

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: **Rozprawy.** Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбоcezeń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (c. d.) — **Kazulistyka.** Spozstrzeżenia z praktyki na wsi. Spisał i podał dr. St. MARKIEWICZ, z Soczewki. — **Przegląd piśmiennictwa lekarskiego.** E. SZPERK'A. Przyczynok do statystyki przymiotu u kobiet w Petersburgu. Podał w streszczeniu dr. E. KLINK. (c. d.) — **Streszczenia i wyelągi.** O sztucznie wywołanej katalepsy i somnambulizmie u hysteryczek. Do historyi zapalenia i ciałek ropnych. O wpływie fizyologicznym azotanu pilokarpinu i jego działaniu leczniczem w chorobach oczu. Chloral w enemach. Chlorodynu. — **Wspomnienia posmiertne.** Ś. p. Józef MIANOWSKI. S. p. Władysław Kosiński. — **Od Redakcyi i Administracyi.** — **Ogłoszenia.**

OBCENY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zбоcezeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1 i 2)

Przechodzimy teraz do torebki wewnętrznej, której czynność lepiej jest znaną niż innych części składających wewnątrz mózgu. Powiedzmy odrazu iż $\frac{2}{3}$ przednie włókien torebki wewnętrznej, ta jest to jej część, którąśmy wyżej nazwali ogoniasto-soczewicowatą (*pars lenticulo-striata*) są przeznaczone dla ruchu, to jest służą do przenoszenia pobudzeń ruchowych do mięśni obwodowych strony przeciwnej ciała; $\frac{1}{3}$ zaś tylna włókien, to jest część soczewicowato-wzrokowa (*pars lenticulo-optica*) torebki wewnętrznej jest czuciową, przenosi wrażenia czuciowe doznane na obwodzie ciała do ośrodków nerwowych. Okazanie tych własności torebki wewnętrznej zawdzięczamy głównie klinice, bo już od r. 1851 (L. TÜRCK) zauważano związek między cierpieniami tylnej części torebki wewnętrznej a znieczuleniem połowicznym ciała (*hemianaesthesia*) spostrzeżanem za życia. Doświadczenia fizyologiczne jednak w tym względzie pierwszy robił dopiero VEYSSIERE ¹⁾. Z porady prof. VULPIAN'A starał się on wywołać sztucznie u zwierząt (psów) zniszczenie tych części, które znaleziono nadwyreżonemi u ludzi w przypadkach niewątpliwych znieczulenia połowicznego pochodzenia mózgowego. Wymyślił w tym celu osobne narzędzie składające się ze zwykłego przekłuwacza (*trocant*), po wprowadzeniu którego do wnętrza mózgu, wyjmuje się sztylet a na jego miejsce

¹⁾ VEYSSIERE. *Recherches expérimentales à propos de l'hémianesthésie de cause cérébrale.* Archives de Physiol 1874. Nr. 2 i 3 str. 288 — 299 i *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.* Paris 1874.

