozmaitszych sposobów badania mózgu, wszystkie jednak do niczego nie doprowadziły. Mówca umiał dać sobie radę we wszystkich działach anatomii, mózg atoli zawsze nastęrczał jaknajwiększe trudności.

Teraz sędziwy profesor postanowił badać mózg zupełnie inną metodą, niż dotąd go badano, a mianowicie pozbawia mózg wody i tłuszczu, a pozostałe właściwe składniki poddaje badaniu. Czy ztąd osiągnie jakie wyniki—przewidzieć trudno. Zadowolniony jednak będzie, jeżeli swą pracą nie cegielkę, lecz ziarno piasku dołoży do ogólnej budowy, wnoszonej przez naukę. Prelegentowi za odczyt podziękowano oklaskami.

Z kolei sprawozdawcy postulatów VI zjazdu odczytali następujące wyniki ze swych czynności: dr. Merunowicz — że sejm uchwalił ustawę zdrojową, prof. Kadyi — że wnioski co do reform studyjów weterynarskich w myśl projektu, przedstawionego przez zjazd krakowski, uzyskały zatwierdzenie władzy (ukończenie szkoły średniej i 4 letni kurs studyjów); prof. Królikowski — że kwestyja zaliczenia perlicy do rządu chorób zaraźliwych wymaga jeszcze dalszych badań; dr. Machek — że szpitale oddzielne dla chorych cierpiących na egipskie zapalenie oczu w myśl projektu kol. Kramsztyka nie mogły być urządzone. W kwestyji kontroli nad składami okularów wniesiono podanie do ministerjum, zaś sprzedaż kapiszonów dzieciom będzie wzbroniona; dr. Seroczyński — że kopije map geologicznych rozdano powiatom i w 8 powiatach założono zbiory mineralogiczno-petrograficzne.

Następnie wybrano komisję, złożoną z prof. Jordana, prof. Fabiana i dr. Drobnika, która ma na drugiem plenarnem posiedzeniu przedstawić wnioski w sprawie przyszłego zjazdu, poczem prezes prof. Baranowski wyraża podziękę komitetowi urządzającemu za poniesione trudy, a prof. Kadyi zaprasza uczestników zjazdu do zwiedzenia następnego dnia rano gmachów nowokreowanego wydziału lekarskiego we Lwowie. W końcu prezes prof. Baranowski zamknął pierwsze ogólne posiedzenie zjazdu o godzinie w pół do pierwszej po południu.

Po śniadaniu zwiedzali uczestnicy wystawę, a o godzinie 4-ej po południu rozpoczęły się posiedzenia sekcyjne w gmachu szkoły realnej przy ulicy Kamiennej.

Przez 24 i 25 rano i po południu odbywały się posiedzenia sekcyjne. Pozostały wolny czas uczestnicy zjazdu poświęcali na szczegółowe zwiedzanie wystawy krajowej, szpitali, osobliwości miasta, muzeum hr. Dzieduszyckiego, muzeum i biblioteki Ossolińskich, zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie, wreszcie nowo budujących się gmachów przyszłego wydziału lekarskiego.

Wieczorem dnia 24 danem było przedstawienie w teatrze hr. Skarbka, a 25 odbył się bankiet, wydany przez Wydział go-

spodarczy dla członków i uczestników zjazdu. Gwarno i ciasno było na przepełnionej sali hali koncertowej na placu wystawy. Prawie wszyscy uczestnicy zjazdu w towarzystwie pań zgromadzili się tutaj, by raz jeszcze bliżej się poznać, wspólnie się zabawić wreszcie i pożegnać do przyszłego zjazdu.

Dnia 26 o godzinie 10-iej z rana odbyło się II posiedzenie ogólne w tejże hali koncertowej. Przewodniczył prof. Obaliński, przy składzie prezydium, jakie wyżej było podane. Prof. Duniowski odczytuje telegramy z życzeniami na zjazd w dalszym ciągu nadesłane: od prof. Browicza z Krakowa, d-ra Jana Roznera z Francensbadu, d-ra Koehler z Interlaken, prof. Łukasiewicza z Insbruku, d-ra Jakowskiego z Warszawy, d-ra Arnsteina z Ciechocinka, oraz d-rów Kossiakowa i Timoftiejewicza z Bulgarii. Przewodniczący udziela głos d-rowi Henrykowi Nussbaumowi z Warszawy, który wygłasza odczyt na temat: *O wpływie czynności duchowej na sprawy chorobowe*. Wyborna ta praca filozoficzna, wypowiedziana stylem pięknym, zrozumiałym dla szerszej publiczności, nagrodzoną została długotrwałymi oklaskami. W streszczeniu nie możnaby uwydatnić ani całości przedmiotu, ani też tych pięknych myśli, jakie prelegent w odczycie swym wprowadza, na wzmiance więc tej poprzestać musimy.

Z kolei prof. Fabian zdawał sprawę z czynności komisji, powołanej do oznaczenia terminu i miejsca przyszłego zjazdu. Mówca odczytał telegram z Poznania: „Poznańskie społeczeństwo polskie czuć się będzie szczęśliwym, jeżeli będzie mogło następnym zjazd lekarzy i przyrodników zobaczyć u siebie i prosi o ten zaszczyt“ (ogólne przeciągłe oklaski). Na zasadzie tego telegramu, w myśl uchwały komisji, dr. F. zawiadomił, że *przyszły VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się za trzy lata t. j. w r. 1897 w Poznaniu*. Propozycję tę jednogłośnie przyjęto.

Następnie poszczególni referenci poddali pod głosowanie uchwały sekcji, które uzyskały jednomyślną aprobatę zjazdu.

Wnioski sekcji chorób skórnych odesłano bez czytania do wydziału gospodarczego.

Dr. Opolski odczytuje wnioski sekcji higieny i medycyny sądowej, która uchwaliła:

Zaproponować zjazdowi, aby polecił komisji higienicznej wnieść do sejmu petycję co do wydania ustawy budowniczej dla gmin wiejskich i mniejszych miasteczek w Galicyi, o ile one ustawą z dnia 4 kwietnia 1889 nie są objęte. Zjazd uznaje potrzebę: urządzenia w kraju jednego zakładu szczepień leczniczo-ochronnych wścieklizny, udzielanie elementarnych zasad higieny w szkołach ludowych i na kursach dopełniających dla rzemieślniczej młodzieży.

Zjazd uchwala odnieść się do rady szkolnej krajowej z przedstawieniem, że wykład higieny nie jest obecnie odpowiedni.

Uznaje się przeto potrzeba wydania podręcznika, obejmującego higienę z uwzględnieniem anatomii i fizjologii ciała ludzkiego.

Zjazd wyraża zdanie, iż kąpiele ludowe winny być uważane za sprawę społeczną. W tym celu należy wezwać odpowiednie instytucje miejskie i gminne oraz zakłady przemysłowe. Zjazd uznaje potrzebę spieszego wprowadzenia w życie ustawy, dotyczącej handlu artykułami żywności.

Zjazd wyraża zdanie, że budowa tanich i zdrowych pomieszczeń robotniczych stanowi nagłą potrzebę społeczną.

Zjazd zaleca lekarzom polskim zajęcie się sprawą badania stanu zdrowotności robotników fabrycznych i utworzenie posad lekarzy sądowych przy sądach obwodowych i wyraża zdanie, że lekarze powiatowi i miejscy winni odbyć przynajmniej 6-cio tygodniowe studjum higieny i bakterjologii.

Dr. Machek przekłada wnioski sekcji okulistycznej: „Wobec bardzo częstej jaglicy w kraju, która wiele osób pozbawia wzroku, sekcja wnosi, aby utworzyć kosztem publicznym zakład, w którymby dotknięci jaglicą znaleźli pomieszczenie i umiejętną pomoc, należy poczynić starania, ażeby żołnierzy, którzy ulegli zarażeniu, przed wyleczeniem do miejsc stałego zamieszkania nie dopuszczać. W tym samym celu dla zapobieżenia jaglicy, należy rozciągnąć nadzór nad młodzieżą szkolną.“

P. Pawlewski proponuje, imieniem sekcji chemiczno-farmaceutycznej: Uznaje się za niezbędną potrzebę zaprowadzenia na wszechnicach i politechnice stałych kursów badania artykułów spożywczych, obowiązkowych dla farmaceutów i tych chemików, którzy pragną uzyskać kwalifikację na chemików.

Zaleca zajęcie się naukowem badaniem wosku ziemnego i minerałów bituminiowych krajowych.

Prof. Fabian przedstawia wnioski sekcji matematyczno-fizycznej, która wyraża życzenie, aby w organie Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych rozwinięty został bardziej dział artykułów treści matematyczno-fizycznej i ażeby pisma polskie fachowe, obok samodzielnych, zamieszczały także prace sprawozdawcze.

Sekcja uznaje konieczność krótkiego podręcznika tych elementów matematyki wyższej, które są niezbędne dla słuchających wykładów fizyki na uniwersytetach.

Profes. Królikowski proponuje imieniem sekcji weterynarskiej: „Na podstawie korzystnych wyników, otrzymanych w ostatnich czasach ze szczepionką Cieszkowskiego z Rosyi, oraz ze szczepionką Pasteur'owską na Węgrzech — należy poczynić odpowiednie kroki o wyjednanie funduszków celem przeprowadzenia podobnych szczepień na bydło w okolicach nadwiślańskich, nadniestrzańskich i nadburzańskich.“

Sekcja geologiczna wyraża przekonanie, że „w uznaniu wszelkich korzyści, jakie głębokie wiercenie na wystawie we Lwowie krajowi i nauce przynieść może, wiercenie to powinno być

doprowadzone do możliwie wielkiej głębokości i przez rząd, kraj i miasto nadal odpowiednią subwencją popierane. Nadto uchwała sekcya złożyć podziękowanie krajowemu Towarzystwu naftowemu na ręce jego wicepresy p. A. Gorajskiego za podjęcie i przeprowadzenie wiercenia na wystawie."

Prof. Dybowski z ramienia sekcji zoologicznej proponuje, ażeby mapę poglądową prof. L. Wajgla fito- i zoograficzną polecić radzie szkolnej krajowej do rozpowszechnienia, jako środek pomocniczy przy nauce geografii i historii naturalnej.

