

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. D-r L. Rzezniewski.* Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi—str. 467.

II. Dział sprawozdawczy: *I. Chirurgia.* 249. *Kahlden.* O posocznicy i ropnicy—str. 479. 250. *Pipping.* O ujemnych następstwach po tracheotomii—str. 482. 251. *Bonney.* Chorobowa ruchomość nerki w stosunku do cierpień kobiecych—str. 484. 252. *Kuhn.* Przeplukiwanie przewodów żółciowych dla celów leczniczych i rozpoznawczych—str. 484. 253. *Cahier.* Ostre zamknięcie kiszki grubej i rozpoznanie różniczkowe między nią a zapaleniem wyrostka—str. 486. 254. *Schauta.* Torbiel trzustki—str. 486. *II. Choroby kobiet i akuszerzya.* 255. *Malade.* O wolu poporodowym—str. 488. 256. *Reifferscheid.* Przypadek współczesnej ciąży wewnątrz i zewnątrzmacicznej—str. 489. *III. Choroby wener. i skórne.* 257. O rozmaitych sposobach przenoszenia się przymiotu dziedzicznego—str. 490. 258. Przymiot matek i noworodków—str. 491. 259. *Zieleniew.* Niebolesna „odrętwiała” rzeżączka—str. 493. 260. *Most.* Przyp. zgorzeli, wywołanej przez szare mydło—str. 494. *IV. Wiadomości terapeutyczne:* od № 261 do 270—str. 495. *V. Wiadomości pomniejszych:* od № 271 do 285—str. 498. *VI. Z Tow. Lekarsk. Lubelskiego*—str. 501. *Kronika bieżąca*—str. 512. *Zmarli*—str. 514. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 12. *I. D-r L. Rzezniewski.* Sur la théorie psycho-fisiologique de l'histerie—p. 467.

I. PODSTAWY PSYCHO-FIZJOLOGICZNEJ TEORII HISTERYI

jako czynnik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtrière.

Napisał

L. Rzezniewski.

W postępowem urabianiu się pojęć ogólnych o naturze histeryi stanowi epokę doświadczenie dokonane przez Charcot'a, który za pomocą sugestyj wobec swych słuchaczy wywołał w 1885 r. porażenie kończyny górnej czyli t. zw. paraliż psychiczny u histeryka.

Pierwszy Charcot zrobił tego rodzaju kliniczne doświadczenie. Ważność jego polegała na wykazaniu porażenia pierwszego doświadczenia, że nawet objaw pozornie fizyczny, jakim jest porażenie, może zależeć w histeryi od czynnika psychicznego—od wyobrażenia. Doświadczenie to dało do myślenia, że histerya może być chorobą psychologiczną czyli umysłową i było punktem wyjścia całego szeregu dziś w części zamkniętych, w części nie zamkniętych badań, które zebrały i zbierają materiał do psycho-fizyologicznej teorii histeryi.

Nie możemy brać tak dalece pod uwagę, że już przed Charcotem niektórzy autorowie zauważyli psychiczny charakter tych lub owych objawów histeryi. Odkrycie doniosłego znaczenia, które zrobił Charcot musi mieć wskazówki w przeszłości. Wspomniemy więc z francuskich autorów Briquet'a, który w dziele swem: *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* już w 1859 r. zwraca uwagę na zaburzenia w histeryi tych aktów życiowych, w których wyrażają się fizycznie afekty i wzruszenia. Z angielskich zaś pisarzy, którzy wogóle dawno zajmowali się tym przedmiotem Russel Reynold's'a: *Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation dependant of ideas* 1869 r., gdyż na poglądach w tej pracy zawartych opierał się sam Charcot w swych pierwszych doświadczeniach.

Uważamy za potrzebne przypomnieć tu w streszczeniu tak pamiętne doświadczenia Charcot'a, jak co ważniejsza, wnioski przezen wyprowadzone.

W 1884—85 r. Charcot zajmował się badaniem różnic klinicznych monoplegii urazowych od porażenia pochodzenia organicznego. Przedmiotem doświadczeń między innymi byli dwaj chorzy mężczyźni z monoplegia brachialis traumatica.

Po wykluczeniu na podstawie objawów klinicznych organicznych chorób nerwów, rdzenia i mózgu w danych przypadkach zastanowiło Charcot'a podobieństwo porażenia w rzezonnych przypadkach do porażenia histerycznych.

Chcąc upewnić się w takim rozpoznaniu, choćby dlatego, że od niego zależnem było rokowanie i leczenie, postanowił przypuszczenie swoje sprawdzić doświadczenia.

Założenie doświadczenia było następujące: odtworzyć sztucznie w warunkach określonych i za pomocą czynników, których mechanizm jest znany, porażenie sztuczne u histeryka. Porównać cechy sztucznie otrzymanego porażenia z cechami porażenia przypadkowego u wymienionych chorych.

Warunkami określonymi i znanymi czynnikami doświadczenia był sztuczny somnambulizm lub suggestyjność na jawie, oraz suggestya słowna lub uraz sztuczny.

Naturalnie, że psychiczny mechanizm tych czynników był Charcot'owi w owej epoce już znany na podstawie jego własnych badań nad somnambulizmem naturalnym i sztucznym histeryków. W danej chwili jednak oba te czynniki miały być aplikowane jako metoda doświadczalna badania (*méthode d'investigation psychologique*). Doświadczeń zrobiono 4:

1) U histeryczki wprowadzonej w stan somnambulizmu sztucznego używając suggestyi słownej: „twoja prawa kończyna górna jest sparaliżowana, nie możesz nią poruszać, ani całą, ani żadnym z jej odcinków (wymienianym kolejno), kończyna twoja zwisa bezwładnie wzdłuż ciała“, po kilku minutach powtarzania takiej suggestyi, akcentując szczegóły porażenia w celu przełamania naturalnego oporu osobnika, otrzymano porażenie, mające wszystkie cechy porażenia będącego skutkiem przypadkowego urazu.

W 2-gim doświadczeniu dokonywanem w tym stanie somnambulizmu suggestyę słowną (chcąc bardziej zbliżyć się do urazu przypadkowego) zastąpiono przez uraz sztuczny—lekkie uderzenie dłonią w łopatkę i otrzymano również wynik analogiczny.

W 3-ciem i 4-tem doświadczeniu, dokonaniem na jawie t. j. w zwykłym stanie świadomości osobnika suggestyjnego na jawie (pragnąc znów pod tym względem zbliżyć się więcej do stanu osobnika w chwili urazu) raz za pomocą suggestyi słownej, drugi raz za pomocą wymienionego urazu sztucznego otrzymano wyniki też same.

Przez praktycznych wniosków co do rokowania i leczenia obu chorych, z których nb. żaden nie okazał się wrażliwym na hypnozę i suggestyę sztuczną, wnioski ogólniejszej natury wyraził Charcot w słowach następujących¹⁾: „Podobieństwo między obiema grupami faktów, które z sobą porównaliśmy jest najoczywistsze nawet *pod względem patogenetycznym*. Bez wątpienia u naszych 2-ch chorych, woźnicy, który spadł z kozła i mularza, który wyskoczył oknem uraz był daleko silniejszy, lecz jest to kwestya raczej ilościowa, niż jakościowa, zależna od różnych stopni wrażliwości osobnika. Bez wątpienia obaj ci chorzy nie byli w stanie hypnotycznym w chwili upadku ani też nieco później, gdy porażenie wystąpiło. Lecz pod tym wzglę-

¹⁾ Charcot. *Le çors sur les maladies du systeme nerveux*. T. III, p. 355.

dem należy sobie zadać pytanie, czy stan umysłowy, wywołany przez wzruszenie lub uderzenie w chwili upadku i trwający czas jakiś po niem nie jest równoznaczny do pewnego stopnia ze stanem umysłowym, który u histeryków sprowadza hypnotyzm. W tej hipotezie szczególna sensacja odczuwana przez nasze histeryczki w kończyźnie w chwili, gdy w nią uderzaliśmy, a której jak przyznać należy, doznawali nasi chorzy w chwili upadku na kończyznę, sensacja ta, powtarzam, może być uznana tak u tych chorych, jak u osobników, na których zrobiono doświadczenia jako wytwarzająca u obu grup osobników wyobrażenie niemocy ruchowej kończyny. Zatem w *skutku zaćmienia świadomości* (obnubilation du moi) spowodowanej w jednym przypadku przez hypnotyzm, w drugim przez uraz *wyobrażenie raz wprowadzone i ustalone w umyśle i panujące w nim bez kontroli rozwinęło się i nabrało dość siły, aby zrealizować się obiektywnie pod dostacją porażenia*¹⁾.

Wiadomo, że podobnej genezy objawu dowodził Charcot w przypadkach kontraktury, koxalgii, anorexii i mutyzmu histerycznego.

Hipotezę, że wszystkie objawy histeryi powstają przez wyobrażenia (durch Vorstellungen) wygłosił w 1888 Möbius w „Ueber den Begriff der Hysterie“, a do niego przyłączył się Strümpell²⁾.

Hipotezę tę jako niedowiedziona w owym czasie krytykowali Oppenheim³⁾ a po nim Jolly⁴⁾.

Nie mamy tu jednak zamiaru kreślenia wyczerpującej historii dalszej ewolucji odkrycia Charcot'a, poczuwaliśmy się tylko do obowiązku, jako były świadek tych faktów przypomnieć, że jedynie wyżej przytoczone doświadczenia Charcot'a zwróciły uwagę świata lekarskiego na znaczenie pewnego mechanizmu psychologicznego nazywanego przez Charcot'a sugestją w patologii nerwowej resp. umysłowej.

Wrażenia jakie wywołały te fakty doświadczałne poza granicami Salpêtriere było w swoim czasie wielkie, lecz skupiło się zbyt jedno-

1) Zwracamy uwagę na to jedynie prawdziwe psychologiczne określenie pojęcia sugestyi.

2) A. Strümpell. Ueber die Entsetzlung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen. Rede beim Antritt des protectorats des König. Universität. Erlangen 4 Now. 1892.

3) Oppenheim. Thatsächliches und hypothetisches ueber das Wesen der Hysterie (Aus der Nervenlinik der Charité 1889.

4) Jolly. Ueber Hysterie bei Kindern. Berl. Klin. Woch. 1892. № 34

stronnie na samym fakcie sugestyi a zwłaszcza jej stronie leczniczej doświadczeniem udowodnionej ¹⁾).

W tych usiłowaniach wprowadzenia na jaknajwiększą skalę terapii t. zw. dziś sugestyjnej, spaczono właściwe pojęcie psychologiczne sugestyi lecz to nas tu nie obchodzi.

Zadaniem naszym jest zwrócenie uwagi o ile badania sugestyi i za pomocą sugestyi przyczyniły się do wyświelenia natury histeryi. Poprzedzające badania Charcota zrazu samoistnie występującej, następnie, zaś sztucznej hypnozy u histeryków skłoniły go do wygłoszenia pierwiej już poglądu, że właściwie hypnotyzm nie tworzy, korzysta tylko z warunków już istniejących u histeryka. Przytoczne znów doświadczenia za pomocą snggestyi u histeryków naprowadzały na przypuszczenie, że ponieważ objaw wywołany sztucznie za pomocą sugestyi jest zupełnie identyczny z objawem, powstającym samodzielnie, to może mechanizm powstawania objawów tej choroby samoistnie jest tym samym mechanizmem, którym posiłkuje się suggestya sztuczna. Wiadomo z jakim zamiłowaniem poświęcał się Charcot badaniom histeryi. Dzięki swej naturalistycznej metodzie zdołał on w chaotycznej masie różnorodnych objawów obejmowanych ongi nazwą histeryi, zaprowadzić pewien ład, pewną klasyfikację. Dzięki tej metodzie zdołał Charcot z zagadkowego proteusza, za który uchodziła przed nim histerya, stworzyć obraz nozologiczny możliwie jasny, w którym wszystko łączyło się z sobą logicznie i podlegało wyraźnie prawu przyczynowości.

Skoro doświadczenia za pomocą sugestyi wykazały możliwość psychologicznej patogenezy objawów nawet somatycznych, zmieniał się tylko punkt, z którego odtąd należało oceniać objawy histeryi. Histerya sama stawała się psycho-nerwicą, t. j. chorobą umysłową specjalnego rodzaju, co trafnie ocenił i wyraził zdaniem naszym Möbius.

Modyfikacje umysłowe w histeryi, pisze on we wspomnianej wyżej pracy, nie tylko wyrażają się w delirjach, zmianach charakteru etc. lecz wyrażają się również a nawet przeważnie w objawach pozornie fizycznych, spazmach, paraliżach, wymiotach i t. p. Zdawałoby się, że tak się rzeczy mają w każdym obłąkaniu, w którym objawy fizyczne są następstwem obłądnych wyobrażeń. Otóż nie, powiada Möbius. Ruchy obłąkanego są tylko w pośrednim stosunku do

¹⁾ „Cette paralysie que nous aurons faite par voie de suggestion, nous pourrons la défaire également par suggestion“. Charcot p. 340, t. III.

jego delirium. Chory ideę obłądną poczytuje za swoją własność, chce być i jest jej posłuszny. W histeryi zaś stosunek między wyobrażeniem a ruchem jest bardziej bezpośredni—*myśl przeobraża się w ruch bez pośrednictwa woli*“.

Jako bezpośrednie następstwo doświadczeń Charcot'a wynikała potrzeba głębszej analizy stanu umysłowego histeryków, zjawiała się konieczność wprowadzenia psychologii do kliniki nerwic. Przedewszystkiem zaś psychologii doświadczalnej czyli obiektywnej. Psychologia taka stawiała sobie jako założenie sztucznie za pomocą doświadczenia odtwarzać objaw histeryczny, analizować go i warunki doświadczalne porównywać z warunkami naturalnego powstawania. Z drugiej znowu strony miała się posługiwać specjalnymi badaniami oraz zeznaniami samych chorych, w granicach, w których choroba pozostawiła im możliwość zdawania sobie podmiotowo sprawy ze zjawisk, które w nich zachodzą. Przez wzajemne kontrolowanie wyników otrzymanych na obu tych drogach postępowania: samoobserwacyi oraz obserwacyi i doświadczenia klinicznego zdobywała ona dane pozwalające wnioskować o naturze, rozwoju i genezie objawów. Tym sposobem skutkiem odkrycia Charcot'a wytworzyła się nowa nauka—*psychologia kliniczna*, która jest już dzisiaj przedmiotem wykładanym w Salpêtriere. Nadto zostało założone przy klinice chorób nerwowych laboratorium psychologiczne, którego ster złożył Charcot w ręce prof. d-r P. Janet'a. Hasłem P. Janet'a jest, że psychologia nie weszła do kliniki, aby wprowadzać do niej zamieszanie, ale żeby wytknąć kierunki nowym badaniam i usiłować wytłumaczyć według swoich zasad to, co na innej drodze dotąd przynajmniej wyjaśnione być nie mogło. Psychologia więc kliniczna nie jest żadną spekulacją filozoficzną, lecz nauką przyrodniczą doświadczalną. W histeryi starała się ona zbadać przedewszystkiem warunki umysłu od których zależy suggestyjność tych chorych—owo *obubilation du moi* o którym wspomina Charcot; dalej na czem polega suggestya chorobotwórcza i jakie sprowadza następstwa.

Wyniki dotychczasowych badań psychologii klinicznej w dziedzinie histeryi zakładam sobie streścić w pracy niniejszej.

I. Anestezya.

Od doświadczeń nad anestezją rozpoczęto, według dobrej metody, badanie psychologiczne histeryi dlatego:

1) Że ze stanowiska klinicznego anestezya ze względu na jej częstotę oraz widoczność zawsze musi być uznawana za najpewniejszą *znamię rozpoznawcze histeryi*.

2) Że zdaniem wszystkich psychologów uczucie zmysłowe stanowi podstawowy pierwiastek wszelkiego życia umysłowego. Uczucie podług Wundta jest stanem pierwotnym świadomości nie dającym się rozłożyć na prostszy ¹⁾.

3) Ponieważ pierwiastek umysłowy, który wyraża się na zewnątrz pod postacią uczucia, a jak tu anestezyi, jest zarówno dogodny dla kontroli postrzegacza jak do badania doświadczalnego.

Ze stanowiska klinicznego anestezyę uznano za charakterystyczny objaw histeryi. Gdzie jej, brak, jak zobaczymy, znaleziono objaw psychologiczny równoważny.

Również ze stanowiska klinicznego wiadomo, że anestezya może być mniej zupełną lub więcej zupełną, że może być ogólną dotyczyć narządów wielu zmysłów, skóry, mięśni, błon śluzowych i t. d. lub częściową. Dotyczyć pewnego gatunku uczucia w zakresie działania jednego zmysłu (analgesia, thermoanestezya i t. p.) być zmniejszeniem ostrości widzenia, zwężeniem pola widzenia, dyschromatopsją i t. p.

Podzielono anestezyę na 1) ogólną, 2) umiejscowioną, 3) usystematyzowaną.

Ogólna polega na zniesieniu uczucia na całej przestrzeni choć jednego zmysłu np. skóry.

Miejscowa zajmuje część tylko narządu uczucia. Topografia tej anestezyi nie odpowiada topografii anatomicznej lecz odpowiada takiemu wyobrażeniu jakie posiada chory o narządzie dotkniętym anestezyą. Tu należą np. segmenarne anestezye Charcot'a odpowiadające liniom amputacyjnym kończyn, lub amauroza histeryczna, która polega nie tylko na rzekomej utracie wrażeń świetlnych lecz jednocześnie na anestezyi wszystkich części wypełniających oczodół z wkluczeniem anestezyi skórnej powiek co odpowiada popularnemu wyobrażeniu ślepoty jako utraty oka i t. d. i t. d.

Anestezya usystematyzowana, najważniejsza ze stanowiska psychologicznego obejmuje w zakresie jednego zmysłu tylko pewną grupę wrażeń tworzącą system czyli skojarzenie uczucia z pewnym ściśle określonym przedmiotem, który uczucie pobudza w normalnym stanie, w tej zaś anestezyi wydaje się, że nie pobudza. W histeryi, rozwijającej się naturalnie, spotykamy bardzo liczne odmiany tej anestezyi usystematyzowanej np. utratę węchu, lub smaku na pewien tylko gatunek węchowych lub smakowych wrażeń, uczucia skórniego na dotknięcie pewnych tylko przedmiotów i t. d.

¹⁾ Wundt. Psychologie pchysiologique. 1886, t. I, p. 305. 1886.

Właśnie ten gatunek anestezji odtwarzano najczęściej doświadczalnie we wszelkich możliwych odmianach za pomocą t. zw. *suggestyi negatywnej* czyli poprostu zakazu odczuwania wrażeń otrzymywanych od pewnych przedmiotów w zakresie wszystkich poszczególnych zmysłów. Binet i Féré na miejsce niewłaściwej nazwy halucynacji negatywnej ten rodzaj sugestji nazwali *anestezją usystematyzowaną*.