wsadza się sprężynę zegarową osadzoną na lodydze pod kątem. Według życzenia, sprężynę tę można wysuwać mniej lub więcej, a wykonywując nią pół lub cały obrót, niszczy się mniejszą lub większą przestrzeń istoty mózgowej. Skutki samego przebicia mózgu, celem dostania się na wysokość torebki wewnętrznej, można zupełnie pominąć, bo przy badaniach pośmiertnych zwierząt, zazwyczaj nie można było odnaleźć nawet śladu przejścia przekłuwacza. Aby zniszczyć część przednią lub tylną torebki wewnętrznej, trzeba było wprowadzać opisane narzędzie w pewnym kierunku, który przedtem badano i obrachowywano na czaszkach zwierząt zabitych. Przed każdym doświadczeniem badano stan czucia i ruchów obu połów ciała. Otóż pokazało się, iż ilekroć razy wprowadzone narzędzie zniszczyło (jak to później stwierdzano przy badaniu pośmiertnem tego samego zwierzęcia) tylne włókna torebki wewnętrznej, leżące między wzgórkami wzrokowym a częścią tylną jądra soczewicowatego, powstawało znieczulenie połowiczne (*hemianaesthesia*) przeciwnej strony ciała. Zniszczenie zaś włókien przednich tejże samej torebki wewnętrznej, to jest, włókien zawartych między częścią przednią jądra soczewicowatego a jądrem ogoniastem, dawało powód do porażenia połowicznego ruchu (*hemiplegia*), także przeciwnej strony ciała. Ile zaś razy za życia występowało porażenie jednoczesne ruchu i czucia, badanie pośmiertne wykazywało iż dotkniętymi były włókna i przednie i tylne, najczęściej w okolicy średniej torebki wewnętrznej. Zniszczenia powierzchowne, nie dochodzące do torebki wewnętrznej, nie powodowały nigdy tych skutków. VEYSSIERE używał do niszczenia także zastrzykiwań miąższowych (jodu, azotanu srebra, gummy zabarwionej karminem). Przy zniszczeniu ograniczonym tylko do istoty szarej wnętrza mózgu, nie powstawało nigdy znieczulenie połowiczne. Zniszczenie ciątka prążkowanego powodowało porażenie połowiczne ruchu, zniszczenie wzgórków wzrokowych niczem się nie objawiało. Doświadczenia VEYSSIERE'A, prócz innych badaczy, powtarzał później, w tej samej pracowni prof. VULPIAN'A, F. RAYMOND ¹⁾. Używał on tego samego narzędzia co VEYSSIERE, które wprowadzał (*l. c.* str. 119) na wysokości kąta tylnego wyrostka licowego (*apophysis zygomaticus*) i kierował go równolegle do linii idącej od tegoż wyrostka do kąta zewnętrznego oka. Zagłębiwszy je na 2 ctm. w mózg, wysuwał sprężynę na kilka μ i wykonywał nią ruchy obrotowe. Gdy operacja ta dobrze była wykonana, to zniszczeniu ulegała tylko torebka wewnętrzna, a istota szara środkowa nie, lub bardzo niewiele. Zaraz po operacyi następował napad apoplektyczny trwający 5—45 minut, w czasie którego zwierzę było pogrążone w śpiączce (*coma*), leżało nie wykonywując najmniejszego ruchu i oddychanie miało utrudnione. Zależnie od tego czy zniszczył włókna przednie lub tylne, RAYMOND wywoływał w pierwszym razie porażenie połowiczne ruchu (*hemiplegia*), a w drugim porażenie połowiczne czucia

¹⁾ F. RAYMOND. *Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianaesthesia et les tremblements symptomatiques.* Paris 1876.

(*hemianaesthesia*). Nadto widział R. iż niekiedy w łapach strony przeciwnej pojawiały się ruchy mimowolne (*hemichorea*) które trwały dopóki zwierzę żyło (2—6 dni). Ruchy te mimowolne zwiększały się przy wykonywaniu ruchów dowolnych a zmniejszały podczas snu. Badanie pośmiertne okazywało iż w tych ostatnich przypadkach zniszczonymi były włókna torebki wewnętrznej, leżące nieco naprzód i na zewnątrz od włókien tylnych. Z 6 psów, u 4 prócz tej płasawicy połowicznej (*hemichorea*) było jednocześnie i znieczulenie połowiczne czucia. CARVILLE i DURET (*l. c.* str. 466) stwierdzili także iż przecinając torebkę wewnętrzną z przodu, między obu częściami ciała prądkowanego, wywołuje się stale porażenie ruchowe zupełne przeciwnej strony ciała; gdy przeciwnie cięcie jest zrobionem więcej z tyłu między wzgórkciem wzrokowym a jądrem soczewicowatym, to spostrzegamy znieczulenie połowiczne strony przeciwnej ciała. Aby powstało porażenie połowiczne ruchu, cięcie winno być zupełne w $\frac{2}{3}$ przednich torebki wewnętrznej i przypadać poniżej powierzchni komórkowej jądra ogoniastego. Gdy się zaś przetnie przedłużenie odnóg mózgowych powyżej okolicy zwojowej, *hemiplegia* nie jest nigdy zupełną. Przyczyną tego jest to, iż przy cięciu powyżej okolicy zwojowej przecina się tylko włókna nerwowe ruchowe idące od zawojów do zwojów, gdy tymczasem ciało prądkowane zachowuje swój związek z odnogą mózgową, mostem VAROLA, rdzeniem przedłużonym i kręgowym, a ponieważ jest ono ośrodkiem pewnych ruchów, to będąc nietkniętem, porażenie ruchowe połowiczne nie jest zupełne. Porażenie jest tem rozleglejsze im cięcie zrobionem jest bliżej ciała prądkowanego (*l. c.* str. 489), gdyż włókna nerwowe udają się zbieżnie do niego. Gdy cięcie zrobiono poniżej ciała prądkowanego, to oba rodzaje włókien ruchowych, to jest, te które idą z odnogi mózgowej do zawojów i te które idą do zwojów (ciała prądkowanego) są przecięte, wszelki wtedy ruch dowolny staje się niemożliwym, porażenie połowiczne ruchu jest zupełne. Jeżeli przetniemy torebkę wewnętrzną poniżej ciała prądkowanego, to drażnienie okolicy ruchowej kory mózgowej, jak i drażnienie samego ciała prądkowanego jest bez skutku, nie wywołuje jak w stanie prawidłowym kureczenia się mięśni.

