

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

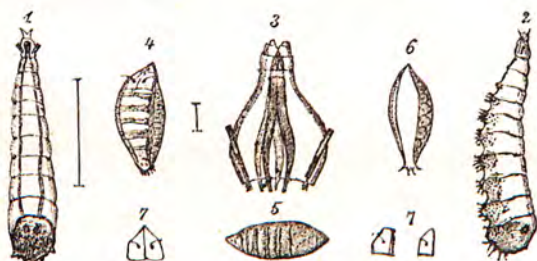
**TREŚĆ:** **Spostrzeżenia.** Czerwie muchy w żołądku człowieka. Podał dr. J. KAHL, lekarz szpitala w Kielcach. — **Rozprawy.** O umiejscowieniach czynności i zbroceń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — **Streszczenia i wyciągi.** Odruchowy skurcz mięśnia *quadriceps femoris* czyli t. z. zjawisko kolanowe. Teoryja zjawiska CHEYNE-STOCKES'A. Uwagi nad patologiją i leczeniem odmy piersiowej, Jod, jako lek swoisty w krupowym zapaleniu płuc. Obrażenie tętnic miażdżycowo zwyrodnionych. Leczenie złamań kości udowej u małych dzieci. Elektroliza przeciw naczyńnikom powiek. — **Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 1 Lutego r. b. — **Kronika miejscowa.** Organizacyja sanitarna. Wiadomości osobowe. — **Wspomnienia pośmiertne.** S. p. CHOMĘTOWSKI Stanisław i TRIMPLIN Teodor. — **Doniesienie Redakcyi.** — **Korrespondencyja Administracyi.** — **Ogłoszenia.**

## Czerwie (*larvae*) muchy (*Phora rufipes*, MEIGEN) w żołądku człowieka.

Podał J. Kahl, lekarz szpitala Ś-go Aleksandra w Kielcach.

Na początku Lipca r. z. w czasie panującej nagminnie w tutejszej okolicy krwawej biegunki i częstych przypadków ostrego nieżytu przewodu pokarmowego, występujących z nader silnem nateżeniem, przybył do szpitala chory czeladnik szeweki nazwiskiem W. Gajer, skarżący się na częste wypróżnienia stolcowe i ból w okolicy żołądka. Badanie dało wyniki następujące: Mężczyzna lat 24, silnie zbudowany, wzrostu średniego, z tkanką tłuszczową miernie rozwiniętą, twarzy okrągłej, cery czerstwej; płuca i serce nie przedstawiają żadnych zmian godnych zaznaczenia; tętno 98 na minutę, ciepłota 38° C.; ogólne osłabienie, zawroty głowy; brzuch miernie wzdęty, w okolicy żołądka nieco wygórowany, daje wszędzie odgłos jelitowy bez stłumienia. Okolica kiszki ślepej i żołądka wrażliwsze na dotykanie; wypróżnienia stolcowe wodniste z domieszką śluzu kłaczkowatego żółto-zielonawej barwy w liczbie 20 do 30 na dobę. Zalecono: ciepły okład na brzuch i dwa razy po pół łyżki oleju rącznikowego; gdy jednak następnie wypróżnienia stały się częstszymi i nie uległa żadnej zmianie ich jakość, a bolesność brzucha się zwiększyła, podaliśmy mleczankę z nalewką makowcową. Mleczankę tę chory przyjmował bez widocznego polepszenia przez wieczór i noc całą; z rana nastąpiły wymioty powtarzające się dwukrotnie, skutkiem których ulga była natychmiastową. Przy rannej wizycie kazawszy sobie podać zwymiotowaną zawartość, z niemałym zdziwieniem ujrzałem pośród szaro-śluzowej masy szybko poruszające się nieznanne mi czerwie w liczbie około paru tysięcy sztuk; chory twierdził iż znacznie ich więcej było lecz wiele pełzając umknęło. Gajer nazajutrz jako zdrowy został ze szpitala wypisany.

Zbadawszy pod lupą zebrane czerwie, doszedłem do przekonania, iż nienależą one do żadnej odmiany wnętrzaków, lecz muszą być jakąś postacią przejściową owadu skrzydlatego. Nie mogąc stanowczo rozstrzygnąć tej kwestyi, udałem się z prośbą do łaskawych kolegów w Warszawie i dzięki to ich usłuzności, czerwie dostały się w nadspodziewanie dobre ręce, bo do specjalnego o nich w swoim czasie sprawozdawcy. Dr. SZNABL mianowicie w r. 1876 w zeszycie II *Deutsche Entom. Ztg.* XX Bd. pierwszy szczegółowo opisał przemiany *Ph. rufipes* Meig., łatwo też rozpoznał pokazane mu czerwie i z prawdziwie koleżeńską życzliwością raczył mi udzielić odbitkę z wyżej przytoczonego pisma. Ponieważ dokładniejszego opisu dokonać niemogę, posilkuję się więc za zgodą Szanownego autora następującym wiernym z jego pracy przekładem: „Czerw (larva) (fig. 1, 2, 3) ma postać mocno przedłużonego stożka wązko z przodu zaostrzonego, (na



rysunku obocznym wykonanym z martwego czerwia drugi pierścień przedstawia się nieco krótszym i szerszym aniżeli to ma miejsce za życia), ku tyłowi stopniowo on grubieje, białozółtawej połyskującej barwy; składa się z 12 wyraźnie oddzielonych od siebie

pierścieni z czterema otworkami oddechowymi (*stigmata*). Dwa przednie z tych otworków, znajdują się po bokach drugiego pierścienia i nieco w tylnej jego części; przedstawiają się zaś jako cienkie ceweczki ciemno-brunatnej barwy, długością nie przenoszące piątej lub czwartej części samego pierścienia; ściśle biorąc ceweczki te nie znajdują się na brzegach bocznych ciała czerwia lecz nieco powyżej. Od każdej z tych cewek idzie wewnątrz ciała od przodu ku tyłowi larwy, mocna nieco falisto wyginana, z powodu przezroczystości skóry łatwo dostrzegalna tchawica, która kończy się otworkiem pomieszczonym na ostatnim dwunastym pierścieniu (*Larvae amphipneusticae*). Pierwszy i drugi pierścień są najcieńsze i wsuwać się mogą za życia czerwia jeden w drugi, razem zaś w trzeci pierścień; na przodzie pierwszego pierścienia są umieszczone dwa małe mięsne dwustawowe różki, kształtu brodawek, w środku zaś tegoż pierścienia widać ciemno-brunatną masę szkieletu twardego (HITING), przechodzącą w drugi pierścień, która na początku tegoż staje się bledszą, a dalej przedstawia się jako ciemna, wązka istota, rozdzielająca się poprzód środkiem drugiego pierścienia na cztery lancetowato ku tyłowi coraz węższe przedłużenia sięgające w trzeci pierścień. Dwa tylne bardzo wydatne otworki oddechowe, blisko obok siebie położone, mocno czarnej barwy wystają nieco ponad powierzchnię. Ostatni pierścień jest najszerszy i najgrubszy (dochodzi prawie półtorej linii), górna jego powierzchnia, na której znajdują się wspomniane otworki, przechodzi odrazu w prostopadłą prawie, nieco wypukłą tylną powierzchnię, która ze swej

strony łagodniej już łączy się z krótką i wypukłą powierzchnią dolną tegoż pierścienia. Na granicy między tylną i dolną powierzchnią można zauważyć siedm szczególnych brodawek ustawionych w półkole; brodawki średniej pary są bardziej płaskie i gładkie od pozostałych, żadnej stawowatości na nich nie widać; brodawki najbardziej na zewnątrz i najbardziej na wewnątrz położone są stożkowate, szorstkie i utworzone z kilku lekko w siebie wsuwalnych członków; w środku umieszczona brodawka podobna do ostatnich z kształtu i powierzchni, nie jest stawowata. Na spodniej powierzchni larwy widzimy 9 par fałszywych nóg z których dwie pary przednie nie są wyraźnie odznaczone, tworzą one małe, płaskie, poprzeczne wydatności; następne 7 par są wyraźnie nad powierzchnię wzniesione i tworzą poprzeczne wałeczkowate wyniosłości chropowate, cieniejące ku zewnątrz; wszystkie te wałeczki są w środku ciała larwy rozdzielone zagłębieniem, w kierunku zaś ich dłuższego rozmiaru przechodzi wyraźna bruzda. Larwa czółga się przy pomocy tych nóg nader szybko. Po czterech dniach czerwie zmieniają się w poczwarki.