T. zw. *aesthesia electiva* hypnotyków, tłumacząca nam pierwotnie za niepojęte pożytywane zjawiska, że hypnotyk niekiedy widzi, słyszy, czuje dotknięcie swego hypnotyzera, a nie widzi, słyszy, ani nie czuje wszystkich innych osób, lub że somnambulik naturalny odbiera tylko wrażenia zewnętrzne od takich przedmiotów, które mają związek z treścią jego myśli jest tylko odmianą anestezji usystematyzowanej, gdyż jeśli w pierwszej osobnik nie odczuwa wrażenia zmysłowego, pochodzącego tylko od jednego przedmiotu czy osoby określonej, wszystkie zaś inne natomiast odczuwa, to w *aesthesia electiva* nie odczuwa on wrażeń pochodzących od wszystkich przedmiotów czy osób z wyjątkiem jednego.

Niema też różnicy innej jak tylko ilościowa między anestezją usystematyzowaną a anestezją miejscową np. pozbawiającą czucia określone miejsce skóry lub odejmującą w całości wrażenia świetlne jednemu oku. Topografia takich anestezji, jak już wzmiankowaliśmy, nie odpowiada topografii nerwów, lub gdyby nawet i odpowiadała (amauroza) to jednak tożsamość takiej anestezji przez zakaz (sugestię) z anestezją powstającą na drodze naturalnego rozwoju choroby upoważnia do wniosku, że anestezje usystematyzowane resp. umiejscowiona historyczna zależy od wyobrażeń. Może ona też być zmienną czyli ruchomą o ile rozumie się ruchome jest wyobrażenie, od którego zależy.

Ale nawet anestezję ogólną naturalną historyków polegającą na utracie pewnego gatunku czucia t. j. całości wrażeń pochodzących od pewnego zmysłu zmuszeni jesteśmy uczynić zależną nie od narządu zmysłu lecz również od wyobrażenia, gdyż można się przekonać, że i w takiej anestezji nierzadko odnajduje się pewną *electivitas*, która ją zbliża do anestezji usystematyzowanej. Osoby z anestezją całkowitą dotykową mogą np. odróżnić przez dotyk pewne przedmioty, dalej zaś anestezja całkowita rzadko bywa absolutnie ogólną, zazwyczaj anestezja dotykowa zajmuje pewne części np. lewą połowę ciała, anestezja smaku, powonienia, wzroku także rzadko bywa zupełną, zajmuje część błony śluzowej języka, gardła i t. p. zbliża się więc do anestezji umiejscowionej, a stąd wnosić można, że jest

w związku z wyobrażeniem o czynności narządu, którego dotyczy, jakieśmy to już w anestezji miejscowej wspomnieli.

W tych razach, w których anestezja ogólna jest istotnie zupełną poddawano ją osobnym badaniom. Pitres i Bernheim badali np. amaurozę histeryczną i doszli do wniosku, że histeryczki z amaurozą czują ją tylko przy monokularnem patrzeniu, nie istnieje zaś ona przy patrzeniu binokularnem, czyli, że właściwie amauroza istnieje przy zwracaniu na nią uwagi chorej, a nie istnieje, gdy chora o niej nie myśli. Janet poszedł jeszcze dalej gdyż twierdzi, na podstawie badania, którego zasadą było nie zwracanie się wprost do badanego lecz badanie wrażeń wzrokowych za pomocą pamięci tych wrażeń, lub czucia dotykowego za pomocą aktów podświadomych, że amblyopia nie istnieje nawet podczas patrzenia monokularnego, czyli, że w rzeczywistości niema powstrzymania wrażenia zmysłowego.

Streszczając cechy psychologiczne anestezji histerycznej okazuje się, że

1) Topografia anestezji histerycznej nie jest anatomiczna lecz t. zw. intelektualna, zależna od wyobrażeń.

Lecz jest druga cecha również psychologiczna, a tą jest:

2) Stosunkowa obojętność anestezji histerycznej dla funkcji czyli brak tych zaburzeń czynności, jakieby podobne anestezje, pochodzenia organicznego, spowodować musiały. Chorzy histerycy z anestezją miejscową posługują się w zwykłych warunkach życia swojemi członkami swobodnie, inni z bardzo niekiedy znacznem zwięzieniem pola widzenia kierują się w przestrzeni doskonale, z amaurozą jednego oka widzą nie tylko binokularnie ale i monokularnie prawidłowo, chorzy z termoanestezją histeryczną nie noszą śladów oparzeń skóry jak np. chorzy z syringomyelią nb. owa nieszkodliwość dla funkcji ma miejsce gdy chorzy zostawieni są samym sobie, gdy nie zwraca się jednym słowem ich uwagi na ich anestezje.

3) Trzecią cechą psychologiczną anestezji psychologicznej stanowi przy wspomnianych warunkach obojętność na nią chorych, robiącą wrażenie jakby chorzy nigdy nie czuli inaczej, nie skarżą się bowiem sami na swoje anestezje i nie wiedzą o nich dopóki ich lekarz nie oświadomi. Nawet jest rzeczą nieomal pewną, że jeśli histeryk skarży się na swoją anestezję to nie jest ona zupełną.

4) Najważniejszą jednak zasadniczą cechą psychologiczną anestezji histerycznej jest to, że *czucie zmysłowe mimo wszelkich pozorów przeciwnych w rzeczywistości jednak mimo pozornej anestezji istnieje.* Wszyscy badacze, którzy się tem zajmowali zgadzają się na ten wniosek.

Przeszedłbym zakres zamierzony, gdybym chciał cytować doświadczenia udowadniające, powiem tylko, że czy to zwracano się do przyrządów kontrolujących (jak stereoskop Flees'a, koło Newton'a, przyrząd Charcot'a syna dla sprawdzania czucia mięśniowego etc.); czy za pomocą badania nie wprost czucia lecz jego wspomnień lub ruchów przezeń wywoływanych choćby np. owych ciekawych a przypadkowo odkrytych zjawisk t. zw. elektryzacji imaginacyjnej i t. d. i t. d. wszystkie te doświadczenia wykazują istnienie czucia.

Wreszcie proste rozumowanie wykazuje konieczność widzenia kart znaczonych, tablic numerowanych, pewnych głosek alfabetu, w tych razach, gdy przez sugestję negatywną czyli anestezję usystematyzowaną też karty, tablice lub głoski zrobiono pozornie niewidzialnymi i również niezbędność zachowania czucia dotykowego, w doświadczeniach, w których histeryk przez taką negatywną sugestję z pośród wielu innych osób które go dotykają odczuwa dotyk tylko swego hipnotyzera lub nie czuje ukłuć tych części skóry pod formą np. figur geometrycznych, które przez sugestję zrobiono nieczułymi i t. d. Ciekawych tych doświadczeń odsyłamy do specjalnych prac P. Richer'a, Binet'a, Fere'go, Janet'a, Pitres'a, Bernheim'a etc. etc. jak również angielskich, belgijskich, niemieckich badaczy. Możemy tylko dodać, że okres doświadczalny w tym kierunku już został zamknięty.

P. Janet oznaczał dokładność czucia w anestezji i przekonał się, że może ono być nawet subtelne, np. na dolnej powierzchni namięstków histeryczki znieczulonej wykrywał odróżnianie 2-ch dotknięć estezyometru rozstawionych na 22 młm. po prawej a 30 młm. po lewej stronie, wówczas gdy u zdrowego 2 dotknięcia odróżniane były na odległość 25 i 35 młm. Źłko amaurotyczne odróżniało też detale subtelnego rysunku dokładnie.

Jak pogodzić sprzeczne fakty czucia i nieczucia społecznego? Starano się je tłumaczyć w różny sposób:¹⁾

1) Najprostsza i najłatwiejsza hipotezą było przyjęcie symulacji. Chorzy utrzymują, że nie czują, doświadczenie wykazuje, że czują, zatem chorzy udają. Przeciw powyższej hipotezie przemawia poważnie wątpliwość w jaki sposób histerycy wszystkich epok i krajów zmówili się aby symulować jednakowo. Dalej zauważono w wielkiej liczbie doświadczeń robionych na różnych osobnikach, że symulanci byliby bezwzględnie zręczniejsi i nie okazywaliby się tak nai-

¹⁾ P. Janet. L'automatisme psychologique. Paris 1894, p. 299.

wnemi jak niektórzy z osobników podczas badań, wreszcie co najważniejsza, nie historycy przychodzą skarżyć się na swoje anestezje, lecz dowiadują się dopiero o ich istnieniu od lekarza.

Okazała się zatem potrzeba innych hipotez.

2) Hipotezę anatomo-fizyologiczną podał swego czasu Pitres twierdząc, że anestezja historyczna jest skutkiem inercji ośrodków czucia podkorowych a po zbadaniu lepiej amaurozy historycznej przedniósł tę swoją hipotezę na ośrodki korowe widzenia. Hipotezy anatomo-fizyologiczne ze względu na paralelizm jaki istnieć musi między zjawiskami psychicznymi a materialnymi są zawsze usprawiedliwione, a nawet pożądane dla postępu obu nauk.

Lecz w anestezji historycznej doświadczalnie sprawdzono, że nie tylko czucie istnieje, ale nawet jego wspomnienie pozostaje nie-naruszone, czyli, że czucie jako pierwiastek czucia nie ulega żadnej modyfikacji. Pozostała zatem konieczność szukania przyczyn anestezji historycznej w elaboracji czucia zmysłowego w wyższych ośrodkach i stąd wzięły początek.

3) Hipotezy psychologiczne. Z hipotez tych mogłyby podlegać rozbirowi hipoteza Binet'a *hypo- i hyperexcitabilitas psychica*, t. j., że anestezja zależy może od słabości pewnych wyobrażeń podobnie jak zjawisko prawdziwych czyli dodatnich hallucynacji zmysłowych tłumaczył Binet wzmożeniem natężenia obrazów.

Hipotezę tę potwierdzać się daje działanie środków z grupy t. zw. *aesthésiogènes*. Wzmożenie czucia występowałoby na drodze wzmożenia wyobrażenia czuciowego.

Hipotezie tej zarzuca Janet, że:

a) Ze stanowiska psychologicznego można mówić o wrażeniach silnych i słabych jedynie w znaczeniu dokładności. Ostrość widzenia mierzy się za pomocą odczytywania małych głosek, ostrość dotyku, odróżnianiem 2-ech bardzo do siebie zbliżonych wrażeń dotykowych.

b) Zmiana natężenie wrażenia czuciowego jest zmianą nie ilościową lecz jakościową. Mocny dotyk staje się bólem.

c) Doświadczalnie stwierdzono, że sensacje pochodzące z narzędzi zmysłów znieczulonych pozostawiają wspomnienia, w których zachowane są szczegóły wrażeń, a nadto stwierdzono, że zmysły znieczulone mogą oceniać w rzeczywistości nawet wrażenia bardzo delikatne np. ręka znieczulona okazywała w przytoczonym już doświadczeniu Janet'a czucie, które możnaby nazwać subtelnem P. Janet zatem podaje następującą hipotezę dla wytłomaczenia anestezji historycznej:

Są 2 rodzaje uczucia (jak są 2 rodzaje ruchu: dowolny i automatyczny):

- 1) uczucie jako *pierwiastek* (psychologiczny) uczucia, oraz
- 2) uczucie jako *postrzeżenie osobiste wrażenia czuciowego*.

Gdy mówię „ja czuję“ oznacza to już nie pierwiastek uczucia lecz bardzo skomplikowany, wyższy proces psychologiczny polegający na tem, że grupa przedtem zsyntetyzowanych czuć, wspomnień, idei przeszłych i terażniejszych tworząca to co w psychologii tworzy „jaźń“ czyli osobę, której odpowiada świadomość jasna, asymiluje t. j. przyswaja każdej chwili osobowości ów mały pierwiastek uczucia. Proces psychologiczny, który tej asymilacji dokonywa nazywa się *syntezą* (nie *assacyacją* idei). Otóż władza tej syntezy psychologicznej może być osłabiona, a następstwa tego osłabienia nazywa Janet *dezagregacją psychologiczną*. Taką osłabioną syntezą dotknięci osobnicy mogą ze swego subiektywnego stanowiska twierdzić całkiem słusznie, że „oni nie czują“. Lecz to nie dowodzi żeby uczucie całkiem nie miało istnieć. Istnieje ono lecz nie tak wyraźnie osobiście nie tak świadomo, tylko mniej wyraźnie, podświadomo. Z hipotezy bowiem Janet'a wynika podział świadomości na jasną i mniej jasną czyli podświadomą.

Doświadczalnie też wykazano, że przez sugestję, zakaz wykluczający z zakresu jasnej świadomości postrzeganie pewnych wrażeń zmysłowych te wrażenia przechodzą właśnie w sferę świadomości mniej jasnej czyli podświadomą i w niej doświadczalnie odnaleźć je można.

Według praw ogólnych, gdzie jest uczucie tam może być i ruch. Ruch spowodowany przez pierwiastki uczucia w sferze podświadomej będzie odruchem, ale nie fizyologicznym tylko psychologicznym. Anestezja histeryczna na zmianę odruchów fizyologicznych zwykle nie wpływa. Lecz może dawać ruchy nawet skoordynowane na podstawie zachowanych śladów pamięciowych, tylko nie będą to ruchy dowolne ale odruchy psychologiczne, czyli ruchy automatyczne. Przykładów ich dostarczają nam doświadczenia w stanie sztucznej katalipsy histerycznej. Uczucie podświadome w anestezji histerycznej może też być punktem wyjścia pewnych skojarzeń wyobrażeń co również wykazać się daje doświadczalnie.

W sferze świadomości niejasnej może się zatem objawiać pewne życie psychologiczne, jakkolwiek w małym stopniu z powodu izolacji i nie skoordynowania pierwiastków tego życia. Życie to nazwano automatyzmem psychologicznym i zbadano je dość dokładnie w histeryi. Dla uspokojenia tych, którzy w owem życiu podświadomem psychicz-

nem widzą coś mistycznego możemy dodać, że obowiązują w niem też same prawa psychologiczne, które obowiązują w stanie świadomości jasnej, ilość pierwiastków w sferze podświadomej zawartych równa się ilości pierwiastków, które odpadły ze świadomości jasnej, ogół zatem jednych i drugich równa się ogółowi tych pierwiastków psychologicznych, któreby zawrzeć mogła świadomość jasna czyli osobista danego osobnika w stanie jego normalnego zdrowia psychicznego. Jeżeli zresztą psychologia i filozofia pogodziły się z istnieniem sfery podświadomej to dziwnem nam się wydaje, aby klinika, która właśnie tę dziedzinę psychologiczną wykryła i od której powyższe nauki ją do badania otrzymały tak uporeczywie jej się wyrzekała. Właśnie z naruszonej równowagi między sferą świadomości jasnej czyli osobistej a sferą automatyzmu psychologicznego bierze, jak wykazały doświadczenia, początek swój historia.

D. c. n.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

249. C. v. Kahlden. **O posocznicy i ropnicy.** (Centralbl. für allgem. Pathologie und pathol. Anatomie. № 19. 1902.)

Według pojęć dawniejszych pod nazwą posocznicy (septicaemia) rozumiano sprawę, pokrewną gniciu, zależną od wessania się jadu gnilnego; pojęcia te, w świetle dzisiejszych, bardziej dokładnych, badań, musiały uleść zmianom zasadniczym. Wiemy np., że postaci posocznicy, pozostające z gniciem w pewnym związku, choć, bynajmniej, nie utożsamiające się z temże, występują względnie rzadko pod działaniem niektórych drobnoustrojów bezpowietrznych (anaërobów). Tam zaś, gdzie czynnikami są całkiem odmiennie, a daleko liczniejsze drobnoustroje chorobotwórcze, mamy do czynienia, właściwie, z wpływem toksyn; logiczniej byłoby więc zwać posocznicę toksynemią. Jeżeli trzymać się już ściśle określenia septycemii dawniejszego, t. j. uważać cierpienie to za wynik wdarcia się drobnoustrojów do krwi, tamże rozmnażających się, słuszniej mówić wypadnie o toksynemii i bakteryemii, pamiętając, że każda bakteryemia będzie jednocześnie i toksynemią, lecz że pojęcia tego nie można rozumieć odwrotnie, a, przynajmniej, nie w tem znaczeniu, iż we krwi danego osobnika krąży ilość wielka rozsadników cierpienia.

Do tych ostatnich zaliczamy głównie gronkowce i paciorkowce, rzadziej—dwojniki (pneumococci), laseczniki duru lub okrężnicowe, jeszcze rzadziej—ziarniniaki (gonococci), laseczniki Friedländer'a, laseczniki ropy błękitnej i t. p.

O bakteremii wtedy tylko można mówić poważnie, gdy: a) we krwi powstaje rozmnażanie się drobnoustrojów, b) gdy ich obecność we krwi nie trwa zbyt krótko, skoro ich c) obecność zaostrza istotnie objawy i zmiany chorobowe. Nader ogłędnie należy zapatrywać się na obecność bakterii we krwi trupa i nie zaliczać do rubryki omawianej tych przypadków, gdzie drobnoustroje, zapędzone przez strumień krwi do nerek np., chwilowo tylko bawią w ustroju.

Za wrota zakażenia uważać wypadnie przedewszystkiem skórę, gdy zaś ta uszkodzoną jest głęboko i uraz kości; dalej—migdały, ucho średnie, drogi oddechowe, płuco zwłaszcza, chore na gruźlicę, żołądek i jelita z przylegającymi doń drogami żółciowymi i pepowiną, pęcherz moczowy i narządy piciowe, osobliwie u kobiet w okresie poporodowym. We krwi zmiany anatomo-patologiczne występują najwyraźniej: ginie więc ilość znaczna czerwonych kulek krwi, spada waga pozostałej reszty suchej, zmniejsza się zgęstnienie wyswobodzonej surowicy, nadto występuje wzmoczenie ilościowe kulek białych (leucocytosis). Własność krzepnięcia krwi może być w tych razach obniżoną lub wzmoczoną.

Zagłada czerwonych krążków krwi uwydatnia się pod postacią żółtaczki. Śledziona ulega powiększeniu niemal stale, również śtałem bywa zwyrodnienie narządów wewnętrznych: serca, nerek, wątroby, jader, jajników, trzustki. W ośrodkowym i obwodowym ustroju nerwowym odnaleźć można również zawsze sprawy zwyrodniające (neuritis); w płucach napotyamy często t. z. obrzęk posokowato-toksyyczny, na błonach surowicznych i skórze—wynaczynienia niewielkie. Gdy ostatnie są liczne i towarzyszą im krwotoki do narządów wewnętrznych, mówi się wówczas o posocznicy krwawej (septicaemia haemorrhagica), która zależy przeważnie od silnej jadowitości wywołującej cierpienie czynników. Zmiany w jelitach redukują się do przekrwienia i drobnych wynaczynień; w postaciach cięższych powstają także sprawy błonieczo-krupowe lub czerwotka (dysenterya).

