

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. PRZYPADEK PRZYKURZENIA

MIĘSNIA

SKRZYDLASTEGO ZEWNĘTRZNEGO

NA SKUTEK

CHOROBY ZĘBA

NAPISZ

Dr. B. Dzierżawski,

wykladający Pat. i Terap. zębów i dziąseł w Warsz. szkole dent.

Pan J. P., urzędnik, lat 33, zgłosił się w październiku r. z., do kliniki tutejszej Szkoły Dentystycznej, narzekając, iż go zawiąło, wskutek czego twarz mu opuchła i usta mu się skrzywiły. Stało się to jakoby w nocy, wskutek spania przy nieszczelnie zamkniętem oknie.

Przy badaniu twarzy zewnętrznem okazuje się, iż szczęka dolna przesunięta jest na lewo; linia środkowa wargi dolnej nie odpowiada takiejże wargi górnej, lecz jest m. w. na 1 centymetr na lewo odchyłona. Stosownie do takiego przesunięcia żuchwy, policzek prawy w dolnych częściach jest jakoby zakłębnięty, lewy natomiast w tem miejscu więcej jest wypukły. Usta chorego otwiera i zamyka z łatwością, otwarcie atoli nie sięga do normalnie maksymalnych rozmiarów. Okolica przyuszna i pozażuchwowa prawa lekko obrzęknięta, na ucisk cokolwiek bolesna, skóra tu nieco naprężona, lekko lśniąca i zaczerwieniona. Pomimo lekkiego tej okolicy obrzęku wy-

macać można, że, przy zamkniętych nawet ustach chorego, wyrostek stawowy żuchwy jest ku przodowi i na zewnątrz z pod łuku licowego wysunięty. Gruczoły chłonne podszczękowe po tej stronie nieco powiększone i bolesne. Badanie jamy ustnej wewnętrzne wykazuje: usta chorego otwiera swobodnie, acz nie do maksymalnych granic (pomiędzy rozwarte szczęki może pomieścić końce 2 palców, zamiast norm. trzech). Przy szczękach zwartych okazuje się, że siekacze szczęki dolnej nie zachodzą, jak normalnie, po za siekacze szczęki górnej (ślady starcia na zębach pokazują, że zwykle chory zwiera szczęki normalnie), lecz spotykają się z temiż swym kantem siecznym, przy czem przestrzeń aproksymalna pomiędzy środkowymi siekaczami dolnymi nie wypada na przeciw takiej przestrzeni pomiędzy środkowymi siekaczami górnymi, lecz jest o całą szerokość zęba przesunięta na lewo, t. j. zamiast stać na przeciw aproksym. przestrzeni pomiędzy siekaczami środkowymi górnymi, stoi naprzeciw przestrzeni pomiędzy środkowym i bocznym siekaczem szczęki górnej po stronie lewej. Jednem słowem i tu daje się zauważyć przesunięcie dolnej szczęki na lewo wraz z wysunięciem jej ku przodowi. Badanie szczegółowe zębów nie wykazuje nic osobliwego, trzeci tylko *duży trzonowy* (mądrości) *górnny* po stronie *prawej* wykazuje zmiany następujące: korona całkowicie zniszczona, jama pulpy otwarta, zgłębnik zębowy wchodzi bez żadnego bólu w otwarte kanały korzeni. Po stronie policzkowej defekt próchnicowy zachodzi głęboko pod dziąsło, które w tem miejscu jest silnie zaczerwienione, obrzmiałe i na brzegu owrzodziało. Po odchyleniu zgłębnikiem zgrubiałego i opuchniętego dziąsła wydziela się z pod ostatniego kilka kropel gęstej, śmierdzącej ropy. Ucisk na korzeń i opukiwanie tegoż nie bolesne. Jak powiedzieliśmy wyżej, rzecz cała powstała niespodzianie, w nocy, bez żadnego poprzedniego urazu, chory na ból nie narzeka, a tylko na uczucie nieprzyjemnego naprężenia i zmęczenia w okolicy przyusznej prawej. Na zadane w tym kierunku zapytania chory odpowiada, że zawsze miał usta i twarz symetryczne, szczęki zamykał normalnie, co zresztą i typowe ślady ścierania na siekaczach potwierdzają.

Co do rozpoznania przyczyny danego zбочenia szczęki dolnej i jej unieruchomienia w nienormalnem położeniu, to rzecz ta dla mnie od samego początku była zupełnie jasna. Pomimo zбочenia dolnej szczęki na lewo pozostawała ona w granicach ekskursyj fizyologicznych; takie położenie przyjmuje dolna szczęka zwykle chwilowo przy żuciu; nienormalnem było w tym przypadku tylko unieruchomienie żuchwy w tem położeniu, pozostającym

z resztą w fizyologicznych granicach. O jednostronnem zwichnieniu szczęki ku przodowi, nie mogło tu być mowy, gdyż: 1) nie było żadnego ku temu przyczynowego momentu, 2) chory dość swobodnie zwierzał i rozwierzał szczęki, co przy zwichnieniu ku przodowi, jest niemożliwe: szczęki tu pozostają ciągle rozwarte. Wprawdzie pewna odmiana zwichnienia, mianowicie zwichnienie ku tyłowi, może powstać w nocy, bez żadnych widocznych dla chorego przyczyn, jednakże zwichnienie takie zdarza się tylko u starych kobiet, w skutek specjalnych anatomicznych stosunków, i szczęki przy tym rodzaju zwichnienia bywają zawsze zwarte ¹⁾. Danych tych u naszego pacyenta niema, jednym słowem w naszym przypadku nie mogło być mowy o żadnym rodzaju zwichnięcia. Zboczenie podobne dolnej szczęki wraz z pewnym obrzękiem w okolicy przyusznej mogłoby być przy złamaniu wyrostka wstępującego żuchwy, lecz i o tem w naszym przypadku mowy być nie mogło, ze względu na wywiady i brak innych danych właściwych złamaniu.

Zboczenie dolnej szczęki w danym przypadku mogliśmy sobie wytłumaczyć tylko nieprawidłowym skurczem tonicznym mięśnia skrzydłatego zewnętrznego prawego, przyczyną zaś tego skurczu była niewątpliwie sprawa zapalna dziąsła w okolicy wyżej opisanego spróchniałego zęba mądrości w szczęce górnej prawej. Przyczep stały jednej części mięśnia skrzydłatego zewnętrznego, jak wiadomo, znajduje się na zewnętrznej stronie zewnętrznej blaszki wyrostka skrzydłatego kości klinowej, a według niektórych i na guzie szczęki górnej (tuberositas maxillae). Na te właśnie przyczepy rozeszło się w naszym przypadku per continuitatem zapalenie z dziąsła i okostnej szczęki w okolicy spróchniałego zęba mądrości, co wywołało skurcz dotkniętego mięśnia, utrzymujący żuchwę w nienormalnym—względnie co do trwania—położeniu. Brak narzekań ze strony chorego na ból zęba, pomimo sprawy zapalnej około tegoż, tłumaczy się tą okolicznością, że ognisko zapalne leżało tu nie wewnątrz kości i nie pod okostną, jak przy zwykłym zapaleniu ozębnej (periodontitis), powstającym wskutek zakażenia tkanek, leżących pod zębem, z kanałów korzeniowych, lecz znajdowało się w tym przypadku na zewnątrz okostnej, na jej stronie zewnętrznej, gdzie bezpośrednio rozszerzyło się z dziąsła. Jednym słowem mieliśmy tu nie osteoperiostitis, a gingivoperiostitis, t. zw. periostitis externa. Spra-

¹⁾ Ob. Thiem. Archiv für Klinische Chirurgie. Tom 37, zeszyt III, str. 596.

wy zaś zapalne szczęk, odgrywające się na zewnątrz okostnej, są, jak uczy doświadczenie kliniczne, względnie do spraw odbywających się pod okostną, mało bolesne, co się tłumaczy tem, że uległe zapalnemu nacieczeniu tkanki nie są narażone tutaj na ucisk ze strony napiętej i mało podatnej okostny.

Choremu zaproponowałem usunięcie zęba, na co się nie zgodził, sam na to także nie nalegałem, ponieważ, jak wyżej zaznaczyłem, ropień i tak został opróżniony podczas badania. Zaleciłem tedy choremu płukanie z ciepłego roztworu kwasu borowego i okłady ogrzewające na okolicę przyuszną prawą.

Oprócz asystentów kliniki i uczniów chorego widział jeszcze i kolega Walicki, który rozpoznanie moje, jako też leczenie potwierdził. Przy leczeniu wyżej podanem sprawa cała przeszła, zboczenie szczęki wraz z utrudnieniem żucia trwało jednak jeszcze dni kilka.

Aczkolwiek przypadek wyżej opisany nie przedstawia, zdaniem mojem, najmniejszych dla rozpoznania trudności, jednakże uważałem za stosowne opisać go i zwrócić uwagę na możliwość izolowanego przykurczenia mięśnia skrzydlastego zewnętrznego na skutek choroby zęba, tem bardziej, że powikłanie to, o ile mogłem sprawdzić, w żadnym z podręczników chirurgii ani dentytatrii opisane nie zostało, błędne zaś jego rozpoznanie (pomięszanie z jednostronnem zwichnięciem) może narazić chorego, w razie prób repozycyi, na niepotrzebne cierpienia i pogorszenie sprawy. Że taki obrót rzeczy nie jest niemożliwym, dowodem i wyżej opisany przypadek, który właśnie w celu nastawienia wrzekomego zwichnienia został do mnie skierowany.

II. O WYLEWACH MLECZKA do jam surowicznych ciała.

PODAŁ

Stanisław Kamiński.

(*Dokończenie*).

Quinck'e jako różnicę między wylewem mlecznym, a hydrops adiposus, podaje że w tym ostatnim znajdujemy komórki rakowate lub inne, a także, że kulki tłuszczowe w nim są większe i ułożone w pewien sposób przypominający siarę. I to nie może służyć za czynnik rozpoznawczy.

1) Hydrops chylosus może istnieć jednocześnie z nowotworami rakowatymi, które naturalnie dawać mogą powód do zebrania się komórek stłuszczonych w płynie jam surowicznych. Miało to miejsce w przypadkach Strauss'a i Zawadzkiego, gdzie istniał niewątpliwy hydrops chylosus, wobec równoczesnego raka otrzewny. Zawadzki zwrócił słuszną uwagę na to, że nie zawsze przy raku mamy do czynienia z hydrops adiposus. 2) Wielkość kulek tłuszczowych zależy w wysokim stopniu od rodzaju tłuszczu, przyjętego w pokarmach. Tak gdy Münk i Rosenstein¹⁾ podawali chorej lipaninę, a więc tłuszcz bardzo łatwo strawny, pod mikroskopem znajdowali tylko drobne ziarenka tłuszczowe; gdy podawano lój barani, płyn pod mikroskopem zawierał dużo większych kulek tłuszczowych. W wielu spostrzeżeniach zaznaczono, że płyn mleczny, wypuszczony z jamy ciała po pewnym czasie, wytwarzał na powierzchni warstwę śmietanki; w innych wypadkach, np. w moim, nie obserwowano tego. I ta rzecz zdaje mi się zależeć od jakości pożywienia, a raczej tłuszczu podanego. Według Munk'a i Rosensteina, płyn otrzymany po karmieniu lipa-

¹⁾ Fettbaltige Trans. I. c.

niną, nie dawał śmietanki; dawał zaś ją płyn zebrany po karmieniu lojem. ¹⁾ Wyciągnięty przy pomocy eteru tłuszcz pierwszego płynu nie krzepł przy pokojowej ciepłocie; tłuszcz drugiego płynu ściął się. Czy w moim przypadku ścinanie się tłuszczowego wyciągu przy pokojowej ciepłocie znajdowało się w związku ze złem trawieniem tłuszczu mleka, rozstrzygać trudno. Przemawiałoby za tem to, że dziecko przez cały czas choroby miało biegunkę, która trwała i po wessaniu wylewu mlecznego.

Co się tyczy innych składowych części mlecza wylanego: białka, cukru i soli, to nie mogą służyć one dla charakterystyki wylewu, dlatego, że pochodzą one ze krwi, a nie z samodzielnego wchłaniania naczyń mlecznych. W samej rzeczy poszukiwania Schmidt-Mühlheima (l. c.), z którymi w zupełności zgadzają się dane, otrzymane przez Munka i Rosensteina, dowiodły niezbicie, że białko wchłania się przez żyły. Ilość więc jego w wylewie nie przesądza nie może o jego naturze. Co do cukru, to jedni jak Mehring, a za nim Bunge stanowczo są zdania, że wchłania się on tylko przez żyły; inni jak Haidenhain przypuszczają, że w kiszkaach wchłaniają go i naczynia limfatyczne, lecz że z tych ostatnich bardzo szybko dyfunduje on do żył. W każdym razie jest faktem, że wchłanianie nie wpływa na ilość cukru w limfie, która jest zawsze stałą.

Średnia ilość białka w limfie, resp. mlecza, według danych Hoppe-Seylera, Hensen'a i Daehnhardt'a, Gubler'a i Quevenne'a i innych, wynosi 3%. Otóż wogóle w wylewach mlecza, ilość białka była mniejszą od tej normy. Zdaje mi się, że na zasadzie tego nie możemy powątpiewać, że mamy do czynienia z prawdziwym mleczeniem. Nigdy nie były robione badania krwi, więc niewiadomo ile ta ostatnia zawierała białka, a mogła go zawierać mniej niż zwykle, wobec wyniszczenia chorych; następnie, być może, że wobec braku tłuszczu we krwi; tkanki wchłaniały z niej więcej białka i dla tego limfa była w niej uboższą.

Co się tyczy cukru, to nie zawsze on się znajduje w wylewach mlecznych; może dla tego, że wobec łatwości, z jaką się wchłania pozostaje nadzwyczaj krótko w jamach ciała, dostaje się do naczyń krwionośnych. Brak jego, jak to zauważył Bargebuhner, nie mówi również przeciwko pochodzeniu płynu z naczyń limfatycznych.

O zawartości innych składników w wylewach mlecza nie powiedzieć nie umiem. Sam nie robiłem analizy, a u auto-

¹⁾ l. c., str. 255.

rów, nie znalazłem żadnych co do tego wskazówek, któreby zasługiwały na uwagę.

V.

Co się tyczy przebiegu wylewów płynu mlecznego do jam ciała, to pomimo dość obfitego materiału klinicznego, wiadomości nasze pod tym względem są bardzo skąpe. To jedno powiedzieć możemy, że sam wylew jako taki, wpływa na przebieg choroby bardzo nieznacznie; ten ostatni zależy zwykle od innych cierpień, towarzyszących wylewowi mleczka do jam. Rzeczywiście w wypadkach Quinke'go, Thaden'a, Strauss'a i innych, przebieg był względnie krótki, tak że można go było liczyć na dni. W przypadkach Smid't'a, Winiwarter'a, Wilhelma i moim, choroba trwała czas dłuższy: w trzech ostatnich niema wiadomości o ostatecznym jej wyniku; u Smid't'a zaś przyczyną śmierci był ropień mózgu, wylewy zaś mleczka do jamy brzucha znosił chory przez szereg lat bardzo dobrze. Sam płyn mleczny w jamie ciała, wywiera o tyle szkodliwe działanie, o ile uciska trzewia brzuszne, lub piersiowe; dzięki albowiem swym, przez wszystkich autorów stwierdzonym, własnościom aseptycznym, a może antyseptycznym nawet, nie może on być uważanym za bodziec zapalny lub toksyczny. Naturalnie, że znaczne nagromadzenie płynu w jamie ciała i ucisk na trzewia, nie jest bynajmniej obojętnym; zwłaszcza szkodliwym się może okazać w jamie piersiowej, gdzie uciska na tak mało ruchome narządy jak płuca i serce, gdzie jak w wypadku Petavel'a, ¹⁾ może ucisnąć przewód pokarmowy i spowodować utrudnienie w połykaniu. Dlatego to chirurgowie (Rudolphi, Giorgievic, Boegehold) uważają rany przewodu piersiowego o tyle za śmiertelne, o ile wylewy limfy przez nie spowodowane, uciskają ważne organy jam ciała i z tego powodu radzą najszybsze usuwanie wylewu resp. niedopuszczenie do gojenia się rany zewnętrznej nim nastąpi zagojenie przewodu. Jeżeli jednak powyższe rozumowanie jest słuszne dla wypadków zranienia przewodu piersiowego, to nie da się zastosować do wylewów mleczka, powstających samodzielnie wskutek pęknięcia żyłakowato-rozszerzonych naczyń limfatycznych. Tu, naturalnie, oprócz ucisku wywieranego przez płyn, gra rolę nie mniej ważną stałe pozbawienie ustroju masy soków od-

¹⁾ Cyt. u Quinke'go. Choroby naczyń i t. d.