**Poczwarka** (fig. 4—7) długa dwie linije, żółto-brunatnej barwy, podłużno-owalnego kształtu, z przodu cokolwiek szersza niż ku tyłowi, spłaszczona, z wydatnymi graniastymi brzegami. **Wierzchnia** czyli **grzbietowa powierzchnia** (fig. 4) jest od przodu ku dołowi wygiętą (czwarta część przedniej płaszczyzny), dalej ku tyłowi płaska nieco chropowa i dzieli się na pięć nierównej długości pierścieni jasno rozgraniczonych prążkami; pierwszy jest najszerszy i najdłuższy, dwa razy dłuższy od każdego ze średnich, jest on trójkątny z wierzchołkiem ku przodowi i dołowi zwróconym; przez środek od przodu ku tyłowi dzieli go słabo odznaczony szew; po obu stronach tegoż i w równej odległości między szwem a brzegiem, znajduje się mały twardy kolec długości czwartej części pierścienia, wygięty ku górze i nazewnątrz. Oprócz tego na części pierścienia najbardziej z przodu położonej znajduje się poprzeczna, krótka, słabo czerwona kręsa. Ostatni pierścień podobny do pierwszego i takiejże długości jest nieco odeń węższym i podzielonym trzema poprzecznymi niezbyt wyraźnymi szwami na trzy pierścienie, z których tylny zaostrozony najmniejszy jest zaopatrzony w pośrodku w dwie brunatne brodaweczki, w których są otworki oddechowe i kończy się czterema małymi ząbeczkami.

**Spodnia, brzuszna powierzchnia** (fig. 5) mocno wypukła łączy się pod ostrym kątem z grzbietową, tak że po obu bokach znajdują się brzegi ostre. Często się zdarza że powierzchnia ta nie bywa gładką, lecz jest podzieloną w kierunku podłużnym na trzy płaszczyzny kątowato się z sobą łączące. Środkowa z tych płaszczyzn jest prawie gładką, na dwóch zaś bocznych znajduje się dziewięć szczególnych, wąskich, półkolistych zagłębień, odpowiadających tyłuż parom nóg. (fig. 6).

Przy wykluwaniu się wykształconego owadu z powłoki poczwarki, pękają szwy na bocznych brzegach i szew na górnym tylnym brzegu pierścienia pierwszego, którego górna powierzchnia zostaje odrzuconą, tak że w powłoce powstaje duży trójkątny otwór; czasem też pęka wpodłuż gór-

na powierzchnia pierwszego pierścienia w kierunku szwu średniego, a następnie oddziela się od jednego lub też obu brzegów bocznych, tak że albo jedna albo obiedwie połowy pierwszego pierścienia zostają odepchnięte przez wysuwający się owad; czasem pierwszy pierścień pęka nie tylko w kierunkach przytoczonych, lecz prócz tego w kierunkach swego krótkiego przedniego szwu poprzecznego". (fig. 7,—7).

Dalej kolega SZNABL w liście do mnie pisanym dodaje, że *Ph. rufipes* Meig. jest to muszka brunatno-czarna, drobna, wielkości  $\frac{3}{4}$  do 1<sup>'''</sup> z wejścia jakby garbata, o żółtych nogach, bardzo pospolita nawet na oknach naszych mieszkań. Uważając nasz przypadek za szczególny, mówi dalej, iż czerwiec jej spotykał w gnijącym kale i moczu ludzkim, w gnijących mydlinach i psujących się kartoflach; może więc i na innych podlegających gnicciu znajdują się pokarmach, gdyż nie przypuszcza aby na podobieństwo *gastrus equi* (gza końskiego), mucha nasza z pewnym, wytkniętym celem ją składała na około ust i takowe dalej rozwijały się w żołądku. W istocie trudno przypuścić aby w żołądku t. j. przy tak niesprzyjających warunkach mogła nastąpić przemiana tego owadu. Zdaje się jednak, iż w danym przypadku musiało to mieć miejsce; pośrednikiem zaś przeniesienia jaj do żołądka były prawdopodobnie kartofle, które wszędzie roku zeszłego a szczególnie w naszych okolicach prawie wszystkie zgniły i lud spożywał na początku zeszłego lata przeszłoroczne kartofle na wpół zepsute.

Radziłyśmy aby niniejszy opis posłużył za wskazówkę do ciekawych badań, jakie szczególnie koledzy zamieszkali na prowincyi mogliby przeprowadzić. Co do mnie, to wyznam iż często opowiadania moich chorych o wydalaniu ustami i stolcem mnóstwa „na ówieré cala długich z czarnemi łbami robaków” kładłem między bajki, nie znajdując w tym obrazie żadnego podobieństwa do znanych mi wnętrzaków.

## O umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Napisał Wł. Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 3).

XIX. H. SENATOR. <sup>1)</sup> 30-letni mężczyzna wszedł do oddziału prof. SENATOR'A w Berlinie (szpital Augusty) 31 Lipca 1878 r. z powodu nieżytu ropnego oskrzeli (*bronchitis putrida*) i zniszczenia prawego wierzchołka płuc. W pierwszych dnia Sierpnia zauważył osłabienie prawej ręki. 5 Sierpnia przy badaniu znaleziono: palec prawej ręki w półzgięciu, ucisk tą ręką jest słabszy niż lewą. Ręka i przedramię — prawe cieplejsze, mocno potniejące i lekko obrzmiałe. Czucie zachowane. 6 Sierp. niemożebność ruchów w stawie napięstka prawego. 7 Sierp. porażenie przedramienia (niemożebność zginania, wyprostowywania, ruchów nawrotnych i wywrotnych), zanik kończyny górnej prawej, kurczliwość elektryczna mięśni niezmiennona. 8 Sierp. drgawki — zrazu w ręce prawej, później w całej kończynie górnej prawej, następnie utrata przytomności i drgawki ogól-

<sup>1)</sup> SENATOR. *Zur Diagnostik der Hirnerkrankungen.* — *Berl. klin. Woch.* 1879. Nr. 4—6.

ne. Napady drgawek i dnia następnego. 11 Sierpnia *hemiparesis facialis inferior dextra*. Drgawki powtarzają się a po jednym z nich osłabienie kończyny dolnej prawej i wkrótce i jej porażenie. 14 Sierp. lekka niemota, ruchy języka prawidłowe. 16 Sierp. chory może mówić tylko „ja” i „niein”. Zniknięcie uczucia mięśniowego, chory nie ma pojęcia o położeniu jakie nadaje się kończynom. 19 Sierp. śmierć. Przy badaniu pośmiertnym: osłona miękka dość silnie nastrzyknięta, a prócz tego na wysokości  $\frac{1}{3}$  średniej półkuli lewej naprzód od rowka ROLAND'A blado-zielonawo zabarwiona, w kształcie trójkąta, którego podstawa długa 3—4 ctm. znajduje się w pobliżu brzegu wewnętrznego półkuli. W tem miejscu osłona miękka przyrośnięta do tkanki mózgowej. Miejsce to stanowi sklepienie ropnia kształtu eliptycznego, którego średnica podłużna ma 6—6,5 ctm. a pionowa około 4 ctm. Zawiera on około 50 grm. zielonej, śmierzdzącej ropy i sięga od opisanego miejsca powierzchni kory mózgowej, przez istotę korową białą, aż  $\frac{1}{2}$  ctm. od sklepienia komory bocznej mózgowej. Istota szara wnętrza mózgu zupełnie zdrowa. Ropień zniszczył podstawę zawoju czołowego średniego i przylegającą doń część zawoju czołowego wstępującego. Zawój cieniowy wstępujący tylko w odległości środka rowka ROLAND'A jest spłaszczony, odbarwiony, lecz mało zniszczony. Podstawy zawojów czołowych górnego i dolnego silnie spłaszczone i odbarwione. Zresztą mózgowie jest zdrowe, przy badaniu go gołym okiem i uzbrojonym drobnowidzem.