Wreszcie prof. Ciesielski przekłada wnioski imieniem sekcji XIII (botanicznej), która uchwaliła:

1) Przy tworzeniu wyrazoznawstwa rodzimego przyjmuje się za zasadę, że tylko dla tych spraw i rzeczy potrzebne są nazwy polskie, które wchodzą w zakres ogólnego wykształcenia, dla wszystkich innych, wchodzących w zakres nauki zawodowej, należy zatrzymać nazwy ogólnie przyjęte grecko-lacińskie.

2) Na dwóch po sobie następujących zjazdach przyrodników i lekarzy ma być kwestyja wyrazoznawstwa rozbieżna jako pierwszy punkt porządku dziennego sekcji botanicznej, w którym to celu interesowani powinni dostarczyć odnośnego materiału.

Na trzecim zaś zjeździe dopiero powzięte będą odnośne uchwały.

Po przyjęciu tych wniosków sekcyjnych zabrał głos prof. Dunikowski imieniem wydziału gospodarczego zjazdu, prosząc o sąd pobłażliwy dla komitetu gospodarczego, jeśli w zupełności nie spełnił swego zadania jak to zamierzał. Uczestnicy niezawodnie nabrali przekonania, że i na lwowskim terenie otwiera się obecnie szerokie pole do naukowej działalności. Z chwilą otwarcia wydziału medycznego przy uniwersytecie lwowskim, rozpocznie się szlachetna emulacyja z krakowską wszechnicą. Mówca głosi wybitne zasługi położone na polu etnografii krajowej przez Włodz. hr. Dziaduszyckiego i wzywa zjazd do złożenia hołdu temu zaśluzonemu mężowi. Mówca z żalem pożegnał w imieniu wydziału gospodarczego uczestników VII zjazdu: „do widzenia za trzy lata w Poznaniu—a daj Boże kiedyś i w Warszawie.“ Włodz. hr. Dziaduszycki, do głębi wzruszony dowodami uznania ze strony zjazdu, przypisuje je tylko tej wielkiej idei miłości kraju, która była zawsze prawdziwą gwiazdą jego działalności. Jeden z prezesów wystawy pan Gorajski pożegnał wreszcie uczestników zjazdu imieniem prezydium i dyrekcji wystawy i dziękował za uświetnienie wystawy tym zjazdem.

P. L. z Warszawy w imieniu lekarzy i przyrodników warszawskich w krótkich słowach podziękował za gościnne przyjęcie i wyraża zachwyt jaki wszystkich przejmuje na widok tej społeczno-naukowej pracy w Galicyi.

Dr. Szuman imieniem Wielkopolan dziękuje za gościnność i trudy przez wydział gospodarczy poniesione około urządzenia Zjazdu.

Wreszcie prof. Obaliński pełen dumy, wyraził serdeczną podziękę prezydentowi miasta, radcy d-rowsi Hoszardowi, ks. Sapieszce, Włodz. hr. Dzieduszyckiemu, Komitetowi gospodarczemu oraz tym wszystkim, którzy na zjazd przybyli, poczem ogłosił VII zjazd lekarzy i przyrodników polskich za zamknięty.

Liecznie zjazd VII prawie o połowę był mniejszy od poprzednich (około 400 uczestników) może dla tego, że część kolegów w roku bieżącym uczestniczyła już na zjeździe w Rzymie, być też może część kolegów nie przybyła z braku czasu z powodu panującej epidemii, głównie może też dla tego że wydział gospodarczy za mało głosił o swych czynnościach przygotowawczych, za mało dawał oznak o swem istnieniu, za mało zachęcał i przynaglał.

Naukowy dorobek VII-go zjazdu obecnie ocenić się jeszcze nie da.

K. W. S.

Kongres dla hydroterapii morskiej

w Boulogne-sur-Mer.

Pierwszy kongres dla hydroterapii morskiej lub talassoterapii, jak niektórzy nazywają, odbył się tego roku pomiędzy 25 a 29 lipca w Boulogne-sur-Mer.

Na kongresie tym, zorganizowanym przez lekarzy bulońskich, omawiano wiele kwestyi, odnoszących się do leczenia morskiego, z których ciekawsze w krótkości podamy:

Dr. Houzel, sekretarz jeneralny kongresu, mówił o *wpływie kąpiei morskich na miesiączkowanie* u kobiet. Kobiety zdrowe, dobrze zbudowane nie powinny zaprzestawać kąpiei podczas miesiączkowania. Mówca utrzymuje, że wiele kobiet wątłych i nerwowych, cierpiących na amenorrhoeę lub też dysmenorrhoeę, pozbyłyby się swych dolegliwości, gdyby się przyzwyczyły do brania kąpiei morskich nawet podczas miesiączki.

Za przykład przytacza H. kobiety, zajmujące się połowem krewetek i ślimaków morskich, przebywają one zimą i latem nawet w czasie miesiączki po kilka godzin w morzu, pomimo to cierpienia narządów płciowych należą u nich do rzadkości. Kąpiele morskie, stosowane nawet podczas miesiączki, wzmagają krwawienie i regulują takowe, wskutek czego zalecane bywają w amenorrhoeach i dysmenorrhoeach i wogóle we wszelkich cierpieniach połączonych z zaburzeniami w krążeniu macicznym oraz z zwątlaniem macicy. Kąpiele morskie przedłużają życie płciowe kobiet i powiększają płodność.

Dodatni wpływ morza *na krzywicę* podniósł dr. Leroux. Do dawnych swych spostrzeżeń w tym kierunku przyłącza on dwa nowe ciężkie przypadki krzywicy, które przez kąpiele morskie prawie zupełnie wyleczone zostały. Prelegent zwraca uwagę, że zwykle za późno wyseła się dzieci rachityczne do morza, wskutek czego leczenie nie zawsze jest tak pomyśłe w skutkach. Radzi on utworzenie przy sanatorjach oddziałów dla dzieci w wieku od 1 do 1½ roku.

Tenże sam autor mówił potem o *ogólnych wskazaniach do leczenia dzieci kąpielami morskimi*. Utrzymuje on, że w pewnych chorobach układu nerwowego: bezwład dziecięcy, płasawica, zanik mózgu nie wiele się po kąpielach morskich spodziewać można. Natomiast dzieci bezkrwiste, lymfatyczne, żółzowate, dotknięte skrytą postacią gruźlicy, mogą dzięki terapii morskiej uniknąć w przyszłości grożącej im gruźlicy. Choroby serca, przymiot dziedziczny, ostrą pryszczycę, ostre zapalenie oczów i uszów uważa autor za przeciwwskazania do talassoterapii; to samo powiada Leroux o gruźlicy miejscowej, połączonej ze stanem zapalnym i ropieniem, oraz o gruźlicy trzewów. Gruźlica płuc nawet w najlżejszym stopniu zdaje się być przeciwwskazaniem do stosowania kąpeli morskich, szczególnie zaś do przebywania w szpitalach i sanatorjach morskich.

Kwestyja wpływu kąpeli morskich *na cierpienia nosa, gardła, krtani i uszów* szeroko była na kongresie omawiana przez kilku referentów. Ladreit de La Charrière i Castex z Paryża zalecają kąpiele morskie w cierpieniach usznych z wyciekami, jeżeli są natury żółzowo-gruźliczej. W przypadkach bez wycieku morze ma rację bytu tylko w stanach kongestyjnych lub histerycznych. Większość przypadków chorób nosa skutecznie leczona kąpielami morskimi bywa, to samo dotyczy przerostu migdałów, natomiast w cierpieniach gardła gruźliczych morze ma wpływ ujemny. Co do cierpień krtani to autorzy utrzymują: że rozmaite stany hypokinezyi krtaniowej, oraz cierpienia gruczołów laryngo-trachealnych stanowią wskazanie do stosowania kąpeli morskich, wzbraniają ich natomiast w zapaleniach krtani przewlekłych, gruźliczych i nowotworach.

Dr. Laverand powiada, że przewlekłe choroby nosa, gardła i uszów dobrze się leczą nad brzegiem morza. Wyjątek stanowią: ropienia z ucha oraz cierpienia gardła u osobników, skłonnych do kongesty, u wrażliwych suchotników i u artrytyków.

Dr. Beaucellier uważa kurację morską za wskazaną w ostrych nieżytach nosa, dla zwalczenia usposobienia do powrotów, w ostrych zapaleniach gardła dla zabezpieczenia od przejścia w stan przewlekły, prócz tego w przewlekłych nieżytach nosa i gardzieli, oraz przy wyrosłach adenoidalnych.

W ostatniem szczególniej cierpieniu gorąco zaleca kąpiele morskie Verneuil, honorowy prezes kongresu. Utrzymuje on, że lekarze zbyt pohopnie biorą się do noża w przypadkach wyrosła adenoidalnych; stosowanie zabiegów chirurgicznych uważa on wprost za nie-

bezpieczne w wegetacjach natury gruźliczej, gdzie po operacyi często następuje generalizacyja.

O atmosferze morskiej mówił dr. Cosse, zachwalając jej niezwykłą czystość i wysoką zawartość ozonu. Mówca uważa ją za bardzo ważny czynnik pomocniczy w leczeniu gruźlicy płucnej.

Następny kongres morski ma się odbyć w Ostendzie.

H. Kucharzewski.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIJA.

Wł. Biegański. **Logika medycyny czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich** napisał. . . Warszawa. 1894. Z zapomogi kasy pomocy Dr. J. Mianowskiego. Cena kop. 75, str. 164. IV.

Przeważna część wydawnictw naszych są to kompilacyje mniej lub więcej udatne, zawierające niekiedy poglądy własne autora, w homeopatycznej jednak zwykle dawce względnie do rozmiarów całości. Wystąpienie z dziełem zupełnie oryginalnem, a nie na obcych oparciem wzorach — musi wywołać zainteresowanie i chęć bliższego zaznajomienia się zarówno z autorem jak i jego utworem. Kol. W. Biegański zbyt dawno znany jest w piśmiennictwie naszym, zbyt często nasi czytelnicy spotykają się z jego nazwiskiem, abym był zmuszony kreślić jego sylwetkę. Po licznych pracach naukowo klinicznych z różnych dziedzin, głównie jednak z medycyny wewnętrznej, obejmujących pojedyncze kwestyje, autor ten zapragnął pracy na szerszem polu i oto wydaje pierwszą w naszym języku Dyjagnostykę różniczkową. Wtedy już zwrócono na niego baczniejszą uwagę, bo choć praca ta posiadała pewne usterki, całość jednak przedstawiła się poważnie i nie gorzej, niż inne tego rodzaju zagraniczne podręczniki. Była to jednak jeszcze praca napół kompilacyjna.