żywczych i będące następstwem tego upośledzenie odżywiania. Ponieważ dalej w tego rodzaju przypadkach, nagromadzenie się płynu mlecznego dochodzi niekiedy pewoli do skutku (100 ctm. sześć. dziennie w wypadku Winiwarter'a) więc wypuszczenie płynu powinno być przedsiębrane o ile możności najrzadziej. W samej rzeczy wypuszczając płyn, 1-o) zmniejszamy skutek tego ciśnienia w jamie, przez co wypływ powiększać się będzie z konieczności 2-o) pozbawiamy ustrój soków odżywczych, których część mogłaby być wchłoniętą przez błony surowicze.

Rokowanie w zajmującej nas chorobie jest chyba zawsze złem. Istnieją wprawdzie przypadki t. z. wyzdrowienia, czy jednak to ostatnie jest rzeczywistem — wątpić należy. Gdyby chodziło o pęknięcie zdrowego naczynia limfatycznego, wtedy mogliśmy liczyć na trwałe wyzdrowienie po zagojeniu się naczynia; gdy zaś, prawdopodobnie w większości wypadków, rzecz idzie o otworzenie się chłoniaka, wtedy czasowe ustanie wypływu nie daje rękojmi, że polepszenie będzie stałem.

O ile wiem chłoniaki samodzielnie nie zanikają prawie nigdy; przynajmniej ze znanych mi danych z literatury, spotkałem jeden tylko przypadek samoistnego zaniku chłoniaka na piersi, opisany przez E. Anders'a. ¹⁾ Rokowanie jest naturalnie tem gorsze, że nie mamy żadnych danych, na zasadzie których postawić byśmy mogli właściwe rozpoznanie przyczyny cierpienia, a także rozległości zmian anatomicznych, które je wywołały.

Naturalnie, iż wobec zaznaczonej niemożliwości, dokładnego rozpoznania, leczenie wylewów mleczka jest właściwie żadnem. To też pierwszą zasadą tu winno być *non nocere*. W imię tego powinniśmy stanowczo unikać zbyt częstych przekłóć jam surowiczych w celu wypuszczania płynu. Daleko racjonalniejszą jest rzeczą, wobec stosunkowej nieszkodliwości zabiegu, byłaby laparotomia: przynajmniej możnaby się przekonać, czy nie mamy do czynienia z ograniczonym chłoniakiem jamistym lub torbielowym, któryby na drodze operacyjnej usunąć można.

Ponieważ, jak tego dowiodły poszukiwania Munka i Rosenstein'a, ilość wypływu limfy z chłoniaka zmniejsza się w miarę usunięcia tłuszczu z pokarmów, możnaby się starać o odpowiednią dla chorych dyetę, w której skład wchodziłyby przewszystkiem węglowodany i białka wchłaniające się, jak wiadomo, przez żyłę wrotną.

¹⁾ Anders. Zur Frage der Rückbildung d. Lymphangiome Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1881. T. 16, str. 429—433.

Naturalnie, że o środkach farmaceutycznych, nawet mowy być nie może. W przypadku Anders'a nastąpił zanik nowotworu przy wcieraniu szaruchy; w moim, przy przykładaniu plastru rtęciowego ustał i wessał się wypływ. O stawianiu tych rzeczy w zależności od leczenia, nawet mowy być nie może; wobec jednak względnej nieszkodliwości leczenia — tentare licet.

Literatura: 1) Gerardi L. B. van Swieten. Commentarii in Hermanni Boerhave Aphorismos de cognoscendis et curandis morbis IV, cz. 1. Tourini 1764. 2) Jo-ephus Lieutaud. Historia anatomico medica. T. I i II. Paryż 1767. 3) Rokitansky. Pathologische Anatomie. T. II. Wiedeń 1856. 4) Oppolzer. Insufficiencia valvulae mitralis et tricuspidalis. Hepar adiposum, hydrops ascites Anasarca Thrombosis. Wiener. Allgemeine Medicinische Zeitung 1861, Nr. 18 i 19. 5) E. Klebs. Pathologische Anatomie 1868. 6) H. Quincke. Ueber fetthaltige Transsudate — Hydrops chylosus et adiposus. Deutsches Archiv f. Klinische Medicin 1875. T. XVII, str. 121 — 139. 7) A. Thaden. Ergus von Blut und Chylus in die rechte Pleura-höhle — Deutsches Archiv f. Klinische Medicin. T. XIX, r. 1876, str. 313 — 317. 8) A. Winiwarter. Ueber chylangioma cavernosum in abdomine. Mittheilungen aus dem Kronprinz Rudolph Kinderspitale in Wien. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1877, XI, str. 196 — 202. 9) Wilhelm. Rupture du canal thoracique — Corresp. Blath. d. ärztlichen Verein's der Rheinlaender. Nr. 14, r. 1875 ref. n. Gazette hebdomadaire r. 1875, str. 332. 10) Quincke. Choroby naczyń — Ziemssen'a. Patologia i terapia szczegółowa. T. VI, tłóm. ross. 11) H. Smidt. Ueber einen Fall von chylösem Ascites. Zeitschrift für Klinische Medicin 1880, II, str. 199 — 224. 12) Débove. Recherches sur les épanchements chyloformes des cavités sereuses — Union medicale 1881. T. 31, str. 1028, 1039 i 1049. 13) Letulle. Note sur un cas d'épanchement chyloforme du peritoine chez un enfant de huit ans., cardiaque asystolique. Les épanchements chyloformes des sereuses. Revue de medecine 1884, str. 722 — 730. 14) Letulle. Nouvelle observation d'épanchement chyloforme chez un enfant. Revue de medecine 1885, str. 960 — 973. 15) Whitla W. Chylous Ascites. British Med. Journal 30 Mai, 1875. Ref. Virchow's Jahresberichte 1885. T. I, str. 253. 16) Strauss. Sur un cas d'ascite chyleuse — Archives de physiologie normale et pathologique 1886, str. 367 — 392. 17) Bargebuhr. Ueber ascites chylosus et chyloformis. Deutsches Archiv f. Klin. Medicin. 1893. T. 51, str. 161 — 192. 18) Ballmann. Ein Fall von Ascites adiposus Centralblatt f. die Medic. Wissenschaften, 1876, str. 275 — 277. 19) K. Chelchowski. Dwa przypadki zebrańia płynu mlecznego w jamie opłucny. Gazeta lekarska, 1890, str. 496 — 484. 20) Zawadzki W. Przyczynek do patologii wylewu mleczka do jam surowicznych. Gazeta lekarska, 1891, str. 104 — 112. 21) Lebert. Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphdrüsen — Virchow's Handbuch d. Speciellen Pathologie und Therapie. 1855. T. V, cz II. 22) Buchanan. Medic. Chir. Transactions, T. 46, 1863, str. 57 — 82. Ref. Schmidt's Jahrbücher, 1864. T. 123, str. 274 — 276. 23) Hensen und Dähnhardt. Zur Chemie der Lymphe — Virchow's Archiv 1866. T. 73, str. 55 — 93. 24) T. Grainger-Stewart. Erweiterung der Chylusgefäßwurzeln. — Edinburg. Medic Journal IX, str. 448, r. 1863. Ref. w Schmidt's. Jahrbücher, 1865. T. 125, str. 289. 25) Gjorgjevic. Ueber Lymphorrhäa und Lymphangiome. Archiv f. Klin.

Chirurgie, T. 12, str. 641 — 726. 26) Wegner. Ueber Lymphangiomata — Archiv. für Klinische Chirurgie, 1877. T. 20, str. 641 — 706. 27) Wegner. Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle — *ibid.* str. 51 — 145. 28) Weber. Krankheiten d. Lymphgefäßsystems—Pitha—Billroth Chirurgie. T. II, cz. 2, 1882. 29) V. Recklinghausen. Handbuch der Allgemeinen Pathologie des Kreislaufs und der Ernährung. — Deutsche Chirurgie, 1883. 30) Colin. Traite de physiologie comparée des animaux. 2-*ie* wyd. Paryż, 1873. T. II. 31) W. Weiss. Experimentelle Untersuchungen über den Lymphstrom Virchow's Archiv 1861. T. 22, str. 521 — 561. 32) Boegehold. Ueber Verletzungen des Ductus thoracicus. Archiv f. Klin. Chir. T. 29, str. 443 — 468. 33) Adolf Schmidt-Mühlheim. Gelangt das verdaute Eiweiss durch den Brustgang in's Blut? — Du Bois-Reymond Archiv für Anat. und Physiologie 1877, str. 549 — 566. 34) T. Langhans. Lymphangioma cavernosum congenitum d. unteren Extremität—Virchow's Archiv 1879. T. 75, str. 293—300. 35) Nasse. Ueber Lymphangiome. Archiv f. Klin. Chirurgie 1889. T. 39, str. 614 — 652. 36) Leon Kryński. O chłoniakach. Przyczynki do Anatomii Patologicznej. Książka Jubileuszowa dla prof. Brodowskiego, 1893. 37) Kruze. Ueber Lymphangioma cavernosum. Virchow's Archiv, 1891. T. 125, str. 488 — 494. 38) Weichselbaum. Eine seltene Geschwulstform im Mesenterium (Chylangioma cavernosum) Virchow's Archiv, 1875. T. 62, str. 145 — 162. 39) Orth. Specielle Pathologische Anatomie. T. I. Berlin, 1887. 40) Dr O. Minkowski. Ueber Synthese des Fettes aus Fettsäuren im Organismus des Menschen Archiv f. experim. Pathologie und Pharmacologie. 1886. B. XXI, str. 381 — 384. 41) E. Przewoski. Trzy przypadki torbieli surowicznych zaotrzewniowych. Gazeta lekarska, 1889, str. 820 — 827. 42) Dr E. Anders. Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Klinischen Elisabeth—Kindershospital's zu St Petersburg. — Zur Frage der Rückbildung der Lymphangiome. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1881. T. 6, str. 429 — 433. 43) J. Munk und A. Rosenstein. Zur Lehre von der Resorption im Darne nach den Untersuchungen einer Lymph (Chylus) fistel beim Menschen Virchow's Archiv, 1891. T. 123, str. 230 — 274 i 484 — 518

Już w czasie drukowania niniejszej pracy, dzięki uprzejmości kolegi K. Chęłchowskiego, otrzymałem wiadomość o jeszcze jednej rozprawie, dotyczącej wylewów mleczka, jaka ukazała się w języku polskim. Korzystać z niej już nie mogłem, podaję więc przynajmniej jej tytuł: Chojnowski. Wypocina podobna do mleka. Przegląd lekarski, 1863. Nr. 49 i 50.

(Przyp. autora).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

59. Dr. Menahem Hadara. **Czy w zdrowych krwiotwórczych organach ludzkich znajdują się komórki plazmatyczne.** (*Kommen in den blutbereitenden Organen des Menschen normalerweise Plasmazellen vor?* *Monatsh. f. Prakt. Dermat.* Nr. 2, 1896).

Unna pierwszy zwrócił uwagę na występowanie w skórze, w rozmaitych jej cierpieniach, komórek plazmatycznych, które zdaniem jego, pochodzą od komórek łącznotkankowych

V. Marschalko twierdzi, że wzmiankowane komórki pochodzą od ciałek limfatycznych. Prócz tego on i Jadassohn utrzymują, że komórki te spotykają się normalnie we wszystkich organach krwiotwórczych, Unna zaś uważa je za wytwór patologiczny w powyższych organach. W pracy niniejszej autor zajął się rozstrzygnięciem ostatniego punktu spornego, a mianowicie pytania, czy spotykają się normalnie komórki plazmatyczne w organach krwiotwórczych. Własności komórek plazmatycznych nie uległych przemianie są następujące: 1) Mocno zabarwiona, mniej lub więcej obfita protoplazma. 2) Okrągłe kształtne jądro umiarkowanej wielkości, umiejscowione często ekscentrycznie i zawierające grube ziarenka chromatynowe, które wszystkie prawie układają się na peryferii jądra. Jądra bywają zabarwione słabiej, niż protoplazma. Przy zabarwieniu jąder metodą, o której poniżej, najmocniej przyjmują barwnik ziarenka chromatynowe. 3) Więcej lub mniej prawidłowa okrągła, owalna lub też kubiczna forma komórki. Skrawki autor zabarwiał sposobem Unny, który to sposób służy również do zabarwienia komórek plazmatycznych skóry, a mianowicie błękitem metylenu z następczem odbarwieniem za pomocą mieszaniny gliceryny i eteru. W celu dokładnego zbadania jądra, prócz zabarwienia błękitem metylenu, autor również sposobem Unny barwił skrawki powtórnie mieszaniną rozczynu taniny z fuksyną i odbarwiał je absolutnym alkoholem, lub też barwił preparat sposobem zwykłym, a mianowicie hematoksyliną z odbarwieniem mieszaniną alkoholu z 1% kwasem solnym. We wszystkich 14-tu preparatach organów krwiotwórczych (śledziony, szpiku kostnego, gruczołów chłonnych) autor widział, oprócz innych, komórki należące do rzędu dużych, jednojądrowych leukocytów, czyli tak zw. przez autora polyeidocyty; niektóre z nich podobne były do komórek plazmatycznych Unny. Spotykał autor

np. komórki o formie okrągłej, owalnej lub sześcienniej; niektóre z nich różniły się od komórek plazmatycznych tem, że miały jądro równomiernie i mocno na całej przestrzeni zabarwione. Często jednak komórki o powyższej formie miały jądro i protoplazmę tak silnie zabarwione, że nie odróżniało się jedno od drugiego. Komórki te przypominały bardzo niektóre komórki plazmatyczne, spotykane w skórze, równomiernie zabarwione i mające jedno jądro o budowie niewyraźnej. Dla odróżnienia powyższych komórek od plazmatycznych, autor barwił je hematoksyliną, od czego jądro jasno zarysowywało się, wykazując swą nieprawidłową formę. Niektóre duże jednojądrowe leukocyty o formie okrągłej lub owalnej i mocnym równomiernym zabarwieniu protoplazmy i jądra różniły się od powyższych, w skórze spotykanych komórek plazmatycznych, tem, że część komórki nie przyjmowała barwnika. Nakoniec obserwował autor duże jednojądrowe leukocyty, które ciemnym zabarwieniem protoplazmy i formą komórki i jądra nie różniły się od komórek plazmatycznych. Różnica jednak od tych ostatnich polegała na tem, że jądra nigdy nie miały charakterystycznego ułożenia ciałek chromatynowych. Powyżej opisane duże jednojądrowe leukocyty, mało różniące się od komórek plazmatycznych, znajdowane były we wszystkich preparatach. Autor w preparatach z 10-iu organów krwiotwórczych znajdował tylko 3 postaci komórek plazmatycznych, a mianowicie: wrzecionowate, łącznotkankowe, ciała limfatyczne i duże jednojądrowe leukocyty. Tylko w 2-ech organach (11 i 12) autor widział, oprócz 3-ch powyższych postaci komórek, prawdziwe komórki plazmatyczne; organy te były chore (śledziona przerośnięta i śledziona z ogniskami hemoragicznymi). W organach 13 i 14-tym niektóre komórki miały morfologiczne własności plazmatycznych, protoplazma ich jednak była nadzwyczaj blado zabarwiona, skutkiem czego autor nie zalicza ich do rzędu plazmatycznych. Komórek plazmatycznych tam nie znajdował. Hadara sądzi, że v. Marschalko i Jadassohn znajdowali w zdrowych organach krwiotwórczych nie komórki plazmatyczne, lecz podobno do nich, powyżej opisane, duże jednojądrowe leukocyty, o których nie wspominają, pomimo to, że Hadara znajdował je w znacznej ilości we wszystkich preparatach. Na mocy powyższych obserwacji autor uważa komórki plazmatyczne Unny za wytwór patologiczny, wychodząc z zasady, że w przeciwnym razie musiałyby się znajdować zawsze w zdrowych organach krwiotwórczych.

H. Uliński.

60. Prof. Moritz. **O czynności żołądka.** (*Münch. Med. Wochenschr.* Nr. 49, 1895).

Ostatniemi czasy przeceniają fizyologowie i klinicyści chemiczne czynności żołądka i zabardzo skupiają całą uwagę na ba-

daniu soków wydzielniczych tego narządu, odgrywających podług powszechnego mniemania, poważną rolę w trawieniu pokarmów. Jednak od dawna znane są doświadczenia Czerny'ego i Kaiser'a, Ludwiga i Ogata'y, którzy wycinali u psów żołądki, lub żywili je przez sztuczne otwory z pominięciem żołądka,—a zwierzęta żyły pomimo to w najlepszym zdrowiu przez długie lata. Niedawno Noorden dowiódł, iż trawienie u chorych z upośledzonym wydzielaniem soku żołądkowego może odbywać się nie gorzej, niż u całkiem zdrowych. Kiszki mają ważniejsze znaczenie w czynności trawienia, niż żołądek. Z doświadczeń autora wypada, iż jednym z zadań żołądka jest doprowadzenie stałego pokarmu do stanu papkowatego, bo tylko w tym stanie może się on dostać do kiszek: z połkniętego mleka wydziela się dość szybko serwatka i przechodzi przez odźwiernik i dopiero znacznie później dzieje się toż samo ze ściętym sernikiem; siekane mięso dostaje się do kiszek już po upływie $\frac{3}{4}$ godziny, gdy niesiekane o wiele później, po przejściu w stan na wpół płynny. Dlatego też w chorobach żołądka, gdzie pokarm nie może być doprowadzony do potrzebnej konsystencji, należy podawać płynne lub odpowiednio przetarte na miazgę pokarmy.