XX. EDINGER <sup>1)</sup> opisał następujący przypadek spostrzegany przez długi czas (1877—1879) na klinice prof. KUSSMAUL'A w Strasburgu. 28-letni mężczyzna z objawami cierpienia przewlekłego i zniszczenia płuc, dostał w lecie 1877 r. napadu drgawek ogólnych, które później się powtarzały. Miały one to właściwego iż zaczynały się zawsze drgawkami klonicznymi pewnych mięśni prawej strony ciała (z początku w mięśniach twarzowych, lub twarzowych, piersiowych i barkowych—prawych, w późniejszych napadach w palcach prawej ręki lub jednocześnie w kończynie górnej i dolnej—prawych), dopiero po pewnym czasie przechodziły i na stronę lewą i wtedy chory tracił przytomność. Utrata przytomności nie była nigdy objawem początkowym napadu, jak to ma miejsce w prawdziwej *epilepsia essentialis* i wracała szybko po ustaniu drgawek. Bywały jeszcze napady drgawek niepełnych, to jest, ograniczonych li tylko do pewnej liczby mięśni prawej strony ciała, bez utraty przytomności a tylko z uczuciem zawrotu głowy (i tu także w początkowych napadach ograniczone do mięśni twarzy i kończyny górnej— a w późniejszych do mięśni kończyny dolnej). Po każdym napadzie drgawek ogólnych pozostawało na dłuższy lub krótszy czas (kilka minut, godzin a raz nawet kilka miesięcy) osłabienie (*paresis*) prawej strony, szczególnie widoczne w kończynie górnej prawej; osłabienie to dochodziło niekiedy do stopnia zupełnego chociaż chwilowego bezwładu (*paralysis*). Niekiedy po napadach drgawek ogólnych *bradyphasia* lub *aphasia atactica*. Oprócz drgawek klonicznych były raz i drgawki toniczne w mięśniach strony prawej, również przeważnie w kończynie górnej; kilkanaście napadów po  $\frac{1}{2}$  minuty trwających. Tenże chory skarżył się na uczucie zmęczenia i mrowienia w prawej połowia ciała i trudność władania małemi przedmiotami; — zaburzenia te zwiększały się po napadach drgawek. Badanie uczucia skóry nie wykazało żadnego zbożenia, autor więc przypisuje przytoczone zaburzenia uczuciowe osłabieniu uczucia mięśniowego. Przy badaniu pośmiertnym dokonaniem przez prof. RECKLINGHAUSEN'A (Styczeń 1879 r.) znaleziono: silne przyrośnięcie

<sup>1)</sup> EDINGER. *Ein Fall von Rindenepilepsie*. — *Archiv f. Psychiatrie n. Nervenkrankheiten*. 1879. Bd. X. Hf. I. str. 83.

osłony twardej do miękkiej wprost rowka ROLAND'A, 5 ctm. powyżej nakrywki (*operculum*), a we wnętrzu przyrośnięcia znajdował się niewielki białawy guziczek, mniejszy nieco od grochu. W części górnej zawoju czołowego wstępującego lewego, na wysokości zawoju czołowego górnego — nowotwór natury gruzliczej, którego punktem wyjścia była osłona miękka, silnie przyrośnięty do osłony twardej, wnikał on w istotę szarą korową, nie naruszając zupełnie istoty białej korowej, wielkości 20 pfeningów; ku tyłowi sięgał on do rowka ROLAND'A. Drugie miejsce w którym istota szara korowa była naruszona odpowiadało końcowi górnemu rowka ROLAND'A, wreszcie inne na brzegu potylicowym zawoju ciemieniowego wstępującego, również w części górnej, jak to widać na podanym przez autora rysunku. Reszta mózgowia — badana gołem okiem i pod drobnowidzem — zdrowa.

XXI. CLOZEL de BOYER <sup>1)</sup>. Chory dostał w Grudniu 1876 r. napadu apoplektycznego. W oddziale BOUCHARD'A (Bicêtre) dokąd zanieśiono chorego, autor w Styczniu 1877 r. znalazł porażenie połowiczne prawe (*hemiplegia dextra*) i niemotę (*aphasia*). W końcu Lutego t. r. ręka zaczęła odzyskiwać nieco ruchy. W Marcu odleżyny i śmierć. Przy badaniu pośmiertnym: rozmiękczenie powierzchowne istoty szarej korowej części najniższej zawojów wstępujących lewych, wysepki REIL'A i włókien białych pod podstawą zawoju czołowego dolnego lewego.

XXII. BOURNEVILLE i POIRIER. <sup>2)</sup> 65-letnia kobieta z oddziału DELASIAUVE'A (Salpêtrière) od lat kilkunastu miewająca napady drgawek, w r. 1871 dostała napadu apoplektycznego po którym nastąpiło porażenie połowiczne prawe i niemota. Przy wejściu do szpitala 1872 r. znaleziono porażenie, przykurczenie i zanik kończyn prawych i porażenie mięśni twarzowych dolnych prawych. Czucie zachowane. Śmierć w r. 1878. Przy badaniu pośmiertnym: osłony mózgowe zgrubiałe, przyrośnięte do kości czaszki. Na półkuli lewej mięso-glejak (*sarco-glioma*) części środkowej zawoju czołowego wstępującego i podstawy zawoju czołowego średniego, wielkości 3 ctm. we wszystkich wymiarach. Części tylne zawojów czołowych górnego i dolnego są pokryte przez nowotwór, uciśnięte i do połowy ścięte. Wierzchołek nowotworu, nieco cieńszy niż podstawa, wnika w istotę korową białą, nie dochodząc do istoty szarej wnętrza mózgu. Lewa połowa mostu WAROL'A i piramida przednia lewa są węższe niż po stronie prawej.

XXIII. C. MORELLI. <sup>3)</sup> 13-letnia dziewczyna w Marcu 1877 r. skarżyła się na mrowienie, potem osłabienie, wreszcie drgawki kloniczne w kończynie górnej prawej. Powoli przyszło i osłabienie z drgawkami w kończynie dolnej prawej. Drgawki w dalszym przebiegu były albo umiejscowione w mięśniach kończyny górnej prawej, albo przechodziły i na mięśnie kończyny dolnej, albo wreszcie były ogólne z utratą przytomności. Twarz i czucie prawidłowe. Przy badaniu pośmiertnym: na półkuli lewej w środku zawoju ciemieniowego wstępującego nowotwór dochodzący do rowka ROLAND'A, kształtu stożkowatego, z podstawą zwróconą do obwodu a wierzchołkiem zagłębiającym się w istotę białą i dochodzi na odległość kilku  $\mu$  do ciała prążkowanego. Największa średnica nowotworu ma 3 ctm., średnica zaś poprzeczna na wysokości powierzchni mózgu ma 18  $\mu$ . Naokoło nowotworu lekkie obumarcie tkanki mózgowej. Reszta mózgu zdrowa.

<sup>1)</sup> l. c. Obs. LXIII. str. 100.

<sup>2)</sup> *Progrès médical*, 1879. Nr. 24, str. 465.

<sup>3)</sup> l. c. Obs. I, str. 4.

XXIV. F. DREYFOUS <sup>4)</sup>). Mężczyzna 52-letni dostał w końcu Października 1877 r. bezwładu (*paralysis*) zupełnego kończyn prawych. Twarz i czucie zdrowe. Śmierć w początkach Listopada t. r. Przy badaniu pośmiertnym: obumarcie całego zrazika przyśrodkowego i części górnej zawoju czołowego wstępującego, zachodzące nieco z przodu na zawój czołowy górny a z tyłu na zawój ciemieniowy wstępujący. Inne części mózgu zdrowe.

XXV. FAISANS <sup>5)</sup>). Za życia porażenie kończyn lewych, bez porażenia twarzy. Drgawki w mięśniach kończyny dolnej lewej. Po śmierci: nagromadzenie gruzelków zajmujące zrazik przyśrodkowy i część górną zawojów wstępujących—prawych.

XXVI. SEGUIN. <sup>6)</sup> 54-letnia kobieta dostała nagle—bez utraty przytomności—porażenia kończyn prawych, więcej dolnej niż górnej. Mięśnie twarzowe, mowa i czucie—prawidłowe. Przy badaniu pośmiertnym: obumarcie, na granicy części górnej ze średnią zawoju czołowego wstępującego, sięgające wgląd prawie aż do komórki bocznej.

XXVII. DUMONT-PALLIER <sup>7)</sup> spostrzegł przypadek porażenia obydwóch kończyn prawych, bez porażenia twarzy, spowodowany obumarciem całego zrazika przyśrodkowego i części górnej (na rozciągłości  $2\frac{1}{2}$  ctm.) zawojów wstępujących lewych.

XXVIII. G. BALLEZ <sup>8)</sup> 15-letnie dziecko po upływie pewnego czasu od upadnięcia z wysokości na głowę, dostało bezwładu zupełnego kończyn lewych. Twarz i czucie prawidłowe. Przy badaniu pośmiertnym: w *centrum ovale* półkuli prawej ropień pod częścią górną zawojów czołowego i ciemieniowego wstępujących; zniszczył on pęczki włókien: czołowy i ciemieniowy górny i średni. Pęczek czołowy i ciemieniowy dolny—zdrowe.

XXIX. HADDON z Manchester <sup>9)</sup>. Chory skarżył się zrazu na mrowienie w kończynie dolnej lewej a potem na osłabienie jej, stopniowo zwiększające się (*paresis*). Po 5 miesiącach i kończyna górna lewa zaczęła słabnąć. Napady drgawek i sztywności a po nich zupełny bezwład (*paralysis*) kończyn lewych. Na pewien czas przed śmiercią zauważono osłabienie kończyny dolnej prawej. Przy badaniu pośmiertnym: piaszczak (*psammoma*) mający 3 cale w średnicy, którego punktem wyjścia jest osłona mózgową twardą, uciskał on część górną obydwóch zawojów wstępujących i ciemieniowy górny—prawe, a nadto i odpowiednią część półkuli lewej,

XXX. CLOZEL de BOYER. <sup>10)</sup> 55-letni chory z oddziału BOUCHARD'A (szpital Bicêtre) cierpiał na porażenie kończyn prawych. Twarz zdrowa. Po śmierci znaleziono jako powód, obumarcie dotykające część przednią zawoju ciemieniowego dolnego i połowę tylną części środkowej i górnej zawoju ciemieniowego wstępującego—lewych. Cierpienie włókien białych, leżących pod częścią górną zawoju ciemieniowego wstępującego, dochodziło do rowka ROLAND'A.