Dziś staje autor przed nami z zupełnie oryginalną pracą, powstałą samoistnie bez pierwowzoru: z *Logiką medycyny*. Jedynym pierwowzorem była dla autora praca Chałubińskiego „Metoda do wynajdywania wskazań lekarskich i prace filozofów jak Milla, A. Baine'a i t. p., dotyczące głównie zasad logiki ogólnej.

Jako próbę logiki medycyny pracę kol. B., należałoby rozpatrzyć w porównaniu z logiką stosowaną innych gałęzi wiedzy; porównawcze takie zestawienie dałoby nam możność gruntownej oceny klasyfikacyi przezeń przyjętej i metody, z której przemocą przeprowadza swój wykład — od tego jednak odstąpić musimy, zajęłoby to nam bowiem zbyt wiele miejsca i za daleko zaprowadziłoby w dociekaniach. To też wybiorę inną drogę do oceny tej pracy. Ponieważ autor z góry zastrzega się, że cel medycyny jest zawsze praktyczny (str. 4), że dążymy zawsze do praktycznego celu — leczenia chorób, z tego więc punktu wi-

dzenia należy oceniać jego pracę. Wprawdzie, wprowadziwszy tego rodzaju ograniczenie do ogólnego dzieła, autor ujął mu znacznie wartości, że jednak przeprowadził konsekwentnie do końca swoją ideję, zarzutów mu z tego czynić nie będę. Bo, jeśli każda z oddzielnych nauk, składających medycynę ma prawo, a nawet obowiązek pracować tylko dla samej nauki, nie oglądając się wcale na żaden cel praktyczny, to jednak zawsze całość nauki — medycyna in toto — względnie praktyczny musi mieć na uwadze, a filozofija jej jako nauki praktycznej dążyć do tego winna.

Nauka medycyny, jak i w ogóle wszystkie nauki w naszym stuleciu pod wpływem filozofii materialnej mniejszy zakres położyła sobie w kierunku abstrakcyjnego myślenia, większy zaś kładła na zbieranie faktów i ocenianie ich materialnie. Pokolenia, wychowane w tym kierunku szczególnie przyrodników i lekarzy, rzeczywiście, doprowadziły kierunek ten do znacznego rozwoju, abstrakcyjne jednak myślenie pozostawiły odłogiem. Uznania tego ostatniego za konieczne w naszej nauce domaga się autor, idąc w tem za wskazówkami Chałubińskiego i zarzucając nowszemu pokoleniu zapomnienie zasad szkoły klinicznej polskiej, stworzonej przez Chałubińskiego.

Zarzut to może w części słuszny, zwróciłbym jednak uwagę autora, że wynika to zapomnienie raczej z obserwacji bezpośredniej prozelitów tej szkoły i jej bezpłodności dotychczasowej na polu piśmiennictwa, niż z chęci porzucenia zasad wielkiego naszego klinicysty.

Jego opieszłość do pióra i mały udział w piśmiennictwie jego bezpośrednich uczniów i pomocników sprawiły to, że ślad metody zaginęła, a żywsze prądy z zachodu, być może nawet z krzywdą dla czystego kierunku naszej medycyny szybko zatary wspomnienia metody, która nie zdążyła nic nowego zbudować. Zakreślona bardzo szeroko, zbudowana nader umiejętnie przez gienijalnego klinicystę musi wywalczyć sobie kiedyś ogólne uznanie, wtedy jednak, gdy propagowaniem jej inni zajmą się ludzie, którzy obok daru stosowania jej w praktyce posiadać będą odpowiednie zdolności do propagowania jej w piśmiennictwie. Autor zrobił krok pierwszy i to niepośledni — oczekiwać dalszych należy.

Słuszną jest również w zestawieniu z zasadami metody klinicznej Chałubińskiego ocena szkoły anatomopatologicznej, która wiele zdziałała dla medycyny, ale też spowodowała w innych kierunkach pewien zastój. Jej zawdzięczamy wiele, ale wyłączną zarówno ona jak i powstała nieco później szkoła etjologiczna być nie powinna. Obie te szkoły w terapii, np. o czem autor nie wzmiankuje, wywoływały pewien zastój i zrodziły często nieuzasadniony pesymizm w traktowaniu chorego. Objaw ten szczególnie jest wydatny u młodszego pokolenia lekarzy. Kto uważnie śledzi za ruchem piśmienniczym musi zwrócić uwagę na długie, za długie nieraz opisy anatomo patologiczne, długą historję choroby, a kilkowierszową tylko wzmiankę o leczeniu. Tak to już weszło w przyzwyczajenie, że stanowi niejako szemat, na którym wzorują się wszyscy piszący. Wpływa to z zasady szkoły

patologo-anatomicznej, która wniosła w umysły swych uczniów wieku wątpliwości co do skutków leczenia. Anatomopatologia rozpatruje zmiany w ustroju i notuje je jako takie, często odrzucając zupełnie możliwość powstrzymania ich w rozwoju. Mówię tu o leczeniu wewnętrznym, inna bowiem rzecz chirurgia, ta z anatomii patologicznej odniosła korzyść i w kierunku terapii i jej w znacznej części swój rozwój zawdzięcza. Sądzę, że i na ten punkt należy zwrócić uwagę przy ocenie wyników szkoły.

Inną ujemną stronę tej szkoły — zwrócenia bacniejszej uwagi na chorobę, niż na chorego — autor rozbiera szeroko, a szerzej jeszcze to rozdrobnienie medycyny na działy i działki, które w praktyce okazują się niemożliwymi.

Barwnie i ostro piętnuje autor tę specjalizację nowomodną, która ad absurdum dochodzi i pozwala np. na specjalizowanie chorób wewnętrznych na takie działy jak choroby serca, jak gdyby badanie lub leczenie tych chorób wymagało specjalnych metod. Dla autora internista winien być obznajmiony ze wszystkimi metodami badania, a jeśli rękoczyn jaki ma wchodzić w zakres terapii, wtedy, o ile uważa się za niekompetentnego, może poruczać leczenie specjalistom pod ogólnym wszakże swoim nadzorem. Umiejętnie wybrane przypadki ilustrują żądanie to autora. Czy specjaliści zadowolnią się taką rolą, rzecz to wątpliwa, ale też jest rada na to, mianowicie starać się winni o uzupełnienie ogólnego wykształcenia lekarskiego.

Jeszcze jedną uwagę pol. B. zanotować się godzi. Autor słusznie zaznacza, iż metoda Chalubińskiego widziała przed sobą przede wszystkim chorego, któremu ulgę przynieść należy, później dopiero w lekarzu zrodzić się winna myśl o badaniu dla nauki, dziś, dzięki panującej u nas w szkole niemieckiej pojęcia radykalnie się zmieniły, chorych traktuje się jako „ciekawe lub nieciekawe przypadki.“ Zapomniano o chorym — myślano o przypadku. Wyrodziło to szereg doświadczeń na chorych, z których chorzy widoczną wnosili szkodę, szczepiono parczy, przymiot, raka... Już to zestawienie 2-ech tych kierunków daje czytelnikowi wiele do myślenia. Zauważyć wypada, że może nie szkoła jest temu przyczyną, ale jej adepci, żądni łatwych tryumfów, nie zawsze z czysto-naukowym kierunkiem. Szkoła jednak niewątpliwie, zawiła, przeocząc zupełnie stronę etyczną naszej nauki. Zarzut to jednak trochę spóźniony. Dziś już odzywają się przeciw takiemu kierunkowi kliniki słuszne głosy, które znajdują odzwiek w wielu lekarzy, i być może, powstrzymają nawet bardziej żarliwych..

Tyle uwag ogólnych autora w jego przedmowie. Jak wiadomo, dotychczas jeden tylko A. Baine w swojej logice umieścił rozdział o logice medycyny, dzieło to jak również znana powszechnie logika Milla posłużyły autorowi okok Jewonsa i Chalubińskiego do ułożenia całości, którą na 7 podzielił oddziałów.

I. Traktuje o klasyfikacji i definicji. II. O rozpoznawaniu, jako metodzie logicznej. III. O metodzie doświadczalnej. IV. O hypo-

tezach i teorii. V. O metodzie statystycznej. VI. O analizie i syntezie. VII. O metodzie dedukcyjnej.

Trudno mi streszczać w niniejszem sprawozdaniu pojedyncze rozdziały, pisane i tak nader ściśle przez autora, muszą to jednak choć w części uczynić, aby dać czytelnikowi pojęcie o całości.

Autor przedewszystkiem rozpatruje znaczenie klasyfikacji dla nauki i drogę, jaka do takiej klasyfikacji prowadzi, wykazuje braki klasyfikacji naukowej i zarazem korzyści t. z. klasyfikacji przyrodzonej. Za taką klasyfikację poczytuje autor klasyfikację chorób na podstawie anatomo-patologicznej.

Przytaczać jej jako znanej ogólnie nie będę, ale zaznaczę za autorem, iż jest ona niedostateczną, gdyż nie mieści wielu chorób klinicznie znanych, oraz rodzi wątpliwości co do niektórych. Jako przeciwstawienie tej klasyfikacji przyrodzonej rozpatruje autor klasyfikację sztuczną, opartą na grupowaniu rodzajów i gatunków z podobieństwa jednej cechy; w ogóle nie prowadzi ona do celu, w pewnych razach jednak, jako ułatwiająca oryjentowanie się, przyjętą być musi, za przykład podaje kliniczny podział chorób żołądka na przebiegające z wydzielaniem wzmożonem lub osłabionem kwasu solnego. O wartości tej klasyfikacji mówiłem na tem miejscu w r. z., zestawiając 3 nowe podręczniki chorób żołądka i wypowiedziałem już wtedy, iż ma ona wartość tylko kliniczną, a nie ściśle naukową, którą tylko być może kl. anatomopatologiczna.