I czynności chłonne żołądka są zazwyczaj przeceniane. Z doświadczeń na psach ze sztucznymi otworami dwunastnicy wypadło, iż płyny opuszczają żołądek po 20—30 minutach od chwili wypicia w tej samej ilości, w jakiej zostały użyte, lub nawet w zwiększonej. Podobnie węglowodany i białko prawie całkiem zostają niewchłonięte w żołądku. Jedynie wyskok zostaje wchłonięty w znacznej ilości i obecność jego ułatwia nawet wchłanianie innych produktów przemiany z żołądka.

Podług Bunge'go główne znaczenie żołądka polega na zobojętnianiu przez kwas solny szkodliwych czynników zewnętrznych, czyli zabijaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, jakie dostają się do ustroju z pokarmem. Myśl, iż żołądek jest narządem broniącym kiszki przed ujemnymi wpływami, okazała się bardzo płodną: Brandl i Mering wskazali, iż żołądek wydziela duże ilości kwaśnego soku, aby rozcieńczyć zbyt mocne koncentracje rozmaitych płynów i pokarmów połkniętych,—które mogą szkodliwie podziać na kiszki. Podobnie zjawiska tyczą się ciepoty pokarmów, która zmienia się pod wpływem wydzieliny żołądkowej w ten sposób, aby najbardziej odpowiadała potrzebom ustroju.

Jako narząd mięśniowy rozpada się żołądek na dwie części: trzon, który jest jedynie zbiornikiem i miejscem przemiany pokarmów,—i odźwiernik, który zawiaduje ruchami czynnościami narządu. Dno żołądka wykonywa ruchy robaczkowe, podczas gdy ruch odźwiernika polega na kurczeniu się całkowitem bardzo silnym; jednocześnie kurczy się zwieracz, oddzielający dno żołądka od odźwiernika. Dzięki temu wydzielanie zawartości żołądka odbywa się zwolna i w niewielkich ilościach początkowo przedostają się płynne ciała, potem papkowate, a stałe pozostają w żołądku, dopóki nie osiągną odpowiedniego rozmiękczenia. Ta zdolność żołądka sortowania pokarmów, zależna przedewszystkiem od jego układu mięśniowego, jest jeszcze jednym przejawem ochronnego

znaczenia tego narządu dla kiszek, ponieważ uwalnia je od szybkiego przeładowania pokarmami, niedostatecznie rozmięczonemi, co spowodziłoby niewystarczające zużytkowanie soków pożywnych i chorobę kiszek.

Ułożenie największych mięśni żołądka w części odźwiernikowej jest jedną z anatomicznych przyczyn powstawania w tem właśnie miejscu raka i wrzodu okrągłego, ponieważ błona śluzowa jest tu najmocniej drażniona i uszkodzana.

Płyny dostają się do kiszek o wiele szybciej, niż pokarmy stałe; $\frac{1}{2}$ litra wody znika z żołądka po 30—45 minutach. Dodatek stałych składników opóźnia znacznie opróżnienie żołądka, ponieważ one spowodzają znaczniejsze wydzielanie soku żołądkowego. Dlatego też picie wody naczczo jest połączone z pewną obawą zarażenia, zwłaszcza w czasie panujących chorób;—i alkohol naczczo spowodzają szybciej upicie, niż przy pełnym żołądku. Silnie drażniące ciała zostają zatrzymane przez dłuższy czas w żołądku i wyrzucone przy wymiotach, jeśli sok żołądkowy nie zobowiąże ich dostatecznie. Przy napełnieniu cienkich kiszek pokarmami opróżnienie żołądka następuje powolniej.

I znów w tych zjawiskach nie bez podstawy możemy dopatrywać w tym narządzie obrońcy słabych stosunkowo kiszek przed szkodliwościami zewnętrznymi.

W. Miklaszewski.

61. Dr. Cochez. **Objawy wątrobowe raka trzustki.** („*Les manifestations hepatiques du cancer du pancréas.*” *Revue de Médecine* Nr. 7, 1895).

Bard i Pic uważają za cechy przejścia raka trzustki na wątrobę następujące objawy: przewlekłą żółtaczkę, brak powiększenia wątroby i rostrzeń pęcherzyka żółciowego. Brak powiększenia wątroby ma zależeć od mielicznych i niewielkich ognisk rakowych wtórnych w tym narządzie; inaczej ma się rzecz przedstawiać, jeśli rak pierwotny znajduje się w dwunastnicy: wtórne ogniska mają być wtedy liczne i wielkie i wątroba—znacznie powiększona. Te dane różnicowe nie sprawdzają się często z bardzo prostej racji, że ich założenie jest niesłusznem. Często w przebiegu raka trzustki spotykamy początkowo powiększenie wątroby, niekiedy znaczne, a następnie zanik tego narządu.

Co się tyczy powiększenia pęcherzyka żółciowego, to jest ono zrozumiałem w razie zatkania przewodu żółciowego, przez raka trzustki, lecz nie bezwzględnie cechującym tę chorobę. Różniczkowanie zaś raka trzustki z kamieniami żółciowemi, w obecności których pęcherzyk ma być (podług wspomnianych autorów) zmniejszony lub zanikły wskutek nowotworzenia zapalnego tkanki łącznej w jego ściankach,—niema żadnej podstawy. Tylko umiej-

scowienie niedrożności w kanałach żółciowych może objaśnić stan pęcherzyka: czy to kamień, czy nowotwór zamkną przewód wątrobowy lub pęcherzykowy, pęcherzyk zmniejszy się lub nawet zaniknie; natomiast, jeśli niedrożnym jest przewód żółciowy, to są dane do powstania rostrzeni pęcherzyka. Co więcej: w ostatnim przypadku żółć ma pewne ujście do zbiornika, którym jest pęcherzyk, dzięki czemu wątroba ma możliwość powoli powiększyć się i potem stopniowo zanikać; gdy zaś niedrożnym jest przewód wątrobowy, to śmierć zazwyczaj poprzedza peryod zaniku wątroby. Dlatego też najczęściej powiększeniu znacznemu pęcherzyka towarzyszy zmniejszenie wątroby i na odwrót.

Główne powikłania ze strony wątroby przy raku trzustki zależą od zniesienia drożności w kanałach żółciowych; co się zaś tyczy rodzaju tych objawów, to stoją one w związku jedynie z umiejscowieniem niedrożności. Na potwierdzenie tego zdania autor przytacza dwie własne obserwacje.

W. Miklaszewski.

62. Riedel. O zapalnym powiększeniu główki trzustkowej i o jego wyrównaniu. („*Ueber entzündliche der Rückbildungsfähige Vergrößerungen des Pankreaskopfes.*” Berl. Klin. Woch. Nr. 1. 2—1896).

Autor opisuje przypadki, w których zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych, wywołane przez kamienie przechodzi i na główkę trzustki, powiększającą się i twardniejącą wskutek tego tak, iż staje się ona dobrze wyczuwanym guzem bardzo podobnym do raka. Dość niewinne samo przez się to cierpienie może jednak sprowadzić najsmutniejsze następstwa, bo guz, w ten sposób powstały, może całkowicie zatamować odpływ żółci. Po wycięciu jednak pęcherzyka lub po usunięciu kamienia obrzmienie główki, jak się o tem autor przekonał, z wolna ustępuje i chory powraca do zdrowia. Jakkolwiek taka wybitna sprawa zapalna w trzustce jest zjawiskiem rzadkiem (na 122 wypadki kolki wątrobowej tylko w 3 wystąpiła ona tak wyraźnie), jednakże autor zwraca uwagę chirurgów na tę ewentualność, by guza tego rodzaju już po otwarciu nawet jamy brzusznej nie przyjęli za raka, a zaszywszy pośpiesznie ranę, nie poczytywali chorego za niezawodną ofiarę śmierci. R. pomiędzy innymi szczegółowo opisuje jeden taki wypadek, w którymby sam niezawodnie w ten sposób postąpił, gdyby nie nabyte uprzednio jednorazowe doświadczenie w tym względzie.

W drugiej części swej pracy autor kreśli historię paru przypadków wcześniej rozpoznanego raka trzustki, przez autopsję stwierdzonych i zastanawia się w końcu nieco obszerniej nad metodyką cholecystoenterostomii.

Ad. Lande.

63. G. Klemperer. **Przyczynek do leczenia marskości wątroby. Mocznik jako diureticum.** („*Zur Behandlung der Lebercirrhose. Harnstoff als Diureticum.*” *Berl. Klin. Wochenschr.* Nr. 1, 1896).

Opierając się na badaniach Meringa i Rüdela, którzy doświadczalnie przekonali się, iż mocznik posiada własność rozpuszczania kwasu moczowego, Rosenfeld niedawno zaczął go używać w celach leczniczych przy skażeniu moczowem. Klemperer, stosując tenże środek i przy kamieniach nerkowych, przekonał się o jego wyższości nad piperazyną, lizydyną i t. p., zauważywszy jednocześnie, iż posiada on dość wybitne własności moczopędne. Ta okoliczność naprowadziła autora na myśl zastosowania mocznika przy puchlinie brzusznej z powodu marskości wątroby. Podaje on go w postaci: Ureae purae 10,0 Aq. destil. 200,0 co godz. łyżkę stołową, po kilku dniach dochodzi do 15 gr. dziennie, a następnie po 20 i tę dawkę dzienną zaleca choremu w ciągu 2 — 3 tygodni. Żadnego ubocznego działania autor nie spostrzegł. Nerki jednak winny być zdrowe, albowiem środek ten osiąga cel swój przez drażnienie nabłonka nerkowego. W dwóch opisanych przypadkach, K. otrzymał zupełne wessanie płynu, przyczem dobowa ilość moczu dochodziła do 3—4 i 5000 cm.

Ad. Lande.

64. Dr. Lenfft. (Wiesbaden). **O działaniu laktofeniny.** (*Wien. Med. Pr.* Nr. 50, 1895).

Z prac o laktofeninie, ogłoszonych dotąd, wyprowadzić można następujące wnioski:

1-o. Jest to znakomity środek przeciwgorączkowy, nie ustępujący w niczem fenacetynie i antypirynie.

2-o. Jako antineuralgicum i antirheumaticum okazała się laktofenina bardzo skuteczną, również:

3-o. Jako sedativum w chorobach gorączkowych z zajęciem sensorium.

4-o. Środek ten nie ma ubocznego działania jak fenacetyna i antypiryna: obfite poty, zaburzenia żołądkowe, upadek czynności serca.

Autor na znacznej ilości chorych sam przekonał się o wyżej wspomnianych własnościach laktofeniny. Szczególniej zaleca ten preparat w praktyce pediatricznej, ze względu na brak ubocznego działania. Dawki powinny być małe dla dziecka do roku najwyżej 0,05, dzieciom starszym dawki zwiększać podług przyjętych zasad. Dla dorosłych od 0,5 — 1,0 kilka razy na dzień.

H. Kucharzewski.

II. Choroby nerwowe.

65. Dr. Grabower. **Ośrodki krtani w mleczu przedłużonym.**
 („Über die in der Medul. obl. gelegenen Centren für die Innervation
 der Kehlkopfmuskeln.“ Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 51, 1895).

Na zasadzie doświadczeń autor twierdzi, iż nerw dodatkowy nie bierze żadnego udziału w ruchowej czynności krtani, która zależy wyłącznie od nerwu błędnego. Żeby usunąć zarzut co do możliwości tego udziału ze względu na łączność, która jakoby ma zachodzić pomiędzy ośrodkami obudwóch nerwów, autor zrobił seryę skrawków z tej okolicy mlecza i przyszedł do następujących wniosków. Na wysokości 3-go nerwu szyjowego, uwydatniają się trzy skupienia jąder: z przodu leżą dwa jądra przednich rógów, a poza niemi jądra nerwu dodatkowego, dochodzące do środka skrzywienia pęczków piramidalnych; wyżej zaczyna się jądro n. podjęzykowego, leżące bardziej ku tyłowi. Co się tyczy ruchowego jądra błędnego, to spotykamy je dopiero na wysokości oliw; stąd poczynając, ciągnie się ono ku górze i dochodzi największej rozciągłości na jednym poziomie z trójkątnym jądrem nerwu słuchowego; w tem miejscu leży ono pomiędzy pęczkami włókien nerwów trójdzielnego i podjęzykowego, — wyżej, jądro usuwa się trochę do przodu i boków, przylegając do jądra nerwu twarzowego.

Z powyższego widać, iż jądra nerwu dodatkowego i ruchowe błędnego, znajdują się na znacznej odległości od siebie i niema między niemi związku. Pierwsze przylega do jądra nerwu podjęzykowego, i przez to samo jest oddzielone od drugiego. Zatem i dane anatomiczne nie przeciwiają się przypuszczeniu, iż ośrodek ruchów krtani leży w jądrze n. błędnego.

W. Miklaszewski.

66. Bouchaud. **Porażenie wargojęzyko-gardzielowe pochodzenia korowego.** („Paralyse labio-glosso-laryngée d'origine corticale“
 Revue de Médecine. Nr. 6 et 7, 1895).

Porażenie opuszkowe postępowe, polegające na zaniku stopniowym jąder nerwów ruchowych opuszki (podjęzykowego, twarzowego, języko-gardzielowego i dodatkowego), przedstawia postać mającą związek anatomiczny i przyczynowy z zanikiem postępo-

wym mięśni. Pomimo podobieństwa objawów klinicznych, wyróżnia się opisywane w ostatnich czasach porażenie wrzekomo-opuszkowe, znajdowano tu bowiem zmiany chorobowe w korze mózgowej, jądrach podkorowych, włóknach i t. d. Sprawą chorobową, która sprowadzała objawy porażenia opuszkowego, bywał zazwyczaj krwotok lub rozmięczenie. Autor podaje przypadek, gdzie znaleziono zanik kory mózgowej odpowiednich zawojów. Idzie tu o 38-letniego mężczyznę, bardzo źle rozwiniętego, który miewał od dzieciństwa napady padaczkowe, był niemową, chodził z trudnością. Z otwartych ust wycieka mu stale obfita ślina, język leży nieruchomy; przelknięcie pokarmów jest bardzo trudne, żucie — niemożliwe. Inteligencya niezbyt upośledzona: pojmuję co mówią doń i daje odpowiedzi na migi. Miewa około 30 napadów padaczkowych miesięcznie; trwają one niezbyt długo i utrata świadomości jest niezupełna. Chory zmarł na suchoty. Na sekcji znaleziono znaczne ścięczenie kory mózgowej zawojów, otaczających dolny koniec szpary Rolanda w obu półkulach; jądra nerwów opuszkowych były nieuszkodzone i porażone mięśnie — niezankle. Te właśnie ujemne wyniki badania skłaniają autora do przypuszczenia, iż przyczyną porażenia wrzekomo-opuszkowego był zanik wspomnianych miejsc kory mózgowej.

Co się tyczy rozpoznania tej sprawy za życia, to łatwo było wyłączyć czynnościowe i obwodowe pochodzenie jej; obraz choroby nie odpowiadał porażeniu opuszkowemu ze względu na to, iż choroba zaczęła się od urodzenia dziecka i przetrwała bez wyraźnej skłonności do postępowania aż do śmierci mężczyzny, że porażone mięśnie nie zanikły, odruchy i pobudliwość ich elektryczna były zachowane, nie było zaburzeń oddechu i krążenia, objawów zaniku postępowego mięśni i t. d. Również można było wyłączyć sprawę na podstawie mózgu. Jednak rozpoznanie zajęcia kory było niełatwym, bo zwykle w takich razach bywa wykazywany nagły początek, jednostronne porażenie, które ustępuje szybciej lub wolniej, podobne napady powtarzają się i t. d.; za przypuszczeniem przemawiał brak zaniku porażonych mięśni, pobudliwość ich elektryczna, zachowany odruch i napady padaczkowe.

Obserwacje kliniczne i prace doświadczalne na zwierzętach stwierdzają, iż ośrodki dla odruchów twarzy dobrowolnych są położone we wstępujących zawojach czołowych i ciemieniowych. Każdy z nich pojedynczo (lewy lub prawy) może wypełniać obustronne ruchy. Górne części tych ośrodków rządzą ruchami górnej części twarzy; dolne — ruchami ust, języka, szczęki i górnej części przetyku. Ośrodki korowy nerwu podjęzykowego wykazano w dolnej części zawoju wstępującego.