Ropnica (pyaemia) cechuje się powstawaniem najczęściej nader licznych przerzutów ropnych i źródła miewa te same, co i bakteryemia. Celem wytłomaczenia sobie istoty tej sprawy chorobowej, należy rozstrzygnąć przedewszystkiem trzy kwestye następujące, a mianowicie:

1) W jaki sposób zarodki chorobotwórcze przedostają się do krwi?

2) W jaki sposób zatrzymują się w strumieniu tejże, rozwijając zgubną swą działalność.

3) Dlaczego jedne i te same drobnoustroje wywołują raz bakteryemię, to znów pyemię?

ad 1. Bakterye przedostają się do krwi najczęściej nie wprost, lecz wtórnie, po wybuchu zakrzepowej sprawy zapalne

w żyłach (thrombophlebitis). Po przedostaniu się do zakrzepu bakterie rozmiękczają tenże, a rozchodząc się z jego cząsteczkami po narządach różnych, wywołują w tych ostatnich ropienie. Przedostawanie się drobnoustrojów do krwi bezpośrednio możliwym jest tylko odnośnie do szerokich, posiadających cienkie ściany naczyń szpiku kostnego lub płuc, w tych ostatnich wyjątkowo, zresztą. Drobnoustroje mogą szerzyć się dalej i z cząsteczkami zakrzepów, które wytwarzają się w przypadkach zapalenia wsierdza; wtargnąć mogą, wreszcie, do krwiobiegu po nagromadzeniu się ropy w przewodzie piersiowym (ductus thoracicus).

ad 2. Osiadanie drobnoustrojów we krwi następuje we wszystkich tych przypadkach, w których twory te pozostają w łączności ścisłej z większymi cząsteczkami zakrzepów resp. zatorów. Czyste zatory z koków przedostają się nieraz przez krwiobieg płucny. Ropienie w błonach surowiczych najczęściej bywa następstwem podśródbłonkowych zatorów kokowych; w narządach, podobnych z budowy do gruczołów, sprawa ta zależy od zatrzymania się bakterii w przestrzeniach międzykankowych, z kąd dopiero ogniska otwierają się do zrazików. Lubo, jak widać, umiejscowienie zależy głównie od punktu wyjścia ropienia pierwotnego i warunków cyrkulacji, niepodobna nie stwierdzić, że pewne pod tym względem znaczenie posiadają i same rozsądniki sprawy zapalnej; łaseczniki płucne np. lubią nawiedzać przede wszystkim błonę surowiczą, mózgową, zwłaszcza, lub maziową.

ad 3. Że w jednym przypadku te same drobnoustroje wywołują baktyeremię, w drugim zaś—pyemię, zależy to przede wszystkim od warunków anatomicznych pierwotnego ogniska zakażenia. Ropnica powstaje tam, gdzie układ anatomiczny naczyń sprzyja wytworzeniu się w żyłach sprawy zapalnej, gdzie w budowie naczyń odnajdują koki dogodny do wtargnięcia teren. Ogniska przerzutowe długi czas zachowują się jak zawał krwawy (infarctus), niekiedy małą zdradzając skłonność do zropienia, co tłumaczymy tem, iż istniejące w zatorach zarodki utraciły już w części cechującą takowe jadowitość, w niektórych razach zatory mogą już weale nie zawierać bakterii, jak bywa najczęściej w t. z. zakrzepach wydłużonych.

W okresie podostrym pyemii ropnie posiadają zawsze otoczkę swoistą—gorączkorodną (pyogenes); z badania ropy najczęściej niepodobna wysnuć jakiegokolwiek wniosków pewnych co do natury wywołującego ropienie czynnika. Tu należy zwrócić uwagę, że przerzutowe w błonach surowiczych sprawy zapalne niekoniecznie zawsze muszą mieć charakter ropny, ponieważ zdarzają się tamże i surowiczowłóknikowe zapalenia. Zmiany we krwi nie różnią się od tychże, co w przypadkach baktyremii i również prowadzą do żółtaczki. W przypadkach, w których ropnica przybierała charakter przewlekły, myłono się nieraz co do rodzaju sprawy chorobowej, poczytując ją za złośliwą niedokrewność odmianę (anaemia perniciosą).

Zmiany w narządach wewnętrznych są niemal jednakowe ze stwierdzonemi u chorych na toksynemię zmianami. Na skórze, prócz wynaczynień, znajdujemy nieraz rumień (erythema) i wysypkę pe-

cherzykową; w oku—swoiste sprawy w siatkówce (retinitis septica, panophthalmia i t. p.)

Kocher i Tavel, odnośnie do infekcyi, zawarunkowanej przez gronkowce, wprowadzić radzą nazwy i określenia następujące, zamiast septicemii: staphylotoxinaemia i staphylohaemia lub staphylomycosis circumscripta i staphylomycosis metastatica multiplex.

K. Niedzielski.

250. Prof. D-r W. Pipping. **O ujemnych następstwach po tracheotomii.** (Zeitschrift für klinische Med. Band 49, Heft 1 bis 4).

Jeżeli opierać się na statystyce i zapatrywaniach Sevestre'a, Martina i Landouzy'ego w sprawie wartości zabiegu tracheotomicznego u dzieci, należałoby rękoczynu tego stale unikać, gdyż autorowie ci wprost twierdzą, że osoby, na których on bywa dokonany, rzadko osiągają lat 20 i częstokroć zapadają na gruźlicę płuc dzięki obezwładnieniu do walki błony śluzowej tchawicy, która wskutek utworzonych na niej blizn nie może rozwinąć należyte swjej obrony fagocytarnej przeciw lasecznikom. Landouzy radzi z tego powodu, gdzie można, zastępować tracheotomię intubacyjną, a operowane z musu dzieci wychowywać na wsi w celu uchrony przed infekcją gruźliczą. Trumpp rainteresowany tą ważną sprawą, starał się sprawdzić słuszność wywodów wspomnianych autorów na obszernej kazuistyce tracheotomowanych i intubowanych osobników. Zestawiony przez niego materiał składał się z 351 przypadków, z pośród których było 69 intubacji a 282 tracheotomii Trumpp'o wi udało się zebrać bliższe wiadomości tylko o 199 operowanych; 23 zmarło. Z pozostałych przy życiu—64 stale cierpiało na krtani i płuca, większość zaś wkroczyła w pełnoletność w stanie wyśmienitym. Opierając się na swych poszukiwaniach, autor ten nie zgadza się z wnioskami Landouzy'ego i innych, twierdząc stanowczo, że tracheotomia bynajmniej nie usposabia do wystąpienia gruźlicy. Do takich samych mniej więcej wyników dochodzi również Meinhard Pfandler na zasadzie danych statystycznych z okresu 1890—1899 z kliniki dziecięcej w Gracu.

W tym samym duchu przemawia również kazuistyka zebrana przez autora w Helsingforsie. Z 67 przypadków podanych przez niego na większości była dokonana tracheotomia superior; 7 operowanych zmarło od następujących przyczyn. Jeden wskutek porażenia serca (wiek: 1 r. 5 mies.), 2-gi na krup w rok po operacji (wiek: 1 r. i 9 mies.), 3-i na dyfteryt gardzieli w 8 miesięcy po operacji (wiek: 3 lata), 4-y na enteritis acuta w dwa lata po operacji (wiek: 4 lata), 5-y na dur brzuszny w 8 lat po operacji (wiek: 13 lat), w 6 ym w 3 lata po operacji wystąpiły objawy gruźlicy otrzewny, a w 3 lata później śmierć wskutek gruźlicy płuc i otrzewny i w 7-ym przypadku śmierć nastąpiła w 30 lat po operacji wskutek zgorzeli płuc do kilkoletnim nieżycie oskrzeli. Pozostałym przy życiu 60 upłynęło od czasu operacji: dwu 20 lat; 8-ju: 15—20 lat; 10-ju: 10—15; 20-tu:

7—10; 7-ju: 4—7; 13-tu: 2—4. Co zaś dotyczy wieku tych osobników, to 3 ch: liczyło 25—30 lat; 7-ju: 20—25 lat i 4-ch: 17—20 lat; pozostali mniej niż 17-lat. O sześciu pozostałych przy życiu autor nie mógł otrzymać bliższych wiadomości, pozostałych 54 dzieli on odnośnie do przebytych przez nich cierpień na 3 następujące kategorie:

Do pierwszej kategorii zalicza on te przypadki, w których operacja nie pociągnęła żadnych następstw; należy do nich większość—31 przypadków; wszystkie cierpienia, które przebyli chorzy tej kategorii, nie znajdowały się w żadnym związku z dokonaną na nich tracheotomią.

Do drugiej kategorii zalicza autor lżejsze cierpienia dróg oddechowych, które spostrzegał w 20-u przypadkach. Do cierpień tych zalicza on chrypkę od czasu operacji (20 lat), uszkodzoną fonację (3 lata), utrudniony oddech podczas płaczu (2 lata), podczas ciężkiej pracy fizycznej (6 lat), głośny oddech podczas płaczu lub snu, osłabiony słuch wskutek nieczytu górnych odcinków oddechowych i enuresis nocturna ze słabym rozwojem po tracheotomii—wszystko w jednym przypadku, następnie: uporezywe ochrypnięcia, kaszel, utrudniony oddech i szereg innych temu podobnych cierpień. Większość chorych była dobrej budowy i tylko 5-ju zdradzało słabą konstytucję, a z nich tylko jeden przypadek można było postawić mniej więcej w bezpośrednim związku z operacją.

Do trzeciej, wreszcie, kategorii ciężkich następstw zalicza autor tylko 3 przypadki. W jednym była przetoka tchawicy, trwająca 13 lat; rurka wskutek niewiadomej przyczyny usunięta dopiero została w rok po operacji. Choć głos był ochrypnięty, chory swobodnie i niezłe mógł śpiewać i czuł się zupełnie dobrze. Drugi przypadek dotyczy pneumonia chronica; tracheotomia była dokonana przed 9 laty w trzecim roku życia; już wówczas stwierdzono nacieczenie prawego płuca; od owego czasu chory kilkakrotnie był operowany wskutek wyrosła adenoidalnych w jamie nosogardzielowej i zapalenia wyrostka robaczkowego. Trzeci, wreszcie, przypadek dotyczył gruźlicy płuc u osobnika operowanego w drugim roku życia. W sześć lat po operacji zjawił się kaszel; wkrótce rozwinęła się gruźlica, ojciec zmarł również wskutek gruźlicy płucnej.

Jak widzimy więc, kazuistyka Ripping'a rozchmurza znacznie ponury horoskop, stawiany przez Landouzy'ego i innych tym osobnikom, na których dokonana została tracheotomia. Na 67 operowanych przypadków gruźlica—ten niby nieodłączny towarzysz tracheotomii—sposztrzegana była przez niego tylko 2 razy i to w obu przypadkach stwierdzona była skłonność dziedziczna. Wprawdzie, rękoczyn ten w kazuistyce autora dał stosunkowo dużą odsetkę mniej groźnych następstw (32,8%), lecz jakże dalekie są one od ponurych obrazów, przedstawionych przez jego nieprzejednanych przeciwników.

Leon Zamenhof.

251. V. Bonney. **Chorobowa ruchomość nerki** (nephrospasis) **w stosunku do cierpień kobiecych.** („Injurious renal mobility-nephrospasis-inrelation to gyneacology“⁴. Edinb. med. journ. XII, 515, 1902)

Autor kładzie w pracy swej nacisk na tę okoliczność, że często nie bywa rozpoznany właściwie rodzaj zaważonych przez nerki dolegliwości; że cierpienia te wiążą się nieraz z narządami podbrzusza i jako takie—leczy bezskutecznie. Odróżniać należy ściśle przypadki np. nieprawidłowej ruchomości nerki, wolne od bólu, od tych, gdzie nerka wędrująca wywołuje dolegliwości mniej lub więcej przykre. Tym ostatnim d-r B. daje nazwę ogólną „nephrospasis.“ Wyniki rozumowania, opartego na stu dokładnie zbadanych pacjentkach, z których nie wszystkie rodziły, są następujące: nerka nie jest narządem nieruchomym zupełnie, gdyż każda posuwa się do pewnego stopnia za ruchami oddechowymi przepony. Powstrzymuje ruchy te przedewszystkiem związek nerki z ostatnim tym narządem, a dalej—podściółka tłuszczowa, na której nerka spoczywa, podparta z góry i od dołu. Wówczas dopiero, gdy oba te czynniki hamujące tracą na energii, a na szypułę zwali się ciężar zbyt wielki, wstępuje nerka w okres wędrowki i daje znać o sobie (nephrospasis). Niekiedy okres ten daje się stwierdzić obiektywnie. Zauważamy wówczas, iż opuszczająca się ku dołowi podczas głębokiego wdechu nerka, na której opierają się palce badającego, nie zdradza skłonności żadnej ku przesunięciu się z powrotem do góry w chwili wydechu, nadto biegun dolny nerki wykonywa do koła osi przedniotylniej rotację ku wewnątrz. Objaw ostatni jest tu swoistym i występuje li tylko w powikłanych bólami przypadkach.

U kobiet, nie mających lat dwudziestu oraz u starszych ponad pięćdziesiąt pięć autor nie zauważył ani razu dolegliwości, związanych z nerką wędrującą. Porody nie zwiększają ruchomości nerki; kobiety nie rodzące miały częściej bolesną nerkę błędną. Pomyślny wynik operacyjny otrzymuje się głównie w tych przypadkach tylko, w których istnieją wyszczególnione powyżej objawy swoiste. Doświadczenie poucza, że nie można umocowywać nerki za daleko ku dołowi i na zewnątrz, nieraz już bowiem, na skutek lekceważenia zasady tej, czasowe tylko przed operacją cierpienia po teźże rozwiąły się na dobre.

K. Niedzielski.

252. K u h n. **Przeplukiwanie przewodów żółciowych dla celów leczniczych i rozpoznawczych.** (Therap. Monatshefte. Heft 3. 1903).

We wszystkich pracach o chorobach żółciowych czytamy, jak trudno się przekonać, czy się wszystkie kamienie usunęło z przewodów żółciowych. Autor już o tem pisał i wskazywał na różne sposoby, prowadzące do tego, jako to: ściśle wypreparowanie dróg żółciowych, macanie zewnętrzne palcem i wewnętrzne zgłębnikiem, a szczególnie swoim zgłębnikiem wężykowatym. Teraz autor opisuje przeplukiwanie przewodów żółciowych, które również ma służyć do wyżej

wymienionego celu. Już przedtem robiono przepłukiwania dlatego, aby wypłukać odłamki kamieni żółciowych. Kehr raz jeden wprowadził olej rycynowy przez przetokę żółciową do kiszki. Ogromne znaczenie mają te przepłukiwania dla tych lekarzy, którzy starają się wszelkimi sposobami utrzymać pęcherzyk żółciowy, a nie jak Kehr, który uważa za tედynie wskazaną operację w danym przypadku—wycięcie pęcherzyka żółciowego. Pęcherzyk żółciowy jednakże musi mieć jakieś znaczenie dla człowieka i usunięcie jego nie jest tak obojętnem jak to się wydaje. Błona śluzowa pęcherzyka żółciowego wydziela dużo śluzu (100—200 ctm.³ pro 24 h), które muszą mieć pewne znaczenie. Czy rozcieńcza tylko żółć? Czy posiada jakieś przymioty swoiste? Czy on to właśnie nie wstrzymuje tworzenia się kamieni? Wszystko to jeszcze nie wyjaśnione. Często właśnie przy kamieniach w przewodzie żółciowym wspólnym znajduje się pęcherzyk bardzo mały—może w tym przypadku nieobecność śluzu utworzyła te kamienie? Oprócz tego zastój żółci po wycięciu pęcherzyka nie może być obojętnym dla wątroby. Mając to wszystko na uwadze, trzeba się starać utrzymać pęcherzyk, a nie zaraz go wycinać. Właśnie przepłukiwania mają na celu utrzymać pęcherzyk i dać nam rozpoznanie, czy się wszystkie kamienie usunęło. Już podczas operacji dobrze jest wiedzieć, w jakim stanie znajdują się głębsze przewody żółciowe. Przepłukując, można się przekonać, że przewody są wolne, że tylko częściowo są drożne lub nie są drożne wcale. Również i podczas leczenia pooperacyjnego wskazówki te nie są zbyteczne. Następnie autor daje kilka objaśnień: 1) przepłukiwania są możebne w 90% przypadków; 2) przepłukiwania pod ciśnieniem 50 ctm.³ słupa wodnego nie są szkodliwe; gdy się zwiększa ciśnienie to następują dreszcze, gorączka, bóle w krzyżu, rozwolnienia, które trwają bardzo krótko i są tem nieprzyjemniejsze, im większe wywieramy ciśnienie; 3) zwracać trzeba uwagę na wzrost chorego, tak u kobiety małego wzrostu przepuszczano w ciągu 1/2 minuty 25—24 ctm.³, a u wysokiego mężczyzny przepuszczano w ciągu 1/2 minuty do 105 ctm.³ wody pod tem samym ciśnieniem. Przy tem przepływało tem więcej wody, im większe wywierano ciśnienie, to jest że pęd prądu wody przeciekającej jest w stosunku prostym do ciśnienia wywieranego; 4) pęd prądu średniej wartości znajduje się między 40—50 ctm.³ w ciągu 1/2 minuty. To jest, jeżeli znacznie mniej przecieka, to mamy do czynienia ze zwężonymi przewodami lub też z jakąkolwiek bądź przeszkodą, przy tem trzeba zwracać uwagę na wzrost człowieka, jak już wyżej wspomniano; 5) każdemu człowiekowi odpowiada zawsze ta sama ilość przeciekającej wody pod tem samym ciśnieniem, czy bada się codziennie, czy co godzina, przytem charakterystyczna liczba podlega tylko nieznacznym wahaniom.

Co się zaś tyczy klinicznej części tego artykułu autora, to przepłukiwania oddają nam dobre usługi i podczas operacji i przy leczeniu pooperacyjnem. Przy operacji pokazują nam one czy przewody żółciowe są drożne. Jeżeli nie, to napełnione przewody dają się lepiej zbadać i okiem i palcami. Podczas leczenia pooperacyjnego można się przekonać czy drożność dostateczna, czy przetoka się zam-

kanie. Jeżeli woda dobrze przecieka — wszystko w porządku, jeżeli zaś wolno cieknie lub prąd się przerywa, to coś nie w porządku i dalsze przepłukiwania pokażą nam, czy mamy do czynienia tylko z obrzękiem błony śluzowej, czy z małym kamieniem żółciowym. Jeżeli zaś woda wcale nie przecieka — to trzeba się brać do powtórnej operacji.