Wreszcie autor rozpatruje klasyfikację tabelaryczną Baina, słusznie odmawiając jej wartości praktycznej, a tembardziej naukowej, może mieć ona zastosowanie tylko w różniczkowej analizie w nieco zmienionej postaci.

Po rozpatrzeniu klasyfikacji następuje definicyja, t. j. opis rodzaju, gatunku i osobnika, co autor na przykładzie klinicznym wyjaśnia, podaje zasady logiczne opisu, definicyi gatunku i sposób logicznego skracania opisu, gatunku i rodzaju, co stanowi właściwą nomenklaturę w naukach przyrodniczych, wprowadzoną przez Linneusza.

Rozdział drugi o rozpoznawaniu poprzedzają uwagi o poznawaniu jako czynności myślowej. Według autora mało zwracano uwagi w nauce o rozpoznawaniu na jej stronę formalną, więcej poświęcając miejsca stronie faktycznej, wina w części spada tu i na naukę logiki, która poznawanie całkiem usunęła ze swego zakresu, przeniosłszy je do psychologii, autor przeciwnego jest zdania, gdyż poznawanie jest czynnością logiczną, podporządkowującą zjawiska i fakty pod ogólne pojęcia—klasy już wyrobione w naszym umyśle. Ztąd też klasyfikacją wprzód poznać należy, nim zaczniemy poznawać poszczególne zjawiska. Słusznie tu autor zaznacza różnicę, jaka istnieje w poznawaniu w naukach ściśle przyrodniczych i w rozpoznawaniu lekarskiem, o wiele trudniejszym ze względu na liczne komplikacje zjawisk, zachodzących w żyjącym ustroju etc., ale też i rozpoznanie lekarstw ułatwia sobie nerw przez wyszukiwanie cech zasadniczych, stałych, znamienych i t. p., których wartość autor rozpatruje. Sama czyn-

ność logiczna poznania opiera się na 3-ch prawach: *spoztrzegany przedmiot równa się znaczeniu dawniej poznanego, jeżeli występuje w obydwu też sama cecha znamiennea i jeżeli wszystkie cechy są jednakowe*. Druga ta czynność jest prawem różniczkowego rozpoznania, nicią przewodnią jest tu *współczynnik różniczkowania*, t. j. cecha wspólna, stanowiąca punkt wytyczny do grupowania zjawisk i przedmiotów podobnych. Objaśnia to autor przykładami, po które odsyłam do oryginału. Wyszukawszy współczynnik, idziemy dalej w różniczkowaniu i kierujemy się tu dwiema zasadami: 1) *brak stałej cechy zjawiska wyklucza jego możliwość* i 2) *zjawisko spoztrzegane nie jest zjawiskiem, z jakim go porównujemy, jeżeli w jednym z nich występuje stale objaw przeciwny zupełnie spoztrzeganiem*, trzecie wreszcie prawo jest *prawem różnicy przez niezgodność* objawów danej choroby ze zwykłym typem. Rozpoznanie różniczkowe ułatwiają tablice, jeśli cech rozmaitych jest kilka. Niekiedy czynność różniczkowania musi poprzedzać postawienie rozpoznania, jest to droga znajdowania rozpoznania przez wykluczenie. Dalej autor wspomina o indukcyjnej metodzie rozpoznawania, najprzódziej prowadzącej do celu i polegającej na metodzie odnajdywania podobieństw, wreszcie zaznacza metodę dedukcyjną — czyli sądzenie *ex juvantibus et nocentibus*. W końcu tego rozdziału słów kilka poświęca autor błędom w rozpoznaniu i wartości wniosków rozpoznawczych w ogóle, a więc przyjmowanie objawu ogólnego za znamienne dla danej choroby, nie umiejętnie stosowanie indukcji i dedukcji.

Metoda doświadczalna, której autor poświęca drugi rozdział skutkiem założenia autora o praktycznym celu medycyny nie jest kompletnie opracowaną. Dowodzi autor przedewszystkiem potrzeby obok spoztrzegania — doświadczeń, te bowiem są w możności dopiero dać nam zupełną analizę przyczyn, powodujących dane zjawisko. Metody autor podaje za Millem, a są one jak wiadomo następujące: metoda zgodności, różnicy, połączona, reszty, oraz zmian współczesnych. Wartość tych metod nie jest jednakowa w doświadczeniach i spoztrzeżeniach lekarskich, w naukach naszych do spoztrzeżeń używamy najczęściej metody połączonej lub zmian współczesnych, w doświadczeniach metody reszty.

Objaśnia to autor na chorobie Brigta i na doświadczeniach, na których oparli się w tłumaczeniu jej objawów późniejsi badacze, rozbiierając na tem miejscu wartość dla patologii człowieka, patologii doświadczalnej, której znaczenie ogranicza. To ograniczenie, zdaniem mojem zbyt ogólnikowo określił kol. Biegański, kwestyja ta wymagała szerszego opracowania choćby ze względu na jej wartość i możliwe błędy we wnioskach, należało więc dać kilka przykładów, poczerpnąć je choćby z bakteryjologii, której autor w badaniach Kocha taką ścisłość naukową przypisuje i wykazać jak często i jak niewłaściwie stawiają się wnioski wobec apriori powziętych opinij, zyskałby ten rozdział niewątpliwie na tem i bardziej byłby zajmujący. Owe właśnie wnioskowanie *post hoc ergo propter hoc* najczęściej może zastosować się daje do współczesnych badań bakteryjologicznych.

Wartością zasad poszczególnych i ich błędami, wynikającymi z ich stosowania autor kończy rozdział o doświadczeniach, które wraz z obserwacją prowadzą do tworzenia teorii i hipotez, rozpatrywanych w następnym rozdziale. W rozdziale tym znajdujemy dość przykładów z medycyny, dających pojęcie o sposobie tworzenia i wartości hipotez oraz wykazanie różnicy między teorią i hipotezą, nie będąc zajmował niemi dłużej czytelnika, gdyż tworzenie ich znane mu jest choćby z nauk przyrodniczych, natomiast podnieść należy wartość rozdziału V poświęconego metodzie statystycznej. Rozdział ten każdy lekarz przeczyta z korzyścią, znajdzie dla siebie nie jedną naukę jak i kiedy stosować można tę metodę, aby nie wpaść w błędy, częste w naszym piśmiennictwie, zrobiłbym tylko zarzut autorowi, że nie dość uwzględnił i ocenił rozmaite sposoby stosowania statystyki, że nie rozpatrzył w tym rozdziale metod badania statystycznego, z tego choćby względu, że lekarze mało są w ogóle obznajmieni z tym działem, i że to właśnie mało obznajmienie jest najczęstszym źródłem wniosków faktycznych w leczeniu i rokowaniu.

Przedostatni rozdział traktuje o analizie i syntezie w medycynie czyli o metodzie wynajdywania wskazań lekarskich. Autor wykazuje przedewszystkiem różnicę między indukcją a analizą, ta ostatnia mieści w sobie niejednokrotnie cały szereg indukcji, to samo dotyczy dedukcji i syntezy. Stosowanie tych metod autor wyjaśnia na przykładzie klinicznym, który analizuje dokładnie i sprawdza za pomocą syntezy. Za pomocą analizy objawów u danego osobnika dochodzimy do pierwotnej przyczyny, a ztąd do wskazań lekarskich. Jak odnajdywać te wskazania odpowiada autor ustami Chałubińskiego. Chałubiński dla oznaczenia pewnego zjawiska chorobowego lub jego przyczyn używa terminu „moment chorobowy.“ Wyliczenie tych momentów nie daje nam jeszcze pojęcia o naturze danego stanu chorobowego i zależności tych momentów od siebie na to trzeba oceny krytycznej, a wniosek sprawdzony być winien przez szczegółową syntezę i analizę. Po ocenie zależności od siebie pojedynczych momentów, ocenić należy ważność każdego momentu dla życia chorego i wybrać najbardziej szkodliwy. Wtedy zestawiamy go z wiadomościami z terapii i oceniamy, drogą analizy dochodzimy do najwyższego osiągalnego (t. j. takiego, który z pomocą terapii zwalczyć możemy) momentu, a usunięcie jego da nam możliwość wykluczenia całego szeregu innych, zależnych od niego; zdarzyć się może, że za zniesieniem najwyższego momentu część momentów nie zostanie zupełnie zniesioną, wtedy analizujemy tę grupę, wynajdujemy dla niej moment najwyższy i znów szukamy drogi do usunięcia tego ostatniego. Teraz pozostaje roztrząsać czy o ile dwa te wskazania nie przeczą sobie. Ten sam sposób postępowania służyć nam musi i w tym razie, gdyby obok tych 2-ch najwyższych momentów istniały niezależne jeszcze od nich grupy zjawisk. Taki sposób postępowania trwać musi w ciągu całego przebiegu choroby, gdyż warunki w tej ostatniej zmieniać się mogą ciągle. Metodę tę autor objaśnia przykładem, a w końcu rozdziału podaje możliwe błędy, wynikające z niedokładnego stosowania tej metody.

Ostatni wreszcie rozdział poświęca autor dedukcyi i indukcyi, które prowadzą do stawiania wniosków i ich oceny. Indukcyja jest ważną czynnością umysłową, należyte poznanie jej praw — chroni od wielu błędów, ztąd autor poświęca jej słuszny rozdział, wskazując na prawa, któremi się rządzić w jej stawianiu należy. Indukcyja ma właściwie 4 stopnie: obserwacyja, tworzenie hipotez, rozumowanie dedukcyjne, sprawdzanie, te też łączy się nierozdzielnie z dedukcyją. Ta ostatnia — Syllogizm, stosowana jest często i posiada wielką w rozumowaniu wartość. Prawa jej znane są z logiki ogólnej, powtarzać ich nie będę; autor rozpatruje tu błędy powstałe ze złego wnioskowania lub złego zestawienia przedmiotu i orzeczenia i t. p., poświęcając słów parę soffitatom i paralogizmom.

Na tem kończy się logika medycyny Biegańskiego, o której choć w krótkości chciałem dać pojęcie czytelnikowi, podając treść jej w krótkich zaledwie zarysach. Z tego streszczenia przekonać się mogli czytelnicy, iż obok rozdziałów ogólnej logiki pojedyncze rozdziały są bądź wyjęte z dyjagnostyki, bądź z terapii ogólnej, bądź z demografii. Działy te autor powiązał nicią z logiki ogólnej, zestawił i stworzył w ten sposób pracę ogólnego znaczenia.