XXXI. CHARCOT i PITRES. <sup>11)</sup> 79-letnia kobieta weszła do oddziału CHARCOT'A w Styczniu 1877 r. z powodu porażenia połowicznego, prawego istniejącego od lat 5. Przy wejściu znaleziono: porażenie zupełne obydwóch kończyn prawych, a nadto przykurcz bo-

<sup>4)</sup> *Bulletins de la Société Anatomique de Paris*. 1877. str. 541.

<sup>5)</sup> *Bulletins de la Société Anat. de Paris*. Avril. 1877. str. 277.

<sup>6)</sup> *American Neurological Association*. 1877.

<sup>7)</sup> *Journal des connaissances médicales i Gazette des hôpitaux*. 1878, str. 182.

<sup>8)</sup> *Gazette médicale de Paris*, 1878. str. 18.

<sup>9)</sup> *The Brain*. 1878. Part. II. July.

<sup>10)</sup> *l. c.* Obs. 109. str. 148.

<sup>11)</sup> *l. c.* 1879. Nr. 2 str. 135.

łący kończyny górnej prawej. Brak porażenia mięśni twarzy i niemoty. Intelligencyja osłabiona. Przy badaniu pośmiertnem: zwyrodnienie miażdżycowe tętnic. Na półkuli lewej stare, żółte ognisko obumarcia znajdujące się na powierzchni wewnętrznej i zajmujące koniec tylny zawoju czołowego wewnętrznego górnego, cały zrazik przysródkowy i część *praecunei*. Na półkuli prawej inne ognisko obumarcia zajmujące dno rowka równoległego i część górną zawoju skronio-klinowego górnego aż do zawoju kąтового, bez objawów za życia. Inne części mózgowia zdrowe. (D. c. n.)

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**Odruchowy skurek mięśnia *quadriceps femoris* czyli t. z. zjawisko kolanowe (*Kniephänomen*),** które stale występuje u zdrowych kiedy uderzemy ścięgno rzepkowe, nieprzychodzi do skutku u chorych z *tabes dorsalis*. Na brak rzeczonoego odruchu zwrócił jak wiadomo uwagę pierwszy prof. WESTPHAL (z Berlina) jeszcze w r. 1875, w roku zaś 1878 tenże autor wypowiedział na zasadzie licznych spostrzeżeń przekonanie, iż brak zjawiska kolanowego stanowi jeden z najwcześniejszych objawów *tabes dorsalis* i spotyka się wtedy już, kiedy żadnych innych objawów w sferze czucia i ruchu jeszcze nie widzimy. Obecnie WESTPHAL miał sposobność spostrześć przypadek zakończony badaniem pośm. które pozwala wyprowadzać wnioski co do umiejscowienia chorobnych zmian powodujących brak rzeczonoego zjawiska. Spostrzeżenie to dotyczy 32-letniego dobrze zbudowanego kupca, w którego rodzinie były liczne przypadki chorób nerwowych i który z powodu choroby umysłowej i ślepoty (zanik nerwu wzrokowego) pozostawał w oddziale autora przez lat parę. Chory do końca życia nieprzedstawiał żadnych zboczzeń w sferze ruchu i czucia i w ogóle żadnych objawów któreby do zmian w mleczu kręgowym odnieść się dawały; był on często badany co do zachowania się pod względem zjawiska kolanowego i dopiero na 3 miesiące przed zgonem brak rzeczonoego odruchu pierwszy raz zauważono w kończynie prawej, a na kilka dni przed śmiercią i po stronie lewej. Śmierć nastąpiła przy objawach kolikwacyjnych. Badanie pośmiertne wykryło *phtisis pulmonum*, szary zanik obu nerwów i szlaków wzrokowych. Mlecz kręgowy zachowany w roztworze dwuchromianu potażu badany na poprzecznych skrawkach pod drobnowidzem okazał się wyraźnie zmienionym w wiązkach tylnych (a cokolwiek przy tem i w wiązkach bocznych). Zmiana polegała na zaniku włókien nerwowych rdzeniowych, na zgrubieniu tkanki śródmiąższowej i na nagromadzeniu w dotkniętych chorobą częściach, komórek z ziarnkami tłuszczu (*Fetthörnchenzellen*) których niebyło weale w innych częściach mlecza. W wiązkach tylnych, w powyższy sposób zwyrodnieniu uległy części zewnętrzne (wiązki BURDACH'A, „*Grundbündel*”) a części wewnętrzne dotykające tylnej przegrody mlecza żadnych zmian nieprzedstawiały.

Z dalszych uwag autora tak nad wyżej opisanym przypadkiem jak i nad znaczeniem zjawiska kolanowego w ogólności, niektóre mają wielkie znaczenie dla lekarza praktycznego przy rozpoznaniu tak nieraz wątpliwych chorób mlecza kręgowego. WESTPHAL zapewnia że przedstawione mu nieraz przypadki w których prawidłowe zjawisko kolanowe było utrzymane, a całość objawów chorobnych budziła podejrzenie *tabes dorsalis*, zawsze były błędnie rozpoznane i że ściśle badanie za życia i po śmierci przekonano zawsze, iż niebyło w tych przypadkach cierpienia tylnych wiązek, sięgającego aż do części lędźwiowej; że zatem niebyła to *tabes dorsalis* a inna sprawa np. rozrzucone szare zwyrodnienie mlecza. Autor jednak bynaj-



mniej nie wyklucza możliwości zniknięcia zjawiska kolanowego, dopiero w późniejszym okresie *tabes*, co by pochodzić musiało stąd, że zewnętrzne odcinki tylnych więzek (patrz wyżej) uległy zmianie chorobnej nie w początku jak to zwykle bywa ale dopiero w dalszym ciągu choroby. Co się dotyczy znowu tych przypadków w których u ludzi zupełnie zdrowych napotkano brak zjawiska kolanowego, to W. mniema że niezawsze potrafiąco zjawisko to wywołać, tembardziej że u osób z krótkimi, grubymi goleniami u których odstęp pomiędzy dolnym brzegiem *patellae* a *protuberantiae tibiae* jest mały, wywołanie rzeczzonego zjawiska nie jest łatwym. Zresztą brak zjawiska kolanowego może mieć miejsce nie tylko w *tabes dorsalis*, ale we wszystkich tych stanach w których podobnie jak w *tabes* prawidłowy tonus mięśni jest znacznie niższym, co zdarzyć się może przy rozmaitych trwałych i przechodnych chorobnych sprawach ośrodków nerwowych i mięśni (ostre sprawy niszczące szarą istotę mleczą na znacznej przestrzeni, bezpośrednio po okresie drgawek w padaczkę, niektóre przypadki hemiplegii). Dalej mniema W., że jeżeli u pewnych osób u których spotyka się brak zjawiska kolanowego żadne inne objawy choroby mleczą przez lata całe się niepokazują, to bynajmniej nie dowodzi iżby rzeczony brak nie miał znaczenia przypisywanego mu przez autora, gdyż i inne początkowe objawy *tabes*, jako to cechujące bóle strzelające tabetyków niekiedy trwają przez lata kilka i kilkanaście bez żadnych innych objawów *tabes*. Szczególniej stanowczego znaczenia są te przypadki, w których mamy możliwość spostrzegania jak zjawisko kolanowe stopniowo słabnie i niknie tak jak w wyżej wspomnianym przypadku autora.

(Berl. klin. Wchsft. 1881. Nr. 1 i 2).