Doświadczenia NOTHNAGEL'A ¹⁾ nad czynnością torebki wewnętrznej zgadzają się z przytoczonymi CARVILLE'A i DURET'A.

Z doświadczeń przytoczonych, będących, jak zobaczymy niżej, w najzupełniejszej zgodzie z kliniką, możemy wyprowadzić ten wniosek, iż w części przedniej torebki wewnętrznej zawarte są włókna ruchowe całej połowy przeciwnej ciała, a w części jej tylnej, włókna czuciowe także całej połowy przeciwnej ciała. Nadto iż w torebce wewnętrznej są i pewne włókna, zdaje się idące do narządów porządkujących ruchy (koordynacyjnych) od półkul mózgowych, bo zniszczenie ich wywołuje płasawicę połowiczną w przeciwnej stronie ciała. Włókna te leżą, jak widzieliśmy,

¹⁾ NOTHNAGEL. *Experimentelle Untersuchungen über die Funktionen des Gehirns*. VIRCHOW'S Archív. 1877. LXXI. 3. str. 280.

na przód i na zewnątrz od włókien czuciowych. Wyniki te doświadczeń fizjologicznych, są w zgodzie z histologiją, która jak widzieliśmy, uczy iż w przedniej części torebki wewnętrznej, prócz włókien idących do istoty szarej środkowej, są włókna bezpośrednie idące od istoty szarej korowej do rdzenia kręgowego, przyjęte przez MEYNERTA i innych, za włókna ruchowe; w części zaś tylnej torebki wewnętrznej, tenże autor, okazał włókna także bezpośrednie, nie wchodzące w żaden związek z istotą szarą wnętrza mózgu, lecz udające się z odnóg mózgowych bezpośrednio do istoty szarej korowej zraza klino-potylicowego.

Jak widzimy wszystkie doświadczenia dotychczasowe nad czynnością torebki wewnętrznej, zależały na niszczeniu różnych jej części i spostrzeżaniu wywoływanych przez to zaburzeń. Brak było doświadczeń z drażnieniem elektrycznem torebki wewnętrznej. Niedostatek ten wypełniony został przez F. FRANCK'A i PITRES'A, którzy na posiedzeniu Towarzystwa Biologicznego Paryzkiego 30 Grudnia 1877 r. ¹⁾ odczytali wyniki swych poszukiwań nad zachowaniem się torebki wewnętrznej przy drażnieniu jej (u psów) prądem elektrycznym. Przekonali się oni iż pęczki włókien białych, które, jak widzieliśmy w części II, biegną niezależnie jedne od drugich, od pewnych punktów istoty szarej korowej (od ośrodków psychoruchowych) przez całe *centrum ovale*, zachowują też niezależność i w podstawie korony promienistej i w torebce wewnętrznej. W istocie białej wnętrza mózgu, nie miesząją się one z sobą, lecz układają obok siebie, tak iż drażnienie ograniczone różnych pęczków tej istoty, powoduje ruchy ograniczone do pewnych grup mięśniowych strony przeciwnej ciała, zupełnie tak samo jak to ma miejsce przy drażnieniu ograniczonych miejsc istoty szarej i białej korowych. FRANCK i PITRES tylko połowę przednią powierzchni przecięcia torebki wewnętrznej znaleźli pobudliwą i pęczki włókien ruchowych mają w niej być ułożone w ten sposób: 1) najbardziej ku przodowi leżą włókna, których drażnienie wywołuje ruchy w stronie przeciwnej twarzy i w powiekach; potem idą postępując z przodu ku tyłowi: 2) pęczek włókien przeznaczonych dla kończyny przedniej, 3) pęczek stosunkowo duży, którego drażnienie wywołuje ruchy w obu kończynach przeciwnych, 4) mały pęczek, bardzo ograniczony, wyłączny dla mięśni kończyny tylnej, wreszcie 5) na wysokości części tylnej jądra ogoniasatego, pęczek włókien ściśle ograniczony, którego drażnienie wywołuje ruch podnoszenia ucha przeciwnego. Doświadczenia te FRANCK'A i PITRES'A tłumaczą dla czego w hemiplegii porażenie przeważa albo w twarzy, albo w jednej z kończyn, najczęściej jak wiemy w górnej; zależy to od tego iż niezawsze jedne i te same włókna jednakowo cierpią, bo w razie np. wylewu krwi, najbliższe włókna są zniszczone gdy dalsze są tylko uciśnięte. Już spostrzeżenia uważne doprowadziły przedtem CHARCOT'A do przekonania, iż jeśli porażenie ruchu przeważa w kończynie górnej, to cierpi więcej część