Zestawienie to wypadło o tyle dobrze, że zmusza czytelnika do wniosków ogólnych, których autor nie zdążył wypowiedzieć, do szukania tych pospolitych błędów, jakie są codziennym udziałem rozumowania lekarskiego. Dla też wolałby może czytelnik, aby wykazanie możliwych błędów, idąc za śladami poprzedników umieścić autor w końcu, dałoby to mu możność szerszego traktowania przedmiotu, z większą dla czytelników korzyścią. Ponieważ jednak nie mam zwyczaju robić zarzutów z tego, co nie zostało zrobione, ale oceniać co już zrobione zostało, muszę przyznać, że praca kol. B. jest zupełnie dobra i odpowiada swemu założeniu. Pojedyncze jej strony dodatnie zaznaczyłem już powyżej tu jeszcze raz tylko podniosę zasługę kol. B., że zwrócił baczną uwagę metodę odnajdywania wskazań Chałubińskiego, tak zaniedbaną przez jego uczniów i pomieścił pogląd ogólny na istniejące w nauce kierunki. Logika medycyny kol. B. czyta się nie łatwo, język jest częstokroć zawity, trudny do zrozumienia, czego sądzę nawet w tak abstrakcyjnej nauce należałoby unikać. Tembardziej zaś tej miary co kol. B. pisarz nie powinienby popełniać rażących błędów językowych, których niestety w książce jest sporo. Takie wyrażenia jak „podział taki, gdyby tylko mógł być ściśle przeprowadzonym“ (str. 3) „opis chorego jest logicznie uzasadnionym“ (str. 34), „zjawiska wykluczonemi być nie powinny“ (str. 65) i t. d., należałoby w korekcie usunąć, również należałoby unikać zwrotów obcych naszemu językowi w rodzaju „gatunki chorobowe, najbliższy rodzaj których“ (str. 38) „zjawiska, współistnienie których“ (str. 67) „przyjmiemy na uwagę“ zamiast pod. (str. 90) i t. d. Wreszcie zaznaczyć wypada nie zawsze dobry szyk wyrazów jak „klasyfikacyjne nazwy“ zamiast „nazwy klasyfikacyjne“ (str. 38). Błędy te szkodzą dziełku, zkądnąd zasługującemu na wszelkie uznanie.

Kasie Mianowskiego za wydanie dziełka oryginalnego, a nie, jak dotąd, nie zawsze dobrych przekładów, należy się również podzięka.
Józef Zawadzki.

KRONIKA MIESIĘCZNA.

Od Redakcyi.

W roku przeszłym staliśmy się ofiarą podejścia, o którym dowiedzieliśmy się przypadkiem w ostatnim czasie, dzięki uprzejmości jednego z kolegów prowincjonalnych.

Pomieszciliśmy mianowicie w zeszycie wrześniowym (1893 r. str. 575) jako artykuł oryginalny pracę: „O brometylowej narkozie,“ podaną przez Dr. Sławomira Rzyszczewskiego (z Wawrzyszewa). Praca ta, napisana dobrze, nie przekraczająca zakresem swym tego, co może zrobić każdy lekarz praktyk, nie budziła żadnych podejrzeń odnośnie swej autentyczności, chociaż pochodziła od autora nieznanego dotąd.

Tymczasem okazuje się, że jest ona prawie dosłownem tłumaczeniem artykułu Dr. Ginsburga, pomieszczonego w rosyjskim kalendarzu lekarskim (Medicinskij kalendar') z 1891 r., że zatem p. R. popełnił najordynarniejszy plagijat względem Dr. G. a nas w błąd wprowadził.

Podajemy ten smutny fakt do wiadomości ogółu, aby dopomógł nam zapiektnować należycie amatora tanich laurów autorskich. Nie zdaje nam się, aby czytelnicy nasi sądzili naszą w tem winę zbyt ciężko. Wśród powodzi artykułów, pojawiających się w tysiącu najróżnorodniejszych wydawnictw we wszystkich językach cywilizowanego świata podobne podejścia i takie omyłki będą zawsze możebne. Przed kilkunastu laty oszukaną została w ten sposób redakcyja Archiwu Virchow'a, w r. b. zaś amerykański „Medical Record.”

Nie pierwszy więc to fakt w literaturze medycznej, chociaż zdaje się, pierwszy w naszym piśmiennictwie lekarskiem. Oby był ostatnim.....

— W początkach b. m. odbył się w Warszawie konkurs na posadę nadetatowego ordynatora oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus. Do konkursu stanęli kol. Szteyner, Sawicki, Ciechomski, Borsuk i Gabszewicz i w tym samym porządku otrzymali stopnie z konkursu. Tym sposobem ordynatorem został kol. W. Szteyner. Skład sędziów był następujący: inspektor szpitali prof. Czausow, lekarze naczelni: Wszebor i Kinderfreund, prof. J. Kosiński oraz ordynatorzy oddziałów Stankiewicz i Raum i jako zastępca Oderfeld.

— Prof. J. Kosiński zatwierdzony został na swem stanowisku na dalsze lat pięć.

— Prof. I. P. Szczelkow, rektor warszawskiego uniwersytetu, otrzymał na własne żądanie dymisję. Nowy rektor dotąd mianowany nie został.

— Lekarzem—chemikiem stacyi higienicznej miejskiej w Lublinie mianowany został lublinianin dr. med. Jankowski. Posadę bakteriologa tejez stacyi objąć ma dr. Leśkiewicz, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego.

Wyżej wspomniana stacyja higieniczna zatwierdzona została przez p. Ministra Spraw Wewnętrznych. Pensya lekarza chemika wynosi rs. 600 rocznie, pensya zaś bakteriologa rs. 350 rocznie. Na utrzymanie pracowni wyznaczono rs. 300. Fundusze składają miasta gub. Lubelskiej w stosunku do ludności. Miasto Lublin płaci rs. 100.

Z wiarogodnego źródła wiadomo nam, że i w innych miastach gubernialnych podobne stacyje powstać mają tąz drogą.

— Podobno gmina żydowska w Łodzi ubezpieczyła na życie trzech lekarzy, przeznaczonych do niesienia pomocy cholerycznym, w razie wypadku zarażenia się ich lub śmierci w czasie pełnienia obowiązków. Podobne dowody uznania i dobrze zrozumianej oceny działalności lekarzy dały i niektóre miasta i ziemstwa w Cesarstwie, jak o tem donosiliśmy w swoim czasie.

— Na katedrę anatomii na miejsce prof. Teichmana mianowany został prof. Kostanecki, miejsce zaś tego, w katedrze anatomoporównawczej ma zająć Dr. H. Hoyer (syn profesora Warszawskiego Uniw).

D-rzy Beck i Wachholz zostali zamianowani docentami.

— Dr. Moczutkowski, konsultant klinicznego Instytutu Wielkiej Księżny Heleny Pawłówny—został w czasie swego pobytu w Odessie rażony apopleksją z porażeniem połowy ciała. Obecnie stan Sz. chorego znacznie się poprawił i daje nadzieje zupełnego wyzdrowienia.

— W Cesarstwie wychodzi 34 pism lekarskich z tych 20 w Petersburgu, 5 w Moskwie, po 2 w Charkowie i Odessie, po 1 w Kazaniu, Kijowie, Saratowie, Woroneżu i Połtawie.

— „Wracz“ powtarza za gazetą „Nowosti“ że minister finansów zgodził się w zasadzie na wyznaczenie sum potrzebnych na wybudowanie i utrzymanie wydziału lekarskiego w Odessie. (Wr. 31).

— Jak donosi Wracz dr. S. Zaleski zamysła opuścić katedrę chemii w Tomsku.

— Na francuskim kongresie dla medycyny wewnętrznej, który jak donosiliśmy, odbędzie się w Lyonie, Komitet urzęda ogłosił następujące referaty: 1-o O afazyjach. 2-o O wrtości klinicznej chemizmu żołądkowego. 3-o O etiologii i patogenezie moczołki cukrowej.

— W r. p. odbędzie się w Ostendzie międzynarodowy zjazd hydroterapeutów i balneologów. Na porządku dziennym są dwie kwestyje „Leczenie suchot płucnych na brzegu morza“, „Technika leczenia kąpielami morskimi“.

— Na kongresie międzynarodowym chemii stosowanej w Antwerpii (4—11 Sierpnia r. b.) ostatecznie przyjęto jako miarę objętości litr

francuski i termometr Celsiusza, jako miarę ciepłoty. Kongres składał się z przedstawicieli wszystkich państw.

— W obecnej izbie deputowanych we Francji znajduje się 61 lekarzy, 3 farmaceutów jeden weterynarz. Ciała senatorskie liczy 37 lekarzy, jednego farmaceutę i 3 weterynarzy. Zdaje się, że zawód mający tytuł swych przedstawicieli w rządzie może liczyć na przeprowadzenie swych—o ile będą słuszne—dezyderatów. (*La Fr. Med.* 34).

— W końcu Września odbędzie się kongres niemiecki internistów w Wiedniu. Jednocześnie zbiera się tam komisja dla wypracowania ostatecznego prawideł badania pokarmów i przedmiotów codziennego użytku. Z naszych higienistów powołano kol. Fabiana i L. Nenciego do opracowania prawodawstwa dla Rosyi.

— Wdowie po Billrocie cesarz rozkazał wypłacić 2000 reńskich rocznej pensyi. Billroth jak wiadomo nie zostawił majątku.

— Korespondent angielskiej gazety *Brit. med. Jour.*, przedstawia w najczarniejszych barwach rozwój wykształcenia lekarskiego w Egipcie; z wyjątkiem klinicznego wykształcenia w szpitalu Kaisr-el-Aini, i lekarzy, którzy za granicami kraju ukończyli studia, cała medycyna tameczna pozostaje w okropnym zastoju. W programie nauk brak zupełny bakterjologii, a w miastach ani śladu jakichkolwiek rządowych laboratoryjów bakterjologicznych.