**Teoryja zjawiska Cheyne-Stokes'a.** Prywatdocent wrocławskiego uniwersytetu ROSENBACH, w obszerniej rozprawie traktuje fizjologiję patologiczną zjawiska CHEYNE-STOKES'A. Zdaniem autora pod rzeczoną nazwą podciągając wypada nietylko te typowe przypadki, w których po krótszej lub dłuższej przerwie (pauzie) następuje okres odetchnięcia prawidłowo słabnących, ale i rozmaite inne postacie anormalnego oddychania, cechujące się zawsze peryjodycznością i krótszemi lub dłuższemi przestankami. Tu zatem autor zalicza także tę postać oddychania, jaką spostrzegamy u zwierząt po dużych dawkach morfiny. Rozmaite objawy chorobne, które niekiedy występują jednocześnie z rzeczonymi zjawiskami oddechowemi (zwolnienie i nieregularność tętna, *obnubilatio sensorii*, zwięźlenie i brak oddziaływania tęczówki, *nystagmus*, kurcze mięśni) według autora nie są ani bezpośrednio ani pośrednio powodowane zboczeniem w oddychaniu, a raczej tak jak samo to zboczenie są one zależnemi od wpływu jakie choroba pierwotna wywiera na rozmaite ośrodki nerwowe. Ostatecznie autor teoryję powstawania zjawiska CHEYNE-STOKES i innych towarzyszących mu objawów chorobnych w taki sposób wyraża: „W skutek pewnych zboczeń w odżywianiu mózgu, spowodowanych zmniejszonym dopływem krwi lub zmienioną mieszaniną krwi (w chorobach mózgu, serca, płuc i przy utratkach krwi) pewne momenta zmiany materji w całym mózgowiu lub w pojedynczych jego częściach, a w szczególności w mleczu przedłużonym i tu znowu głównie w ośrodku oddechowym, ulegają takiemu zaburzeniu, iż prawidłowa pobudzalność (*Erregbarkeit*) tych części mniej lub więcej zostaje upośledzoną, a zaś ich prawidłowa właściwość peryjodycznego znużenia (*Erschöpfbarkeit*) zostaje spotęgowaną aż do zupełnego porażenia. Przeto powstają długie przerwy (pauzy) w czynności owych ośrodków a przynajmniej okresy osłabionej czynności. Co zaś do peryjodycznego *crescendo* i *decrecendo* w oddychaniu, to zależnem jest bezpośrednio od wzrastania i upadania naprzemian pobudzalności ośrodka, ale bynajmniej nie od tego jakie wytwory

zmiany materji krew zawiera. ...Z pomiędzy rozmaitych ośrodków nerwowych najwcześniej i nieraz wyłącznie podlega owym zaburzeniom odżywczym ośrodek oddechowy". (D. med. Wechsft. 1881 Nr. 3 i 4).

**Uwagi nad patologiją i leczeniem odmy piersiowej (pneumothorax)** stanowią przedmiot rozpraw na posiedz. tow. lek. w Berlinie d. 20 Paźd. 1880. Opinie o warunkach powstawania i o leczeniu tej choroby wyraził SENATOR w następujących punktach: Wysięk opłucny przyłączający się do istniejącej już odmy piersiowej bardzo często bywa surowiczy. Wysięk bywa częstokroć obustronnym, choć odma jest po jednej tylko stronie; jakkolwiek odma, jak to najczęściej bywa, powstała w skutek naruszenia całości płuca, jednakże mimo ciągłego przypływu powietrza z płuc do jamy opłucnej, wysięk opłucny w tych warunkach powstający niesłychanie rzadko zgniliznie ulega z wyjątkiem tych przypadków, gdzie chorobą płuc jest zgorzel. Przyczynę tego widzi S. w gąbczastej budowie płuc, w których powietrze niejako ulega filtracyi i w antiseptycznym działaniu gazu kwasu węglowego w powietrzu płucnem zawartego. Ze powietrze przez płuca do jamy opłucnej dostające się nie jest bodźcem gwałtownie działającym, tego dowodzą przypadki wprawdzie rzadkie, w których przy odmie w skutek rozdarcia płuca wcale wysięk się nie tworzy, co nigdy się nie zdarza tam, gdzie odma powstaje w skutek okaleczenia ścian klatki piersiowej. Autor nie wątpi o możliwości powstawania odmy piersiowej w skutek rozkładu i wytworzenia się gazów z wysięku opłucnego. Co się dotyczy leczenia odmy piersiowej, to S. uważa nakłócie klatki piersiowej za środek nieszkodliwy, ale bezskuteczny i radzi jedynie zastrzykiwania podskórne morfiny. Kiedy do odmy przyłączył się wysięk, radzi czekać póki powietrze wchłoniętem nie zostanie. Potem dopiero i w ogóle tam, gdzie jest wskazanie do wypuszczenia wysięku radzi robić nakłócie. Jeżeli wysięk okaże się surowiczym, można się uciec do ostrożnej aspiracyi; jeżeli posokowatym, do cięcia. Przy ropiastym wysięku S. zaleca również nakłócie i aspiracyję z powodu, że cięcie w tym razie ma powodować szybkie pogorszenie sprawy w płucn. (All. m. C.-Z. 1881. Nr. 7).

**Jod jako lek swoisty w krupowym zapaleniu płuc** zalecanym jest przez F. SCHWARZA. Autor podaje opis i graficznie przedstawia bieg gorączki w 10 przypadkach krupowego, niepowikłanego zapalenia płuc. Krzywizny ciepłoty są istotnie uderzające i w przebiegu pneumonii niezwyčajne. Autor w 10 tych przypadkach dawał swym chorym w ciągu 24 do 36 godzin po wstępnym dreszczu, roztwór *Tct. Jodi* lub roztwór *kali hydrojodici* (*Tct. jodi* gr. 5 — *Aq. et Syr. unc. 5* co godz. łyżka stołowa—lub *Kali hydrojod.* dr.  $\frac{1}{2}$ —*Aq. et Syr. unc. 5* co godz. łyżka stołowa). Tylko w tym początkowym okresie jod ma swoisty wpływ wywierać. W rzeczonych 10 przypadkach leczonych jodem, przesileniowy spadek ciepłoty następował przed końcem drugiej doby (licząc od wstępnego dreszczu). Ponieważ w zestawieniu JURGENSEN'A z 933 przypadków krupowego zapalenia płuc, tylko 6 przypadków miało *crisis* przed końcem drugiej doby, zaś z pomiędzy leczonych przez autora 98 przypadków, 10 (leczonych jodem) w ten sposób przebiegało, zatem autor przebieg tak niezwyčajny przypisuje wyłącznie poronnemu (abortywnemu) działaniu jodu.

(D. med. Woft. 1881. Nr. 2). St. M.

**Obrażenie tętnic miażdżycowych (ateromatycznych).** W tętnicach podległych zwyrodnieniu miażdżycowemu, błona ich zewnętrzna jest bardzo mało zmieniona, gdyż głównie w błonie ich średniej i warstwach głębokich błony wewnętrznej odkładają się złogi soli wapiennych. Błona wewnętrzna słabo przylega i przedstawia nadzwyczajną kruchość. Anatomija więc tętnicy miażdżycowo zwyrodnionej objaśnia dwa b. ważne zjawiska: Z m n i e j s z e-

nie sprężystości błony średniej i wzajemne słabe przyleganie do siebie błon składowych takiej tętnicy. Otóż te warunki, mają szczególny wpływ na przebieg zranień tętnic miażdżycowych. Spostrzeżenia kliniczne i doświadczenia czynione na trupach przekonały d-ra CAULE'A, że wskutek uderzenia takich tętnic łatwo powstać może odszczepianie się kawałka ich błony wewnętrznej, czego bezpośredni następstwem jest powstanie skrzepów wewnątrz naczynia i jego zatkanie. W razie zadania rany ciętej takiej tętnicy, dobrowolne powstrzymanie krwawienia nastąpić tu nie może z tej przyczyny, że naczynie zwyrodnione jest pozbawione właściwej kureczliwości w warstwach głębokich ścian jego, kureczliwości zaciskającej w stanie prawidłowym światło tętnicy. Należy zatem natychmiast przewiązać tętnicę ateromatyczną, a gdy ściana jej jest kruchą, to należy przewiązkę nałożyć i na pochwę naczyniową. Zranienie tętnicy tak zwyrodnionej, przez rozerwanie, tem się wyróżnia od takiegoż obrażenia tętnicy zdrowej, że gdy wystrzępienie się obu końców ostatniej zapobiega krwotokowi, to przeciwnie w tętnicy miażdżycowej wystrzępienie takie nie ma miejsca, a tem samem krwotok jest nieuniknionym.

(Rozprawa d-ra CAULE'A.—*Ref. Gaz. des hôpit. 1881—2*). S. Perkowski.

**Leczenie złamań kości udowej u małych dzieci** jest bardzo utrudnione, jak wiadomo z powodu ciągłego zanieczyszczania opatrunku. W celu zapobieżenia temu podaje sposób opatrywania tych złamań LENTZE (z Saarbrücken) i opis jego objaśnia rysunkiem odnoszącym się do przypadku złamania kości udowej u dziecka 2 $\frac{1}{2}$  rocznego, u którego zupełna konsolidacja bez zбочenia nastąpiła po 4 tygodniach. Złamanie było na granicy  $\frac{1}{3}$  środkowej i  $\frac{1}{3}$  górnej. Na uszkodzoną kończynę założono opaskę flanelową pokrywającą całą gołęń i dolną trzecią część uda, a służącą do umocowania pętli z plastru lipkiego, jaką się robi zwykle w celu ekstensyi poziomej. Po nad łóżkiem umocowany został stały blocek w takim miejscu, że całą kończynę podniesioną pionowo w górę za pomocą ciężaru (2 kilogram.) w tem położeniu utrzymywać się dawało, przyczem pośladek zaledwie że się opierał na materacu. Wsuwanie basenu było zupełnie łatwem. Dziecko ani na chwilę niedawało poznać że mu to, w każdym razie bardzo niezwykłe położenie, jest przykrem. (*Berl. kl. Wchsft. 1880. Nr. 52*). St. M.