Prócz przypadłości, wynikających z porażenia tych ośrodków, omawiany chory cierpiał na bezwład ruchowej gałęzi nerwu trójdzielnego: miał stale otwarte usta, nie mógł żuć pokarmów, ścisnąć szczęk. Otóż korowy ośrodek tej gałęzi położony jest w dolnej części zawoju centralnego. W pobliżu, mianowicie, w dolnej części zawoju czołowego wstępującego, leży ośrodek rządzący ruchami strun głosowych; i ten musiał być zniszczony, bo chory nie mówił

od urodzenia. Prawda, że na tę niemotę zebrano się dużo danych; samo porażenie języko-wargowe już byłoby wystarczającym, żeby chory nie mógł mówić. Jednak byłby w stanie wytwarzać dźwięki, miałby większą inteligencję, gdyby te ośrodki korowe nie były zniszczone. Niemota pochodzenia korowego mogła być psychiczna, wskutek braku pamięci ruchów zbiorowych, potrzebnych do wytworzenia głosu, i paralityczna wskutek zniszczenia ośrodków ruchowych mowy. Ośrodki pamięciowe znajdują się w tylnej części lewego trzeciego zawoju czołowego, — a ruchowe — w przedniej dolnej części czołowego wstępującego. Od pierwszych rozchodzą się liczne włókna, łączące rozmaite ośrodki kory, biorące udział w mowie, drugie pozostają w związku z pęczkiem włókien ruchowych, przechodzącym przez torebkę wewnętrzną i łączącym się z ruchowymi jądrami mowy opuszki.

Zaburzenia mózgowe, które dały obraz porażenia opuszkowego wrzekomego, polegały w danym przypadku na zaniku kory mózgowej na dość znacznej przestrzeni w obu półkulach. W prawej półkuli zanik był rozleglejszy, co zaznaczało się za życia w bezwładzie lewej ręki. Trudno orzec co było przyczyną wspomnianych zmian kory; w każdym razie mają one być podług autora jedynymi w swoim rodzaju, znanymi w literaturze.

W. Miklaszewski.

67. R. v. Hoesslin. **Przyczynek do patologii choroby Basedowa.** (*Neues zur Pathologie des morbus Basedowi. Münch. Med. Woch. Nr. 2, 1896*).

Z 6-letniej obserwacji jednego chorego podaje autor:

1) *Rytmiczne wahania częstości tętna* zależnie od pory dnia, zrana tętno częstsze niż wieczorem.

2) *Napady tachycardiae i ich przebieg.* Na tle stałej tachycardiae występowały nagle jej napady (tętno ze 120 na 250 w ciągu jednej minuty), które ciągnęły się od kilku godzin do kilku tygodni, towarzyszyła im anxietas; napady ustępowały nagle, jak przyszły, poczem chory czuł czasowo nadzwyczajne osłabienie i miał przeczucie zbliżającej się śmierci.

3) *Wahania w rozmiarach serca i światłe jego otworów.* Na wysokości napadów stwierdzono przerost i rozszerzenie serca, bez naruszenia krążenia. Wierchołek serca wysuwał się na 3 palce na zewnątrz linii sutkowej w 6-tem międzyżebżu, prawa granica serca sięgała na 2-a palce w prawo, od prawego brzegu mostka. Nad wierchołkiem i zastawką dwudzielną słychać było silny szmer dyastoliczny. Uderzenie wierchołkowe serca wstrząsało całą górną połową ciała, a przy napelnionym żołądku słychać było na 1—2 metrów szmery dźwięczne. Z ustąpieniem choroby serce powróciło do stanu prawidłowego.

4) *Stosunek wola (struma) do napadów tachycardiae* był taki, że podczas napadów wole malało. Podczas najcięższego napadu trwającego 3 tygodnie, w którym waga ciała spadła na 60 funtów i pojawiały się kurcze w kończynach, w których lada chwila spodziewano się zajścia śmiertelnego, olbrzymie przedtem i twarde wole znikło zupełnie, tak, że wymacać nie można było gruczołu. W ogóle po każdym napadzie wole powiększało się znowu. Po wyleczeniu gruczoł tarczowy jest nieco powiększony, lecz rozmiary nie ulegają wahaniom.

5) W liczbie objawów, zależnych od n. spółczulnego (zwężenie lewej żrenicy i zaczerwienienie lewej połowy twarzy) zaznacza autor *leucoplakia linguae*. Język na wysokości pogorszeń przedstawiał się jako *lingua geographica* ze szczelinami i nadżarciami. Zmiany języka były tak stałe, że służyły za barometr ogólnego stanu.

W leczeniu wszystkie polecane środki okazały się bez wpływu na przebieg, prócz lawatyw z 10 — 30 kroplami nalewki mawkowca, które uspakajały napady, i diety roślinnej przez 4 lata leżenia stosowanej. Dopiero gdy chory zaczął się ruszać powrócił stopniowo do diety mięsnej. Dziś może tańczyć i robić gorskie wycieczki. Autor uznaje chorobę za nerwicę z wyraźnym podkładem psychicznym (*anxietas*). *Thyreoidectomy* ma prawdopodobnie nie inne znaczenie, jak *ovariotomy* w niektórych przypadkach hysterii.

Rzeczniowski.

III. Choroby wieku dziecięcego.

68. Erich Peiper i Siegfried Schnaase (Gryfia). **O białkomoczu w następstwie szczepienia ospy ochronnej.** (*Berl. Kl. Woch. Nr. 4, 1896*).

Jeszcze w 1893 r. zwrócił Perl uwagę na jednoczesne występowanie białkomoczu z ochronnem szczepieniem ospy. Przypadek Perla, jako pojedynczy, mógł jedynie zwrócić uwagę na tę nową kwestyę, nie mógł jej jednak należycie rozjaśnić. Dopiero Falkenheim przeprowadził szereg badań u dzieci jednorocznych, po raz pierwszy szczepionych i wyniki swej pracy ogłosił na zjeździe przyrodników i lekarzy w Wiedniu, 1894 r.

Badania swoje przeprowadził Falkenheim jedynie na chłopcach, ponieważ zbieranie moczu jest łatwiejszem, niż u dziewczynek. Dzieci szczepiono limfą zwierzęcą. Ogółem zbadał F. 187 chłopców. Z liczby tej u 35 znaleziono białko, przeważnie były to tylko ślady, niekiedy dała się spostrzec wyraźna opalizacya lub też silniejsze zmętnienie.

Z liczby 175 chłopców, których mocz badany był pierwszego dnia po szczepieniu, u 25 znaleziono białkomocz; z tych: u 19 były tylko ślady białka, w jednym przypadku nieco więcej, w czterech przypadkach wyraźne zmętnienie i raz jeden kłaczkowaty osad. W ostatnim przypadku, oraz jeszcze w drugim, białkomocz zależny był od zapalenia nerek (szkarlatynowego), trwał on też przez cały czas obserwacji, gdy tymczasem w innych przypadkach białko zniknęło już następnego dnia. W 10-iu innych przypadkach, gdzie białko później wystąpiło, zjawiało się ono dopiero pomiędzy 7 a 10 dniem po wakcynacji.

Blizsze badanie stanu zdrowia pierwszej grupy dzieci, gdzie białkomocz już pierwszego dnia wystąpił, wykryło, że z wyjątkiem dwóch wspomnianych już przypadków, miano ogólnie do czynienia z dziećmi zdrowymi, chociaż niektóre z nich były anemiczne, rachityczne, lub chorowały na nieżyt oskrzeli i przewodu pokarmowego.

Co się tyczy drugiej grupy dzieci (10 przypadków), to jedno z nich miało wysypkę, przypominającą szkarlatynę.

Praca Falkenheima zachęcała autorów do przeprowadzenia podobnych badań nad białkomoczem po szczepieniu ospy. Autorowie badali mocz dzieci przed szczepieniem, przez co łatwiej można się było od pomyłki ustrzedz. Prócz tego badano jeszcze mocz I, III, VII i X dnia po szczepieniu. Chemiczne badania moczu odbywały się bardzo dokładnie za pomocą kilku sposobów. Jeżeli w którym przypadku znaleziono choćby ślady białka próby powtarzano codziennie, aż do zupełnego zniknięcia białkomoczu. Wyniki badań są następujące: na 122 dzieci i 474 prób moczu 9 razy spostrzeżono lekką opalizację, która od minimalnych ilości zależeć mogła. Te 9 przypadków wypadła na 7 dzieci, zatem białkomocz znaleziono w 5,73% szczepionych dzieci. W żadnym z tych przypadków nie można było przyjąć zapalenia nerek. Odsetka podana przez Falkenheim'a 18,7 znakomicie przewyższa znaną przez autorów, tłumaczy się to zapewne tem, że niektóre z jego dzieci nie były zupełnie zdrowe (krzywica, nieżyt oskrzeli, przewodu pokarmowego). Badania te zgodne są ze sobą pod tym względem, że białkomocz ten trwa bardzo niedługo i prędko znika. Falkenheim raz jeden tylko otrzymał osad kłaczkowaty, tyczyło się to zapalenia nerek szkarlatynowego. Autorzy zaś nigdy nie widzieli takich ilości białka, któreby się za pomocą przyrządu Essbacha ilościowo określić dały.

Przy powtórnych szczepieniach występuje białkomocz częściej, aniżeli przy pierwotnych. Na 54 przypadków rewakcynacji spostrzeżono 10 razy białkomocz. Szczepienie rekrutów dało 10,63% białkomoczu.

Autorzy są mniemania, że na podstawie dotychczasowych badań i spostrzeżeń nie można białkomoczowi, występującemu po szczepieniu ospy ochronnej, poważniejszego przypisywać znaczenia.

H. Kucharzewski.

69. Dr. W. Knöpfelmacher. **Przyczynek do etiologii zatrzymania moczu.** (*Ein Beitrag zur Aetiologie der Harnretention. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1895, T. XLI, z. 2).*

Etiologia zatrzymania moczu w wieku dziecięcym jest mało uwzględniana. Biedert twierdzi, że występuje tu prawie wyłącznie ischuria spastica; Teevan przypuszcza istnienie tylko trzech momentów mechanicznych: wrodzone zwężenie ujścia zewnętrznego cewki; stulejką i kamień. Englisch, który zajął się bardziej szczegółowo kwestyę zatrzymania moczu u dzieci, wymienia jako przyczyny tegoż: 1) Potworności i braki w rozwoju. 2) Wrodzone zwężenie dróg moczowych (w jakiegokolwiek ich części). 3) Fałdy błony śluzowej dróg moczowych. 4) Nadmierna ilość kwasu moczowego: piasek i kamienie. 5) Stany zapalne narządów moczowych (wszystkich) i ich otoczenia. 6) Cysty retencyjne gruczołów śluzowych cewki, zatrzymanie wskutek zamknięcia sinus pocularis u chłopców, obrzmienie brodawek. 7) Zmiany w gruczole krokowym (wrodzony przerost tegoż). 8) Ciała obce i nowotwory organów moczowych. Według Bokai'a do powyższych przyczyn należałoby dodać u dzieci starszych następujące: 9) Wypadnięcie błony śluzowej pęcherza. 10) Zwężenie. 11) Miejscową atonię i paręzę pęcherza. 12) Śpiączkę w chorobach zakaźnych. 13) Choroby mózgowia i rdzenia.

W tej obszernej grupie przyczyn brakuje jednej powodującej bardzo często u dorosłych, zwłaszcza u kobiet, zatrzymanie moczu: mianowicie zaburzenia mechaniczne i nowotwory sąsiednich organów. Na dowód, że ten moment etiologiczny może wywołać zatrzymanie moczu i u ssawców przytacza autor następującą historię choroby.

Dziecko 9-cio miesięczne przyniesiono do szpitala z powodu tego, że od kilku tygodni nie oddawało stolca, a od 40 godzin — moczu. Dziecko ma wybitne oznaki krzywicy, kurcz głōśni, gorączkę 40°; ze strony gardzieli, płuc i serca objawów chorobowych niema. Brzuch silnie wzdęty, pomimo tego nad spojeniem łonowem wyczuć można guz owalny elastyczny, sięgający aż do pępka: jest to wypełniony pęcherz. Mocz, wypuszczony przy pomocy cewnika (co przyszło z łatwością), był mętny, miał zapach amoniakalny, zawierał białko. W cewce nie było nic nieprawidłowego. Badanie przez odbytnicę wykazuje ku tyłowi guz, który zdaje się wypełniać zagłębienie kości krzyżowej, powyżej w odbytnicy znajdują się twarde masy kałowe. Wysokie irygacje kiszki prostej miały za skutek dobrowolne, choć niezupełne opróżnienia pęcherza. Dziecko po 4-ch dniach zmarło.

Sekcyja wykazała guz (mięsak), połączony z okostną przedniej strony kości krzyżowej.

Tego rodzaju przypadki opisali H. Schmith (fibroma miednicy u dziecka 19 letniego, który wywoływał zatrzymanie moczu). Sidney Jones (limphadenoma pelvis u 12 letniego chłopca; wywołała ona zatrzymanie moczu i stolca).

Jeżeli guzy miednicy tak rzadko wywołują zatrzymanie moczu, to dlatego, że, jak dowiódł Bergman, rosną one przeważnie ku obwodowi.

Dla uzupełnienia etiologii zatrzymania moczu u dzieci dodać należy nowotwory części rodnych dziewcząt: mięsaki pochwy (14 wypadków takowych opisał Kolisko); zatrzymanie tu dochodzi do skutku albo przez ucisk guza na cewkę, albo przez guz na organy moczowe. Ostatnią wreszcie przyczyną zatrzymania moczu, jest zarosnięcie błony dziewiczej.

Kamieński.

70. Prof. Filatow. **Oslabienie nóg i paraplegia u dzieci.**
(*Dietskaja Medicina, 1896, Nr. 1.*)

Oslabienie nóg i paraplegia u dzieci powstają z rozmaitych przyczyn. Przy rozpoznawaniu przyczyn ważne ma znaczenie wiek dziecka, a to z tego powodu, że pewne chorobowe formy zdarzają się przeważnie, a nawet tylko u dzieci do 5 roku życia, gdy tymczasem inne są właściwemi tylko dla starszych dzieci. Z tego względu przyczyny, wywołujące oslabienie nóg lub paraplegię u dzieci dzielą się na dwie grupy: 1) oslabienie i paraplegia u małych dzieci i 2) u dzieci starszych.

Do pierwszej grupy należą: krzywica, poliomyelitis spinalis, polioencephalitis Struempfl'a, neuritis multiplex i w końcu wrodzone lub bardzo wczesnie nabyte cierpienia mózgu i mlecza paccierzowego.

W pierwszych czterech latach życia dziecka krzywica stanowi najczęstszą przyczynę oslabienia nóg; w późniejszym wieku nie bierze się jej w rachubę, ponieważ krzywica w czwartym roku życia odznacza się właściwością samodzielnego wyleczenia.

Oslabienie nóg, zależne od krzywicy, ma następujące cechy:

1) Dziecko, gdy leży, samo zgina i rozgina nogi, lecz nie może ani stać ani chodzić; a jeżeli wiaść je pod pachę, to nie staje na nogach, lecz podgina je pod siebie.

2) Wszystkie mięśnie ciała są bardzo wiotkie, jak gdyby uległy zanikowi; zanik ten jest symetryczny.

3) Z powodu wiotkich mięśni i rozluźnienia więzów stawowych, spostrzega się nieprawidłowo silnie rozwinięty stopień ruchów dowolnych w stawach, zwłaszcza w biodrowym. Bardzo łatwo u dziecka zgąć tak nogę, iż ona dosięgnie brzucha a nawet ust dziecka. W siedzącym położeniu u dziecka spostrzega się skrzywienie (zgarbienie) lędźwiowej części kręgosłupa.

4) Pęcherz moczowy i kiszka prosta prawidłowo funkcjonują.

5) Oslabienie nóg rozwija się bardzo powoli.

Poliomyelitis spinalis, którego podstawę anatomiczną stanowi ostry proces zapalny tkanki szarej przednich rogów mlecza paccierzowego, wybucha gwałtownie. Zjawia się wysoka gorączka, czę-

sto wymioty, czasami drgawki; po kilku dniach gorączka znika, a występuje ogólny bezwład; w ciągu 2—3 tygodni bezwładności powoli znikają — i w końcu pozostaje tylko bezwład jednej nogi. Mięśnie chorej nogi ulegają zanikowi, noga staje się chudsza i chłodniejszą od zdrowej. Pobudliwość na elektryczność nerwów i mięśni chorej nogi znika. Chora noga przestaje rosnąć i staje się krótszą od zdrowej. Jeżeli ułożyć nogę chorą, to dziecko czuje ból, lecz nie może nogi odsunąć. Pęcherz moczowy i kiszka prosta funkcjonują prawidłowo.

Polioencephalitis Struempl'a, mający za podstawę anatomiczną ostre zapalenie szarej tkanki mózgowej, odznacza się podobieństwem do poliomyelitis spinalis swoim prędkim rozwojem, gorączką, wymiotami, drgawkami, zachowaniem czucia w zajętej kończynie i prawidłowym funkcjonowaniem pęcherza moczowego i kiszki prostej. Różnica główna w tym się mieści, że tutaj zajęte mięśnie długi czas zachowują pobudliwość na elektryczność i wcale nie ulegają zanikowi.