Miejscowa literatura lekarska prac nowych nie posiada, chociaż wykład w szkole lekarskiej odbywa się po arabsku; książki, służące jako podręczniki przeważnie są tłómaczone z przestarzałych dzieł europejskich, a wielu z uczącej się młodzieży, innego języka prócz ojczystego nie posiada, chociaż w warunkach przyjęcia do szkoły lekarskiej pomieszczono umiejętność jakiegokolwiek języka europejskiego. Reformy dotychczas przeprowadzone przez anglików, pozostawiły bez zmian wyż wymienioną szkołę lekarską oraz departament sanitarny. Przeciwdziałanie ciągle i energiczne wszelkim nowacyjom, doszło do punktu kulminacyjnego za ministeryum Riaz Baszy, jest jednak nadzieja, że następca tegoż, Nubar Basza w interesie Egiptu zechce cośkolwiek uczynić ku podźwignięciu wszystkich, a specjalnie tej tak ważnej gałęzi pracy ludzkiej. A radykalną musi być ta zmiana. Przewszystkiem zastąpienie starych miejscowych nauczycieli europejszycami, oraz wprowadzenie jakiegokolwiek europejskiego języka jako wykładowy.

— W Edynburgu od 7—10 z. m. odbywał się kongres międzynarodowy oftalmologów. Zebrało się liczne grono oftalmologów z całego niemal świata cywilizowanego, o korzyściach jednak z tego kongresu zagraniczne gazety (*La France Méd.* i inne) odzywają się niechętnie.

— Według sprawozdania prof. Ogata z Tokio istnieją 3 szkoły lekarskie w Japonii. Jedna z nich, stara szkoła, hołduje dawnym japońskim poglądom, druga szkoła jest chińska, trzecia europejska. Wydział lekarski w Tokio trzyma się medycyny europejskiej, wykłady są w języku niemieckim. W r. 1889 było 41000 lekarzy, czwar-

ta część ich studyjowała medycynę europejską, inni chińską lub miejscową.

— Profesorowie *Köbner i Lassar* powołani zostali na vice-prezesów przyszłego międzynarodowego zjazdu dermatologów w Londynie.

— Prof. *Nicoladoni* z Gracu przyjął zaproszenie do Pragi na miejsce Gussenbauer'a.

— W Indyjach wschodnich 24—29 grudnia r. b. odbędzie się kongres lekarski, który ma za zadanie obznajmić Europę ze stanem medycyny i praktyki lekarskiej w Indyjach. Warszawskie Tow. Lekarskie otrzymało zaproszenie do przyjęcia udziału w tym kongresie.

— Dr. Gémy opisuje w *Bulletin de l'Algetin* przypadek zbroczenia płciowego u zdrowego napozór mężczyzny, który wtedy tylko mógł mieć stosunek płciowy z żoną, kiedy ta ostatnia zakładała perukę z bujnemi włosami; ilekroć peruki nie miała, występowała zupełna niemoc. To trwało w ciągu całego pożycia. Z małżeństwa tego było w ciągu lat 5 troje dzieci. Barwa włosów ani miękkość ich nie miały wpływu. (*Lion Méd.* str. 584).

— G. Witte, opierając się na statystyce wojskowej twierdzi, iż użycie alkoholu jest o wiele szkodliwsze od palenia opium. Statystyka przestępstw wykazuje, że palenie opium mniej usposabia do przestępstw, niż wyskok, toż samo wykazuje statystyka zakładów dla obłąkanych. Fakt ten tłumaczyć należy tem, że głównie działający w opium alkaloid—morfina spala się i zaledwo 2—3 miligramów palący wprowadza do ustroju. (*L. méd.* 33).

— Dr. Daniels proponuje kastracyję jako środek zapobiegawczy i leczniczy w przypadkach zaburzeń mózgowych na tle płciowym, radzi również stosować ją u obłąkanych, aby przeszkodzić im w zapładnianiu i wydawaniu potomstwa z zarodkami chorób umysłowych.

Bohaterska terapia...

— Dr. Eddowes z Londynu radzi przy *acne rosacea* obmywanie roztworami *dwutlenku wody*, po uprzednim oczyszczeniu chorych miejsc eterem (*Br. Journ. of Derm. Wr.* 34).

— Lemonijada osłodzona do chorych na moczówkę:

Glycerini puri 20·0—30,0

Acidi citrici 3,0

Aque fontanae 1000,0

.MDS. Napój

(*Lyon méd.*).

— Na posiedzeniu akademii medycznej w Paryżu 4 Września r. b. prof. Petit miał sprawozdanie o trzech przypadkach nagłej śmierci wskutek jazdy i w czasie jazdy na welo-cypedzie. Dwóch ze zmarłych cierpiało na serce, trzeci był otyły.

Choroby serca, jak również podeszły wiek, powinny być uważane za przeciwwskazanie do omawianego sportu. (*Un. Méd.* 27).

— Według statystyki angielskiej w zakładach kąpielowych liczba mężczyzn znacznie przewyższa liczbę kobiet i różnica ta wzrasta na korzyść mężczyzn:

W roku 1889 . . .	10,104	kobiet	56,400	mężczyzn
„ 1890 . . .	11,843	„	67,186	„
„ 1894 . . .	15,540	„	105,258	„

Ciekawa rzecz czy taki sam stosunek istnieje w innych krajach. „Wręcz“, który podaje tę samą wiadomość, twierdzi że podobny stosunek ma miejsce i w Petersburskich zakładach kąpielowych.

— Niejaki dr. Leroy w Belgii został skazany na karę pieniężną za to, że w sprawie rozwodowej wzbraniał się złożyć zeznania o chorobie męża i żony. Mąż zwoinił go od dochowania tajemnicy, mimo to lekarz ów osądził, iż nie godzi mu się zdradzać jej ze względu na żonę i inne w grę wchodzące osoby. Sąd apelacyjny uwolnił d-ra L. od odpowiedzialności. U nas jak, wiadomo, lekarz obowiązany jest wyjawiać tajemnicę lekarską tylko na żądanie prokuratora.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Sierpniu 1894 r.

1. *J. Sędziak*. Przyczynek do etiologii t. zw. Agina follicularis. (Gaz. Lek. 31).
2. *J. Mutermilch*. W kwestyi wstrzykiwań sublimatu pod łącznicę oka. (Gaz. Lek. 31).
3. *E. Bregman*. Przypadek paramyocloni multiplicis. (Gaz. Lek. 32, 33).
4. *B. Sawicki*. Przypadek rozdarcia krocza u noworodka. (Gaz. Lek. 32).
5. *M. Siergiejewa*. Wpływ niektórych nerwów mózgowych na krążenie krwi w migawce u żaby. (Gaz. Lek. 33).
6. *H. Uliński*. Przyczynek do leczenia wymiotów pochodzenia nerwowego. (Gaz. Lek. 33).
7. *T. Jasiński*. O wykrywaniu małych ilości cukru w moczu. (Gaz. Lek. 34).
8. *F. Grodecki*. Epidemia tyfusu brzuszego poronnego w Prenach i okolicy. (Gaz. Lek. 34).
9. *Z. Bychowski*. O chorobie Parkinsona. (Med. 32, 33).
10. *Dr. H. Higier*. Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci. (Med. 31, 32, 33).
11. *Dr. H. Kowalski*. Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki. (Med. 34).
12. *A. Rosner*. O powikłaniu ciąży guzami jajnika. (Prz. Lek. 30, 31, 32, 33).
13. *O. Bujwid*. O przymiotach dobrej wody, oraz metoda badania ze stanowiska współczesnej higieny. (Prz. Lek. 30, 31).

14. *A. Langie.* Uwagi i spostrzeżenia nad wstrzykiwaniami sublimatu pod spojówkę gałki ocznej. (Prz. Lek. 30; w przysz. N-rze).

15. *I. Raczyński.* O leczeniu wodogłowia przewlekłego za pomocą punkcji. (Prz. Lek. 33, 34).

16. *F. Kościński.* Trzy rzadkie przypadki obrażenia części rodnych kobiecych. Przegl. Lek. 34. (niesk).

1. Dr. Jan Sędziak. **Przyczynę do etiologii t. zw. „Angina follicularis“.** Autor przeprowadził badania swe nad 22 przypadkami *tonsillitidis lacunaris*, cierpienia znanego pod błędną nazwą anginy follikularnej. Naloty z migdałków szczepił autor przy zachowaniu wszelkich ostrożności na rozmaite odżywki (surowicę krwi Löfflerowską, agar glicerynowy, żelatynę). Szczepienia odbywały się i na zwierzętach, którym wprowadzał bądź same błonki, bądź też czyste hodowle.

Badania autora dały następujące wyniki:

1-o. W żadnym z 22 przypadków nie wykryto laseczników Klebs-Loefflerowskich swoistych dla błonicy.

2-o. W 4 przypadkach znaleziono laseczniki Hoffmann-Loefflerowskie t. zw. dyfterteryczne, dające ujemny wynik szczepienia na świnkach morskich.

3-o. W 18 przypadkach znaleziono staphylo—lub streptokoki, każde oddzielnie lub też w połączeniu ze sobą.

4-o. Obecność streptokoków w przypadkach autora nie miała żadnego wpływu na przebieg kliniczny. W przypadkachz lasecznikami wrzekomo błonicowemi zauważono nieco cięższy przebieg.

Następnie badał autor jeszcze 8 przypadków, wynik był ten sam co i w poprzednich.

Na podstawie tych 30 przypadków wyciąga autor wniosek że omawiane cierpienie jest chorobą samodzielną, sui generis, sprawą nie mającą nic wspólnego z właściwą błonią. *H. K.*

2. *Juljan Mutermilch.* **Kilka uwag krytycznych w kwestyi wstrzykiwań sublimatu pod łącznicę oka.** Autor ostro powstaje przeciwko używanym obecnie przez wielu okulistów wstrzykiwaniom sublimatu przy różnorodnych cierpieniach oka i w uwagach swych krytycznych opiera się na szeregu danych teoretycznych i pięciu przypadkach swoich, w których stosował metodę wstrzykiwań podłącznicowych bez wyników dodatnich.