Przepłukiwania, używane jako środek leczniczy, działają mechanicznie. Mogą one usunąć małe kamienie, których operator nie mógł wymacać palcami, i które często chowają się w fałdach błony śluzowej i różnych jej zagłębieniach. Przepłukiwania usuwają kamienie albo w stronę kiszki, albo prądem odwrotnym przez ranę. Oprócz tego przepłukiwania rozszerzają przewody żółciowe i tem usuwają przeróżne zwichnięcia. I dla leczenia różnemi środkami nadają się przepłukiwania. Jak wiadomo, wody karlsbadzkie dobrze działają na chorą błonę śluzową pęcherzyka żółciowego. Czy by nie było dobrem przepłukiwać przewody żółciowe wodą karlsbadzką? Oprócz tego możnaby było wprowadzać środki lecznicze, jak naprzykład eunatrol, i tem leczyć kamienie. Lecz to wszystko należy jeszcze zbadać i autor nad tem obecnie pracuje.

W. Biehler.

253. Cahier. **Ostre zamknięcie kiszki grubej i rozpoznanie różniczkowe między nim a zapaleniem wyrostka.** (Revue de chirurgie, Janv. 1903).

Autor opisuje przypadek ze swojej praktyki, w którym były wszystkie objawy zapalenia wyrostka, a przy operacji okazało się, że jest to ostre zamknięcie kiszki grubej. Przytacza dalej i inne przypadki podobne z literatury i opisuje rozpoznanie różniczkowe między temi chorobami. Według najnowszych badań mamy trzy najgłówniejsze objawy: 1) badanie krwi; w zapaleniu wyrostka mamy zawsze hyperleukocytozę (40,000 do 50,000 białych ciałek); 2) zastosowanie ciepła; w zapaleniu wyrostka, gdy się utworzył ropień, zmniejsza nawet usuwa bolesność, i 3) różnica między ciepłotą, mierzoną pod pachą i w kiszce odchodowej; według Schüle wynosi w zapaleniu wyrostka 1° — $1,4^{\circ}$, średnio $0,9^{\circ}$, u zdrowych różnica ta wynosi przeciętnie $0,6^{\circ}$. Co się zaś tyczy leczenia ostrego zamknięcia kiszki grubej, to autor jest zdania, że za wyjątkiem pewnych przypadków, najracjonalniejsza jest laparotomia, która nawet i w przypadkach spóźnionych daje duże widoki na wyleczenie, przez to, że możemy kiszkę oswobodzić od zamknięcia lub przez to, że będzie to pierwszym okresem wskazanej rezekcji kiszki.

W. Biehler.

254. Schauta. **Torbiel trzustki.** (Centralbl. f. Gynäk. 1903. Nr 12, str. 371).

34-letnia kobieta 5 razy rodziła. Od ostatniego porodu (przed $2\frac{1}{2}$ laty) zauważyła stopniowo powiększający się guz w brzuchu.

4 kwietnia 1902 r. zapisała się do kliniki. Badanie wykazało, że brzuch wypuklony przez guz, wychodzący z okolicy nerki lewej, wielkości głowy mężczyzny. Guz przekracza linię środkową na 3 palce poprzeczne, kierując się w stronę prawą; u góry sięga do lewego podżebrza, a u dołu na szerokość palca nie dochodzi do spojenia łonowego. Guz jest dość ruchomy na wszystkie strony i chlebocze. Nie można wykazać obecności w nim płynu wolnego. Macica in retroversione, nie powiększona; prawy jajnik wyraźniej się wyczuwa, niż lewy. Nad guzem miejscami oddźwięk bębnowy, zwłaszcza po stronie lewej. Rozpoznanie wahało się pomiędzy guzem torbielowatym nerki lewej a torbielą pozaotrzewnową, resp. trzustki. Badanie cystoskopowe nie ujawniło żadnej nieprawidłowości w narządach moczowych. 5 kwietnia przystąpiono do laparotomii. Szerokie cięcie powyżej i poniżej pępka. Przednia powierzchnia guza przykrywa żołądek, colon transversum i descendens. Po usunięciu ku górze coli transversi, cała powierzchnia guza okazała się wolną na bardzo znacznej przestrzeni. Powierzchnia sąsiadująca z colon, mocno unaczyniona, była przykryta kreską okrężnicową poprzeczną (mesocolon transversum). Warstwa unaczyniona za pomocą linii wklęsłej, zwróconej do kręgosłupa, jest oddzielona od drugiej warstwy szaro zabarwionej i zupełnie pozbawionej naczyń. Po nacięciu tej ostatniej warstwy udało się wyłuszczyć guz z siedliska bez utraty kropli krwi. Dopiero w końcu na tylnej powierzchni guza, w miejscu, gdzie trzustka przylega do guza, znaleziono i podwiązano większego kalibru tętnicę. Brzegi worka skrócono i jamę worka przedrenowano od strony brzusznej. Przebieg pomyślny. W moczu nie znaleziono cukru, ani tłuszczu w stolcach. 8 maja chora wypisała się z przetoką zupełnie zarośniętą. Ciężar gatunkowy zawartości torbieli wynosił 1024; znaleziono w niej ślady białka, bardzo małe ilości peptonu, ani śladu cukru gronowego, absolutny brak fermentu tryptycznego proteolitycznego. Białko składało się przeważnie ze zmienionego barwnika krwi. Badanie drobnovidzowe wykazało, że ściana torbieli składa się z komórek równoległych, ubogich w jądra i przybionka wysokiego jednowarstwowego, o zarodki przezroczyste i jądrach małych podłużnych, leżących u podstawy. Miejscami znajdujemy w ścianie występy, składające się z tkanki łącznej bogatej w komórki, pokrytej takim samym przybionkiem, jak wewnątrz ściany torbieli.

Istnieją 2 metody operowania torbieli trzustki: 1) wyłuszczenie i 2) przecięcie z drenowaniem.

Wyłuszczenie, według statystyki Z weiffel'a, daje gorsze wyniki, niż incyzja. Z weiffel przytacza 12 przypadków, z których 5 skończyły się śmiertelnie. Ilość przypadków obecnie doszła do 15, a śmiertelnych 5. Incizio z drenowaniem dała 2 przypadki śmiertelne na 31 operowanych. Ostatnia metoda posiada tę wadę, że leczenie trwa długo, i często pozostaje przetoka.

Wracając do swojego przypadku, autor zastanawia się nad częścią guza unaczynioną, zwróconą do colon transversum i nad częścią, zwróconą do kręgosłupa, beznacyniową. Ostatnia, podług jego zdania, jest to wypuklona przez guz powłoka otrzewnowa jamy duodeno-

jejunalis. Ponieważ w tem miejscu można się dostać do guza, nie napotykając po drodze ani jednego większego naczynia i nie raniąc ani jednej tętnicy krezkowej, co, jak poucza doświadczenie, może pociągnąć za sobą gangrenę kiszki; autor radzi w przeszłości w tem miejscu atakować i wyluszczyć guz.

M. Warszawski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

255. *Malade. **O wolu poporodowem.** (Berlin. klin. Wochenschr. № 18. 1903).

O istnieniu pewnej zależności między organami płciowymi, a tworami, znajdującymi się na szyi, świadczy już chociażby zmiana w głosie, jaka następuje w okresie dojrzewania płciowego. Ta zależność wybitniej jeszcze występuje w czasie wzmóżonej czynności fizjologicznej tych organów, mianowicie podczas miesiączkowania i ciąży. Niejednokrotnie też opisywano nowotwory krtani, powstałe w czasie ciąży.

Najczęściej zmianom ulega gruczoł tarczowy, co już widać z wpływu, jaki wywiera ciąża na przebieg choroby Basedow'a. Stan zapalny tego gruczołu występuje najczęściej w okresie dojrzewania i w czasie ciąży.

Jedną z najczęstszych zmian, jakim ulega gruczoł tarczowy, jest wole. Nieznaczne powiększenie jego jako skutek przekrwienia spostrzegać się daje w każdej prawie ciąży, podczas każdego prawie miesiączkowania, nawet po defloracji, i jedynie dzięki brakowi objawów mało stosunkowo zwraca się na nie uwagę, chociaż praktykowany dotychczas na Wschodzie zwyczaj mierzenia szyi panny młodej przed i po nocy poślubnej sięga już czasów starożytnych.

Zazwyczaj ze zniknięciem momentu przyczynowego, gruczoł wraca do stanu normalnego, czasami jednakże po przekrwieniu następuje przerost.

Istnieje jeszcze jedna postać wola—t. z. wole poporodowe, które z nadzwyczajną szybkością podczas porodu się rozwija, przedstawiając poważne przeszkody w krążeniu i oddechaniu, a niekiedy wkrótce znika, lecz częściej pozostaje. Przyczyna powstawania tego rodzaju wola jest czysto mechaniczna: do istniejących już w czasie ciąży przeszkód w krążeniu—wysiłki porodowe dodają pewien plus, by łącznie wywołać przerost. Autor przytacza trzy przypadki powstałego w taki sposób wola, z których jeden z zejściem śmiertelnym z powodu ostrej niedokrwistości mózgu, a to wskutek: 1) ucisku wola na tętnicę domózgową, 2) wzmóżonego odpływu krwi żyłnej do jamy brzusznej, gdzie, po urodzeniu dziecka, ciśnienie raptownie się zmniejszyło. Inna kwestya, dlaczego śmierć nastąpiła dopiero po upływie dwudziestu minut po dokonanym obrocie (placenta praevia centralis): czy niedokrwistość początkowa musiała dopiero się

wznódcz, by śmierć sprowadzić, czy też przyłączył się jeszcze jakiś powód uboczny, jak wpływ użytego chloroformu, zwyrodnienie tłuszczowe serca, lub wreszcie spazm, albo może niedowład głośni wskutek ucisku wola na nerw wsteczny.

Bądź co bądź, pozostaje niewątpliwym fakt, że śmierć sprowadzona została przez wole, i dlatego u każdej rodzącej, na równi z innymi narządami, a przedewszystkiem sercem, należałoby zbadać, czy nie mamy przed sobą wola już sformowanego, czy też mającego dopiero powstać.

P. Rogoziński.

256. **Karl Reifferscheid. Przypadek współczesnej ciąży wewnątrz i zewnątrzmacicznej.** (Centralbl. f. Gynäk., 1903, № 12, str. 360).

Współczesne wystąpienie ciąży wewnątrz i zewnątrz macicy należy do rzadkości. Hanna Christer Nilsson starannie zebrała odpowiednią literaturę, która liczy 68 takich przypadków.

Spostrzeżenie autora tyczy 26-letniej kobiety zdrowej, która raz jeden prawidłowo rodziła i przed 3 miesiącami nanowo zastąpiła. W 8 tygodniu po ostatnim peryodzie chora uczuła ból w lewym podbrzuszu, który od tej pory stale jej dokuczał. Po 3 tygodniach nowy napad bólu i omdlenie, które się jeszcze ze 2 razy w krótkich przerwach powtórzyły i zmusiły chorą do szukania ratunku w szpitalu. Obok macicy zwiększonej, odpowiednio do 3 miesiąca ciąży, znajduje się po stronie lewej guz, o konturach niewyraźnych, wielkości pięści, bardzo bolesny. Na mocy wywiadów i danych, przy badaniu znalezionych, rozpoznano ciążę zamaciczną lewostronną i możliwość istnienia współczesnego ciąży wewnątrzmacicznej.

Dokonana laparotomia ujawniła poronienie jajowodowe lewostronne i prawdopodobieństwo istnienia ciąży wewnątrzmacicznej. Ostatnia nabrała cech pewności dopiero wtedy, gdy pojemność macicy po operacji dokonanej stale się zwiększała, odpowiednio do czasu trwania ciąży.

W literaturze opisane są trzy takie przypadki (v. Ott, Hermes i Mond), gdzie po usunięciu ciąży zamacicznej, wewnątrzmaciczna dalej bez przerwy postępowała. Ciąża wewnątrzmaciczna ze względu na jej okres wczesny nie była rozpoznana w tych i innych przypadkach; w jednym tylko przypadku Strausa postawiono przypuszczalne rozpoznanie w 12 tygodniu ciąży już przed operacją, a pewne dopiero po operacji. To samo było w przypadku, przez autora opisanym. Absolutnie pewne rozpoznanie w okresie tak wczesnym jest przeważnie niemożliwe, ponieważ w ciąży zamacicznej macica może się powiększyć, jak w 4 miesiącu ciąży. Należy więc w każdym danym przypadku, gdzie wskutek znacznego powiększenia się macicy mamy podejrzenie na ciążę wewnątrzmaciczną obok zewnątrzmacicznej, wstrzymać się od jej sondowania, aby nie wywołać poronienia płodu wewnątrzmacicznego.

Leczenie w przypadkach współczesnego istnienia ciąży wewnątrz

i zewnątrz macicy polega na usunięciu ciąży zewnątrzmacicznej przez laparotomię. Naturalnie, należy przy tem, o ile możliwości, uszanować macicę ciężarną. Że widoki na dalsze prawidłowe postępowanie ciąży wewnątrzmacicznej mogą być dobre, świadczą o tem przypadki powyższej cytowane i przez autora podane. *M. Warszawski.*

III. Choroby wener. i skórne.

257. **O rozmaitych sposobach przenoszenia się przymiotu dziedzicznego.** (Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa Ces. Król. lekarzy Wiedeńskich. La Sem. Méd. № 7. 1903).

Matzenauer, omawiając przenoszenie się przymiotu dziedzicznego, przypomina, że, stosownie do teorii klasycznej, fakt ten może nastąpić za pośrednictwem matki lub ojca.

W pierwszym przypadku zarazek może być w jajku lub łożysku, ponieważ jednak w jajku nie można go wykazać, zakażenie zatem ma zawsze miejsce za pośrednictwem łożyska. Łożyska bowiem dzieci, obarczonych przymiotem dziedzicznym, są siedliskiem zmian w tętnicach, tkance łącznej i nabłonku. Zmiany te umiejscowione bywają bądź od strony łożyska matki, bądź od strony łożyska płodu, albo też występują z obu stron, niezależnie od tego, czy przymiot miał swoje źródło ze strony ojca lub matki.

Różnice w złośliwości przymiotu matki i dziecka zależą od większej lub mniejszej odporności jednego i drugiego organizmu, jak również od innych wpływów zabezpieczających; przymiot dziecka jest tem złośliwszy, im wcześniej nastąpiło zakażenie.

Co się tyczy przeniesienia przymiotu przez ojca, to możliwość zakażenia nasieniem, powszechnie dziś przyjęta, podlega licznym zarzutom; najpierw, nie dowiedziono, ażeby jakiegokolwiek cierpienie zakazne mogło być przeniesione dziedzicznie przez ojca za pośrednictwem wspomnianej wydzielin; dowiedziono natomiast, że nasienie osób syfilitycznych nie zakaża; nakoniec, istnieje ustalony fakt, że mężczyzna syfityk może spłodzić dziecię zupełnie wolne od przymiotu. Zresztą, trudno byłoby wytłomaczyć sobie, jak dziecko mogłoby uleść zakażeniu bez zakażenia matki.

Uwagi powyższe upoważniają autora do przypuszczenia, że większa liczba przypadków przymiotu dziedzicznego, stawiana w zależności od zakażenia przez ojca, w rzeczywistości zależy od matki, której przymiot nie był rozpoznany.

Powszechnie przyjmuje się, że 20 do 38% kobiet, rodzących dzieci syfilityczne, pozostaje zdrowemi; otóż, liczba osobników, dotkniętych przymiotem trzeciorzędnym, co do których wywiady były zupełnie ujemne, wynosi również 38 do 40%.

Z drugiej strony, odporność matek dzieci syfilitycznych może należeć do tych, gdzie wszystkie osobniki, zarażone pierwszy raz przy-

miotem, stają się później odporne na to cierpienie. Odporność kobiet, na wygląd zdrowych, których dzieci są syfilityczne, objaśnia się istnieniem u nich przymiotu w postaci osłabionej.

Według autora, niema ani jednego przypadku przymiotu dziedzicznego bez przymiotu matki; wszystkie zatem matki dzieci syfilitycznych powinny być poddane leczeniu swoistemu; mogą one również bez najmniejszego niebezpieczeństwa karmić swe dzieci dziecizno-przymiotowe.

Paltauf twierdzi, że, jakkolwiek nie mamy dotąd żadnego faktu, który mógłby dowieść, że przymiot przenosi się za pośrednictwem nasienia, to jednak dowiedziono, że ciecz ta może zawierać łaseczniki Kocha, możliwem zatem staje się przeniesienie i zarazka przymiotowego za pośrednictwem nasienia.

Hochsinger podaje, że na 250 rodzin, mających dzieci syfilityczne, co do których spostrzeżenia były prowadzone bardzo ściśle na oddziale prof. Kassowitz'a, znaleziono 72 matki zupełnie wolne od przymiotu. Matki te odbyły 276 porodów: z tych 276 dzieci 166 urodziło się żywych, a z nich 31 pozostało zdrowych. Przychodzenie na świat dzieci raz zdrowych, a drugi raz z przymiotem zanważono w 4 przypadkach.

Przeciw wywodom Matzenauer'a przemawia i ta okoliczność, że kobieta, która miała dzieci syfilityczne od mężczyzny syfilityka, może mieć dzieci zdrowe od mężczyzny zdrowego, a nawet i od syfilityka, jeżeli tenże starannie był leczony. Leczenie zatem wszystkich matek, rodzących dzieci syfilityczne, nie może być obowiązkowe.

Lang jest zdania, że przenoszenie się przymiotu przez matkę jest trudne do wytłomaczenia w tych przypadkach, gdy na świat przychodzą bliźnięta, albowiem jedno z nich bywa czasem syfilityczne, drugie zupełnie zdrowe. Tego rodzaju zjawiska wykazują możliwość przenoszenia się zarazki za pośrednictwem nasienia.

J. Wojciechowski.

258. **Przymiot matek i noworodków.** („Syphilis des mères et syphilis des nouveau nés.“ La Sem. Méd. № 14. 1903).

Na posiedzeniu Tow. Ces. Król. lekarzy wiedeńskich Mracek przedstawił zebrany wyniki swych spostrzeżeń nad znaczną liczbą, kobiet i dzieci syfilitycznych. Kobiety zostały podzielone na 7 działów. Pierwsza grupa zawierała 17 matek, które zostały zarażone w drugim do ósmego miesiąca brzemienności, i u których istniały wtórne objawy przymiotu; wydały one na świat dzieci, urodzone przedwcześnie lub donoszone, żyjące lub nieżywe, uległe zmacerowaniu.