W dalszym przebiegu chora kończyna chociaż daje się wyprzedzić zdrowej we wzroście, lecz pozostaje w silnym napięciu (spastyczny bezwład) i odruchy kończyny są wzmożone. Przy poliomyelitis spinalis zwykle zajęta jest noga, a przy bezwładzie Struempl'a — ręka. W tym ostatnim razie często jest zajęty i nerw twarzowy z tejże samej strony.

Przy neuritis multiplex mięśnie chorych kończyn ulegają zanikowi, tracą pobudliwość na elektryczność, giną odruchy kończyn, lecz tutaj bezwładności zawsze są symetryczne i najwięcej są rozwinięte na końcach kończyny, t. j. że stopy i kiście rąk silniej są porażone od bioder i ramion. Tutaj bezwładności rozwijają się powoli i występują silne bóle w kończynach; bóle te potęgują się przy uciskaniu nerwów na ich przebiegu.

W cierpieniach wrodzonych lub wcześniej nabytych mózgu lub mlecza, połączonych z osłabieniem nóg lub paraplegią nie zawsze za życia dzieci można ściśle określić istotę zmian. Tu po części najpierwsze miejsce zajmują macro i microcephalia — połączone z upośledzeniem zdolności umysłowych i cechujące się zmianą stosunku wielkości głowy do długości ciała i objętości klatki piersiowej.

Do drugiej grupy należą: Spondylitis, histerya, paraplegia postdiphtherica; paraplegia spinalis spastica i atrophie musculorum progressiva.

Bezwład nóg przy spondylitis zależy albo od zapalenia (myelitis transversa), albo od ucisku mlecza pancerzowego. Jeżeli garb jeszcze się nie utworzył, to dla postawienia rozpoznania spondylitis ważnym jest skonstatowanie nieruchomości kręgosłupa i bólu przy ucisku na wyrostek ciernisty jakiego kręgu. Jeżeli bezwładność zależy od ucisku mlecza, to zawsze strona ruchowa jest więcej upośledzona od czuciowej. Bezwładności nóg, długo trwające, cechują się spastycznym charakterem, to jest kończyny są przykurczone od skurczu mięśni i odruchy są wzmożone. Pęcherz moczowy i kiszka prosta chociaż są zajęte, jednakże w pewnym stopniu ulegają woli. Jeżeli zaś bezwładność nóg zależy od myelitis transversa, to on

zawsze jest połączony z zupełną utratą czucia i bezwładem zwieraczy pęcherza moczowego i kiszki prostej.

Bezwład nóg pochodzenia histerycznego spostrzega się w wieku od 10 do 15 lat. Jeżeli chory wcale nie może poruszać nogami, to będzie wtedy paraplegia hysterica, jeżeli zaś chory leżąc może nogami robić rozmaite ruchy, lecz nie może ani stać ani chodzić—to będzie astasia-~~astasia~~ hysterica. Charakterystyczną właściwością bezwładu histerycznego jest to, że nie można go objaśnić anatomicznemi zmianami w systemacie nerwowym i że nie może być przyłączony ani do bezwładów pochodzenia centralnego, ani do obwodowego. Bezwłady histeryczne są podobne do bezwładów udawanych. Formy bezwładów histerycznych są najrozmaitsze, wiadomem jest tylko, że niektóre mięśnie rzadko kiedy są zajęte (twarzy i języka), a inne bardzo często (mięśnie krtani). Zajęte mięśnie długi czas nie ulegają zanikowi i długo nie tracą pobudliwości na elektryzowanie.

Bezwłady po błonicy rozwijają się w 2—4 tygodnie po cierpieniu gardła i zawsze zaczynają się od bezwładu podniebienia miękiego i gardzieli, następnie często cierpi i akkomodacya. Bezwłady po błonicy zawsze są symetryczne i zwykle w ciągu kilku tygodni zupełnie mijają.

Paralisis spinalis spastica cechuje się tem, że powoli rozwijający się bezwład nóg, połączony jest z silnem napięciem mięśni i przykurzeniem w stawach. Chory, gdy chodzi, robi wrażenie jakby podrygiwał, stąpa na palcach, kolana ma silnie przygięte jedno do drugiego. Cechy są następujące: 1) brak zupełny zaniku mięśni i zaburzeń czucia 2) pęcherz moczowy i kiszka prosta funkcyonują prawidłowo 3) pobudliwość mięśni i nerwów na elektryczność prawidłowa 4) funkcye mózgu prawidłowe i 5) bardzo silnie wzmoczone odruchy kończyn.

Atrophia musculorum progressiva tem się odznacza, że najprzód cierpią mięśnie; bezwład nóg występuje po zaniku mięśni i rozwija się bardzo powoli. Zanik mięśni postępowy tem się różni od poliomyelitis, że zanik mięśni rozwija się symetrycznie i że często są zajęte mięśnie ramienia i karku.

Rabek.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

71. Dr M: Rothman na posiedzeniu tow. berl. 29 z. m. przedstawił **preparat uchyłku kiszki grubej**. Chora 22 lata, do lat 18 zdrowa zupełnie; w 1894 r. 6 dniowe zatrzymanie stolca. Zwykle lawatwy z wody i oliwy bez skutku, dopiero po 10 dniach stolce twarde. Od tego czasu chora czuła się niezłe, choć zaparcie stolca zjawiało się w pewnych odstępach czasu. W grudniu r. z. znowu silne zaparcie 8 dni trwające. Po obfitych lawatywach krwawo-

śluzowa wydzielina podobna do stołców Enter. membr.; stołców nie było, po 3 dniach wymioty. Przedsięwzięto operację (Körte), zrobiono anus praeternaturalis. Rano pacjentka skutkiem zapaści zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono skręcenie colon i rozdęcie olbrzymie kiszki grubej, powyżej kiszka wypełniona zbitymi massami kałowemi; jeden z kawałków kału miał 20 ctm. długości, na przebiegu kiszki grubej w lewej okolicy podżebrowej uchyłek, wypełniony płynem cuchnącym. Błona śluzowa kiszek zmieniła, w wielu miejscach owrzodzenia. Z zestawienia objawów przyżyciowych z danymi sekeyjnemi przyczyna tych pierwszych jest widoczna.

J. Z.

72. W 6 nr. Centr. für inn. Med. Boas podaje nową metodę **oznaczenia granic żołądka**, za pomocą wymacywania zgłębnika przez ścianki brzuszne. Do zgłębnika dorobiony jest przyrząd pomysłu B., mający na celu wywołanie ruchów dolnej części zgłębnika. Przy pomocy swego przyrządu B. u 25 osób dokładnie mógł zbadać położenie krzywizny wielkiej, oraz odźwiernika.

J. Z.

73. D-r Adolf Jolles podaje **nowy odczynnik na białko w moczu**. Składa się on z sublimatu, kwasu bursztynowego i chlorku sody w następującym stosunku:

| | |
|---------------------|-------|
| Hydr. bichl. corros | 10,0 |
| Acid succin | 20,0 |
| Natr. chlor. | 10,0 |
| Aq. destill. | 500,0 |

Próba odbywa się w następujący sposób: bierze się 4—5 ccm. przefiltrowanego moczu, zakwasza 1 ccm. kwasu octowego (30%) i dodaje 4 ccm. wspomnianego odczynnika i kłóci. Do drugiej próbki dodaje się też same ilości moczu i kwasu octowego, jak poprzednio, lecz zamiast odczynnika, dodajemy 4 ccm. przekropionej wody. Porównując obie próby, można wynaleźć z pewnością ślady białka, którychby próba z potasowym sinkiem żelaza na pewno już nie wykryła.

H. K.

74. W Hamburskiem Tow. Lekarskiem d-r Senger przedstawiał **przypadek wiądu rdzenia u 38-letniej virgo intacta**, u której, pomimo najstaranniejszego badania, nie można było wykryć śladów dziedzicznego lub też nabytego przymiotu. Przypadek wiądu u dziewicy jest to fakt, którego istnienia Möbius zaprzecza. Sänger zbijał krańcowe mniemanie Möbiusa, że każdy przypadek wiądu na tle przymiotowem tylko rozwijać się może. Na uwagę zasługuje fakt, że u starych kobiet publicznych, które wszystkie przymiot przechodziły, nadzwyczaj rzadko spotykamy się z więdem rdzenia. D-r S. ostrzega przed nierozważnem szafowaniem rtęci u tabetyków, ponieważ często się zdarza, że poczynający się zanik nerwu wzrokowego po leczeniu wcieraniami nader szybko postępuje. (Munch. Med. Woch. Nr. 5, 1896).

H. K.

75. D-r Althans zdawał sprawozdanie w Clinical Society of London z **przypadku guza mózgowia wyleczonego terapią wewnętrzną**. Przypadek wspomniany dotyczył 39-letniej kobiety, która od 13 lat bezsporne objawy guza mózgowia przedstawiała. Do objawów tych

należał bardzo silny ból głowy, senność, bezwład połowiczny ze wzmoczeniem odruchów ścięgnistych, ogólne osłabienie, wymioty, bolesność czaszki przy dotyku, neuritis optica, brak pamięci i t. d. Wywiady wskazywały na uraz głowy, przymiot stanowczo można było wykluczyć. Za pomocą skombinowanego leczenia rtęcią i jodem, zdołano w ciągu sześciu tygodni usunąć główne objawy. Było jeszcze kilka nawrotów choroby, które jednak szybko usunięte zostały po wspomnianej kuracji. Mówca widywał niejednokrotnie w podobnych przypadkach dobre wyniki przy leczeniu rtęcią i jodem, nigdy jednakże skutek nie był tak prędko i widoczny.

Gdy ten uważa za glejak, nie może jednak z pewnością tak twierdzić.

Na podstawie tego przypadku przychodzi mówca do wniosku, że i guzy mózgowia mogą być skutecznie leczone terapią wewnętrzną i że nihilizm w tym kierunku rozwinięty nie ma należytego usprawiedliwienia. (Therap. Woch. Nr. 47). H. K.

76. **Richardière** widział **przypadek cukromoczu brązowego** u 44-letniego mężczyzny. Chory przybył do szpitala w stanie zapadu, na wpeł przwitomy. Cała skóra zabarwiona mocno brązowo jak u mulata; na karku, mosznie, łydkach i grzbiecie rąk skóra prawie czarna. Podobne zabarwienie zauważono na błonach śluzowozewnętrznych. Pierwsze objawy zabarwienia tkanek miały wystąpić przed 2-ma miesiącami. Przy badaniu znaleziono: gruźlicę płuc i znacznie powiększoną wątrobę. W moczu nie było ani cukru ani białka. Chory nie miał nadzwyczajnego łaknienia, ani pragnienia i nie wychudł bardzo. Na sekyi najważniejsze zmiany znaleziono w wątrobie: była ona powiększona dwa razy, twarda; pod drobnowidzem zauważono znaczny rozrost tkanki łącznej i żył, oraz bardzo obfite złogi żółtego barwnika.

Pomimo że nie było w danym przypadku głównych oznak choroby cukrowej, jednak autor stawia powyższe rozpoznanie na zasadzie zapaści chorego i jednolitego zabarwienia skóry, jakie nie zdarza się przy chorobie Addison'a; brak cukromoczu tłumaczy zapaścią, w czasie której ten objaw często ginie, a cirrhosis wątroby ze złogami barwnika uważa za miarodajne do rozpoznania choroby cukrowej. (L'Union medical, Nr. 49, 1895).

W. M.

77. D-r **A. de Rio** przeprowadził w berlińskim instytucie higienicznym badania nad niektórymi rodzajami bakterii wodnych, które na płycie żelatynowej przedstawiają rozrost podobny do laseczników duru brzuszego. Wodę do badania użył de Rio z górnej Sprei. Z pomiędzy wspomnianych drobnoustrójów zbadał on własności trzech. Pierwszy z nich „a” jest to krótki, gruby, najczęściej dwójkami układający się lasecznik bez własnych ruchów, na zwykłych podłożach przy ciepłocie pokojowej rozwija się bardzo dobrze, przy 37° C. rośnie nieco gorzej. Drugi „b” jest to smagły lasecznik, obdarzony żywymi ruchami, rozwija się jedynie przy ciepłocie pokojowej.

Trzeci „c” średniej wielkości drobnoustrój, napotykający się pojedynczo lub też w małych łańcuszkach, rośnie przy ciepłocie pokojowej dobrze, w piecyku gorzej.

Trzy te drobnoustroje odróżniają się od laseczników tyfusu gdy je przeniesiemy do kolbek, buljonem i cukrem gronowym napełnionych. Jeśli kolbki te trzymać będziemy w ciepłocie pokojowej, wtedy rozwój kolonii nastąpi jedynie tylko w tych częściach podłoża, które z tlenem atmosfery w zetknięciu się znajdują, w przeciwnieństwie do zjawisk napotykaných przy rozwoju bacterium coli i lasecznika Eberth'a. Gdy umieścimy kolbki te w piecyku, to żadnego rozwoju kolonii nie otrzymamy, z wyżej zaś wspomnianemi drobnoustrojami rzecz ma się wprost odwrotnie. (Archiv. f. Hyg. XXII Bd. 2 H.)

H. K.

78. **Epidemię duru brzuszego skutkiem używania lodu z zarażonej rzeczki** opisuje Bull. méd. (Nr. 4). W Rennes z pośród załogi miejscowej w krótnim czasie zachorowało 6 oficerów na dur brzuszny i 2 zmarło, wśród niższych stopni wojskowych jak i ludności cywilnej, w owym czasie nie panowała epidemia, tem więcej przeto fakt ów odsakiwał od zwykłego przebiegu epidemii. Sledztwo przeprowadzone w tej sprawie, jako przyczynę, wykryło użycie do wina szampańskiego, które się pojawiało na stole oficerskim stale, lodu z rzeczki Vilaine, zanieczyszczonej odpadkami wszelkiego rodzaju i służącej do prania bielizny. Dostawca pułkowy czerpał lód właśnie z tej rzeki.

J. Ż.

79. Dr Goebel badał u 30 kobiet ciężarnych **śluz szyjki macicznej na obecność drobnoustrojów**. Śluz ten w 29 przypadkach okazał się jałowym. Tylko w jednym przypadku znalazł gronkowce, których obecność tłómaczył sobie nieznaczną erozyą szyjki. Oprócz tego badał autor zawartość 3 torbieli jajników, oraz 2 pyosalpinx. Torbiele oraz jeden pyosalpinx, okazały się jałowemi, drugi pyosalpinx zawierał gronkowce. (Centralb. f. Gynekol. Nr. 4, 1896).

H. K.

Bibliografia.

H. Gillet. Formulaire des Médications Nouvelles. Paris 1896. B. Bailliére et Fils 19, r. Hautefeuille.

Postępy terapii zaznaczają się bądź odkrywaniem nowych metod leczniczych, bądź wynajdywaniem nowych środków lekarskich. Nierównie wyższego znaczenia odkrycia pierwszej kategorii stoją w ścisłym związku z postępami nauki, najczęściej z odkryciami patologii, podającemi już to nowe oświetlenie dawnych faktów, już też dane zupełnie nowe, z których, w dalszem następstwie, wyłaniają się nowe wskazania. Odpowiedzieć tym nowym wskazaniom, jest właśnie zadaniem nowych metod leczniczych, posiłkujących się zresztą środkami zarówno starymi jak i nowymi.

Wynajdywanie nowych środków jest zjawiskiem często przypadkowym, odosobnionem, bez związku z panującym kierunkiem,

nauki i z tego względu, t. j. w stosunku do nauki, zjawiskiem podrzędniejszym, aczkolwiek nieraz bardzo ważnym praktycznie.

Bakteryologia, która tak wielki wywarła wpływ na teoretyczną medycynę, z biegiem czasu poczyną wkraczać coraz bardziej i w dziedzinę stosowania jej praktycznego, modyfikując ze swego punktu widzenia nasze: *methodus antifebritis*, *purgans etc.*, nie mówiąc o zupełnie nowych metodach leczenia różnego rodzaju surowicami.

Próby zastępowania zużytych i niedostatecznie wytworzonych pierwiastków ustroju ludzkiego przez brane na gotowo z ustrojów zwierzęcych od pierwszych wskazówek Brown-Sequarda — rozwinęły się szeroko w postaci wstrzykiwań podskórnych lub dożylnych lub podawania do wewnątrz szpiku, krwi, wyciągu gruczołów różnych i t. d.

Te i wiele innych metod, stojących więcej odrębnie; o nie-należycie jeszcze wyjaśnionych podstawach, ale już praktycznie stosowanych z pożytkiem wraz z metodami i sposobami używanymi dawniej, tylko modyfikowanymi przez autorów nowszych — wszystko to pilnie zebrał K. Gillet w wymienionem w tytule dziełku. Na 259 str. 8-ki znajdujemy je wszystkie w porządku alfabetycznym, z wymienieniem podstawowych zasad, na których się opierają, wskazań, przeciwwskazań, techniki przygotowania, dawkowania i t. d.