Przypadki M. były następujące: 1) trzy wrzody rogówki pękające z nagromadzeniem ropy, w przedniej komórce, (w dwóch przypadkach nazajutrz po pierwszym zastrzyknięciu nastąpiło pęknięcie rogówki, w trzecim pomimo trzech zastrzyknięć nie było poprawy), 2) jedno ropne zapalenie tęczówki pochodzenia urazowego 3) jedno sympatyczne zapalenie oka (w pierwszym przypadku dwa, w drugim jedno zastrzyknięcie bez poprawy). *S. Cetnarowicz.*

3. *E. Bregman.* **Przypadek paramyocloni multiplicis.** 43-letni chory, którego ojciec był pijakiem, lecz w którego rodzinie chorób

nerwowych lub umysłowych nie było, od 6 tygodni zaczął doznawać silnych drgawek, występujących napadami o każdej godzinie dnia i nawet w nocy. Drgawki te przebiegały szybciej, niż przy płasawicy, niepodobne były wcale do ruchów dowolnych, siła woli i ruchy dowolne tamowały je. Drgawki dotyczyły obu stron ciała; twarz pozostała od nich wolną. Natężenie drgawek było największe, gdy chory leżał; w postawie siedzącej i stojącej były one słabsze. Napady drgawek zjawiały się nieprawidłowo, przerwy między nimi trwały kilka godzin. Najczęściej drgawki były kloniczne; oprócz tych miewał jednakże chory też skurcze toniczne, lecz te przebiegały wolniej i trwały kilka sekund. Prawie wszystkie mięśnie ciała były dotknięte drgawkami, za wyjątkiem mięśni oka, mięśni twarzy i języka. Współdziałanie mięśni w pojedynczych napadach był za każdym razem odmienne. Czasami drgawki ograniczały się do kilku zaledwie mięśni jednej kończyny, innym znów razem dotknięte były naraz wszystkie 4 kończyny, tułów i głowa. Po obu stronach ciała te same mięśnie ulegały drgawkom, nawet w pojedynczym napadzie rozkład ich niekiedy był symetryczny, lecz nie zawsze. W dolnych kończynach drgawki występowały najrzadziej, lecz prawie zawsze symetrycznie. Mięśnie oddechowe również przyjmowały udział w napadzie i nawet dość często.

W drugiej połowie pracy zastanawia się autor nad stosunkiem paramyocloni multiplicis do histeryi i przychodzi do wniosku, że paramyoclonus multiplex stanowi osobnego rodzaju nerwicę ruchową, która występuje samodzielnie, lub też łączy się z innymi nerwicami, z histeryją, epilepsyją, tak samo jak i te ostatnie w różny sposób ze sobą kombinują. Przypadek autora jest 61-szy z rzędu notowanych w literaturze.

J. W.

4. Bronisław Sawicki. **Przypadek rozdarcia krocza u noworodka.** Ze względu na rzadkość spostrzeżeń S. opisuje jeden przypadek rozdarcia krocza u noworodka podczas porodu w położeniu pośladkowym; akuszerka, nie zdając sobie sprawy ze stanu rzeczy, przyjęła odbyt dziecka za usta maciczne i starała się siłą go rozszerzyć. U jednomiesięcznej dziewczynki znaleziono już zabliźnione zupełnie rozdarcie krocza na linii środkowej. Wejście do pochwy bardzo obszerne; przegroda pochwowo-odbytniowa cienka, bliznowata; odbytnica rozdarta po za zwieracz zewnętrzny na przedniej ścianie. Ciągłe wypływający kał i mocz sprawił zaczerwienienie błony śluzowej i zapalenie pryszczycowe wewnętrznej powierzchni bioder. Po ustąpieniu pryszczycy S. wytworzył nowe krocze podług Lawson Tait'a z dobrym zejściem.

Wł. Stan.

6. H. Uliński. **Przyczynek do leczenia wymiotów pochodzenia nerwowego.** Autor opisuje 2 przypadki wymiotów nerwowych leczone za pomocą wężownicy Winternitza z dodatnim wynikiem. Obok tego autor wypowiada wnioski, iż leczenie przedewszystkiem powinno być ogólne, nie należy jednak zaniechać objawowego, ku czemu w danym

razie nadaje się metoda Winternitza. Wpływ dodatni zabiegu polegać ma na wpływie na krążenie i oddziaływaniu na nerwy czuciowe.

J. Z.

1C. Dr. med. Henryk Higier. **Zaburzenia ruchowe pochodzenia mózgowego u noworodków i dzieci.** Na wstępie daje autor rys historyczny rozwoju nauki omawianego przedmiotu. Dopiero prace nowszych autorów zdołały ustalić następujące poglądy że: 1) w mózgu dziecięcym bardzo różne zachodzą sprawy chorobowe; 2) że porażenia i powstające w skutek tychże zaburzenia ruchowe w wielu punktach ze sobą się zgadniają; 3) że osobliwości porażen i towarzyszących im objawów są w zależności od różnorodnego umiejscowienia sprawy chorobowej i nareszcie 4), że porażenia ostre u dzieci bardzo często powtarzają się w sposób podobny do tego, w jaki u dorosłych udar mózgowy; wskutek krwotoku, zatoru i zakrzepu naczyń mózgowych. Pod względem etyologicznym rozróżnia się 3 grupy porażen mózgowych u dzieci 1) powstałe przed porodem (trauma macicy, zaburzenia w krążeniu u matki lub choroby infekcyjne, alkoholizm, wzruszenie psychiczne, dziedziczność i pokrewieństwo rodziców, poród przedwczesny—co do przymiotu zdanie podzielone), 2) powstałe podczas porodu (poród przedłużony, asfiksja dziecka, rękoczynny lekarskie) 3) powstałe po porodzie (najczęściej poprzedza choroba zakaźna). Istnieją pod względem etiologicznym i formy mieszane, w których istnieje kilka momentów przyczynowych. Płeć na częstość wypadków wpływu nie ma. $\frac{2}{3}$ przypadków poczyna się w pierwszych 3 latach życia, porażenia te w późniejszych latach wieku dziecięcego są bardzo rzadkie.

Następnie przechodzi autor do szczegółowego opisu symptomatologii i przebiegu omawianego cierpienia przedstawiając 3 główne typy: 1) porażenia wrodzone, 2) porodowe i 3) nabyte.

Tegoż podziału trzyma się autor opisując anatomiję i fizyologiję patologiczną omawianej sprawy: 1) przy sprawach wrodzonych mamy do czynienia: albo z dużymi brakami mózgu (porencephalia) albo z niedorozwojem kory pewnej okolicy mózgu (agenesis); 2) podstawą anatomiczną porażen, powstających podczas porodu są mniej lub więcej rozległe krwotoki z naczyń żylnych, wylewy krwawe międzyoponowe; 3) porażenia ostre powstałe w życiu pozamiacicznym.

Struempel starał się odosobnić, określając je jako polioencephalitis acuta, jednak zaburzenia naczyniowe podobnie jak u dorosłych odgrywają ważną rolę u dzieci. Następstwa anatomiczne pierwotnej sprawy mogą być następujące: sclerosis, meningoencephalitis, cystes, porencephalia, agenesis.

Główne typy porażen mózgowych u dzieci są: 1) hemiplegia, spastica, hemiparesis choreatica, 2) hemiplegia bilateralis, 3) paraplegia spastica, 4) atetozja obustronna i płasawica ogólna, 5) wiele przypadków samoistnej epilepsji i idiotyzmu.

Dalej szczegółowo opisuje autor dane rozpoznawcze i przeprowadza szereg różniczkowych rozpoznań.

W końcu przedstawia leczenie tego rodzaju cierpien, omawiając użycie środków farmaceutycznych, elektryczność, masaż, leczenie pedagogiczne i zabiegi chirurgiczne (kraniektomia).

J. Bączkiewicz.

11. Dr. Henryk Kowalski. **Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki?** Wyliczywszy szeregi środków i metod, polecanych przeciw błonicy, czy to w postaci szczepionek, czy to w postaci środków farmaceutycznych zaznacza autor sceptyczny pogląd Neumanna, który nie stosuje żadnych leków i wykazuje tylko 36% śmiertelności. Następnie podnosi autor skuteczność stosowania chlorku pilokarpiny polecanej przez Guttmana, którą autor stosuje od lat 13 z dobrym skutkiem. Naukową podstawę skuteczności tego środka widzi autor w tem, że chlorek piloberpiny zwiększa leukocytozę, co w myśl teorii Miecznikowa stanowi pomyślny objaw w walce z bakteryjami. Pogląd ten autor popiera wynikami własnych doświadczeń na królikach, którym szczepił błonicę i stosował chlorek pilokarpiny; a następnie obliczał ilość białych ciałek we krwi. Odpowiednie obserwacje na dzieciach robił autor na klinice prof. Jakubowskiego w Krakowie.

Ponieważ nastój miry podobnie jak chlorek pilokarpiny wywołuje leukocytozę, autor kończy swój odczyt poleceniem tych środków w walce z błonicą.

J. Bączkiewicz.

12. Dr. Aleksander Rosner. **O powikłaniu ciąży guzami jajnika.** Guzy jajnika u kobiet ciężarnych nie należą do rzadkości; zapłodnienie może nastąpić mimo zajęcia obu jajników. W klinice prof. Madurowicza było 9 przypadków w latach 1887 — 1893, które razem z 1 przypadkiem z r. 1884, autor szczegółowo opisuje. Statystyka wykazuje, że powikłanie porodu guzami jajnika kończy się często śmiercią matki, a jeszcze częściej śmiercią dziecka. Wedle Gettera w 215 przypadkach śmiertelność matek wynosiła 30%.

Rokowanie porodowe zawisło od wielkości guza, jego budowy, usadowienia i zrostów; oprócz tych czynników, które można przewidzieć z góry, wydarzają się i inne niespodziewane i niemniej groźne. Tu należą: okręcenie szypuły, krwotok do guza, pęknięcie torbieli i zropienie guza. Okręcenie nie wydarza się częściej (wedle Dsirnego w 109 przypadkach 9%), niż w przypadkach nie powikłanych ciążą (wedle Olshausena w 100 przypadkach 8%). Objawy, wywołane skręceniem szypuły są groźne, ale mogą trwać całe tygodnie i nie przerwać ciąży, o ile ciąża przyczynia się do pęknięcia torbieli, krwotoku do guza i zropienia guza, to stwierdzić trudno wobec rzadkości tych powikłań. Więcej obserwowany był wpływ ciąży na przyspieszenie wzrostu guza, któremu Reuter, Schroeder i Wingel nadają znaczenie rozpoznawcze. Przemiana nowotworów łagodnych w złośliwe pod wpływem ciąży wygłoszona przez Wernicka nie jest bynajmniej udowodniona (Olshausen).