¹⁾ F. FRANCK i PITRES. *Sur les effets de l'excitation limitée des faisceaux du centre ovale et de la capsule interne. Progrès médical 1878. Nr. 3 str. 42.*

przednia części ruchowej torebki wewnętrznej, a gdy w kończynie dolnej, to cierpią więcej włókna bardziej ku tyłowi leżące w części ruchowej torebki wewnętrznej.

Nie możemy na zakończenie powstrzymać się od uwagi, jak ważne usługi może oddać anatomia patologiczna nauce o czynności różnych części ośrodków nerwowych, sprawdzając słowa wyrzeczone przez GUBLER'A ¹⁾ przed 20 laty: „Patologija dostarczy światła anatomii i fizyologii”. Prócz przytoczonych w tym rozdziale, widzieliśmy kilka innych dowodów, w ciągu niniejszej pracy. Jeżeli wreszcie przypomniemy iż na tej to drodze, uprawianej głównie przez CHARCOT'A, VULPIAN'A i ich szkołę i fizylogija rdzenia kręgowego została w większej części rozświeconą, to nikt nie weźmie za przesadę, jeśli powiemy iż jedną z przyczyn tak znacznych postępów, jakie nauka o ośrodkach nerwowych uczyniła w ostatnich czasach, jest użycie metody, którąby można nazwać anatomiczno-porównawczą, a mianowicie, ściśle porównanie objawów chorobowych spostrzeganych za życia ze zmianami patologicznymi znalezionymi po śmierci.

(d. c. n.)

K A Z U I S T Y K A.

Spostrzeżenia z praktyki na wsi ¹⁾.

Spisał i podał St. **Markiewicz**, z Soczewki.

VII. Przepuklina pachwinowa uwięznięta (*hernia inguinalis incarcerata*). Operacyja. Przetoka. Zupełne wyleczenie. Czapska, wdowa po robotniku fabrycznym, lat 60 kilka mająca, przed laty kilkunastu uległa stłuczeniu kończyny dolnej lewej. Prawdopodobnie jednocześnie powstała przepuklina pachwinowa, która jednak nigdy w niczem chorej nie dokuczwała i nie przeszła rozmiarów dużego orzecha włoskiego. Od lat już kilku guz przepuklinowy nigdy nie znikał. Chora wątłej budowy ciała, bardzo chuda, prowadzi życie umiarkowane i prawie nigdy na zdrowiu dotąd nie zapadała. W szczególności trawienie odbywało się zawsze dobrze. Na wiosnę r. 1877 Cz. bez żadnej wyraźnej przyczyny dostała mocnych boleści brzucha i mdłości. Po użyciu olejku rącznikowego stołca nie było. Nastąpiły wymioty, boleści się wzmogły. W ciągu trzeciej doby, chora była bardzo wycieńczoną, mimo że boleści znacznie złagodniały. Jelita rozdęte; guz przepuklinowy prawie niebolący, niepowiększył się co do swej objętości. Kończyny chłodne, tętno nitkowate, prędkości prawidłowej, chora apatyczna. Wymiotów nie ma. Usiłowanie odprowadzenia przepukliny okazało się bezskutecznem, równie jak i wlewanie dużej ilości płynu do odbytnicy przyrządem HEGAR'A. Środków wypróżniających prócz

¹⁾ GUBLER. *Du ramollissement cérébral atrophique envisagé comme lésion consécutive à d'autres affections encéphaliques*. *Archives génér de médecine* 1859, t. II str. 31.