Druga grupa zawierała 26 matek, zarażonych w czasie zapłodnienia, u tych porody występowały przedwcześnie, płody były nieżywe i zmacerowane.

U 22 matek trzeciej grupy, zarażonych wkrótce po zapłodnieniu, 50% dzieci było urodzonych przedwcześnie i zmacerowanych.

W czwartej grupie, autor pomieścił 55 kobiet, których zarażenie wystąpiło przed 2 do 6 latami; poronienia występowały u nich rzadko, dzieci były donoszone i żywe, czasem martwe i zmacerowane.

U 9 kobiet 5-ej grupy, zarażonych przed 6 do 25 latami, dzieci rodziły się żywe i donoszone, lub nieżywe i zmacerowane.

Szósta grupa obejmuje 22 kobiety, których zakażenia nie można było wykryć, prawdopodobnie jednak ono było, miały one płody zmacerowane, albo przedwczesne porody dzieci żywych.

Grupa 7, nakoniec, liczyła 11 kobiet, nie zdradzających nigdy objawów przymiotu, które jednak rodziły płody zmacerowane, albo dzieci przychodzące przedwcześnie i martwe.

Przebieg przymiotu może być bardzo łatwo niezauważony przez kobiety; pomiędzy 129 kobietami, z jawnymi objawami tego cierpienia, 77 nie wiedziało wcale o swej chorobie. W przypadkach tych, prawdopodobnie, objawy pierwotne były umiejscowione na macicy i niezauważone. W tego rodzaju przypadkach leczenie przeciwsyfilityczne męża nie wystarcza do zabezpieczenia płodu od zakażenia, leczenie zaś matki daje wynik pożądany.

U czterech kobiet autor widział rodzące się na przemiany dzieci syfilityczne i zdrowe. Przymiot w okresie trzeciorzędnym powinien być uważany za zaraźliwy, albowiem kobiety z gumatami mogą rodzić, nawet po ustąpieniu objawów tych pod wpływem leczenia, dzieci syfilityczne.

Pomiędzy płodami, poronionymi przez wspomniane kobiety, 18 miało przymiot z wybroczynami krwi, 34 porażenie kości i chrząstek stawowych; 80% z nich posiadało zmiany przymiotowe wątroby; niezależnie od tego u pewnej ilości znaleziono zmiany przymiotowe śledziony, kanału pokarmowego, płuc, serca, mózgu, skóry i t. p. Śmiertelność dzieci tych wynosiła 90%.

W 47% przypadków łożyska były siedliskiem następujących zmian: posiadały powiększoną objętość i wagę, naciek kosmków dużemi komórkami, połączony z proliferacją naczyń tychże, zwyrodnienie modzelowate ścianek naczyń, zamknięcia światła, zwyrodnienie tłuszczowe i zwapnienie ich. Zmiany najczęściej zajmowały łożysko od strony płodu; często jednak rozciągały się i na całą grubość tego narządu u płodów najstarszych i zdawały się rozwijać jednocześnie z wiekiem tychże. Naczynia sznurka pępkowego podobnego rodzaju zmiany posiadały w 10 przypadkach.

Łożyska bywały silnie zmienione przedewszystkiem wtedy, gdy zakażenie występowało jednocześnie z zapłodnieniem, rzadziej zaś po zajściu w ciążę (23%). Pomimo jednak istnienia przymiotu matki i łożyska, spostrzegano urodzone potomstwa bez oznak przymiotu.

Przyczynę śmierci płodów należy przypisać ciężkim zmianom ustrojowym, działaniu toksyn, charłactwu i krwotokom łożyska.

Czem wcześniej płód został zarażony, tem cięższe w nim rozwijają się zmiany syfilityczne. Ani lata trwania, ani postać przymiotu matki nie pozwalają na wyprowadzenie wniosku pewnego

co do przeniesienia się choroby na płód. W 9-ciu przypadkach autor widział głębokie zmiany łożyska syfilityczne, pomimo że u matek nie było żadnych objawów, wskazujących na istnienie tej choroby.

Długi okres, podczas którego przymiot matki może być przeniesiony na płód, powinien obowiązywać tego rodzaju chore do starannego i odpowiednio długiego leczenia się.

Lang przytacza liczne dane, które dowodzą, że w przebiegu przymiotu wysypek wcale może nie być. Autor dodaje, że zarazek późnej postaci przymiotu działa gwałtowniej na płód, niż na osobę dojrzałą, a to ze względu na niedostateczność substancji ochraniających u pierwszego.

Eisenschitz zauważył, że dzieci, u których swoiste objawy występowały dopiero w kilka tygodni po urodzeniu się, dają większe nadzieje na zachowanie życia, aniżeli te, które przyszły na świat z objawami przymiotu.

J. Wojciechowski.

259. Prof. Zieleniew. Niebolesna „odrętwiała“ rzeżączka.
(Russk. żurn. kożn. i wener. bol. 1903. Styczeń.)

W pracy swej autor opisuje 8 przypadków niebolesnej postaci rzeżączki, które przebiegały bez objawów podmiotowych nawet przy następczym zajęciu systemu moczopłciowego. Ta ukryta postać cierpienia ma szczególną skłonność posuwania się w kierunku dróg moczopłciowych i wywoływania tam przewlekłego i niebolesnego procesu zapalnego. Postać tę można nazwać rzeżączką odrętwiałą o przebiegu przewlekłym pełzającym. Lekarze wszystkich specjalności winni ją mieć na uwadze przy badaniu chorych, niektórzy bowiem z tych ostatnich, nie wiedząc o swem cierpieniu, nie leczą się i tem samym zarażają przy stosunku. Rozpoznanie tej odrętwiałej rzeżączki osiągnięte może być tylko na mocy badania przedmiotowego. Błona śluzowa cewki moczowej pęcznieje i przybiera odcień sinawy, wydzielinę zaś daje nieznaną; wyciska się ją z trudnością z fossa navicularis, zasklepanie zaś i kropla ranna mogą wcale nie istnieć. Po przemyciu przedniej części można otrzymać nieznaną wydzielinę z tylnej części cewki. Niekórzy z opisanych przez autora chorych pozarażali rzeżączką swe żony, u których dawał się zauważyć albo zwykły obraz przebiegu rzeżączki, lub—co było częściej—objawy cierpienia były nadzwyczaj słabe. Do powyższych obserwacji autor dodaje jeszcze jeden przypadek, w którym rzeżączka przebiegała jak zwykły nieżyt cewki moczowej o widocznych objawach przedmiotowych, lecz bez jakiegokolwiek podmiotowych objawów bólu, palenia, zaburzenia w urynowaniu i t. d. Obserwacje autora dotyczące wszystkich opisanych przezeń przypadków doprowadziły go do przeświadczenia, a) o możliwości niebolesnego przebiegu rzeżączki z niektórymi oznakami cierpienia cewki moczowej, które mogą być zauważone przez dbałych o swe zdrowie chorych (krople z cewki) i b) o istnieniu „odrętwiałej“ i „ukrytej“ postaci rzeżączki, przebiegającej całkiem niepostrzeżenie

nawet dla bardzo dbałego o siebie chorego. Obecność gonokoków z łatwością daje się konstatować w zcentryfugowanym osadzie moczowym. Podczas stosunków zdolne są one wywołać zarażenie.

H. Uliński.

260. D-r Most. **Przypadek zgorzeli, wywołanej przez szare mydło.** („Ueber Schmierseifenverätzung“. Deutsche Med. Woch. 1903, № 8).

Opisany przypadek dotyczy 61 letniej kobiety, która, idąc za poradą swej znajomej, wtarła sobie w ramiona i poniekąd w szyję zwyczajne szare mydło w celu usunięcia mocno swędzącej wysypki. Po wtarciu obłożyła ramiona warstwą szarego mydła i następnie je zabandażowała. Wkrótce potem zaczęła doznawać silnych bólów, które zniewolily ją do usunięcia mydła, poczem zauważyła na skórze strupy. Badanie przedmiotowe wykazało: na obydwóch ramionach i karku pryszczyca i ślady zdrapań. Powyżej obu stawów łokciowych duże ciemne ogniska zmartwiałej skóry, przyczem po stronie lewej zgorzel zajęła całą grubość skóry, z prawej zaś najgłębsze warstwy sieci Malpighiego pozostały nietknięte. W okolicy zmartwiałych ognisk były jeszcze liczne małe i powierzchowne zgorzele komórek nabłonkowych. Organy wewnętrzne chorej nie wykazywały żadnych zmian. W przypadku opisanym martwica skóry wywołana zastała potażem gryzącym szarego mydła.

Zachodzi teraz pytanie, czy otrzymanie złego wyniku od szarego mydła przypisać należy złemu preparatowi tegoż, czy też szczególnej własności skóry chorej. Znajdujące się w sprzedaży nieoczyszczone szare mydło ma, jak wiadomo, nadmiar potażu gryzącego, zawartość którego w dodatku często nie wszędzie bywa równomierna. Ażeby zbadać jakość użytego przez chorą preparatu, autor wcierał go sobie w ramię przez 10 minut i następnie pozostawił tam warstwę mydła na $\frac{1}{2}$ godziny; zabiegi powyższe nie wywołały żadnego podrażnienia skóry. Takie same doświadczenia, dokonane na 3-ech chorych szpitalnych, wykazały, że użyte przez naszą chorą szare mydło nie wywołało podrażnienia ani u 16 letniej anemicznej dziewczynki, ani też u 76 letniego starca z zanikłą skórą, tymczasem gdy u 3-ciej chorej wywiązał się rumień i 2 nieznaczne powierzchowne zgorzele nabłonka skóry. Doświadczenia powyższe dowodzą, że użyte przez naszą chorą mydło nie gorsze było od znajdujących się w sprzedaży preparatów zwyczajnego szarego mydła. Pewien zanik skóry u chorej chyba również nie mógł się przyczynić do zgorzeli; u wspomnianego bowiem 76-letniego starca szare mydło, jak widzieliśmy, bynajmniej nie wywołało chorobliwych objawów ze strony skóry. Podług autora do zgorzeli u chorej przyczynić się mogły tylko zdrapania skóry. Zdanie to autor wyrobił sobie na mocy doświadczenia, dokonanego na samym sobie. Otóż, jak widzieliśmy, zastosowanie zakwestyonowanego szarego mydła na nienaruszonej skórze nie wywołało tam żadnych zmian, tymczasem gdy autor

otrzymał zgorzełe powierzchniowych warstw, gdy, po wywołaniu nożem powierzchniowych lekko krwawiących zadraśnień skóry, wtarł szare mydło i pozostawił je następnie na skórze w ciągu godziny. Otóż niektóre ze wspomnianych obnażeń skóry zamieniły się w pręgi szerokości 3—4 mm. Wytłomaczyć to można tem, że z powodu uszkodzenia skóry czynnik przyżegający łatwiej przenika w głąb i, co zatem idzie, wywołuje znaczniejsze uszkodzenie tkanek. Literatura podaje tylko 2 przypadki zgorzeli, spowodowanej wtarciem szarego mydła i octu w skórę ze śladami zdrapań, przypadki opisane przez Riecke'go. Zgorzel jednak zajęła tutaj tylko naskórek, skóra zaś właściwa pozostała nietknięta. Podręczniki lekarskie wspominają pobieżnie o możliwości przyżegającego działania mydeł potasowych. Ze względu na powyższe okoliczności, jak również i na to, że przystępne dla każdego zwyczajne szare mydło uważane jest powszechnie za środek stosunkowo niewinny, przypadek podany przez autora zasługiwał na opisanie. Autor radzi stosować w praktyce tylko szare mydło lecznicze i unikać zwyczajnych nieoczyszczonych preparatów.

H. Uliński.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

261. Leczenie owrzodzeń goleni kalomelem. (La Sem. Méd. № 3. 1903).

Dobre wyniki, otrzymane przez prof. Pospiełowa, leczącego słońowacizną arabską zastrzykiwaniami podskórnymi kalomelu, były powodem zastosowania tego środka przez G. Meszczerskiego w leczeniu owrzodzeń żyłakowatych goleni, którym towarzyszyły zmiany skóry, podobne do słońowacizny. Autor robił raz na tydzień zastrzykiwania 0,05 kalomelu (ref. należy przypuścić, że na granicy owrzodzenia). Po dokonaniu tej czynności, nakładał M. opatrunek z 3% kwasu bornego i umocowywał go opaską uciskającą, zaczynającą się od palców, do kolana. Po upływie 5 dni owrzodzenia, pokryte nalotem szarawym, błoniastym, zupełnie oczyszczały się; wkrótce występowała zdrowa ziarnina, pokrywająca się nabłonkiem. Po upływie miesiąca nie pozostawało się śladu owrzodzenia, a blizna była o tyle odporna, że pozwalała rozpocząć mięsienie goleni.

J. Wojciechowski.

262. Leczenie poronne półpaśca (Herpes. Zona.) (Le Monde Méd. № 139. 1902).

Sposobów poronnego leczenia półpaśca posiadamy bardzo dużo. Zastosowywane bywają w celu powyższym przypalania azotanem sre-

bra, półtorachlorkiem żelaza z nalewką makowca, lub tenże środek z wyskokiem. Niekiedy dobre usługi oddaje prąd stały.

Leloir przekonał się o bardzo dodatnim wpływie wyskoku na omawiane cierpienie; zmniejsza on bóle i wstrzymuje rozwój pęcherzyków. Środek ten przepisuje autor w następujących formach:

Rp.	Spiritus vini	90%—200,0.	Thymoli	2,0.	M. D. S.
"	"	" 90%—100,0.	Resoreini	2,0.	M. D. S.
"	"	" 90%—100,0.	Mentholi	3,0.	M. D. S.
"	"	" 90%—100,0.	Acidi carbolici	0,25.	M. D. S.

Na wykwity kładzie się kompres, zmieniany 10 do 12 razy dziennie, napojony jednym z powyższych płynów wysokokowych, następnie pokrywa się płótnem nieprzemakalnym i umocowywa odpowiednią opaską.

J. Wojciechowski.

263. **Chenoweth. Leczenie wrzodów goleni obmywaniami z formaliny i kwasem bornym sproszkowanym.** (La Sem. Méd. № 1. 1903).

Goleń pokrytą wrzodami pogrąża się w wodę gorącą na $\frac{1}{2}$ godziny, następnie obmywa się ją ciepłą wodą i mydłem; po obsuszeniu, zajęte miejsca obmywają się słabym roztworem formaliny, po powtór-nem zaś obsuszeniu kończyny wrzody posypują się sproszkowanym kwasem bornym. Nakoniec, całą kończynę pokrywa się bandażykiem lepkiem 12 milimetr. szerokim, który nakłada się bardzo ściśle, poczyna-jąc od palucha, a na tenże nakłada się opatrunek z waty, odpo-wiednio umocowany. Opatrunku nie zmienia się aż do chwili wy-stąpienia wydzieliny na jego powierzchnię, to jest po 5 do 7 dniach. Potrzeba zmiany opatrunku drugiego następuje zwykle dopiero po 2 tygodniach.

W większej liczbie przypadków owrzodzeń średniej wielkości wyleczenie następuje po $1\frac{1}{2}$ miesiącach.

Owrzodzenia żyłakowate bardzo obszerne wymagają najpierw kilkotygodniowego leżenia w łóżku i wilgotnych opatrunków z kwasu bornego.

Po zagojeniu się owrzodzeń chorzy winni nosić pończochy elastyczne.

J. Wojciechowski.

264. **Zastosowanie siarki zamiast jodoformu.** (La Sem. Méd. № 38. 1903).

Podług Charitonowa, siarka, pod względem działania na tkanki chore, odznacza się własnościami, zupełnie podobnemi do jodo-formu, nie drażni przy tem ich i jest pozbawiona zapachu.

Autor obmywa rany roztworem nadmanganianu potasu 0,5%, następnie posypuje je siarką krystaliczną lub strąconą (rp. sulphur sublimat., sulphur praecipitat.). W podobny sposób leczy i owrzo-

i owrzodzenia szankrowe, na które siarka zdaje się wpływać szybciej i energiczniej od jodoformu.
J. Wojciechowski.

265. **Leczenie róży nadmanganianem potasu.** (La Sem. Méd. № 14. 1903).

Złożony we dwoje okład płócienny macza się w roztworze nadmanganianu potasu 1⁰/₀₀ i kładzie na miejsca zajęte. Okładu nie należy maczać w całej ilości przygotowanego płynu, gdyż tenże uległby szybkiemu rozkładowi. Pod wpływem takich okładów, połączonych z wewnętrznym użyciem chininy, róża znika szybko, a powikłania występują rzadko. Podanym sposobem leczył Martzinowsky 130 przypadków róży, pomiędzy którymi było raz jeden zajęcie wsierdzia, dwa ropnie i dwa porażenia tkanki łącznej podskórnej. Wszyscy chorzy wyzdrowieli; w kilku przypadkach, wyjątkowo ciężkich, leczenie trwało tydzień, najczęściej jednak 2 do 3 dni.
J. Wojciechowski.

266. **Labbé i Lostat-Jacob. Działanie jodku potasu i jodu na płuca.** (La Sem. Méd. № 17. 1903).

Doświadczenia autorów, wykonane na świnkach morskich, królikach i psach, wykazały, że jodek potasu sprowadza silne przekrwienie płuc wraz z występowaniem w tkance tychże bardzo znacznej ilości leukocytów eozynofilowych.

Przekrwienia płuc bywają o wiele mniejsze przy zatruciach jodem, przyczem komórek eozynofilowych brak zupełnie. Z powyższego wynika, że chorym, cierpiącym na gruźlicę, zamiast jodku potasu, należy podawać jod.

Wpływ dodatni jodków w dusznościach płucnych, w których, jak wiadomo, plwocina wykazuje obecność samoistnej eozynofilii, polega na spotęgowaniu ochronnego, naturalnego działania tejże.

J. Wojciechowski.

267. (wb) **Aqua fluorica.**

Step p leczył koklusz z dobrym wynikiem bromoformem, który zalecił. Gdzie bromoform nie działał i przeważnie u dzieci w pierwszym roku życia używał on zupełnie nieszkodliwej wody fluoroformowej (2—2½%—100—150,0 pro die) w 15 przypadkach i zachwycony jest świetnymi wynikami. Najgłówniejsze działanie środka tego zawiera się w tem, że regu-

larnie i prędko zmniejsza liczbę napadów kaszlu. (Prag. med. Wochensch. 1903 r. № 11—14).