**Elektroliza przeciw naczyńniakom powiek.** Przy leczeniu naczyńniaków na powiekach (*cavernomata et angiomata*), dla usunięcia których inne środki nie przedstawiają pewności dobrego skutku, a nawet mogą narazić na niebezpieczeństwo, NIEDEN zaleca elektrolityczne przyżeganie. Posługuje się on 4—6 pierwiastkami stałego przyrzędu SPANNER'A; wprowadza w nowotwór jedną igłę dodatnią i kilka ujemnych. Po 1—1 $\frac{1}{2}$  minutowem działaniu, przyczem pęcherzyki gazu wywiązują się około igieł ujemnych, igły wyciąga i w inne miejsca zakłówa. Następnie zaleca zimny okład a po dwóch dniach do powtórnej przystępuje operacji. U mężczyzny 60-letniego usunął autor w ten sposób naczyńniak wielkości jaja gołębiego usadowiony na lewej górnej powiece i wystający poza brzeg powiekowy (4 posiedzenia 10-minutowe, 6 pierwiastków). Małe teleangiektazyjne wypustki na brzegu powiekowym wymagały jeszcze dwóch elektrycznych posiedzeń: powieka odzyskała postać i czynność prawidłową. Naczyńniak wielkości orzecha laskowego u 10-tygodniowego dziecka uległ zgorzelinowemu rozpadowi po 20 posiedzeniach (4 pierwiastki, 5 minuty, 8 nakłóć). Szybciej daleko usunięte zostały dwa naczyńniaki powieki u dzieci (1 i 1 $\frac{1}{2}$  rocznego), jeden nowotwór uległ suchej zgorzeli, drugi (co częściej się zdarza) przeszedł w ropienie. (*Archiv für Augenheilkund, 1880. IX, 3*) S. K.

## Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 1 Lutego r. b.

Kol. HERING przedstawia średnich lat chorego z niezwykle zaburzeniem mowy. Za pomocą rinoskopu przy dobrym oświetleniu kol. HERING zgromadzonym demonstruje chorobliwe zmiany w nosogardzielowej jamie chorego. Są to nieregularnego kształtu guzowatości głównie ze sklepienia rzeczoney jamy na dół i ku choanom steroczące. Badanie palcem wprowadzonym po za miękkie podniebienie przekonywa że konsystencyja owej narośli nie jest jednakołą, a raczej że składa się ona z części twardszej bardziej kulistej i z części soplowatej miękkiej. Chory przy wymawianiu wyrazów dłuższych znajduje trudność, szczególnie jednak uderzającem jest silne i długie zacinanie się w chwili kiedy chory mówi zaczyna. Kol. HERING zwraca przytem uwagę że ekskuryje klatki piersiowej są przy oddychaniu bardzo małe i że budowa klatki odpowiada tak zwanemu typowi paralitycznemu, co nie harmonizuje z silną budową ciała chorego w ogólności. Rzezonc zaburzenia mowy datują u chorego dopiero od lat trzech. Dodać jednak należy że ojciec i brat chorego również się jękają. Po przedstawieniu chorego kol. HERING mówi o „adenoidalnych” naroślach jamy nosogardzielowej w ogólności. Narośle rzezonc zostały dokładniej poznane dopiero w ostatnich czasach w skutek otjytrycznych badań W. MEYER'a (1873—74) który w Danii owe narośle w ciągu lat 5 spotkał u 175, osób szczególnie u dzieci i osób młodych. Zdaje się że u nas ta chorobowa zmiana daleko jest rzadszą (MICHEL w Kolonii w ciągu 4 lat znalazł ją 94 razy, p. *Spraw.*). Kol. HERING zwraca uwagę na histologiczne stosunki górnej i tylnej ściany jamy nosogardzielowej. *Stroma* błony śluzowej tę jamę wyściełającej składa się w znacznej części z tak zwanej warstwy adenoidalnej czyli cytogenicznej „*adeinoides v. cytogenes Lager*” to jest z siatki podobnej do tej jaka wchodzi w skład gruczołów limfatycznych, której luki wypełnione są massami komórek podobnych do ciałek lymfy. W niektórych miejscach ogniska tej tkaniny cytogenicznej stanowią mniej więcej skupione i ograniczone *folliculi*, z których na szczególne wyróżnienie zasługuje tak zwana *tonsilla pharyngea* (LACAUCHE 1853, LUSCHKA 1868) w samem sklepieniu jamy nosogardzielowej. Otóż ten t. z. migdałek gardzielowy jest głównie punktem wyjścia wspomnianych narośli, które W. MEYER obejmuje nazwą adenoidalnych wegetacyj. Stosownie do ich wymiarów narośle rzezonc wywołują rozliczne zбочzenia w mowie, oddychaniu i t. d. Oddychanie przez nos jest utrudnione, ztąd usta otwarte, wyraz twarzy głupowaty, dziurki nosowe szczuple, cera twarzy u takich chorych niezdrowa, blada, szarawa. U dzieci objawy to mocniej są uwydatnione. Zбочzenia mowy stale występują, głoski *m* i *n* wcale lub z trudnością bywają wymawiane, równie jak i głoski *l* i *r*. U chorego przedstawianego tego zбочzenia niema.

Kol. HERING zastanawia się nad przyczynami wspomnianych zбочzeń w mowie i przy tej sposobności mówi o nieustalonem dotychczas zapatrywaniu się fizjologów na warunki mechanizmu ruchów podniebienia i gardzieli przy wymawianiu głosek w ogólności, a w szczególności głosek nosowych (PASSAVANT, VOLTOLINI). Zбочzenia w wymawianiu pewnych głosek przy naroślach jamy nosogardzielowej pochodzić mogą po części ztąd, że nastąpić nie może zamknięcie, jakie normalnie następować powinno pomiędzy ustnym a nosowym odcińkiem gardzieli przez poziome ułożenie się miękkiego podniebienia i odpowiednie tworzenie się poprzecznej fałdy błony śluzowej na tylnej ścianie gardzieli skutkiem ruchu *coarctatoris pharyngis super.* (PASSAVANT), po części zaś ztąd, że rezonacyja głosu w chorobliwie zmienionej jamie nosogardzielowej staje się anormalną. Mówiąc o utrudnieniu jakie w oddychaniu sprawić mogą adenoidalne narośle, kol. H. wspomina także o tem że według zapewnienia VOLTOLINI'EGO i in., małe nieraz i na pozór niezatykające nosa polipy śluzowe stają się powodem napadów astmatycznych, które po usunięciu polipa znikają. Kol. H. operował polipa nosa u chorego z astmą, ale w tym przypadku usunięcie polipa na przerwanie astmy niewpłynęło. Dalej kończąc symptomatologiją narośli adenoidalnych, o których tu mowa, kol. H. wspomina o szczególnym bólu głowy u rzezonc chorych. Następnie powracając do swego chorego zapytuje czy w danym przypadku i w ogóle przy adenoidal-

nych wegetacjach jamy noso-gardzielowej można wykluczyć istnienie polipów śluzowych nosa i włókniaków (polipów włóknistych) jamy nosogardzielowej. Polipy śluzowe łatwe są zawsze do rozpoznania, włókniaki jamy noso-gardzielowej odznaczają się swym złośliwym wzrostem we wszystkich kierunkach nawet ku jamie czaszki, krwawieniem i utrudnieniem w łykaniu. Zresztą rhinoskopijne badanie dziś już omyłki nie dopuszcza. Przechodząc do leczenia zalecanego przy adenoidalnych naroślach jamy noso-gardzielowej kol. HERING opisuje rozmaite sposoby i narzędzia służące do przyżegania, do miażdżenia, odkręcania i przycinania owych narośli (VOLTOLINI, MEYER, WENDT, MICHEL), zwraca uwagę na niepomysłne ich skutki ze względu na następowe sprawy w trąbce EUSTACHIUSZA i w uchu środkowym, a wreszcie przemawia na korzyść operacyi za pomocą pętli galwanokaustycznej; przy tem wspomina o zimnej pętli VOLTOLINIEGO. O wynikach leczenia u swego chorego kol. H. donieść Towarzystwu obiecuje.