Rozpoznanie guzów jajnika w ciąży przedstawia wielkie trudności. W klinice prof. Madurowicza połowa przypadków była źle rozpoznana: 2 razy nie rozpoznano guza jajnikowego, oba razy podczas

porodu na czasie; 3 razy nie rozpoznano ciąży w 2, 3 i 4 miesiącu. Spencer Wells nie rozpoznał ciąży pięciomiesięcznej, powikłanej torbielą ani przed operacją ani podczas operacji, nakłół macicę ciążarną i musiał ją wypróżnić i zaszyć.

Do objawów najbardziej ułatwiających rozpoznanie ciąży wczesnej obok guza należy niewątpliwe ustanie regularności.

Przy torbielach jajnikowych miesiączka ustaje tylko wtenczas, gdy u chorej rozwija się charłactwo, lub jeżeli zmiany nowotworowe zajmuje oba jajniki. Jeżeli jedno i drugie da się wykluczyć, to ustanie peryodu czyni rozpoznanie ciąży bardzo prawdopodobnem.

Leczenie guzów jajnika w ciąży można streścić w następujących zdaniach: 1) U każdej pacjentki, którą mamy stracić z oczu wskazana jest ovariotomia. Jeżeli zabieg ten nie da się wykonać, należy zrobić punkcję, gdy guz jest wypełniony płynem i jest tak duży, że sprowadza duszność, obrzęki kończyn, grozi poronieniem. Jeżeli guz jest stały i tak duży, lub tak niekorzystnie umieszczony, że obok niego ciąża nie może się odwlec, wówczas należy wznieść poronienie. 2) u pacjentki, która ma pozostać w obserwacji wskazane jest oczekiwanie, jeżeli umieszczenie, wielkość i ruchomość guza pozwalają się spodziewać prawidłowego przebiegu ciąży i porodu. W 1-ym z 10 przypadków Rosnera poród na czasie i półóg odbył się prawidłowo, pomimo guza wielkości główki. Według Gettera z 215 przypadków ciąży, powikłanej guzami jajnika ciąża przerwała się w 16, 5⁰/₁₀₀; ponieważ według Hegara i Schrodera ciąża wogóle ulega przerwaniu więcej niż w 10⁰/₁₀₀, wynika stąd, że ciąża powikłana guzami jajnika stosunkowo często dochodzi do kresu.

Gdy u pacjentki, pozostającej w obserwacji wystąpią nieprzewidziane powikłania (okręcenie szypuły i t. p.) to, należy wykonać owaryjotomię. Owaryjotomia jest wskazana bezwzględnie w razach, gdy są przewidziane z góry groźne objawy w ciąży, podczas porodu lub półogu.

Leczenie guzów jajnika podczas porodu Lomel i Charpentier określają w następujący sposób: 1) w każdym przypadku próbować odprowadzenia guza, 2) jeżeli się ono nie udaje, próbować punkcji guza, 3) jeżeli treść torbielu z przyczyny gęstości nie może wyjść przez trójgranicę należy szeroko naciąć ścianę torbieli, 4) zabiegi operacyjne przed zmniejszeniem guza uważać za zbyt niebezpieczne, szczególnie obrót, 5) jeżeli guz jest stały można wybierać pomiędzy cięciem cesarskiem i perforacją, Charpentier daje pierwszeństwo embryjotomii.

Jeżeli dopiero *w półogu* wystąpią niebezpieczne objawy z powodu guza (skręcenie szypuły, pęknięcie, zropienie guza), wówczas należy przystąpić do owaryjotomii pomimo mniej korzystnych warunków, jakie przedstawia okres półogowy.

Grzankowski.

15. **Raczyński.** O leczeniu wodogłowia przewlekłego za pomocą punkcji. Na zasadzie 7 przypadków wodogłowia, w których dokonano punkcji, z zejściem w 5 przypadkach śmiertelnem głównie z ogromnego wyniszczenia, a w 2-ch niewiadomem, z powodu usunięcia się od obserwacji; autor, asystent prof. Jakubowskiego, przychodzi

do takich wniosków: przy zachowaniu zasad antyseptyki, przy częstem i w niewielkiej ilości wypuszczaniu płynu—punkcja przedstawia zabieg bezpieczny; wypuszczać należy za pomocą nakłócia lub aspiracyi, założenie bowiem sączka na stałe wywołuje zapalenie opon; na zejście pomyślnie można liczyć przy dokonaniu punkcyi w okresach wczesnych cierpienia, wogóle jednakże trzeba zaznaczyć, że wskazań do punkcyi jasnych jeszcze nie ustanowiono.

Wł. Stan.

NEKROLOGIJA.

— Dnia 20 sierpnia zmarł w majątku swym Konopiskach pod Częstochową kol. *Ryszard Bukowski* w 37 roku życia. Zmarły skończył wydział lekarski w Warszawie w r. 1881 (cum, ex laude) i zajął się odrazu chirurgią, do której zamiłowanie okazywał jeszcze na kursach. 10 prawie lat pracy jako asystent kliniki chirurgicznej prof. Kosiniego zrobiły zeń nietylko tęgiego technika-praktyka, ale i dzielnego i rzutkiego chirurga, śmiało kroczącego po mało nawet u nas stosowanych szlakach swej szybko naprzód idącej specjalności.

Ciężka praca, smutne przejścia rodzinne, śmierć ubóstwianej żony, przyczyniły się do szybkiego rozwinięcia piersiowej choroby, której ś. p. Ryszard uległ. Z prac literackich zdążył ogłosić zaledwie „O wyluszczeniu twardych guzów macicy przez cięcie jej ścian“ oraz „Z dziedziny chirurgii dróg żółciowych“. Obie te prace zyskały sobie rzetelne uznanie naszych chirurgów i kazały spodziewać się że w Bukowskim zyskaliśmy i dzielną naukową siłę.

Niestety, przedwczesny zgon przeciał te nadzieje!

— W Warszawie dnia 10 września zmarł Dr. Henryk Bernard, lekarz miasta, w 56 roku życia.

— W Tomaszowie Lubelskim zmarł miejscowy lekarz powiatu Seweryn Michalski. Zmarły, ukończył kurs nauk w Warszawie w 1871 r., cieszył się ogólną sympatją i uznaniem jako lekarz i człowiek.

— W Brześciu Litewskim zmarł Kazimierz Moniuszko, młodszy lekarz Estlandzkiego pułku.

— Prof. O. Th. Sandahl dyrektor zakładu farmakologicznego zmarł w Sztokholmie.

— Dr. Rollet prof. higieny zmarł w Lyonie.

— Dr. G. E. Fenwick prof. kliniki chirurgicznej w Mc. Gill University zmarł w Montreal.

— W Jurjewie zmarł 26 lipca prof. Fryderyk H. Bidder w 83 r. życia, były prof. anatomii i fizyologii, współpracownik prof. Karola Schmidta.

W Wiedniu zmarł 23 z. m. bar. Jaromir Mundy, założyciel w Wiedniu towarzystwa ratunkowego, które zdołał sobie uzyskać wszechświatowe uznanie. J. Mundy urodził się w 1822 roku, studiował medycynę w Würzburgu. Skończył samobójstem.

— 8 września zmarł w Berlinie w 73 roku życia *Herman v. Helmholtz*, jeden z największych uczonych i najgenialniejszych ludzi naszego wieku. Krótki życiorys podany w przyszłym Numerze.

Nadesłano do Redakcyi.

A. Jaruntowski. O gruźlicy dziąseł. Odb. z Now. Lek.

Dr. med. S. Wolberg. En neuer Fall von Scharlach-Pocken. Odb. z Arch. f. Kinderhil.

Prof. A. Pinard. De l'agrandissement momentané du bassin. Paris 1894.

Do bieżącego zeszytu Kroniki dołącza się dla wszystkich Prenumeratorów praca Dr. Wolkowicza: „O leczeniu sałolem biegunki cholerycznej.“

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Ogłoszenia.

MATTONIEGO
GISSHÜBLER
 najczystsza
 woda mineralna
SZCZAWA-ALKALICZNA

Najlepszy napój dyetetyczny i orzeźwiający, odpowiedni we wszystkich chorobach narządów oddechania i trawienia, przy podagrze, niezżytach żołądka i pęcherza. Wyborny dla dzieci i rekonwalescentów.

Zakład leczniczy
 zimnowodny
 Giesshübl-Puchstein
 pod Karlsbaadem.

Miejsce pochodzenia
Giesshübler'u
Mattoni'ego.

Henrik Mattoni,
 Karlsbad, Wiedeń, Francensbad,
 Budapeszt.

Salol Heydena w Cholerze Azyatyckiej

Poszukiwania Profesora Hueppe'go, jak również spostrzeżenia D-ra Loewenthala w Azji i D-ra M. Wołkowicza w Niżnim-Nowgorodzie — wykazały, iż Salol Heydena, zastosowany w odpowiednim czasie i w odpowiedniej ilości, okazał się najlepszym środkiem w Cholerze Azyatyckiej (o wartości leczniczej Salolu Heydena w Cholerze Azyatyckiej podał Dr. M. Wołkowicz, Gazeta lekarska 1892 rok, Therapeutische Monatshefte 1893 September).

Salol Heydena chemicznie czysty otrzymać można we wszystkich składach materyałów aptecznych i aptekach.

LUDWIK FREIDER, Orla Nr. 11

Reprezentant firmy D-ra F. von Heydena Następców,
Badeheul przy Dęcznie.

Hoża Nr. 19 róg Kruczej.

SPRZEDAŻ

Środków odżywczych

W. HEBDY

mianowicie:

Sok mięsny, Proszek mięsny, Mączka dziecinna (a la Nestl'a), Kawa lecznicza, Kakao słodowe, Lipanin zastępujący tran, a nie mający wstrętnego zapachu tranu i t. p.

przy Fabryce wód Mineralnych

Aptekarza S. ERHARDA.

Hoża Nr. 19 róg Kruczej.

Hoża Nr. 19 róg Kruczej.

Hoża Nr. 19 róg Kruczej.