W tymże wykazie znajdujemy i nazwy ważniejszych chorób, przy których skorowidzowo wykazane są odpowiednie z nowych metod.

Nie wątpimy, że książka p. Gillet, odznaczająca się pięknem wydaniem i opatrzona 15 rysunkami, może oddać pożytek czytelnikowi, podając mu krótko i na jednym miejscu to, co dotąd było porzucane w literaturze całego świata. H.

D-r Wł. Biegański: Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych. Wyd. 2-ie, opatrzone drzeworytami, ponownie przez autora opracowane i powiększone dodatkiem części 1-ej. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, przez d-ra **A. Sokołowskiego**, Warszawa, 1896. Nakład „Gazety Lekarskiej.”

W krótkim przeciągu czasu, bo zaledwie 5 lat, Dyagnostyka różniczkowa kol. Wł. Biegańskiego wyszła w drugim powiększonym wydaniu. Zjawisko to tembardziej jest pocieszającym, że dzieło kol. B. nie jest prostym zestawieniem wybitniejszych objawów chorób do siebie zbliżonych, na podobieństwo różnych mnemoteczniczych sposobów i „oślich mostów“ (*Eselbrück*) ułatwiających prześlizgiwanie się wśród trudności dyagnostyki bez rzeczywistego zglębienia i poznania istoty rzeczy. Przeciwnie „Dyagnostyka“ przedmiot swój zakreśla szerzej; obficie czerpiąc z patologii i etyologii, daje czytelnikowi nie suche szematy, ale obrazy cierpień wypukłe, żywo utrwalające się w pamięci, i tą drogą doprowadza go do pożądanego celu: rozróżnienia chorób. Książka kol. Biegańskiego czytelnikowi wiele przypomni, nie mało go nauczy. Stąd też ukaza-

nie się jej w drugim wydaniu uważamy za objaw b. pomyślny, a tem przyjemniejszy dla autora, iż może wlać weń zupełnie uzasadnione przekonanie, że społeczeństwu swemu doraźny przyniósł pożytek.

Ocenę szczegółową „Dyagnostyki” podaliśmy przy wyjściu jej w 1-em wydaniu, w sumiennem opracowaniu kol. Goldflama (p. Kr. Lek. 1892, str. 50). Obecnie więc zaznaczymy tylko w krótkości, że autor dodał wykład dyagnostyki chorób przełyku, śródpiersia, nerwic serca, a zwłaszcza rozszerzył dział chorób nerwowych, który w ostatnich latach największy uczynił postęp (dodane zostały: krwotoczne zapalenie mózgu, mózg, mózgowie porażenie dziecięce, syringomyelia i t. d.).

Obszerniej zato zatrzymamy się nad działem górnego odcinka dróg oddechowych, pióra kol. A. Sokołowskiego, stanowiącym część zupełnie nową.

Działowi temu poświęcono przeszło 6 arkuszy druku, co dla niespecjalistów, dla których zresztą całe dzieło jest pisane, stanowi materiał aż nadto wystarczający. Kol. Sokołowski całą swą pracę podzielił na cztery główne działy, mianowicie: rozpoznanie chorób nosa, gardzieli, krtani i tchawicy. W każdym z tych działów przed przystąpieniem do tak zwanej dyagnostyki szczegółowej, autor, kierując się zasadami dyagnostyki ogólnej, wybiera najbardziej typowe objawy ogólne i, obszernie je rozbiegając, wskazuje na wszystkie możliwe sprawy, przy których objaw ten gra taką lub inną rolę. Jest to metoda praktyczna i pedagogiczna, gdyż każdemu ułatwia szybkie orientowanie się w danych przypadkach.

I tak w chorobach nosa, jako ogólne objawy, zostały wybrane: 1) zatkanie nosa 2) wydzielina 3) krwawienie. Mówiąc o zatankaniu nosa, autor rozbiega: zarośnięcie, katary, nowotwory, skrzywienia przegrody, etc. Mówiąc o wydzielinie, autor przedewszystkiem rozróżnia kilka jej rodzajów i znów rozbiega sprawy, przy których wydzielina bywa taką lub inną. Tego samego systemu trzyma się Sokołowski mówiąc o krwawieniach, słusznie wychodząc nieco z zakresu samej specjalności.

Skończywszy z działem, jeśli go tak nazwać można, ogólnym, przechodzi do dyagnostyki szczegółowej, rozbiegając bardziej szczegółowo: gruźlicę i wilka, syfilis, ozenę etc. Ostatni wreszcie rozdział tej części, jest poświęcony zaburzeniom natury nerwowej i nerwicom odruchowym.

Tej samej metody trzyma się autor, mówiąc o chorobach gardzieli. Jako objaw ogólny autor wybrał ból i, rozróżniając jego rozmaite rodzaje, zastanawia się nad sprawami, które ten lub inny rodzaj najczęściej wywołują. W części szczegółowej trzyma się ogólnie przyjętego podziału, rozbiegając oddzielne sprawy zapalne, niewątpliwie infekcyjnego pochodzenia (dyfteryt, ropnie, grzybicę, gruźlicę, etc.), a oddzielnie sprawy kataralne ostre i chroniczne. Ostatnie nareszcie słowa poświęca zaburzeniom nerwowym. Ze szczególną starannością została opracowana dyagnostyka chorób krtani. Sposobu wykładu autor trzymał się tego samego, jak w rozdziałach powyższych. Jako objawy ogólne, zostały tu wybrane

chrypka (rozróznięto kilka jej rodzajów), bóle, kaszel, wydzielina i zwiężenia.

Działu szczegółowego streszczać tu niepodobna, dla braku miejsca, zwrócić jednak uwagę należy na chroniczne kataralne zapalenia i gruźlicę, działy b. starannie i szczegółowo opracowane. Obszernie traktowany jest też i dział zaburzeń nerwowych.

Zewnętrzna strona wydawnictwa (druk K. Kowalewskiego) przedstawia się zupełnie poprawnie.

H. D.

Protest przeciwko dyagnozie.

„Gazeta Kielecka” pomieściła następującej treści list:

„Szanowny Panie Redaktorze! Z upoważnienia d-rów M. Zawadzkiego, I. Śmigielskiego i Br. Laskowskiego, w ich i swoim imieniu, mam honor prosić o pomieszczenie w „Gazecie Kieleckiej” naszego protestu, przeciwko nazwaniu choroby d-ra Laskowskiego *nosacizną*, gdyż nią nigdy nie była i ani my, ani też prof. Kosiński, prof. Gluziński, d-rowie Dunin, Solman i ś. p. Jawdyński, którzy również obserwowali zmarłego kolegę, nie stawiali podobnego rozpoznania. Zmarły kolega padł ofiarą posocznicy, której przyczyną było zakłucie się w palec przy sekcyi noworodka utopionego w kanale.

D-r Al. Czaplicki.”

Wprawdzie protest ten znalazł się na szpaltach pisma nielekarzkiego, jednak sama sprawa w liście tym poruszona, jako dotycząca etiologii i patogenyzy nosacizny, nastęrcza pewne uwagi, które na tem miejscu pozwalamy sobie wypowiedzieć. Protest ów pomimo formy kategorycznego zaprzeczenia, a może właśnie dla tego, ani dowodami przytoczonymi, ani swą treścią przekonywającym nie jest. Pozostawiając na uboczu powoływanie się na osoby trzecie, które, wprawdzie dla braku wyników badania bakteriologicznego dyagnozę choroby ś. p. R. Laskowskiego słusznie pozostawiły in *suspensio*, uważały jednak za właściwe nie prostować, a jeden z powołanych nawet w druku nazwał chorobę tę nosacizną, pomijając — jak mówię — ten argument, spotykamy się w proteście z twierdzeniem, że choroba ta nosacizną nigdy nie była, bo zmarły kolega padł ofiarą posocznicy, powstałej przez zakłucie w palec, przy badaniu zwłok noworodka utopionego w kanale. Do tych dowodów koledzy kieleccy dorzucają już w „Gaz. Lek.” z d. 22 — II nowy argument, że ś. p. Jawdyński już w 8-m godzin po skaleczeniu przy operacji w Kielcach, doznał pierwszych objawów choroby, co dla nich ma być dostatecznym dowodem, że nie jad nosacizny, ale — posocznicy sobie zaszczerpił, bo okres wyłęgania — piszą w ciągu dalszym — w nosaciznie trwa od 2 do 8 dni.

Otóż rozpatrując wyżej przytoczone dowody, zauważyć wypada, że posocznica i nosaczina z punktu widzenia anatomicznego tworzą jedną grupę naturalną. Według J. Renaut'a (cyt. u Roger'a) ropnica resp. posocznica, nosaczina, gruźlica, przymiot, mają jedną ogólną cechę anatomiczną — wytwarzanie zapalenia rozmieszczonego w postaci guzków i przedstawiającego wyraźną skłonność do zserowacenia. Najnowsze badania wykazały, że twory ziarninowe nosaczinowe zajmują miejsce pośrednie między ropieniem i zapaleniem przewlekłym. Następnie wiemy, że wzmocniony lasecznik nosaczinowy może wywoływać prawdziwą posocznicę, od której następuje śmierć w 48 godzin. (Doświadczenia na susłach i królikach, Gamalei'a). Nadto zważyć wypada, że wrażliwość na zarazek może być indywidualną, a także zależeć od ubocznych okoliczności (np. zmęczenia) i dla tego pod tym względem nie można wyznaczać sakramentalnie pewnych terminów. Wówczas, gdy w przypadkach, wywołanych przez zakażenie, okres wylegania nosacziny ciągnąć się może 14 do 25 dni, a są podawane przypadki, gdzie przedłużał się do 2 — 3 miesięcy, a nawet lat kilku, to znów, gdy choroba wtarga do ustroju drogą bezpośredniego zaszczepienia, pierwsze objawy ukazują się już po upływie 24 godzin.

Nareszcie, co się tyczy trudności rozpoznawczych napotykaných przy nosaczynie to—jak wiadomo — są one częstokroć wielkie, a i badania bakteryologiczne w tym kierunku podejmowane są mozolne i często muszą być wielokrotnie, przedsiębrane nim wątpliwości rozpoznawcze usunąć się dadzą. Świadczą o tem opisy przypadków: Kerniga, dotyczący zmarłego na nosaczinę prosektora Alberta, gdzie dopiero sam Loeffler i Kuettner wyhodowali laseczniki z nadesłanej ropy. A także ciekawą ilustracją pod tym względem jest również przypadek Jakowskiego, gdzie wielokrotne badania bakteryologiczne pozwoliły na wierne rozpoznanie. I w przypadku, dotyczącym zmarłego Jawdyńskiego, pierwsze próby badania dały wynik ujemny i tylko następnie poszukiwanie Nenckiego wraz z Pruszyńskim, stwierdziło laseczniki nosacziny we wziętej ropie z pęcherzyka na czole, a szczepienia zwierzętom (nieczystej hodowli, bo czystej dotychczas nie otrzymano), wykonane przez Nenckiego, rozpoznanie ściśle motywują. Piszący te słowa obserwował w r. z. na oddziale w szpitalu św. Ducha przypadek nosacziny u młodej kobiety, przebiegający pod postacią posocznicy, gdzie również dopiero badanie bakteryologiczne, a także zmiany znalezione następnie na zwłokach, pozwoliły wykluczyć gruźlicę i przymiot.

Nie chcąc dłużej przewlekać nastroczających się tutaj uwag, zauważymy, że przypadek, który kolegom kieleckim dał powód do protestu, a który bezprzecnie pozostaje w genetycznym związku z chorobą i śmiercią Jawdyńskiego, o czem szczegółowe wiadomości i świadectwo najbliższego otoczenia — nie pozwalają wątpić, powiadam, że ten właśnie przypadek, ze wszech miar zasługuje na jak najdokładniejszy opis i godnym jest szczególnej uwagi ze względu na swą etiologię. Nasuwa się tutaj mimowoli myśl o ciekawych doświadczeniach Loefflera, Cadéaca i Malletsa, które stwierdziły

przedostanie się zarazka nosacizny od matki do płodu, a również poszukiwania doświadczałne tych dwóch ostatnich badaczy, świadczące, że wydzieliny śluzowo ropne z nozdrzy koni nosacizną dotkniętych, mogą pozostawać w wilgoci jadowitemi w ciągu 18-tu dni, powietrze jednak nie jest w stanie unieść z sobą laseczników z wody.

W przypadku, dotyczącym zmarłego kolegi Laskowskiego, po rozważeniu chociażby tylko tych negatywnych danych, przytoczonych powyżej w liście publicznym, zdaniem mojem brak pozytywnych podstawy do zaprzeczaniu istnienia nosacizny.

J. Jaworski.

POLEMIKA.

ODPOWIEDŹ

na artykuł d-ra A. Karczewskiego p. t. „Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej.”

Ponieważ w ocenie artykułu mojego p. t. „Dyskrecya lekarska ze stanowiska prawnego i etycznego” zauważyłem kilka szczegółów, które wydają mi się błędnymi, bądź to już w samem ich założeniu, bądź też w dalszych wywodach, pozwałam sobie przeto omawiane punkty, choć w krótkich słowach, na tem miejscu nieco wyświecić.

Przytaczając w mojej rozprawie jeden z najczęstszych, bo prawie codziennych przykładów, kiedy ojciec udaje się do lekarza z prośbą, by zapewnił go o stanie zdrowia starającego się o rękę jego córki, usiłowałem rzucić nieco światła na przykrą częstokroć sytuację lekarza, stojącego z jednej strony między zakazem prawa, a z drugiej — głosem własnego sumienia. Każdy z lekarzy wie z doświadczenia, że w podobnym przypadku nawet najtaktowniej-sze zachowywanie się lekarza nie zawsze mu pozwoli pokierować sprawą tak, jakby tego pragnął. Lecz Szan. Krytyk nie dostrzega tu żadnej trudności. Według bowiem niego rzecz jest bardzo prostą: oto należy bezwzględnie wszędzie i zawsze przestrzegać dyskrecyi, gdyż w przeciwnym razie, godność stanu lekarskiego mogłaby na tem ucierpieć. Dlaczego godność korporacyi lekarskiej mogłaby być na szwank narażoną D-r K. bliżej nie objaśnia. Mojem zdaniem, twierdzenie powyższe d-ra K., jest błędne i wcale nie uzasadnione.

Bo dla czegożby miało być przyzwoiciej i szlachetniej hołdować niewolniczo powadze tajemnicy, chociażby tą drogą miało się zgubić osobę niewinną, aniżeli — biorąc to na własne ryzyko — odstąpić czasem, gdy tego wymaga potrzeba, od starej formułki? Tak na tę sprawę zapatruje się i jeden z niemieckich autorów.

„Niechaj nieubłagana litera prawa—mówi Placzek ¹⁾—po tysiącokroć nam swoje prawi, jednakże miarą i wytycznym kierunkiem naszego postępowania winno być inne, wyższe prawo, a mianowicie, tkwiący w nas pierwiastek moralny. Pełen poświęcenia lekarz w przeświadczeniu, że spełnia czyn dobry, prędzej raczej narazi się na odpowiedzialność prawną, aniżeli zezwoli na karygodny postępek lotra.”

Omawiając tę sprawę w dalszym ciągu, tenże autor tak się wyraża: „Jeżeli jednak, szanowni koledzy, pójdziecie za głosem waszego sumienia, bądźcie pewni, że nikt wam tego za złe poczytywać nie będzie; przeciwnie, otaczać was będzie powszechny szacunek i t. d. (str. 43).” ²⁾

A zatem niezachowanie czasem tajemnicy pacyenta, jeśli ostateczność taka okazuje się niezbędną, zasługuje raczej na miano czynu szlachetnego, mającego źródło swe w etycznym pierwiastku człowieka. A więc ten, kto popełnia czyn podobny, niema podstawy obawiać się, że postępek jego narazi korporację, do której należy, na kolizyę z etyką. Rzecz to przecież jasna.

Zestawienie dyskrecyi lekarskiej ze sekretem spowiedzi — jak to robi mój oponent — i wyprowadzanie stąd stanowczych wniosków, wydaje mi się również nie bardzo trafnem, gdyż w samym założeniu tych tajemnic tkwi znaczna różnica.

Idźmy dalej. Wzmianka w moim artykule, że należałoby, gdy chodzi o interesy ogółu, więcej zwracać uwagi na osoby nie inteligentne, jako nie obznajmione z wymaganiami higieny, daje szan. krytykowi sposobność do prawienia na temat o stosunku inteligencji do moralności i wysnuwania wniosku, że—jeżeli słusznem jest poddawanie obserwacji lekarskiej felczerów, masażystów i t. p. ze względu na możliwość szerzenia przez nich syfilisu, należałoby również poddawać oględzinom i samych lekarzy. Rozumowanie powyższe d-ra K., jest co-najmniej powierzchowne. Między felczerem, masażystą i t. p., dotkniętym przymiotem, a lekarzem-syfilitykiem, pojmującym, co robić, by nie zarazić swoich pacjentów, zachodzi chyba znaczna różnica!