Prezes zapytuje czy adenoidalne narośle w jamie noso-gardzielowej nie miewają punktu wyjścia także z odkrytej niedawno *tonsilla tubalis*, leżącej przy fałdzie u ujścia gardzielowego trąbki EUSTACHIUSZA. Kol. H. odpowiada, że istotnie przy owej fałdzie okrągłe i soplowate narośle małego wymiaru spostrzegane bywały (WENDT). Kol. JASIŃSKI z powodu uwagi o zależności astmy od polipów jamy nosowej przypomina przypadek młodej osoby, u której po długoletniem trwaniu astmy wyleczenie nastąpiło jednocześnie z operacyjnem usunięciem polipa z nosa. W tym przedmiocie zawiązuje się dyskusya pomiędzy koll. JASIŃSKIM, Wiceprezesem i HERINGIEM. Kol. DUNIN w tym samym przedmiocie zwraca uwagę na spostrzeżenia GERHARDA, który mówi o utrudnieniu oddychania na drodze zwrotnej w skutek papilomatów podniebienia miękkiego. Kol. DOBRSKI zapytuje czy zarówno twardsze jak i miększe narośle u chorego przedstawionego powyżej należy za narośla adenoidalne. Kol. HERING odpowiada twierdząco, opierając się na spostrzeżeniach lekarzy, którzy prawie zawsze tak różnej konsystencyi i różnej postaci narośle adenoidalne w jamie nosogardzielowej spotykali.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

**Organizacyja sanitarna.** Wychodząca w Warszawie „*Sowremennaja Medicina*” w traktowaniu spraw miejscowych zajmuje tak odrębne stanowisko, że nie możemy pominąć tego, co w dwóch naczelnych artykułach wymienionego czasopisma wydrukowano w ostatnich czasach (Nr. 24 i 25), z powodu działalności podkomitetu obywatelskiego i jego wniosków.

„Warszawa, mówi autor owych artykułów, mimo swego oddalenia od ujść Wołgi, doznała na sobie skutków wetlańskiej epidemii”. Za skutek taki uważa utworzenie komitetu sanitarnego. Z chwilą ustania zarazy nad Wołgą „warszawski komitet wkrótce znalazł się bez przedmiotu do spieszych zajęć”. „Wtedy utworzonym został drugi liczny komitet, równie jak pierwszy złożony po większej części z nielekarzy, a wśród małej liczby lekarzy nie było w nim np. przedstawiciela higijeny w uniwersytecie”. Dalej autor gorszy się tem, że ten nowy komitet (podkomitet obywatelski) nie zajmował się już wcale tem co robić się miało w celu przygotowania Warszawy na wypadek dżumy, a raczej wziął się do obmyślenia środków poprawienia warunków sanitarnych Warszawy w ogólności. Tu musimy zwrócić uwagę autora na tę okoliczność, że toż samo co w Warszawie, tylko na daleko większą skalę, działo się przez rok cały w Petersburgu i Moskwie i że w obu tych miastach „komiteta dżumowe“ złożone przeważnie z nielekarzy prace swe zakończyły dopiero w roku ubiegłym, a poświęciły je nietylko całemu obszarowi stosunków sanitarnych miejscowych, ale nadto przygotowaniu materyjału prawodawczego, czego im żadne z pism lekarskich rossyjskich za winę niepoczytało.

Autor powiada, że o pracach owego podkomitetu nie w *S. M.* nie pisał, bo nie miały one żadnego naukowego znaczenia, a przytem nie miały interesować czytelników *S. M.* mieszkających „w szerokiej Rosyi”. Uważamy tę wstrzemięźliwość autora i redakcyi *S. M.* za całkiem właściwą i zgodną z interesami naszych kolegów „w szerokiej Rosyi” zamieszkałych i z interesami naszego miasta i kraju. Ciekawiliśmy jednak bardzo co

*Sour. Med.* skłania o b e c n i e poświęcać kilka szpalt krytyce działalności Podkomitetu, działalności nie mającej „żadnego naukowego znaczenia.”

Autor mniema, iż z powodu braku samorządu miejskiego w Warszawie, zarząd miasta powinienby był się ograniczyć jedynie na nakreślaniu planu i prawideł, przy pomocy których, dałyby się poprawić stosunki sanitarne w mieście. *De facto* zarząd miasta przy pomocy Podkomitetu ograniczył się na takim nakreśleniu planu i plan ten wyższej władzy przedstawił, pragnąc uzyskać pozwolenie na wprowadzenie owego planu i owych prawideł w wykonanie, choćby nawet Warszawa jeszcze samorządu osiągnąć nie miała. I dla tego to *S. M.* milczała, póki plan kreślono, a podniosła krzyk dopiero w chwili, kiedy o wykonaniu zaczęła być mowa. Czy dla tego, że plan *in merito* potępia? Broń Boże! — ani słowa o opiniach Podkomitetu nie mówi. Bo cóż to „*Souremienną Medicinę*” obchodzić może na jakich danych plan assenizacji oparto, jakie wymagania i jakie środki wskazano? Jej chodzić może, jako organowi czytannemu „w szerokiej Rossyi” jedynie o to **któ** plan układał, a szczególnie, czy pomiędzy członkami komitetu byli „przedstawiciele higijeny w uniwersytecie”, inspektorowie urzędów lekarskich, lekarze powiatowi”. Dziwna rzecz! W tym samym numerze *S. M.* w artykule poświęconym akademii lekarskiej w Petersburgu, nazwane jest absurdem to, że w rosyjskich uniwersytetach wykładową chirurgię operacyjną ludzie, którzy nigdy nie widzieli chirurgicznego chorego. Tymczasem w rzeczach higijeny *S. M.* ma zaufanie tylko do nominowanych z urzędu higienistów.

Otóż zdaniem autora artykułu w *S. M.* skład Podkomitetu obywatelskiego nie był takim, aby zgromadzenie to mogło obmyślić w ogóle coś naukowo racjonalnego i w praktyce higijeny wykonalnego. Nie było w tem zgromadzeniu tych, których autor nazywa „mistrzami higijeny”, byli tylko sami amatorowie. Autor w *S. M.* domaga się aby w radzie sanitarnej układającej plan assenizacji miasta zasiadali koniecznie „chemicy, budowniczkowie, prawnicy, inżynierowie” — otóż wszyscy ci specjaliści byli, jak wiadomo, reprezentowani w Podkomitecie obywatelskim, do składu którego należał też i inspektor urzędu lekarskiego, a jedynie brakowało lekarzy powiatowych, profesorów higijeny i lekarzy „którzy by złożyli specjalny egzamin z higijeny” (*sic!*). Z największą goryczą odzywa się autor o tych lekarzach „karjerowskich”, którzy samozwańczo lub w skutek zbląkaney opinii publicznej przechodzą do tytułu powag higienicznych, a nie są ani profesorami higijeny w uniwersytecie, ani lekarzami powiatu. Że tacy nieurzędownicy higienieści niebędący ani profesorami, ani lekarzami powiatu, ani inspektorami lekarskimi śmiać mieszać się do spraw sanitarnych miejskich i że sobie pozwalają budzić dla spraw tych interes wśród obywateli miasta, temu winien — (proszę się nie śmiać, bo to niemówi żaden „amator” higijeny, a autor *Sourem. Mediciny!*) — tak jest, temu winien jedynie.... **PETTENKOFER**, a raczej jego twierdzenie, że woda gruntowa ma wpływ na natężenie epidemii cholery i durzycy brzusznej. Od tego czasu nabrała znaczenia kwestyja oczyszczania miejsc ustępowych (w Anglii. jak wiadomo, daleko dawniej!) i odtąd datuje w dziejach higijeny miast „okres wychodków”, który trwał w Rossyi lat 20, a w Warszawie trwa jeszcze. Miasta rosyjskie „niedawno zaczęły z tego okresu wychodzić” co stanowić ma początek niesłuchanie ważnego nowego okresu. Biedny **PETTENKOFER**, biedna ta szkoła monachij-ska, która ciągle jeszcze pozostaje „w okresie wychodkowym” a nadewszystko pożałowania godna Anglija, w której miasta i wsie nie chcą zrozumieć, że prawdziwa higijena o wychodkach, o wodzie gruntowej i t. p. nie wiedzieć nie potrzebuje. W Cesarstwie zatem kwestyja wychodkowa jest już, jak zapewnia *S. M.*, wyczerpaną. Sądząc jednak ze sprawozdań zeszlorocznych komisyji petersburskiej i moskiewskiej, wychodki są pełne.

W końcu autor *S. M.* radzi zarządowi miasta, aby utworzył radę sanitarną, na wzór podobnych korporacyj w innych miastach i jej powierzył ułożenie nowego planu assenizacji Warszawy. Gdyby się zarząd miasta zgodził pójść ściśle za tem, co mu każe *S. M.*, to by się znalazł prawdopodobnie w kłopotcie, choćby dla tego, że lekarzy, którzy mają według *S. M.* stanowić większość w owej radzie, ale zarazem koniecznie muszą posiadać świadectwo ze złożonego egzaminu specjalnego z higijeny, w Warszawie nie

ma. Lekarską zatem naukę przedstawiać by musieli w tej radzie trzej nominalni higijeniści, jak tego żąda *S. M.*, a mianowicie: profesor higieny; inspektor urzędu lekarskiego i lekarz powiatu. Plan przez taką radę ułożony, możeby dostąpił zaszczytu krytyki w *S. M.*, na którą sobie plan Podkomitetu obywatelskiego nie zasłużył.