268. (wb) **Phthisis pulmonum.**

Wychodząc z tego poglądu, że wyleczenie gruźlicy płuc następuje albo przez wyrośnięcie tkanki łącznej na chorych miejscach albo chore miejsca wapnieją, jeżeli te dwa objawy nie idą ręką w rękę, Rudolph starał się wyleczyć gruźlicę płuc następującym sposo-

bem. Zastrzykiwał on tuberkulinę, aby pobudzić rozrost tkanki łącznej, aby zaś wywołać zwapnienie dawał on jednocześnie per os wapno (Calc. carbon., Culcar. phosphor. ana 2 razy dziennie $\frac{1}{2}$ łyżki od herbaty i per klysma (150—250,0 Aquae Calcis). W 5 przypadkach gruźlicy płuc zauważył autor znaczne polepszenie, które przypisuje właśnie temu sposobowi leczenia, chociaż dodaje, że może nastąpić wyleczenie lekkich przypadków gruźlicy płuc przy każdym innym leczeniu, a nawet zupełnie bez leczenia. (Münch. med. Wochenschr. № 48, 1902).

269. (wb). Serum Truneczek'a.

Cosma stosował podskórnie wstrzykiwania z surowicy Truneczek'a przy leczeniu kilku przypadków miażdżycy. Podczas takiego sposobu leczenia zauważył, że wstrzykiwania te prawie, wcale nie oddziaływały na sam przebieg choroby, tylko znacznie się polepszały objawy nerwowe, które często idą ręką w rękę z miażdżycą, jako to, bicie serca, bezsenność, utrudnienie oddechu, zawroty głowy etc. Na podstawie tego autor wypróbował te wstrzykiwania i przy innych swoistych chorobach nerwowych, jak neurastenii, jako też i w objawach nerwowych, towarzyszących pellagrze, niedokrwiłości i innym podobnym chorobom. Osiągnął on dobre wyniki. Waga

chorych powiększała się, objawy nerwowe najrozmaitsze polepszyły się już po 10 wstrzykiwaniach i zniknęły zupełnie po następnych 10—20 wstrzykiwaniach. (Spitalul 1903, № 4—5).

270. (wb) Subcutin.

Jest to środek znieczulający, należący do grupy soli anaesthetyki i nadający się do podskórnych wstrzykiwań. Jest to biały krystaliczny proszek, rozpuszczający się w 1% w zimnej wodzie, a przy temperaturze ciała ludzkiego 2,5%. Położony na język albo w roztworze, znieczula, nie zmienia się przy gotowaniu i dobrze się utrzymuje w roztworze. Nie jadowity i działanie trwa do 20 minut jak przy kokainie. Używał go Ritsert jako roztwór 1% do płynu Schleicha:

Rp. Subentini 1,0.

Natr. chlorati 0,7.

Aq. destill. 100,0.

Znieczulenie następowało natychmiast, w głębszych zaś częściach po 2—3 minutach. Czasami tylko na 1—2 dni zostawał obrzęk, który zniknął bez bólów. Dobrze działa subcutin przy znieczuleniu pęcherza. Używa go się jak kokainy, przed którą ma tę zaletę, że jest nie jadowity i dlatego powinien być gorąco zalecany. (Münch. med. Wochenschr. 1903, № 20).

V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

(Z Tow. Lek. Niemieckich).

271. K. Katholicky przedstawił młodego człowieka dotkniętego rozległym *chloniconaczyniakiem* (lymphangioma) *lewego przedramienia*. Guz ten od kilku lat rozwijał się stopniowo i obecnie zaj-

muje całą dłoń i przedramię; tkanka podskórna, ścięgna, mięśnie i kości uległy zanikowi; wiele członków palców i kości napięstkowych znikło zupełnie. Przy dotykaniu zajęta część ręki czyni wrażenie gąbki; przez podniesienie ręki guz opróżnia się ze swej zawartości. Skóra, pokrywająca guz, jest przezroczysta. (Gesell. d. Aerzte in Wien 27/II).

272. Prof. Zeissl przedstawił 2 chorych, których leczył atoksylem (Metarsensäureanilid) z powodu anemii. Jeden z chorych cierpiał na acne vulgaris, drugi był syfilitykiem. Z. zastrzykiwał do mięśni pośladowych 20% roztwór atoksylu, rozpoczynając od 0,2 ctm.³, tak, że piątego dnia zastrzyknął 1 ctm. sześć. Następnie zastrzykiwania powtarzały się co drugi dzień w ilości 1 ctm. sześć. Z. ani razu nie zauważył objawów zatrucia, ani też innych ubocznych powikłań. Wogóle, metodę tę stosował w 15 przypadkach (psoriasis vulgaris, bezkrwistość w syfilisie, Lichen ruber i t. p.). Środek ten usuwa, jak wogóle wszelkie przetwory arsenu, łuszczycę i liszaj czerwony i oddziaływa wzmacniająco na organizm. Jeden z przedstawianych chorych w ciągu 14 dni przybrał na wadze 1½ kg., drugi w ciągu 16 dni 3 kg. Z. zaleca atoksyl dla osób anemicznych, jako środek wybitnie wzmacniający i wzmagający łaknienie.

273. Następnie prof. Zeissl omawiał przypadek pomyślnego wyleczenia przymiotu za pomocą lawatyw z jodku sodu, gdyż chory po przyjęciu przetworów rtęci lub jodu dostawał gwałtownych bólów. Wchłanianie tą drogą następuje bardzo szybko; po upływie kwadransa można wykazać obecność jodu w ślinie.

274. Türk przedstawił dwunastoletnią dziewczynkę z wrodzonymi torbielami nerek i wątroby. Od urodzenia dziecko cierpi na zaburzenia żołądkowe, szczególnie po spożyciu pokarmów węglowodanowych; w ostatnich czasach dołączyły się bóle w brzuchu przy ruchach, brak łaknienia, obrzęki i wychudnięcie. Badanie wykazuje duży miękki guz w okolicy wątroby i obustronne guzy w okolicy nerek; w moczu znajduje się nukleoalbumina, walczki szkliste i części składowe krwi. Za pomocą przekłucia wydobyto z guza wątrobowego tylko krew. (Gesell. f. innere Med. in Wien 26/II).

275. Friedjung przedstawił 3 przypadki dziecięcej histeryi. Objawy: napadu bólu w dołku, brak odruchu gardzielowego, objaw jajnikowy, nadezulość powłok brzusznych, wrażliwość na ucisk wyrostków kręgowych w górnej części. Objawy te ustąpiły po zastosowaniu leczenia suggestyjnego.

276. Spiegler przedstawił przypadek nabłoniaka nosa, nabłoniaka, dającego wrażenie twardzieli. (Gesell. d. Aerzte in Wien 6/III).

277. Doc. Koschier przedstawił przypadek długotrwałego wyleczenia mięsaka krtani. Guz, opatrzony szypułą, był umiejscowiony u podstawy nagłośni i miał wygląd włókniaka. K. usunął go przed 5½ laty za pomocą gorącej pętli; badanie drobnovidzowe wykazało mięsaka alweolarnego. (Gesell. d. Aerzte in Wien 20/III).

278. Reichl na podstawie dużego materiału dochodzi do wniosku, że, co się tyczy obarczenia dziedzicznego w gruźlicy płuc, to nie ulega wątpliwości, iż trzecia część dzieci rodziców gruźliczych

zapada na suchoty. Pod tym względem ma doniosłe znaczenie nie tyle sama dziedziczność, ile zakażenie przez obcowanie z chorymi rodzicami. (Aerztl. Ver. in Hamburg 13/I).

279. Ewald przytacza 3 przypadki historycznej autosugesty u dzieci. Dziewięcioletni chłopiec, który stale utrzymywał, że połknął kostkę kurczęcia, został wyleczony drogą pozornej operacji: dokonano cięcia skór nego, które zaszyto dwoma szwami. U innego dziecka bóle w okolicy ślepej kiszki ustąpiły zupełnie, gdy otoczenie przez dłuższy czas nie zwracało uwagi na skargi chorego. Chłopiec ośmioletni cierpiał stale na wymioty po każdym jedzeniu; wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu ławatyw odżywczych i elektryzacji powłok brzusznych. (Hufeland. Ges. zu Berlin. 22/I).

280. Lewin przedstawił chorą z samodzielnem wyleczeniem gruźlicy pęcherza i nerek. Prawa nerka była powiększona i napewno zajęta cierpieniem, lewa zaś prawdopodobnie również była nie dotknięta. W moczu wykrywano w dużej ilości białko i laseczniki gruźlicze. Ponieważ nie było wskazań do zabiegu chirurgicznego, chorej zalecono wzmacniające odżywianie i miejscowe przemywania roztworem sublimatu. Po 8-miu miesiącach w moczu nie wykryto laseczników. Chora klinicznie wydaje się zdrową, przybrała na wadze i może zatrzymywać moczu w ciągu 2 godzin, gdy poprzednio musiała go oddawać co 10 minut (Ver. f. inn. Med. Berlin 2/II).

281. Hansemann nazywa gruźlicą pokarmową (Fütterungstuberculose) tę postać gruźlicy, w której na podstawie badania należy przypuszczać, że zakażenie nastąpiło wyłącznie na drodze trawiennej. W ciągu 7 lat H. zebrał 25 podobnych przypadków, w których gruźlica była ograniczona bądź tylko do kiszki, bądź też rozwinęła się również i w gruczołach krezkowych i otrzewny. W niektórych przypadkach wykryto gruźlicę i w innych narządach, które nie mogą być uważane za drogi wtargnięcia zarazka (opłucna przy zdrowych płucach, osierdzie), albo też dotknięte były sprawą takie narządy, które zwykle są siedliskiem gruźlicy, lecz zmiany w nich były świeże, podczas gdy w kiszki cierpienie datowało się oddawna. Przypadki te dowodzą, że gruźlica pokarmowa nigdy nie prowadzi do suchot płucnych; pierwotna gruźlica kiszki może się wyleczyć samodzielnie. (Berlin. med. Ges. 4/II).

282. Schaedel drogą doświadczeń na zwierzętach przekonał się, że chlorek barytu jest środkiem nasercowym; działając bezpośrednio na mięsień sercowy, zmniejsza ilość uderzeń puls i wzmacnia ciśnienie krwi. Podawany człowiekowi w dawkach po 0,01—0,05 dwa razy dziennie, wywołuje te same objawy. Środek ten, stosowany w niedostateczności zastawek aorty, zwyrodnienia mięśnia sercowego, dusznicy sercowej i tachykardji, dał bardzo dobre wyniki nawet w tych przypadkach, w których zawiodła naparstnica. (Ver. f. inn. Med. in Berlin. 16/II).

283. Kraus, robiąc doświadczenia na myszach, doszedł do wniosku, że przy moczówce florydzynowej zawartość leucyny w ustroju zmienia się. Ztąd przypuszcza, że leucyna jest pierwiastkiem, wiążą-

cym węglowodany z ciałami proteinowymi, i gra pośrednią rolę w tworzeniu się cukru z białka. (Ver. f. inn. Med. in Berlin. 16/II).

284. H e n n e b e r g spostrzegł przypadek myosis u 20-letniej opuszczonej obłąkanej dziewczyny. Chora, zdrewniała z brudu, miała koltun i wszy, na owłosionej części głowy roily się robaki, które po części wtargnęły głęboko w skórę. Dziewczyna zmarła wskutek gnilnego zakażenia (sepsis), spowodowanego głęboką pryszczycą, którą wywołały robaki. Przekonano się, że robaki te należały do rodziny bardzo rozpowszechnionych much—*Lucilia caesar*. (Berlin. med. Ges. 18/II).

285. B o r c h a r d t utrzymuje, że noga szpotawa może powstać samodzielnie i wtórnie. W drugim przypadku za przyczynę należy uważać zmniejszenie pojemności jamy macicy, zaciśnięcie pępowiny i t. p. Że pierwotnie zniekształcenie to może powstawać, dowodzi dziedziczenie stopy szpotawej. B. przedstawił 3 siostry z obustronną szpotawością stóp; ojciec ich również jest szpotawy. (Berlin. med. Ges. 25/II). T. B.

VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Protokół zwyczajnego posiedz. Lub. Tow. Lekarsk. z d 4/XII 1902.

1. Kol. D o b r u c k i przedstawił przypadek obustronnego wola, operowanego sposobem Mikulicza. Przypadek dotyczył 20-letniej dziewczyny z okolic Łęczny. Cięcie Kochera (*Kragenschnitt*)—po zwichnięciu wola ze strony prawej podwiązanie tętnicy tarczowej górnej, klinowe wycięcie wola mięszonego, zeszytie brzegów kikuta, następnie przecięcie isthmus, wydobyte wola ze strony lewej, podwiązanie tętnicy tarczowej górnej lewej i także wycięcie. Zeszytie skóry z przedrenowaniem gazą jodoformową w najniższym miejscu. Zagojenie przez rychłozrost z niewielkim odczynem w dolnej części rany.

(*Streszcz. własne*).

2. Tenże przedstawił chorego, wyleczonego zabiegiem krwawym (laparotomia) ze skrętu esicy (*Volvulus flexurae sigmoideae*).

Marcin P., 70-letni włościanin z powiatu Lubartowskiego, zawsze był zdrowy. W lecie po zjedzeniu dużej ilości gruszek poczuł bardzo gwałtowny ból w brzuchu, co trwało dwa dni, poczem zupełnie wyzdrowiał. Oprócz tego nigdy nie doznawał żadnych zaburzeń ze strony kanału pokarmowego.

16-go zeszłego miesiąca o godz. 9 rano nagle, wśród zupełnego zdrowia, doznał bardzo gwałtownego bólu w brzuchu, przeważnie dołem ze strony lewej. Wymiotów nie miał wcale, lecz bardzo częste odbijanie.

18-go przybył do szpitala św. Wincentego z obrzymiem wzdęciem brzucha, z objawami daleko posuniętej zapaści, facies hippocratica, tętno słabe 110, równe. Ani stolca, ani wiatrów nie było od początku

choroby. Serce i płuca zdrowe. Brzuch bardzo wzdęty, bolesny przy dotykaniu. Wzdęcie brzucha nie równomierne, znacznie więcej wzdęta strona lewa, ruchu robaczkowego kiszki nigdzie nie widać. Przy obmacywaniu wyczuwamy bardzo wyraźnie mocno rozszerzoną kiszkę, wypełniającą całe podbrzusze lewe, idącą poprzecznie nad pępkiem ku stronie prawej. Opukiwanie stwierdza na całej przestrzeni wymacywanej kiszki jeden i ten sam odgłos bębnowy, różniący się swoim tonem od odgłosu bębnowego pozostałej części brzucha (Lokalmeteorismus v. Wahl).

Rozpoznanie: Skręt esicy.

W śpieniu chloroformem 18-go przystąpił D. do operacji. Cięcie w linii środkowej (z wycięciem pępka). Po otwarciu otrzewny wylała się niewielka ilość przezroczystego płynu, a za nim w ranę wskoczyła poprzecznicą olbrzymio rozszerzona, 20 cm. w przecięciu mająca. Po wydobyciu na zewnątrz poprzecznicy, widzimy rozdęcie wstępniczy i kiszki ślepej, nieznaczne rozszerzenie dolnej części kiszki cienkiej (ileum), pozatem jelita puste i zupełnie spadnięte. Po wydobyciu mocno rozszerzonej esicy przedstawił się obraz zawiązanego węzła pomiędzy esicą a pętlą kiszek cienkich; ostatnia, ułożywszy się przed esicą, okręca ją blisko podstawy, poniżej węzła kiszka gruba zupełnie pusta. Po rozwiązaniu węzła, przez zgłębnik, włożony do odbytnicy, w tej chwili odeszła ogromna ilość gazów i płynnego kału. Wzdęcie brzucha zaczęło się zmniejszać i wtedy dopiero zauważono stopniowe napełnianie się gazami kiszek cienkich. Krezka esicy przedstawia się zmienioną, w wielu miejscach smugi bliznowate, zwięzające krezkę, a tem samem zbliżające oba ramiona esicy do tego stopnia, że te leżą obok siebie zupełnie równolegle.

Po zreponowaniu trzewiów, trzema szwami umocowano esicę do otrzewny ościennej, a następnie ranę zeszyto 2 piętrowym szwem (głębokie szwy, chwytające wszystkie warstwy oprócz skóry szwem węzełkowym z silkwormgut, drugie piętro—szew kuśnierski przekładany z jedwabiu na skórę). W nocy i przez cały następny dzień po operacji obfite stolce, stan ogólny doskonały, bezgorączkowy. Rana zagoiła się przez rychłozrost bez najmniejszego odczynu, a po 4 tygodniach chory wypisał się ze szpitala zupełnie zdrow.

(Str. własne).

3. Czerwiński przedstawił przypadek rozmiękczenia kości miednicy (osteomalacia) u 28-letniej wieloródki. M. S. rodziła 4 razy: I-szy poród odbyła bardzo lekko (trwał 3 godziny); drugi i trzeci trwały nieco dłużej. Ostatni poród przed rokiem był ciężki i trwał więcej niż dobę. Od połowy ostatniej ciąży zauważyła trudność przy chodzeniu, zjawiły się bóle w kościach miednicy. Stan ten w czasie karmienia, które trwa do dzisiejszego dnia, stopniowo pogarszał się tak, że obecnie chora niechętnie porusza się. Chora wzrosła nieco mniej niż średniego, niedokrwista. Na pierwszy rzut oka widzimy, że tułów jest nieproporcjonalnie krótki, chód charakterystyczny—„kaczy“. Wymiary miednicy: Dist. Sp. 25¹/₂, Cr. 27¹/₂, Troch. 28¹/₂ (!). Conj. externa 20, Conj. diagonal. 9. Kości miednicy tak przy ucisku z zewnątrz, jak i od strony pochwy bolesne przy dotyku. Wejście do

miednicy zwięzione: odległość między zstępującymi gałęziami kości łonowej znacznie zmniejszona—dwa palce w poprzecznym kierunku z bólem tylko dają się wprowadzić do pochwy. Chorej zabroniono karmić dłużej dziecko i polecono słone kąpiele i fosfor, ewentualnie kastrację.

4. Tenże przedstawił preparat macicy z rakowato zwyrodniałą szyjką—macicę usunięto drogą zabiegu pochwowego (extirpatio vaginalis).

5. Tenże przedstawił rzadki okaz nieprawidłowego łożyska, wydobytego po poronieniu, które nastąpiło w przebiegu tyfusu brzuszkiego, przy współistnieniu chronicznego zapalenia nerek. Łożysko to (okres ciąży około 3-ch miesięcy) przedstawia się jako twór kulisty, wielkości średniej pomarańczy, nieco spłaszczony z jednej strony; ta spłaszczona powierzchnia odpowiada stronie przyczepu do macicy. Na przekroju, przeprowadzonym przez całą grubość od strony płodowej do podstawy, nie znajdujemy wcale utkania, właściwego dla łożyska—przekrój wygląda zupełnie jak przekrój wątroby, z tą różnicą, że widzimy tu koncentryczne warstwy—jaśniejsze i ciemniejsze. Tylko badanie mikroskopowe mogłoby należycie wyjaśnić zmiany patologiczne, jakim uległ przedstawiony preparat. Referent przypuszcza, że mamy tu do czynienia z opisywaną częścią w ostatnich latach chorob łożyska—placentalis fibrosa, która zależną być może od choroby nerek.