Dalej, szanowny mój oponent nie dostrzega wcale niebezpieczeństwa, jakie przedstawia akuszerka, dotknięta świeżym przymiotem; również bardzo obojętnym pozostaje na los mamki, przyjętej do syfilitycznego dziecka. Mój oponent jest najmocniej przekonany „że akuszerka, dotknięta świeżą wysypką przymiotową, rodzice syfilitycznego dziecka, po należytem oświeceniu przez lekarza, nie zechcą (słowa d-ra K.) — narażać zdrowia osoby niewinnej.” Niech kol. K. sam odpowie, czy to może być dostateczną rękomią dla lekarza? Jakkolwiek większość ludzi, kierowana pobudkami moralnemi, nie uczyni tego, jednakże są przecież i źli ludzie, których względy podobne krępować nie będą.

Do najmniej udatnych ustępów krytyki, zaliczyć należy następujący:

¹⁾ S. Placzek. „Das Berufsgeheimnis des Arztes.” Leipzig 1893, (s 41).

²⁾ L. c.

„Byłoby rzeczą niezmiernie ciekawą — oto słowa łaskawego krytyka — gdyby d-r S. zechciał rozstrzygnąć nastęrczającą się wątpliwość, co począć z ludźmi, którzy czy to z powodu cierpień zaraźliwych, czy też wskutek chorób, przekazujących się dziedzicznie, nie mogliby uzyskać pozwolenia lekarskiego. Wiemy, że doświetne wyleczenie przymiotu, rzeżączki, gruźlicy i wielu innych chorób nie jest rzeczą łatwą. Stąd wniosek, iż ludzie tacy musieli-by być skazani na długotrwałą, jeżeli nie wieczny celibat.”

Słowa powyższe same za siebie mówią. Jakto, więc dlatego, że wyleczenie przymiotu, rzeżączki, gruźlicy i t. d. trwa długo, chorem takim należy dać dyspensę na małżeństwo? Więc według d-ra K., pozostawianie pewnej garści luetyków, suchotników i t. p. przez dłuższy czas w bezżeństwie, a nawet bezpotomne ich życie byłoby większym złem społecznym, aniżeli krzewienie przez nich choroby, przez zarażenie współmałżonków i obarczenie dziedziczne przyszłego potomstwa?...

Co się tyczy projektu poddawania peryodycznej obserwacji lekarskiej piekarzy, rzeźników i t. p., nie jest on wcale tak nie humanitarnym, jak się to mojemu oponentowi wydaje. Ileż to bowiem znaleźlibyśmy nieraz podczas oględzin, zwłaszcza wśród czeładzi, ludzi, którzy albo wcale nie wiedzą, że są zarażeni, lub też nie mają środków na leczenie? Możliwe byłoby skierować nie jednego nieszczęśliwego do szpitala i t. d. Lecz pominąwszy już to, ośmielię się zwrócić uwagę szan. oponenta, że projekt rozciągania peryodycznych oględzin lekarskich na osoby, które ze względu na ich rodzaj zajęcia (piekarze, rzeźnicy i t. p.), w razie zarażenia się, mogliby szerzyć chorobę na spożywców, był już peruszany w Ministerjum komunikacji i doczekał się nawet opracowania odnośnych przepisów. Mam tu na myśli § 21 przepisów z 20 czerwca 1893 r., o oględzinach lekarskich peryodycznych, niższej służby drogi żelaznej: służbę przy kuchni, służbę bufetową i t. d. ¹⁾ Przepisy wzmiankowane zostały następnie znacznie zmodyfikowane.

Poufne zawiadomienie władzy sanitarnej o zaraźliwej, udzielającej się chorobie producenta materiałów spożywczych (piekarza i t. d.) również nie byłoby tak karygodnym, jak to się d-rowi K. wydaje.

„Tajemnica ma swoje stopnie. Pomiedzy otrąbieniem na rynku, że piekarz X jest niebezpiecznym dla konsumentów, a doniesieniem władzy lekarskiej, która mu zabroni narażania ich, zachodzi ogromna różnica. Dyskrecya lekarska nic nie straciłaby na ścieśnieniu jej granic, tylko do tych punktów, w których nie styka się z dobrem i niebezpieczeństwem osób trzecich i ogółu.” Oto słowa jednego z poważnych przedstawicieli naszego dziennikarstwa, o którym d-r K. utworzył sobie zbyt pośpieszny i surowy sąd.

A teraz jeszcze słówko:

D-r K. w replice swojej posługuje się dziwną frazeologią i zabarwia swój artykuł zwrotami, jakich należałoby pilnie unikać, za-

¹⁾ Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w artykule d-ra Rogowicza, gdzie odnośne przepisy są skrzętnie zebrane. „Medycyna” Nr. 1, 1896.

równy w polemice, jak i w krytyce. Niech mi szanowny oponent wierzy, że tego rodzaju urozmaiceniem stylu nie podnosimy ani czaru wymowy naszej, ani też nie przysparzamy powagi rozumowaniom naszym.

E. Sonneberg.

W zakończeniu polemiki.

Szczerze żałuję, iż d-r S. nie wyjaśnił, na czym polega różnica w założeniu między dyskrecją lekarską a tajemnicą spowiedzi. Snadziejbym wtedy zrozumiał, dlaczego zdradzenie tajemnicy, powierzonej w zaufaniu lekarzowi, zasługuje czasem na miano czynu szlachetnego, podczas gdy analogiczny postępek spowiednika szlachetnym nazwany być nie może. Nie pojmuję dokładnie jakim sposobem lekarz może pozyskać szacunek powszechny, wykraczając przeciwko prawu, któremu sam d-r S. nie odmawia rozumnych i moralnych podstaw. Nie przeczyłem poprzednio i nie przeczę obecnie, że zdradzenie tajemnicy chorego może być czasem z korzyścią dla poszczególnych jednostek. Nie wypływa stąd jednak wniosek, ażeby środek, za pomocą którego osobie trzeciej korzyść przynosimy, był w zupełnej zgodzie z etycznymi pierwiastkami natury ludzkiej.

Gdybyśmy nawet za słuszną uznali zasadę, że wobec „lotrów” powinny ustawać nasze zobowiązania moralne, to wtedy zjawia się pytanie, kogo właściwie z pośród naszych pacjentów mamy prawo zaliczać do tej kategorii. Jeden będzie uważał, że syfityk, wstępując w związek małżeński, popełnia stanowczo czyn karygodny, bez względu na czas, który upłynął od chwili zarażenia, inny zezwoli na małżeństwo po upływie 2—4—6 lat od chwili nabycia choroby, inny wreszcie nie miałby nic przeciwko małżeństwu syfityka, jeżeli tenże po zarażeniu odbędzie kurs forsownego leczenia, po którym ustąpią wszelkie zewnętrzne objawy przymiotu. Nastrecza się kwestya, który z powyższych poglądów przyjąć należy za normę i kiedy mianowicie syfityk zasługuje na miano „lotra,” którego tajemnica nie powinna nas obowiązywać? To samo w innych chorobach. Rzeżączka, która się nie zdradza wydzieliną, zdaniem jednych, nie może stanowić przeszkody do małżestwa, a więc małżeństwo w tym okresie choroby niema cech czynu karygodnego; inni znów, przekonani, że rzeżączka udzielić się może po upływie lat kilkunastu a nawet kilkudziesięciu, poczytać gotowi za „lotra” każdego kandydata do stanu małżeńskiego, który kiedykolwiek w życiu przechodził rzeżączkę.

Nie będę przytaczał więcej przykładów, gdyż i tych wystarczy, ażeby wykazać chwiejność tych podstaw, które rzekomo mają upoważniać lekarza do zdradzenia tajemnicy chorego.

Przechodząc z kolei do innych punktów „Odpowiedzi,” zaznaczyć winienem, iż d-r S. przytoczył niezbyt przekonujący argument w obronie polecaniej przezeń „peryodycznej obserwacji lekarskiej.” Fakt, iż projekt podobny był poruszany w ministerjum

komunikacyi i doczekał się nawet opracowania odnośnych przepisów," może służyć jedynie za dowód, że pomysł d-ra S. nie jest oryginalny, lecz bynajmniej nie przesądza o racjonalności samego pomysłu. D-r S. zgodzi się chyba na to, że motywem do późniejszego znacznego zmodyfikowania przepisów, nie była przecież zbytnia ich humanitarność i praktyczność.

Poddawanie ludzi rozmaitych fachów rewizyi lekarskiej mogłoby mieć pewne pozory usprawiedliwiające, nie tylko w oczach „jednego z poważnych przedstawicieli naszego dziennikarstwa," lecz i w oczach lekarzy, gdyby d-r S. zechciał przytoczyć fakty, na których opiera swe teoretyczne wywody. Należałoby wykazać na zasadzie danych z własnego doświadczenia lub cytata odpowiednich, że akuszerki, felczerzy, masażyści, tudzież producenci materiałów spożywczych szerzą syfilis. Wiarogodnych faktów tego rodzaju nie znajdujemy ani w poprzednim artykule, ani w obecnej „Odpowiedzi." Nie nastęrcza nam ich również obserwacya osobista. W braku danych faktycznych musimy uznać, iż niebezpieczeństwo, na które zwraca uwagę d-r S., jest urojone, zwalczanie zaś tego niebezpieczeństwa ma wszelkie cechy walki z wiatrakami.

Nie przeczę, iż „bezpotomne zejście" suchotników, luetyków etc., mogłoby być poniekąd korzystne dla społeczeństwa, lecz wątplię, ażeby cel ten dało się osiągnąć na drodze ustanowienia świadectw lekarskich, zezwalających na małżeństwo. Uprzednia dyspensa nie jest przecież bezwarunkowo konieczna do płodzenia potomstwa. A więc przeszkody stawiane suchotnikom, luetykom etc. w zawieraniu małżeństw, mogłyby jedynie spowodować znaczne pomnożenie związków, że tak powiem, niedispensowych, lecz nie wpłynęłyby bynajmniej na wypełnienie potomstwa, obciążonego dziedzicznie przymiotem, suchotami etc.

Za udzieloną mi łaskawie radę w końcu „Odpowiedzi" czuję się w obowiązku odwdziżyć również radą życzliwą. Jeżeli d-r S. chce w zupełności uniknąć oceny swych pomysłów, niech nie ogłasza więcej projektów ograniczenia syfilisu i innych chorób zaraźliwych. Niech mi d-r S. wierzy, że społeczeństwo nie straci z powodu braku takich projektów, a powaga naszego piśmiennictwa lekarskiego może nawet nieco zyska.

A. Karczewski.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— **Projekt zjazdu lekarzy prowincjonalnych.** Kolega J. Jaworski, członek redakcyi naszej, rzuca myśl zjazdu lekarzy prowincjonalnych i w ten sposób rozwija swój projekt:

„Zjazd lekarzy z prowincyi do Warszawy, w oznaczonym terminie i z określonym naprzód programem zajęć, ze wszech miar jest pożądanym, a o wielorakich korzyściach takiego zjazdu, mówić na

tem miejscu wydaje mi się zbyt czynnym, a w obecnej chwili może nawet nie odpowiednim. W każdym razie w motywach do zorganizowania „Zjazdu lekarzy prowincjonalnych” figurować mogą a nawet powinny te między innymi kwestye, które wyniesie prowincya przez zapoznanie się przedstawicieli jej stanu lekarskiego z najnowszymi urządzeniami asenizacyjnymi m. Warszawy, z nowo powstałymi w ostatnich czasach zakładami leczniczymi w mieście i z tem wszystkiem, co przy odpowiedniej organizacyi zjazdu nie pozostałoby bez interesu dla uczestników.

Najważniejszym jednak motywem dla możliwości urzeczywistnienia projektu pozostanie przychodząca do skutku wystawa higieniczna. Motyw ten usprawiedliwia niejako potrzebę zjazdu i usuwa, o ile mi się zdaje, pewne przeszkody formalnej natury. Właściwie, już obecnie przedstawiciele stanu lekarskiego na prowincyi peryodycznie do Warszawy przybywają, a to w celu przyjmowania udziału w pracy organizacyjnej przyszłej wystawy higienicznej, a sekcyja higieny miasteczek i wsi ludowej w znacznej części właśnie z pośród lekarzy prowincyi — naturalnym biegiem rzeczy — ma swych przedstawicieli. W ostateczności więc, możnaby w tej sekcyi, ułożywszy poprzednio program zajęć i wyznaczony temat, — zawrzeć pracę z właściwych działów medycyny i higieny i dyskusyę nad niemi. Pozostawiając na teraz taką konieczną ewentualność, wypada mi przypomnieć, że zjazdy lekarzy prowincjonalnych w innych prowincjach państwa nawet stale się odbywają, do takich należą zjazdy lekarzy w guberniach nadbałtyckich, gdzie istnieją nawet t. z. Wander-Versammlung der Liefländischen Aerzte, a drukowane z tych zjazdów sprawozdania (w St.-Petersburger Medicinische Wochenschrift) świadczą, iż są na nich podejmowane prace, istotnie zmierzające do poprawy stosunków sanitarnych prowincyi. W Warszawie — jak wiadomo — przed laty kilku odbył się także zjazd fachowców, mianowicie górników z gubernii Królestwa polskiego. Nie chcąc tutaj dłużej rozszerzać się nad szczegółami projektu, który ułożyłem, zauważę, iż wobec tego, że ewentualne prace przygotowawcze dość czasu zająć mogą, a zjazd najprawdopodobniej zwołany by został w lipcu lub sierpniu, z uzyskaniem przeto pozwolenia od właściwej władzy zwlekać by nie należało. Załatwienie tej sprawy zdaje mi się, iż z natury rzeczy obarczyć musi prezydium wystawy higienicznej, z drugiej redakcyje miejscowych pism lekarskich, jako reprezentujących interesy stanu lekarskiego i sprawy sanitarne krajowe.”

Przypisek Redakcyi. Dalszą inicjatywę w podanym przez kolegę Jaworskiego projekcie, jako ze wszech miar nasługującym na pomyślne rozwiązanie, przyjęła na siebie redakcyja „Kroniki Lekarskiej” i w tym celu już poczyniła pewne starania.

— **Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej.** Od dawna już w pismach lekarskich i publicznych pokutuje projekt stworzenia w Warszawie na wzór Wiednia pogotowia ratunkowego. Zarówno powołani jak i nie powołani zabierali głos w tej kwestyi bez faktycznego jednak rezultatu. Rzucane tu i owdzie projekty nie weszły w życie z braku sprężystej inicjatywy.

Dopiero skoro w połowie zeszłego miesiąca sprawę tę wzięli w swoje ręce hrabiowie Gustaw i Konstanty Przedzieccy, zaczęła ona przybierać wyraźniejsze kontury i jest już na faktycznej drodze do urzeczywistnienia.

Za inicjatywą tych panów zebrało się grono z przedstawicieli tutejszej arystokracji oraz inteligencji i zajęło się zarówno opracowaniem ustawy jak i przygotowaniem odpowiedniego pawilonu na wystawie higienicznej.

Ustawa jest w tej chwili gotowa i wraz z podaniem została wniesioną do p. General-Gubernatora Warszawskiego.

Jako bliżej obeznani z jej treścią, uważamy za odpowiednie zaznajomić z nią naszych czytelników.

Celem towarzystwa jest niesienie bezpłatnej doraźnej pomocy lekarskiej na ulicach Warszawy oraz w gmachach publicznych. Mieszkania prywatne z zakresu działalności Towarzystwa (dla łatwego zrozumiałych przyczyn) wykluczono. W tym celu urządzić się mają stacye ratunkowe, zaopatrzone w potrzebne narzędzia i przyrządy do doraźnej pomocy. Na stacyach odbywać się będą bezustannie dyżury personelu lekarskiego. Dochody czerpać będzie Towarzystwo ze składek członków rzeczywistych (5 rs. rocznie lub 100 jednorazowo), z wniosków członków protektorów (1000 rs. jednorazowo) oraz z koncertów, zabaw, odczytów i t. p. Członkowie—lekarze—czynni nie opłacają składek.

Zarząd towarzystwa spoczywa w rękach 12 członków, wybieranych na 3 lata ($\frac{1}{4}$ cz. co rok ustępuje), którzy z pomiędzy siebie wybierają prezesa, vice-prezesa, sekretarza, kasyera i inspektora stacyi ratunkowych. Z pomiędzy tych 12 członków 5 musi mieć stopień lekarza, a lekarzami nieodzownie mają być vice-prezes, sekretarz i inspektor stacyi ratunkowych.

W ustawie określono ściśle podział zajęć między poszczególnymi członkami zarządu, oraz rozgraniczenia ściśle praw zarządu i ogólnego zebrania, dla uniknięcia na przyszłość możliwych nieporozumień.

Z dalszych punktów ustawy zaznaczyć należy, iż Towarzystwo ma prawo za szczególne usługi mianować członków honorowych.

Oto główne punkty wytyczne ustawy. Nie wątpimy, iż niebawem wejdzie ona w życie i Towarzystwo zacznie funkcjonować.