**Wiadomości osobowe.** Prof. Brodowski Włodzimierz, dziekan wydziału lekarskiego, został wybrany członkiem Rady miejskiej dobroczynności publicznej. Dr. KOTLEWSKI, prof. medycyny sądowej uniwersytetu Warszawskiego, z powodu dojścia do emerytury otrzymał uwolnienie; że zaś przypadło to w ciągu roku akademickiego a nowego profesora dotąd nie zamianowano, przeto prof. K. dalej prowadzi wykłady za oddzielnem oprócz emerytury wynagrodzeniem 1200 rs. Dr. PASTERNAKI młodszy ordynator szpitala wojskowego Ujazdowskiego i KORNIZOWICZ b. asystent kliniki psychiatrycznej w Warszawie, zostali ordynatorami nowo-utworzonego oddziału dla chorych obłąkanych w tymże szpitalu Ujazdowskim. Kol. GAJKIEWICZA mianowano ordynatorem bezpłatnym nowo-utworzonego oddziału dla chorób nerwowych i leczonych elektrycznością w szpitalu Starozakonnym w Warszawie.

## WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

† Chomętowski Stanisław, wychowaniec b. Akademii medyczno-chirurgicznej Warszawskiej, ordynator szpitala Ś-go Jana Bożego, założyciel i lekarz prywatnego zakładu dla chorych obłąkanych i nerwowych, zakończył życie w dniu 26 Stycznia r. b. Ś. p. Stanisław urodził się w r. 1839, w r. 1862 po ukończeniu studiów w b. Akademii ze stopniem lekarza, wyjechał do Wiednia, gdzie kształcił się specjalnie w psychiatrii. W r. 1868 został asystentem kliniki psychiatrycznej w szpitalu Ś-go Jana Bożego, a od r. 1871 aż do śmierci był ordynatorem tegoż szpitala. Oprócz opisów kilku przypadków chorób umysłowych, pomieszczonych w protokołach posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego, którego od r. 1864 był członkiem, skreślił dwie nieco obszerniejsze prace: *O chorobach umysłowych przez syphilis spowodowanych*, w „Tygodniku lekarskim” z r. 1864 i „Kilka słów o postępie psychiatrii” jako wstęp do sprawozdań z psychiatrii w „Przeglądzie postępów nauk lekarskich”, gdzie przez czas jakiś był sprawozdawcą. Obdarzony olbrzymią pamięcią, posiadał wielką łatwość pisania artykułów popularnych przyrodniczo-fizjologicznej treści, którymi przed kilku laty obficie zasilal dwutygodnik, p. n. „Kronika rodzinna” przez jego siostrę redagowany; tu jednak ukrywał się pod pseudonimem „*Dr. Bonifacius Nemo*”. Ocenę tych prac ś. p. Stanisława popularno-naukowej treści pozostawiamy komu innemu; stanowią one główny materiał do oceny jego działalności piśmienniczej i rzucają światło na jego charakter jako człowieka i lekarza. Od kolebki aż do grobu w niewieściej szkole życia kształcony i pielęgnowany, przez całe życie swoje zachował wydatne piętno niewieściego wychowania. Pokój Mu wieczny!

† Tripplin Teodor, powszechnie znany i wielce w swoim czasie ceniony jako powieściopisarz i autor opisów swoich podróży, zmarł prawie zapomniany w d. 25 Stycznia r. b. w Warszawie. Urodzony w r. 1821 w Kaliszu, jako b. oficer b. wojsk polskich w r. 1831 musiał opuścić kraj i rozpoczął studia lekarskie najprzód w Królewcu, a następnie w Montpellier, gdzie po obronie napisanej przez siebie rozprawy p. n. „*Quelques mots sur la fièvre typhoïde*” otrzymał stopień doktora medycyny w r. 1840. Następnie walczył w Hiszpanii, był w Anglii, Szwecji, Norwegii, Danii, Portugalii i państwie Marokańskiem. W roku 1850 powrócił do Warszawy, gdzie w ciągu lat 10-ciu napisał przeszło 60 tomów rozlicznych wspomnień, pamiętników, powieści i t. p. Dzieła te nie naukowe lecz przeważnie bellotrystycznej treści były namiętnie czytane i chętnie rozkupywane tak, że niektóre miały po 5 wydań. W r. 1859 powtórnie opuścił Warszawę, odbył podróż na Wschód, brał udział w walce Czarnogórców przeciw Turkom, słowem wiódł dalej to gorączkowe, awanturnicze życie swej młodości. Stargany na siłach, wrócił w r. 1876 do Warszawy, gdzie zastał całkiem inny świat, całkiem innych ludzi, którzy prze-

stali już bawić się fantazyjami i o sławie TRIPPLINA zapomnieli. To go do reszty złamało. Wydał jeszcze swoje „Podróże na Wschód”, ale te nie znalazły już pokupu, nie czytano ich. To też zboleły, niezdolny do dalszej walki życiowej, umarł w głębokim zapomnieniu! Z rzeczy lekarskich napisał niewielki artykuł: „O chloroformie, o rodzaju zatrucia które sprowadza jego nadużycie i o znakach przepowiadających to zatrucie”, drukowany w „Tygodniku lekarskim” z r. 1850. Ogłosił nadto w „Biblijotece Warszawskiej” z r. 1853 „Pamiętniki lekarza Polaka z doświadczeń zagranicą zebranych, spisane przez niego samego”, lecz te dla nielekarzy były pisane. J. R.

### Redakcyjja otrzymała:

JORDANA H. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział I. Fizyologija i dyjetetyka ciąży, porodu i pologu. Z 44 drzeworytami. Kraków 1881.

NAWROCKIEGO F. *Raboty proizwedennija w laboratorijach medicinskogo fakulteta Imperatorskogo Warszawskogo Uniwersiteta*. Z rysunkami. Zeszyt 6-ty. Warszawa 1880.

BECK'A G. *Illustrirte Vierteljahrsschrift der aerztlichen Polytechnik*. III Jahrgang Heft 1. 1 Januar 1881.

### Korrespondencyja Administracyi.

*W-mu d-rowsi E. T.* w Gródku. Żądanej mąki glutenowej pszennej w Warszawie nigdzie nie znaleźliśmy. O wskazanie zatraconego N-ru z r. z. prosimy; do 1 Kwietnia r. b. wszelkie zaginione N-ra z r. z. bezpłatnie dostarczamy.

*W-mu d-rowsi J. K.* w Żytomierzu. Żądanego plessimetru w żadnym składzie warszawskim nie ma, a co gorsza, o takim plessimetrze nawet nie słyszano; przeto dostarczyć go nie możemy. Znajdują się jedynie plessimetry z kości słoniowej płaskie, okrągłe, z brzegiem wystającym naokoło, lub podłużne z 2-ma uszkami na końcach do trzymania. Pozostaje u nas 1 rs. 65 kop. do rozporządzenia.

Towarzystwu med. akademików Polaków we Wrocławiu. Anatomija opisowa QUAIN—HOFFMANN'A, przekład GARBSKIEGO, dwa tomy 11 rs. 10 kop. Fizyologija (DONDEERS—HOYER i WUNDT), przekład FABIAN'A i STOCKMANN'A, 2 tomy 9 rs. Słownik lekarski mający wyjść w lipcu r. b. 5 rs.

## OGŁOSZENIA.

### Zakład Przyrodoleczniczy.

## WODOLECZNICA


### W NOWEM MIEŚCIE NAD PILICĄ

gubernija Piotrkowska, powiat Rawski

### Sezon zimowy.

Zakład jak w porze letniej, tak i zimowej przyjmuje chorych. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galerija do przechadzek. Bilard, czytelnia, dwóch stałych lekarzy. Wielce skuteczne leczenie wodą podczas zimy w chorobach nerwowych, katarach żołądka i kiszek, niemocy męskiej i t. d. Bliższe objaśnienie w Warszawie, w aptece H. KUCHARZEWSKIEGO, Senatorska Nr. 480, lub w Nowem Mieście, w Zarządzie Zakładu.

Redaktor i Wydawca, Dr J. Rogowicz.

 Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Nowogrodzka Nr. 20.

Дозволено Цензурою. Варшава, 23 Января 1881 г. — Członkami M. Ziemięwleża i W. Noakowskiego. Кнѣк. Пред. Nr. 415. Cena pojedynczego Numeru kop. 15 (złp. 1).