6. Tenże przedstawił mięśniak podśluzowy macicy, którego usunięcie drogą pochwowego zabiegu dało powód do niezwykle obfitego w tych przypadkach krwawienia.

A. Z. w wieku 60 lat, od 8-miu lat nie miała peryodów. Rodziła 9 razy; ostatni przed 24 laty. Zgłosiła się do szpitala św. Wincentego z powodu „wypadnięcia macicy“, które zauważyła przed 2 laty; przed kilkoma tygodniami pokazała się z pochwy obfita krwawa wydzielina. Chora słabo odżywiana, wzrostu wysokiego, nieco niedokrwista. Przy oględzinach zewnętrznych widzimy w szparze sromowej guz, pokryty błoną śluzową sinawego koloru. Wystająca część guza z formy swojej przypomina zupełnie dno znacznie powiększonej macicy. Przy badaniu palcem przez pochwę nie udaje się na razie dojść do podstawy guza, który wypełniał całą pochwę. Pomimo podatności powłok brzusznych nigdzie nie można było wyczuć macicy. Na razie wszystkie dane badania przemawiały za rozpoznaniem wycięcia macicy. Przy powtórnym badaniu, dokonaniem na drugi dzień w obecności kol. Dobruciego, ujęto wystającą nazewnątrz część guza kleszczykami i ściągnięto cały guz silnie ku dołowi; wówczas końcem palca udało się dojść do podstawy guza, szerokości 1-go ctm: i badającym palcem, przy bardzo nieznacznym ucisku, oddzielić go od takowej na tępo. Po usunięciu guza pochwę przemyto roztworem lyzolu (krwawienie przy tem bardzo nieznaczne), poczem chora z salki opatrunkowej sama przeszła na łóżko. Guz okazał się dużym bardzo mięśniakiem (wielkości główki nowonarodzonego) podśluzowym. W niespełna kwadrans po tym zabiegu z sali dano znać, że chora mdłuje. Cz. zastał chorą prawie bez pulsu, broczącą w krwi. Przeniesiono ją natychmiast na salę operacyjną i po założeniu łyżek

Simona, szybkim osuszaniu pochwy wacikami (krwawienie było ciągle bardzo obfite) dopatrzono w miejscu, od którego guz był odłączony strzykanie z dużej dość tętnicy, którą natychmiast ujęto Peanem i podwiązano; ścianka jednak naczynia była tak kruchą, że podwiązka przecięła ją i krwawienie wróciło z dawną siłą. Ująć tętnicy powtórnie Peanem nie udało się i trzeba było zastosować obklucie, które krwotok całkowicie zatrzymało. Przy badaniu dokonane w tydzień potem okazało się, że miejscem przyczepu guza była prawa ściana szyjki macicznej, że sama macica jest wielkości ziarna bobu i że chora ma wszelkie objawy miażdżycowego zwyrodnienia tętnic. Ostatnia okoliczność w zupełności tłumaczy łatwość rozerwania palcem dość dużej tętnicy i groźne rozmiary, jakie w danym przypadku przyjęło krwawienie; w zwykłych bowiem przypadkach bez żadnej obawy przecinamy nóżkę t. zw. polipa, nie nakładając na nią podwiązki—krwawienie bywa nie nieznaczące. Jak widać jednak z przytoczonego opisu, u osobników starych należałoby w każdym razie zwrócić uwagę na stan tętnic.

7. Kol. Jaczewski przedstawił chorą ze zwyrodnieniami zależnymi od dziedzicznego syfilisu.

Marya K., lat 14, przybyła do szpitala św. Józefa, uskarżając się na katar nosa, trwający jakoby już od lat dwóch. Dotychczas oprócz kataru nosa dopiero co wspomnianego nie podlegała żadnym chorobom. Chodzić zaczęła w 2-jej połowie 2-go roku życia; o czasie, kiedy mówić zaczęła, nie może nic dokładnego powiedzieć, jest najstarszą z rodziny, ma jedną siostrę lat 8 i dwóch braci 5-io i 6-io letniego—wszyscy są zdrowi i dotychczas na żadne „wyrzuty“ nigdy nie chorowali. Chora miała 2 siostry: starszą i młodszą od siebie—obie zmarły wkrótce po urodzeniu z chorób niewiadomych.

Ojciec chorej zaraził się kiłą na lat kilka przed ożenieniem się. Żony, jakoby, nie zaraził—leczył się kilkakrotnie wcierkami i KaJ, od lat paru ma katar nosa, w czasie którego niejednokrotnie spostrzegł w wydzielinie kawałeczki kości. Badany obecnie przedstawia: perforatio septi, defectus concharum inferiorum bilateralis, ozaena.

St. praes. Chora wzrostu średniego, odżywiano miernie, skóra brudno biała, bez blizn, elastyczna, gruczoły limfatyczne nie powiększone. Sutki nie rozwinięte, mons veneris nie owłosiony.

Narządy oddechania i krążenia zmian nie przedstawiają. Wątroba i śledziona nie macalne, apetyt umiarkowany, stolce prawidłowe. Mocz składników nieprawidłowych nie zawiera.

Dotychczas nie miesiączkowała.

Czaszka nieproporcjonalnie mała, spłaszczona w kierunku poprzecznym, przypomina defigurowane czaszki acteków.

Wymiary ciała i czaszki chorej różnią się bardzo od wymiarów osobnika pochodzącego z rodziny zdrowej, jak to widać z liczb umieszczonych obok w nawiasie, oczywiście, dla porównania, wybrano również co do wieku i wzrostu.

Wzrost 155 (155). Siąg 161 (155). Wysokość tułowia z głową 78 (83). Wysokość w pozycji klęczącej 115 (117). Największa długość głowy 160 (177,5). Największa szerokość głowy 132,5 (140).

Szerokość potylicy 110 (127,5). Wysokość czoła 60 (60). Szerokość czoła 100 (100). Szerokość zewnętrzna oczodołów 95 (97,5). Szerokość największa twarzy 117,5 (125). Długość twarzy 115 (117,5). Szerokość szczęki dolnej 97,5 (97,5). Obwód głowy 495 (555).

Zęby nie przedstawiają ani nadżerek, ani też bruzd, ale naogół są o wiele mniejsze.

W jamie nosowej zmian nie znaleziono, co najwyżej można by mówić o pewnym zmniejszeniu muszli nosowych dolnych—ale nie wykryto nigdzie ani nadżerek, ani owrzodzeń mimo kilkakrotnego badania. Zatok nosowych nie badano.

W przypadku niniejszym zmiany dystroficzne umiejscowiły się, jak to widać z opisu, niemal wyłącznie w pewnych odcinkach systemu kostnego, a więc w czaszce i zębach, powodując ich niedorozwój z jednej strony, a nieproporcjonalne wydłużenie kończyn z drugiej.

Nasza chora nie miała dotychczas peryodów. O ile brak miesiączki w tym wieku może być jeszcze w granicach normy, to, gdybyśmy chcieli uważać go już za chorobę, to należałoby różniczkować, czy brak ten przypisać ogólnej dystrofii, czy też czynić zależnym od jakichś nieprawidłowości resp. niedorozwoju organów rodzajnych wewnętrznych, o czem, rzecz prosta, bez badania specjalnego powiedzieć nie możemy.

8. Majewski przedstawił przypadek wola mięszonego, operowany sposobem Mikulicza.

Stanisław K., lat 15, z Minkowie, u którego po podwiązaniu naczyń tarczycowych górnych i przewiązaniu przesmyka—wyciął pod Schleichem sposobem Mikulicza boczne płaty wola (*resectio strumatis*). Wole dochodziło wielkości głowy dziecka; powstało od lat 3-ich; od $\frac{1}{2}$ roku dawało objawy duszności. Zagojenie przez rychłozrost.

9. Tenże opisał przypadek wgłobienia kiszki ślepej, odgłobieniem wyleczony.

Mikołaj S., lat 28, z Portowie pod Nałgewiem, d. 18 czerwca 1902 r. nagle bez widocznej przyczyny dostał gwałtownych bólów brzucha, połączonych z wymiotami i krwawą biegunką; wymioty i biegunka wkrótce ustąpiły; pozostały jednak ciągłe kruczenia i przelewania się w brzuchu przy względem zamknięciu światła kiszek, gdyż stolcebywały rzadko i w bardzo małych ilościach; w stanie takim dnia 25 czerwca—w 8-m dniu chory przybył do szpitala św. Wincentego. Badanie wykazało: chory wzrostu średniego, budowy dość silnej. Brzuch jednostajnie wzdęty; w prawem podżebrzu w linii siatkowej guz wielkości gęsiego jaja, okrągławy, twardy, za dotknięciem nieco bolesny, odgłos nad guzem bębnowy; guz ten przy poruszaniu łatwo przesuwiał się zarówno na prawo, jak i ku dołowi; po za pepek jednakże nie schodził, gdyż napinający się wtedy w głębi otrzewny sznur ściągał go znowu w prawe podżebrze. Wobec tych danych, opierając się na tem, że opisane obrzmienie odpowiadało położeniu okrężnicy poprzecznej, dalej—na podstawie ruchomości guza, luźnego jego łączności z narządami prawego podżebrza (lig. hepato-coelicu) wypuku nad nim bębnowego i charakterystycznych kruczeń rozpoznano wgłobienie jelita ślepego (*invaginatio ileo-coecalis*); na zapropono-

nowany mu zabieg chory się nie zgodził, gdy po zastosowaniu opiatów i lawatyw przyszedł stolec normalny i bóle uspokoiły się—wypisał się po tygodniowym pobyciu w szpitalu—z przepowiednią wszakże lekarską, że po paru tygodniach choroba znów się obostrzy i wrócić do operacji będzie jednak musiał, i rzeczywiście, d. 14 lipca chory zapisał się znów do szpitala, gdy po przybyciu do domu i po przejściu na zwykłą chłopską strawę dostał powtórnych gwałtownych bólów brzucha, krwawej biegunki. Badanie wykazało, że guz powiększył się znacznie i przybrał kształt podłużny, kielbasowaty; guz ten był ruchomy, zbitości dość miękkiej, elastyczny bez objawów chęłbotania, nieco bolesny; przy obmacywaniu guza występowały wzmożone ruchy robaczkowe, przyczem pętle jelita mocno napięte rysowały się wyraźnie poprzez powłoki brzuszne; równocześnie słychać było charakterystyczne kruczenie i przelewanie się w brzuchu; wobec tego d. 16 lipca — w miesiąc od początku choroby M. zrobił mu przy łaskawym współudziale kol. Dobruckiego i kol. szpitalnych laparotomię, przyczem okazało się, że znaczna część jelita biodrowego wraz z jelitem ślepem w długości razem około metra była wgłobiona w jelito grube. Zrosty kiszki były słabe i świeże, tak, że już to przez pociąganie, już to przez ucisk udało się jelito napowrót wyciągnąć i prawidłowo ułożyć; surowicza kiszki w wielu miejscach popękała; na miejsca te i na miejsce odpowiadające początkowi wgłobienia nałożone zostały szwy Lemberta. Przebieg choroby pooperacyjny był prawidłowy, bezgorączkowy; rana zagoiła się przez rychłozrost bez odczynu miejscowego; pierwszy stolec ukazał się 5 dnia, a w d. 10-ym sierpnia chory opuścił szpital jako zupełnie uleczoney.

(Autoreferat).

10. Kol. R u d z k i odczytał pracę swoją o cukrzycy trzustkowej; w dyskusji nad tym odczytem zabierali głos: Ch o d z k o, Dobrucki, D z i e w i s z e k i J a r n u s z k i e w i e z. Kol. Dobrucki m. in. zaznacza możność wyczuwania guzów trzustki (torbiel krwawa), a mianowicie przy powiększaniu się guza może on być wyczuwalny bardzo powierzchownie pod powłokami. Guz trzustki może się przedostać bądź nad żołądek, bądź pomiędzy żołądek i poprzecznicę, wypuklając przed sobą lig. gastrocolicum i omentum, bądź też może, podniosłszy colon transversum i omentum, znacznie niżej zbliżyć się do przedniej powierzchni brzucha.

(Autor.)

11. Kol. J a w o r o w s k i zawiadamia, że Lub. Tow. Dobroczynności, wobec masy zobowiązań społecznych, daje prawie że odmowną odpowiedź w sprawie udziału swojego w utworzeniu w Lublinie szpitalika dziecięcego, prosi jednak o wyraźne określenie sumy, potrzebnej na ten cel. Dyskusję nad sprawą szpitala dziecięcego postanowiono przeprowadzić na oddzielnem nadzwyczajnem posiedzeniu.

12. Prezes zawiadamia, że kol. Dobrucki ofiarował dla biblioteki Towarzystwa 7 roczników Centralblatt f. innere Medicin, za co w imieniu zebranych dziękuje ofiarodawcy.

13. Kol. D o b r u c k i zawiadamia zebranych, że w każdą Niedzielę o godz. 11-jej rano ma zamiar urządzać w szpitalu św. Wincentego konferencyę, na które chętnych kolegów zaprasza; nadmienia

także, że wykończono już nową salę operacyjną w tym szpitalu i obecnie jest ona do obejrzenia.

Sekretarz *Czesław Czerwiński*.

Protokół zwyczaj. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 18/XII 1902.

1. Kol. Jaczewski przedstawił chorego z *tuberculosis miliaris ani et recti*.

Chory lat 34, rolnik, zapisał się do szpitala św. Józefa z powodu owrzodzenia in ano, trwającego już od kilku miesięcy.

Chory pochodzi z rodziny zdrowej, przed laty 5 chorował na zapalenie płuca i opłucny po stronie prawej. Choroba trwała około 2 miesięcy i od tego czasu pozostał „suchy” kaszel, do którego przyłącza się od czasu do czasu ból w prawym boku, szybko jednak przemijający po użyciu przyszczydeł, ciepłych okładów lub też ciepłych baniek. Krwią chory nigdy nie pluł. W m. kwietniu r. b. po raz 1-szy chory odczuwać począł małego stopnia ból przy oddawaniu stolca, z tego powodu zasięgnął rady lekarza. Gdy jednak przepisane środki ulgi mu nie sprawiły, wstąpił do szpitala św. Józefa.

St. praes. Chory wzrostu średniego, zbudowany prawidłowo, odżywiony dobrze, nie gorączkuje, tętno 72 na minutę—prawidłowe, pełne, skóra biała, na prawej połowie klatki piersiowej ślady baniek ciepłych. Przy opukiwaniu odgłos stłumiony pod prawą łopatką, oddech w tem miejscu znacznie osłabiony. Na pozostałej przestrzeni klatki piersiowej zmian wypukowych i wysłuchowych niema. Płwocina skąpa, śluzo ropna; laseczników, mimo kilkakrotnego badania, w niej nie znaleziono. W innych narządach zmian nie wykryto. Stolce raz na dzień. Defaecatio nieco bolesna. Część przednia skóry ani oraz śluzowa recti wgląd na przestrzeni mniej więcej 2 ctm., co widać po rozciągnięciu fałd i rzyci, zajęta przez owrzodzenie płaskie, nieprawidłowej formy o brzegach ostro obciętych, niepodminowanych, krętych, ząbkowatych, sino-czerwonego koloru. Dno owrzodzenia nierówne, miejscami zwłaszcza u brzegów widać nieliczne żółtawe koloru ziarenka. Wydzielina skąpa śluzoropna, zawiera charakterystycznie barwiące się laseczniki gruźlicze.

Rozpoznanie gruźlicy ani et recti nie ulega kwestyonowaniu wobec znalezienia laseczników w wydzielinie owrzodzenia. Brak zaburzeń jakichkolwiek ze strony przewodu pokarmowego wyłącza zakażenie tą drogą—zdaje się więc koniecznem przypuścić, iż infectio nastąpiło przez przeniesienie zarazka z zewnątrz; najprawdopodobniej przez płwocinę przez samego chorego w okresie zaostżenia się sprawy chorobowej w płucach.

(*Str. własne*).

2. Tenże przedstawia chorego z przypuszczalną syryngomyelią.

A. K., wieśniak, lat 31, przybył do szpitala św. Józefa z powodu częstego pękania skóry na dłoni prawej kończyny górnej.

Chory zawsze był zdrow, służył wojskowo. Choroba obecna datuje się już od lat paru i rozpoczęła się bez widocznej przyczyny osłabieniem całej kończyny górnej prawej coraz bardziej się wzmagającym; powiększanie się ręki prawej i trudniejsze posługiwanie się

nią przy ruchach subtelniejszych zauważył chory od roku, do czego wreszcie przyłączyło się pęknięcie skóry bardzo bolesne na dłoni.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywianie dobre. Żrenica i naczyniówka oka prawego rozszczepione w odcinku dolnym—coloboma iridis et chorioideae oculi dextri. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono. Prawa kończyna górna zwichada się bezwładnie prawie u boku chorego niżej, aniżeli kończyna lewa. Mięśnie barku, ramienia i przedramienia strony prawej w stanie dużego zaniku, siła mięśniowa w ich obrębie bardzo mała. Główna kości ramieniowej łatwo wyczuwalna, dostępna wymacaniu, jak w zwichnięciu—luxatio subcoracoidea, ruchy czynne w stawie barkowym całkowicie zniesione, ruchy bierne możliwe we wszystkich kierunkach w tym stopniu i zakresie, jak to ma miejsce w zwichnięciu, gdy chory znajduje się w głębokiej narkozie. Ręka in toto jakby obrzmiała, zwłaszcza na stronie grzbietowej, przy ucisku nie tworzy się dołek, palce na pół zgięte (Main succulente-Marinesco), skóra na powierzchni dłoniowej ręki i palców przedstawia się jako skorupa rogowa, brudno-szara, przzerwana w liniach zgięcia dłoni przez rozpadliny, miejscami nawet około 1 ctm. głębokie, wypełnione surowiczokrwią wydzieliną, zasychającą gdzieś w strupy.