O potrzebie takiej instytucji w Warszawie, gdzie chorych przewozi się dorożkami, często z oczywistą dla nich i dla ogółu szkodą nikt chyba nie wątpi, znajdzie ono w pół milionowym miesiącu dość do roboty i inicjatorom od mieszkańców szczerza należy się podzięką za energiczne doprowadzenie myśli do końca.

Listę członków założycieli podamy po zatwierdzeniu Towarzystwa.

— Kol. Palmirski za pozwoleniem Departamentu lekarskiego **wyrabia surowicę przeciwbłonicową**. Każda fiaszeczka zawiera 1000 jednostek uodporniających i kosztuje rs. 1. Dla konserwacji kol. P. używa chloroformu 1:1000. Skład główny surowicy w aptece p. Wendy i Wiorogórskiego.

— **Komitet zarządzający XII-go zjazdu międzynarodowego** w Moskwie rozpoczął swą działalność na zewnątrz od rozesłania zaproszeń o udział, oraz programu zjazdu. Odezwy podpisują: przewodniczący J. F. Klejn i sekretarz P. I. Dżakonow.

Zjazd odbędzie się w sierpniu przyszłego roku i trwać będzie dni 8 (od 9 do 26 n. st.). Członkiem może być każdy lekarz opłacający składkę 10 rs. (25 fr.). Weterynarze, farmaceuci, lekarz-dentyści, mogą przyjmować udział w pracach Zjazdu jako członkowie nadzwyczajni, bez prawa głosu w kwestiach, dotyczących organizacji Zjazdu. Życzący sobie przyjąć udział powinni wysłać wpisowe, wypisać swoje nazwisko, adres, urząd i dodać bilet wizytowy. (Adres: Diewiczyje pole, Kliniki).

Język obowiązujący francuski. W sekcjach dopuszczone są rozprawy w językach niemieckim i ruskim; w ogólnych zebraniach i w innych europejskich językach.

Zajęcia zjazdu rozdzielono na 12 sekcji.

Regulamin zjazdu obejmuje 25 paragrafów. Według 19-go komunikat nie może zajmować więcej nad 20 minut, udział w dyskusji 5 minut.

§ 18 brzmi: kwestye naukowe nie powinny być decydowane przez głosowanie.

Zjazd znajduje się pod Najwyższym protektoratem Jego Cesarskiej Wysokości Wielkiego Księcia Sergiusza Aleksandrowicza.

— **Nominacye.** D-r Szymonowicz został mianowany docentem przy katedrze histologii. Prof. Wicherkiewicz objął już katedrę oftalmologii w Krakowie.

— Dotychczasowy prezes towarzystwa farmaceutycznego p. Klawe, opuścił stanowisko, na jego miejsce wybrano p. Manduka.

— Dotychczasowy prymaryusz Powszechnego szpitala w Wiedniu d-r **Gustaw Riehl** powołany został na katedrę chorób skórnych do Lipska.

— D-r **Gilis** powołany został na katedrę anatomii do Montepellier.

D-r **George R. Fowler** mianowany został profesorem chirurgii w New-York Policlinic.

— D-r **Leonard Weber** mianowany został profesorem kliniki wewnętrznej w Post-Graduate Medical School and Hospital w Nowym Yorku.

— Prof. **v. Kölliker** mianowany został kawalerem orderu pour le mérite.

— D-r **Hochstetter** mianowany został profesorem anatomii oraz kierownikiem zakładu anatomicznego w Insbruku.

— **Nowe pismo** poświęcone pedyatrii od 1 kwietnia zacznie wychodzić w Lipsku p. n. „Centralblatt für Kinderheilkunde.” Redaktorem jest d-r E. Grätzer. Nowe to pismo będzie miesięcznikiem.

— Pod redakcją d-ra **Buchman'a** wychodzić będzie nowe pismo p. t. „Centralblatt für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte.”

— VII kongres neurologów i psychiatrów francuskich, odbędzie się 1 sierpnia r. b. Z tematów wymieniamy: „powstawanie omamów mózgowego pochodzenia;” „przyczyny drgawek;” przenoszenie chorych umysłowych do zakładów leczniczych.”

— W Wiedniu obchodzono w zeszłym miesiącu aż dwa jubileusze. Jubilatami byli profesorowi: **von Mosetig - Moorhoff** i **Benedikt**.

— Prof. Pellmann z Bonu, podaje ciekawą **statystykę rodziny pijackiej**. Niejaka Ada Jurke, urodzona w 1740 r. zmarła jako nalogowa pijaczka, złodziejka i włóczęga w początku b. wieku. Potomstwo jej dziś składa się z 834 osób, z których życie 709 jest wiadome: 106 z pomiędzy nich jest urodzonych nieprawnie, 142 żebraków, 64 w przytułkach dla żebraków, 181 kobiet publicznych 76 było skazanych za różne przestępstwa, 7 było morderców. W ciągu 75 lat ciekawa ta rodzina kosztowała skarb państwa 5 milionów marek. Ile jeszcze kosztować będzie przy wielkiej sile jej rozrodczej, trudno przewidzieć.

— **Zastosowanie X promieni w medycynie**. Prof. Kissling w pracowni fizycznej w Charlottenburgu, fotografując za pomocą X promieni kobietę ciężarną, otrzymał wyraźne kontury kośćca płodu, zawartego w macicy. Dr. Kissling pracuje nad ulepszeniem sposobu fotografowania i ma nadzieję otrzymać fotografię wszystkich narządów.

D-rzy Perrin i Cligny robią badania nad trupami zwierząt ze złamaniami, a prof. Batelli i Garbano (Pisa) nad królikami, zastrzelonemi w celu odszukiwania kul i śrócin, oraz wbitych w ciało umyślnie igieł.

Prof. Lannelongue pracuje nad fotografowaniem zmian gruczeliżnych w kościach.

Prof. Salvioni z Perugii, donosi, iż udało mu się zbudować iriptoskop, za pomocą którego promienie X są widzialne dla oka i bez pomocy fotografii pozwalają widzieć kości i inne przedmioty nieprzepuszczające promieni. (Progr. med. str. 109).

— Z wydanej świeżo książki jubileuszowej „Kuryera Warszawskiego” (str. 581, 582), dowiadujemy się, że kwestya **podziękowań za kurację lekarzom** datuje już od r. 1822. „Podziękowań bardzo szczegółowych, z opisem przebiegu kuracji, spotykamy w latach 1821—1840 takie mnóstwo, że na ich podstawie możnaby ułożyć statystykę najbardziej wtedy rozpowszechnionych chorób. Otóż przeciwko podziękowaniom zaprotestowali lekarze.” Tak zaprotestował w r. 1822, Nr. 276, magister med. i chirurgii Wierzbowski, dokt. med. i chir. i prof. sztuki położniczej w Kr. Warsz. Uniw. Ignacy Fijałkowski (1827 r. Nr. 39). „Protesty na razie nie odniosły skutku: obok listów lekarzy ciągną się długim szeregiem podziękowania pacjentów.” W kilka lat później w r. 1832 d-r Stürmer w N. 218 Kuryera protestuje przeciw umieszczaniu podziękowań, dotyczących jego osoby:

„Zdaje się pisze d-r S., że szukający takich odgłosów lekarz podobny jest albo do uprzedzonego i nadętego zarozumialca, który, przyniósłszy mało znaczącą usługę, z pychą w około siebie spoglą-

da, czy też każdemu czyn jego wiadomy, albo podobny bywa do skrętnego żydka, który z wielkim hałasem towar swój za najlepszy okrzyknie. Oba jeden mają zamiar..."

Dla pogodzenia obu sprzecznych poglądów — czytamy dalej — Kurjer uciekł się do systemu drukowania tylko podziękowań imiennych, obostrzonego później zastrzeżeniem, aby podziękowania opatrzone były nadto pozwoleniem ze strony lekarza, którego dotyczyły (w r. 1836 Nr. 258).

Dziś, jak wiadomo, podobne „podziękowania” są nader rzadkie, a jedynie za zgodą lekarza mogą być drukowane, choć od czasu do czasu i teraz redakcyje odstępują od przyjętego zwyczaju.

Ogłoszenia lekarzy o przyjeździe i t. p., datują od 1864 r.

Z M A R L I.

— Prof. d-r Rudolf Schirmer w Gryfii, założyciel i długoletni kierownik kliniki ocznej Gryfijskiej wszechnicy.

NADEŚLANO DO REDAKCYJI.

E. Baumann: Ueber das normale Vorkommen von Iod im Thierkörper. (Odb. z Zeitschr. f. Phys. Chemie).

S. Mintz: O czynnościach żołądka przy raku przelyku. (Odb. z Gaz. Lek.).

K. Niedzielski: O tak zwanem suchem próchnieniu karku. (Odb. z Gaz. Lek.).

Od Redakcyi.

Rozpoczynając 17 rok wydawnictwa, nie mamy potrzeby czytelnikom naszym mówić o celu i zadaniu Kroniki. Przez ten czas zdołała ona wywalczyć sobie rację bytu zupełną i uznanie. W tym samym więc duchu prowadzić zamierzamy ją i nadal, a celem, który nam zawsze przyświecał, będzie, oprócz dostarczania czytelnikom dokładnych informacji, obejmujących całość naszej wiedzy, pilne zwracanie uwagi na warunki bytu lekarzy oraz czuwanie na strażnicy godności naszego stanu. W ten sposób pojmując nasze zadanie, nadal pismo prowadzić będziemy.

Wprowadzona od dnia 1 lipca r. b. zmiana w terminie wychodzenia pisma, które z miesięcznika stało się dwutygodnikiem oraz podział zeszytów na obejmujące działy sprawozdawcze z medycyny wewnętrznej i chirurgii pozwoliły nam na szybsze informowanie publiczności lekarskiej i równomierny podział naszego pisma między różnorodne działy naszej wiedzy. I nadal więc podział ten i terminy wychodzenia zachować zamierzamy.

Wprowadzona również od tego terminu dział sprawozdań z posiedzeń i kongresów o ile możliwości rozwijać będziemy, w ten sposób bowiem najszybciej informować możemy czytelnika o ruchu naukowym u nas i zagranicą.

Streszczenia zbiorowe, na które osobliwy położyliśmy nacisk, rozwijają się również pomyślnie w naszym piśmie, a takie prace, jak drukowane w Kronice z r. z. kol. Bregmana o władzie rdzenia, kol. Bączkiewicza o stosowaniu surowicy, kol. Giedroycia o objawach skórnych w chorobach wewnętrznych i kol. Misiewiczza o zapaleniu pęcherza, opracowane na zasadzie ostatnich zdobyczy w nauce, dają czytelnikowi pełny obraz omawianych kwestyj.

Idąc dalej w tym kierunku, i w roku bieżącym zachowamy następujące działy:

1. Artykuły oryginalne ze wszystkich gałęzi naszej wiedzy, spostrzeżenia kliniczne, notatki terapeutyczne.

2. Streszczenia zbiorowe z najważniejszych działów medycyny praktycznej.

3. Sprawozdania z prasy zagranicznej.

4. Sprawozdania z posiedzeń.

5. Bibliografia.

6. Odcinek, poświęcony kwestyom ogólnym, dotyczącym naszego bytu.

7. Wiadomości pomniejsze.

8. Kronika bieżąca.

9. Nekrologia.

W ramach tego programu trudno nam się utrzymać bez zwiększenia objętości pisma i formatu, to też począwszy od roku bie-

żącego pojedyncze zeszyty Kroniki zawierać będą 3 do 3½ arkuszy druku niniejszego formatu. Zwiększony jednak nakład i przyspieszenie terminów wychodzenia zmuszają nas do podniesienia prenumeraty na rok bieżący. **W Warszawie cena wynosić będzie rs. 7, na prowincyi i w Cesarstwie rs. 8.**

Nie przypuszczamy, aby niewielka ta nadwyżka w stosunku do ceny obecnej miała wpłynąć na zmniejszenie się liczby naszych czytelników, nadwyżka ta, złożona na ołtarzu wspólnych interesów, opłaci się sownie przez zwiększenie ilości arkuszy. Na zyski materialne nie liczymy i nie dla zysków takich wydajemy Kronikę, a, niosąc trud wydawniczy przez lat 16, mamy prawo wymagać, aby w usiłowaniach naszych ku ulepszeniu pisma pomogli nam nasi czytelnicy. W końcu zwracamy się do wszystkich stałych naszych czytelników z prośbą o zasilanie Kroniki pracami i spostrzeżeniami własnymi, nadmienając, że wszystkie, choćby najdrobniejsze artykuły i notatki, jak również referaty są płatne w stosunku 12 rs. za arkusz druku.

Ufni w pomoc wszystkich, komu dobro piśmiennictwa naszego leży na sercu, zaczynamy rok XVII naszego wydawnictwa.

Redakcja.

Wydawcy.

Adres Redakcyi: Chmielna 14.

„ Administracyi: Marszałkowska 99.

Na żądanie Administracya wysyła numery próbne bezpłatnie.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. Dr. B. Dzierżawski. Przypadek przykurczenia mięśnia skrzydlastego zewnętrznego na skutek choroby zęba, 185.—II. Stanisław Kamieński. O wylwach mlecza do jam surowiczych ciała, 189. (Dokończenie).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna. 60. Dr. Menahem Hadara. Czy w zdrowych krwiotwórczych organach ludzkich znajdują się komórki plazmatyczne, 195. — 61. Prof. Moritz. O czynności żołądka, 196. — 62. Dr. Cocher. Objawy wątrobowe raka trzustki, 198. — 63. Riedel. O zapalnym powiększeniu główki trzustkowej i o jego wyrównaniu, 199. — 64. G. Klemperer. Przyczynek do leczenia marskości wątroby. Mocznik jako diureticum, 200.—65. Dr. Lenfft. (Wiesbaden). O działaniu laktofeny, 200.

II. Choroby narwowe. 66. Dr. Grabower. Ośrodki krtani w mleczu przedłużonym, 201.—67. Bonchaud. Porażenie wargojęzyko-gardzielowe pochodzenia korowego, 201.—68. R. v. Hoeslin. Przyczynek do patologii choroby Basedowa, 203.

III. Choroby wieku dziecięcego. 69. Erich Peiper i Siegfred Schnaase. O białkomoczu w następstwie szczepienia ospy ochronnej, 204.—70. Dr. W. Knopfmacher. Przyczynek do etiologii zatrzymania moczu, 206. — 71. Prof. Filatow. Osłabienie nóg i paraplegia u dzieci, 207.

72 — 79. Wiadomości pomniejsze, 209.

Bibliografia, 212. — J. Jaworski. Protest przeciwko dyagnozie, 215.—Polemika, 217.

Kronika bieżąca, 221.—Od Redakcyi, 227.

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

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

A P T E K A

E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska №. 27, róg Kruczej,

W WARSZAWIE,

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

Wino Kakaowo-Chinowe (Win de Bugeaud), przyrządzone na Maladze, flaszką 1.50 kop.

Wino Chinowe czyste na Maladze, flaszką 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 1⁰/₀ żelaza, flaszką 1.75 kop.

Wino Condurango czyste na Xeresie, flaszką 1.50 kop.

„ „ z żelazem zawiera 2⁰/₀ żelaza, flaszką 2 ruble.

Wino Coca (Wino de Coca) na liściach Krasnodrzewu (Erythroxyllon-coca) na Maladze, w stosunku 1 : 20, flaszką 1.50 kop.

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

Wino Kola (Win de Cola) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34⁰/₀ Cofeiny, flaszką 2.25 k.

Wino kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawnem, flaszką 1.50 k.

Wino kwasyjowe na Xeresie flasza 1.50 kop.

Wino pepsynowe słodkie na francuskiem deserowem, zawiera 2⁰/₀ pepsyny, flaszką 2 ruble.

Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2⁰/₀ pepsyny, flaszką 2 ruble.

Wino przeczyszczające z Korą Cascarae Sagradae na Maladze. Jedna do 1¹/₂ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie flaszką 2 ruble.

Wino rabarbarowe czyste na Maladze flaszką 1.75 kop.

Wino rabarbarowe z korą chin królewskiej na Maladze flaszką 1.75 kop.

Wino senesowe (fol. Sen. alex. sine resina) na Xeresie. Jedna do 1¹/₂ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie, flaszką 1.75 kop.

Wino manganowo-żelazne z peptonem (Vin um ferro-mangani peptonati) na Xeresie zawiera 1⁰/₀ ferro-mangani peptonati flaszką 2 rs.

Wino peptonowe na Maladze zawiera 5⁰/₀ peptonu flaszką 2 rs.

Wino piołunowe (Vin de Vermuth) na białem francuskiem winie, flaszką 1.50 kop.

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Zatwierdzony przez Ministra Spraw Wewnętrznych i nagrodzony Najwyższą nagrodą na wystawie higienicznej 1887 r.

PIERWSZY W KRAJU PRYWATNY

INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

D-rów W. Mączewskiego i K. Sierpińskiego

Warszawa, Marszałkowska 33.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zażądania. Rurka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po 5 kop. za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

UWAGA. Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego

№ 4. Miodowa № 4.