Na dotyk skóra dłoni jest szorstką i bardziej suchą. Ruchy palcami ograniczone, siła mięśniowa słaba. Czucie bólowe stosunkowo więcej upośledzone na ręce chorej, aniżeli czucie dotykowe, na przedramieniu i ramieniu jedno i drugie nieco osłabione; czucie temperatury całkiem zniesione na całej kończynie chorej. Na kończynie górnej lewej zmian wyraźnych niema. Na kończynach dolnych zmysł dotyku i bólu bez zmiany, czucie termiczne upośledzone. Chód chorego jest powolny z pewnem jakoby powłóceniem kończyny prawej. Zmian w sile mięśni kończyn nie zauważono. Rozpoznano wobec objawów dopiero co wspomnianych syringomyeliam in parte superiori medullae spinalis. Przypadek niniejszy zasługuje, zdaniem naszym, na uwagę ze względu na współczesne istnienie coloboma iridis et chorioideae a mianowicie dlatego, że dopiero co wymieniona wada rozwojowa bardzo dobrze „dopasować się“ daje do syringomyelii—choroby, której początek odnosi nauka dzisiaj również do życia płodowego. Lecz nie dość tego—współczesne wystąpienie colobomatis et syringomyeliae o tyle jeszcze należy uwzględnić, że jak jedno, tak i drugie zbroczenie zachodzą w jednym listku zarodkowym. *(Autoreferat).*

3. Kol. Dobrucki przedstawił chorą po dokonanej przez siebie gastrostomii z powodu zwężenia przełyku najprawdopodobniej pochodzenia rakowatego.

A. D., żona stróża, 50 lat licząca. Zameżna, dzieci ma żywych dwoje, troje zaś starszych zmarło wkrótce po przyjściu na świat. Nigdy nie chorowała. Przed 7 miesiącami chora zauważyła pewną trudność w połknięciu pokarmów stałych. Od 3 miesięcy żyje tylko płynami. W ciągu ostatnich dwóch tygodni przełykanie płynów stało się niemożliwym. Chora niezłej budowy, średniego wzrostu, ogromnie wycieńczona, zupełny brak tkanki tłuszczowej, mięśnie wiotkie, zanikłe, oczy wpadnięte, głos osłabiony, tętno bardzo słabe, lekkie obrzęki

kończyn dolnych. Waga 104 funty. Cera blada z żółtym odcieniem. Serec i płuca zdrowe.

Badanie przełyku wykazuje olbrzymie zwiężenie przy cardia, najcieńszym zgłębnikiem przejść się nie dające.

Wobec fatalnego stanu chorej zdecydował się D. zrobić gastrostomię.

10 grudnia przy miejscowem znieczuleniu Schleich'a dokonał operacji gastrostomii podług Witzela.

Obecnie upłynęło przeszło 3 tygodnie od operacji, chora wygląda daleko lepiej, przybyło jej 5 funtów wagi. Rana brzuszna koło drenu zagojona przez rychłozrost, obok rurki gumowej nie przedostaje się ani jedne krople zawartości żołądka. (Str. własne).

4. Kol. R u d z k i przedstawił chorą po zaccadzeniu, naśladowając mocznicę.

D. 7/XII 1902 r. przywieziono do szpitala św. Wincentego staruszkę 72-letnią, która poprzedniej nocy nagle straciła przytomność i miała napady ogólnych drgawek. Nic więcej z wywiadów niewiadomo.

Chora zupełnie nieprzytomna, nic nie mówi, na pytania nie odzijaływa, ruchów dowolnych nie robi; znieczulenie powłok zupełne.

Budowa i odżywienie bardzo dobre. Twarz sino-czerwona, jakby obrzmiała. Wargi sine. Żrenice równomiernie rozszerzone, na światło nie odzijaływa. Oddech głośny, chrapliwy, o charakterze Cheyne-Srokes'owskim. W kątach ust piana biała. Tętno napięte, 64 na minutę, prawidłowe. Serec rozszerzone, dźwięków nie slychać z powodu głośnego oddechu. Inne narządy wewnętrzne bez zmian. Na goleniach lekkie obrzęki. Przez cewnik wypuszczono około 100 ctm.³ moczu o c. g. 1020, o oddziaływaniu słabo kwaśnem; ślady białka (zagotowanie z kwasem octowym, kwas azotowy); podejrzenie śladów cukru (odeczyn Trommera: redukcya po dłuższem gotowaniu; odeczyn Nylandera: zabarwienie osadu na ciemno-popielato). Acetonu niema; odeczyn Gerhardt'a ujemny. Osad bez zmian.

Przypuszczalne rozpoznanie: mocznica. Rokowanie bardzo złe. Leczenie pobudzające. Ciepłota wieczorem 37,8° C.

D. 8/XII. Chora od rana zupełnie przytomna; siedzi; uskarża się tylko na ból głowy. Z opowiadania okazuje się, że chora zaccadziała: do wieczora 7/XII czuła się jaknajlepiej. Przed nocą była w wannie, opalanej drzewem; czuła swąd; po wyjściu z kąpieli poczuła silny ból głowy, „jak uderzenia młotem“; chodziła jeszcze pewien czas, otworzyła szyber; ból głowy jednak wzmagał się i straciła przytomność; odtąd nic nie pamięta.

(Druqa służąca też dostała silnego bólu głowy od swędu).

Stan chorej od 8/XII pozostaje zupełnie dobry. Bóle głowy stopniowo przeszły. Stolec prawidłowy. Ślady białka trzymały się 3 dni przy ciężarze gatunkowym moczu od 1015 do 1020 i braku zmian drobnowidzowych w centryfugowanym osadzie. Odeczyny na cukier były zupełnie ujemne. Ciepłota: 8/XII = 37,4—37,5; 9/XII = 37,1—37,3; później poniżej 37,0. Obrzęki po kilku dniach leżenia znikły zupełnie i prócz zmian miażdżycowych w tętnicach i serec, żadnych innych uchyleń od normy nie wykrywa się.

Nie odrzucając możliwości pewnych zmian w nerkach chorej, R. przypuszcza jednak, że powyższy obraz chorobowy zależał od zaccadzenia.

(Str. własne).

5. Kol. A. M a j e w s k i przedstawił przypadek zapalenia okołokątniczego, operacyjnie wyleczony (z przedstawieniem chorego).

Kazimierz D., rolnik z Mentowa pod Lublinem. Zapalenie wyrostka robaczkowego nie przechodził. W ciągu tygodnia czuł się niezdrów. W nocy nagle poczuł silne bóle w praćiu, zatrzymanie moczu, poczem przyszył dreszcze i ból w prawem podbrzuszu; po 3 dniach ból w podbrzuszu zmniejszył się, natomiast stwardniało prawe śródbrzusze. Codzieln rano—lekkie dreszcze. Wymiotów nie było; wypróżnień 2 w ciągu 5 dni. 5-go dnia choroby przybył do szpitala św. Wincentego.

Badanie wykazało. Osobnik lat 48 dobrze odżywiany, cera zwykła; język białawy; oczy podkrążone, nieco zapadłe; ciepłota—normalna; tętno—88.

W brzuchu nad prawym łukiem Pouparta niema ani stwardnienia, ani bolesności; wypuk dźwięczny; w prawem śródbrzuszu bolesne stwardnienie średnicy 5 ctm., brzegiem wewnętrznym na 8 ctm. odległe od pępka; skóra nad stwardnieniem niezmiennona, ruchoma; wypuk dźwięczny; zbitość guza sprężysta; chelbotania brak.

Ciepłota w ciągu pierwszych 5 dni pobytu w szpitalu w granicach 38^o,0—39^o,0. Szóstego dnia wstrząsający dreszcz; guz powiększył się ku górze ciepłota wieczorem spadła do 37^o,2; na drugi dzień znów się jednak podniosła do 38,0 i ponowiły się wstrząsające dreszcze, wobec czego M. przy współudziale kol. Dobruckiego i Tymiańskiego zrobił choremu laparotomię. Cięcie 10 ctm. w górnej części, równoległe do grzebienia kości biodrowej, w dolnej—ponad Poupartem leżące. Otrzewną przecięto w dolnej trzeciej części rany na przestrzeni około 3 ctm; palec wprowadzony do niej po ścianie talerza biodrowego wyczuł obszerny guz poza kątnicą płasko usadowiony; wolnego wyrostka nie znaleziono; wobec tego otrzewną zaszyto i po przykryciu szwu gazą i po oddzieleniu w górnej części rany otrzewny od podstawy, odsłonięto tylną ścianę kątnicy i po przedarciu ścianki ropnia otworzono jego jamę, z kąd wylało się około stołowej łyżki mocno cuchnącej szarej ropy. Ranę wypełniono gazą. Na drugi dzień ciepłota spadła do normy; dalszy przebieg prawidłowy; obecnie chory jest na wyleczeniu.

(Autoreferat).

6. Sekretarz odczytuje wypracowany przez komisję biblioteczną regulamin dla tejże komisji. W dyskusji nad tym przedmiotem pierwszy zabiera głos kol. Biernacki i zaznacza, że regulamin ten wkracza w atrybucyę zarządu Towarzystwa i że przebija w nim myśl wytworzenia rządu w rządzie, co jest w najwyższym stopniu niepożądane. Towarzystwo nasze niema do tego czasu dla siebie regulaminu, co jest anomalia; wobec tego kol. Biernacki proponuje, aby nie przechodzić do dyskusji nad oddzielnymi ustępami regulaminu dla komisji Bibl., lecz odłożyć takową do czasu ułożenia regulaminu dla Towarzystwa. W dalszej dyskusji koledzy: Tołwiński, Czerwiński, Jaworowski i Dobrucki jednogłośnie zaznaczają,

że można przedyskutować regulamin dla k. Bibl. na dzisiejszem posiedzeniu, uznając jednocześnie, że koniecznem jest ułożenie regulaminu dla całego towarzystwa. Kol. Jaworowski proponuje, aby przed dalszą dyskusją odczytać zebrane przez Prezesa z protokółów lat zeszłych uchwały Towarzystwa, gdyż w nich może można będzie znaleźć wskazówki co do rozpatrywanej kwestyi. Zebrani przyjmują ten wniosek, poczem kol. Tołwiński odczytuje w chronologicznym porządku odnalezione przez siebie w protokołach posiedzeń uchwały.

Kol. Biernacki powtórnie zabiera głos i zaznacza, że w tylko co odczytanych uchwałach nie widać dążenia do wytworzenia jakiegokolwiek regulaminu. W dalszy ciąg treści dyskusyi było pytanie, czy zatwierdzić regulamin dla k. Bibl. na dzisiejszem posiedzeniu, czy też łącznie z regulaminem dla Towarzystwa. Po przemówieniach kol. Chodźko, Radomyskiego, Jaczewskiego, Dobruckiego i Czerwińskiego przewodniczący proponuje głosowanie, którego rezultatem była decyzja następującej treści: odłożyć szczegółową dyskusję nad regulaminem bibliotecznym do czasu ułożenia regulaminu dla Towarzystwa, w skład którego powinien wejść i regulamin dla k. bibliotecznej. Ułożenie tego ogólnego regulaminu zebrani powierzają zarządowi.

7. Prezes dziękuje kol. Jaworowskiemu za ofiarowane Towarzystwu 30 t. dzieł lekarskich.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

Protokół nadzwyczajn. posiedz. Tow. Lek. Lubelsk. z d. 22/XII 1902.

Celem posiedzenia było rostrzygnięcie pytania, w jaki sposób dojść do utworzenia w Lublinie szpitala dziecinnego, którego brak dotkliwie czuć się daje biednej klasie miejscowej ludności. Po dłuższej dyskusyi, w której poruszano kwestyę, czy lepiej byłoby utworzyć oddział dziecinnie przy jednym z istniejących w Lublinie szpitali, czy też zbudować zupełnie samodzielnie funkcyonujący szpital dziecinnie, jaką drogą uzyskać potrzebne środki materyalne, któreby dały możność w najkrótszym czasie urzeczywistnić ten cel, zebrani przyszedli do przekonania, że na wzór Łodzi, środki te można pozyskać jedynie drogą ofiar publicznych i stosownie do wysokości zebranej kwoty stworzyć ten lub inny typ szpitalika.

W tym celu zebranie upoważniło Zarząd do zwrócenia się do J. E. p. Gubernatora Lubelskiego z prośbą o udzielenie pozwolenia na zbieranie składek na budowę szpitala dziecinnego w Lublinie.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 czerwca 1903 r.

W drugim tomie „Albumu zasłużonych Polaków wieku XIX“ spotykamy sylwetki biograficzne dwóch znakomitych lekarzy: Józefa Dietla i Tytusa Chałubińskiego. Oba wyszły z pod pióra d-ra Józefa Grabowskiego. Prace te nie stanowią, może, rzeczy oryginalnej pod tym względem, że nie dodają nic nowego do istniejącego już materiału o życiu obu mężów, i na nim się wprost opierają.

Bo też autor kreśli tylko „zarysy biograficzne“, jak je sam nazywa, t. j. krótkie szkice, przeznaczone dla przekazania pamięci zasłużonych mężów wśród szerszych kół społeczeństwa, zwłaszcza generacji młodszych, do których już ustna tradycja mało co dochodzi.

Choć w „zarysie“, udało się jednak autorowi odtworzyć wiernie kontury i wszystkie rysy tych bogato i wielostronnie uposażonych natur oraz przedstawić ich tak płodną na różnych polach działalność: naukową i ogólną społeczną.

Znać, że autor, studyując życie tych ludzi wielkiego serca, umysłu i charakteru, żył się z nimi i uległ temu urokowi, jaki wywierali za życia na całe swe otoczenie. To też w portrety swe wlał tyle miłości i ciepła, że promieniają one z nich ku czytelnikowi i budzą w nim uczucie podziwu i czci pełnej sympatii dla tych wielkich zmarłych.

Każdy z zarysów ozdobiony jest dużego formatu podobizną. Sądzimy, że prace kol. Gr. o Dietlu i Chałubińskim znajdują sympatyczne przyjęcie zarówno wśród lekarzy, jak i w szerszych kołach; zwłaszcza dla młodzieży dorastającej przedstawienie takich 2 przykładów self-helpu w różnych stosunkach oraz takich zasług obywatelskich—mogą mieć wielce pouczające znaczenie. O. H.

—z— W ostatnim zeszyście daliśmy głos jednemu z kolegów w sprawie ordynatur szpitalnych. Sprawa ta wymaga szerszego i głębszego omówienia, niż mogło to być dokonane w polemicznych artykułach.

Zdaje się, że w danym razie obie strony mają pewną rację, i że jest punkt styczny, na którym mogłyby się zejść.

Nieunormowane dostatecznie stanowisko asystentów szpitalnych domaga się reformy, słuszną jest rzeczą, aby ktoś, pracując dla szpitala przez czas dłuższy, otrzymał bodaj ustalenie swego stanowiska, to też sądzimy, że mianowanie asystentów i innych lekarzy szpitalnych ordynatorami nadetatowymi szpitali jest słuszne i z punktu widzenia sprawiedliwości zasługuje na zupełne uznanie.

Co do konkursów, te również utrzymać by należało, ale tylko na posady etatowe, jak tego chce ustawa. Stawali by wtedy do konkursu ordynatorzy nadetatowi i wyjątkowo lekarze nieszpitalni.

Stanowisko ordynatorów nadetatowych dało by się uregulować w ten sposób, że byli by oni zastępcami oraz bezpośrednimi pomocnikami ordynatorów etatowych, od rad szpitalnych (zebranie lekarzy) zależało by wtedy powierzanie im oddziałów do prowadzenia samodzielnego. Sądzymy, że na tym punkcie obie strony polemizujące pogodzą się ostatecznie i że tak pojęta reforma odda, co się należy lekarzom, i wyjdzie na pożytek rozwoju szpitalnictwa, bo, że i autorzy artykułów w pismach naszych poświęconych tej kwestyi zbyt krótko wypowiadali poglądy, nie ulega wątpliwości; uwzględniać należy przede wszystkim dobro chorych szpitalnych, a z drugiej strony i interesy lekarzy.

Sądzymy, że projektowany przez nas sposób zadowoli i chorych i lekarzy szpitalnych. Z jednej bowiem strony szpitale mieć będą stały, a nie przygodny personel w postaci ordynatorów etatowych i nadetatowych, z drugiej znów strony młodzi lekarze, pracujący dotąd dla szpitala bez żadnych widoków na przyszłość, będą mieli bodziec, że praca ich po pewnym szeregu lat nie będzie przerwana z niezależnych od nich powodów, że ustalą swoje stanowisko, jako ordynatorzy nadetatowi, i że w przyszłości mogą otrzymywać oddziały drogą ograniczonego konkursu.

—z— Ogólna liczba uczestników zjazdu w Madrycie wynosiła 6961, między nimi 3431 cudzoziemców i 3530 hiszpanów. Ilu w tem było lekarzy, niewiadomo, uczestnikami bowiem byli i nie lekarze, z pośród cudzoziemców najwięcej było francuzów, najmniej polaków i rumunów. Prasa zagraniczna, szczególnie francuska (*La presse méd., Gaz. des hôp.*) nie szczędzi zarzutów, uważając zjazd pod względem naukowym za nieudany i wogóle kwestyonując wartość zjazdów ogólnych międzynarodowych lekarskich.

—z— W Brukselli 2—8 września odbędzie się zjazd międzynarodowy higienistów i demografów.

—z— Zaczęło wychodzić w Paryżu nowe pismo: „*La Pédiatrie pratique*“ pod redakcją dra *Ausset'a*.

—z— W Finlandyi, według ostatniego spisu, praktykuje 414 lekarzy.

—z— Chory, u którego dokonano amputacyi uda bez uprzedniego zezwolenia w szpitalu miejskim w Dreźnie, wystąpił o zwrot 30,000 marek odszkodowania, przyznano mu 700 mk., na co się obie strony zgodziły.

—z— Według *Rohn'a* rod działa nader silnie na pierwotki żyjące: larwy, trzymane w świetle rodu przez kilka godzin, wykazują szereg zmian, trwających dni kilka. Szczególnie silnie działa rod na jądra komórek (*Acad. de méd.*)

—z— *Bertrand*, wykrył w jaju kurzem arsen, który znajduje się zarówno w skorupie, jak i w białku i żółtku. Według *B.*, arsen jest normalną częścią składową wszystkich komórek zwierzęcych.

—w— W miasteczku Klecku (gub. Mińska) wakuje miejsce dla lekarza wolnopracującego. Poprzedni lekarz (świeżo zmarły kol. *Szczepański*) cieszył się tam rozległą praktyką.

Z M A R L I.

D-r Stanisław Szczepański dnia 4 b. m. w Klecku (gub. Mińska) w wieku lat 34.

Do bieżącego numeru dołącza się podręcznik informacyjny d-ra Filipkiewicza „Cieplice Trenczyńskie“.

Wyszedł z druku

zeszyt V

BIBLIOTEKI LEKARSKIEJ.

W końcu b. m. opuści prasę 1 tom Patologii wewnętrznej prof. G. Dieulafoy.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 2 Люня 1903 г.