¹⁾ Ciąg dalszy z r. 1877.

olejku rącznikowego chorej niedawałem. W końcu 3-ej doby od chwili pierwszych objawów uwięźnięcia uznałem konieczność przystąpienia do operacyi. W tym celu wezwałem s. p. kolegę GURBSKIEGO z Płocka, który bezwzględnie, w mieszkaniu chorej, w ciasnym i ciemnym poddaszu herniotomiją prędko i prawie bez utraty krwi wykonał, przy użyciu małej ilości chloroformu. Operacyja z powodu niezwyčajnej chudości chorej była stosunkowo bardzo łatwą. Wepchnięcie pętli jelitowej, nieprzyrośniętej i bardzo dobrze wyglądającej, po usunięciu zaciśnięcia bez żadnej nastąpiło trudności. Chora doskonale operacyją zniosła. Kiedy w 12 godzin po operacyi stolca nie było, dałem chorej łyżkę olejku rącznikowego, po czem stolec obfity z wiatrami nastąpił. Chora zaczęła się posiłać mlekiem i winem. Rana pooperacyjna przedstawiała się w ciągu pierwszych 4 dni doskonale i obiecywaliśmy sobie zagojenie *per primam*. Po owym jednak pierwszym stolecu więcej wypróżnień nie było, przy czem jednak chora czuła się doskonale, ciepłota ciała i tętno wróciły do normy. Piątego dnia po operacyi brzegi rany się rozeszły i dno jej przedstawiało ziarninę (*granulatio*) rozpulchnioną, brudno żółtawej barwy. Ósmego dnia po operacyi znaczna część tkaniny stanowiącej dno rany oddzieliła się i wkrótce potem z głębi rany wydostawać się zaczęły wpółgęste massy kałowe, z postaci których wnosić można było o bardzo szczupłym otworze w ścianie jelitowej. Tu nadmienić muszę żeśmy podczas operacyi zaniedbali, po usunięciu zaciśnięcia, zbadać stan jelita poniżej i powyżej przepuklinowej pętli. W jednym z tych miejsc prawdopodobnie ściany jelita na bardzo małej przestrzeni musiały być obumarłe, co ostatecznie dało powód powstaniu przetoki jelitowej. Po odbyciu narady z kol. ERLICHEM i GURBSKIM postanowiliśmy, zważywszy na bardzo dobry stan ogólny chorej, na wyraźny postęp w jej odżywianiu i na bardzo oczywiście maleńki otwór w jelicie, postępować wyczekująco, starając się tylko o jak największą czystość rany. Już w kilka dni po powstaniu przetoki zaczęły stolce odchodzić drogą naturalną. Sądząc z ilości i z postaci wychodzącego przetoką kału, wkrótce przekonałem się że otwór w ścianie jelita coraz się zmniejszał i istotnie po 2 czy 3 tygodniach kał przetoką przestał odchodzić, a rana w ścianie brzusznej prawie zupełnie się zagoiła. W skutek niestosownego pokarmu chora dostała w ciągu 4-go tygodnia po operacyi boleści i wymiotów, które trwały kilkanaście godzin i skończyły się tem że kał znowu przetoką wydostawać się zaczął. Stan ten trwał znowu dni kilka. Od tego czasu w przerwach dni kilku lub kilkunastu chora nawet przy ostrożnem żywieniu się dostawała gwałtownych boleści, podczas których zagojona przetoka znowu się otwierała i małe ilości kału nią odchodziły, aż wreszcie w ciągu 3-go miesiąca po operacyi nastąpiło stanowcze zagojenie przetoki i od tego czasu (przeszło rok) stan chorej jest zupełnie pomysłny.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO.

Przyczynek do statystyki przymiotu u kobiet w St.-Petersburgu

przez d-ra Edwarda SZPERKA.

Podał w streszczeniu dr. E. Klink, ordynator szpitala Ś-go Łazarza w Warszawie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 2).

W rozdziale III autor przedstawia wyniki badań wyprowadzone przy pomocy kartkowego systemu zbierania materiałów statystycznych. A więc mówi przedewszystkiem o rozprzestrzenianiu się choroby przymiotowej pomiędzy kobietami przebywającymi w domach publicznych (*biletnyja*).

Rewizya tych kobiet odbywa się dwa razy na tydzień. Około 90% rocznie takich kobiet dostaje się do szpitala.

Statystyczne dane otrzymane przez d-ra SZPERKA okazują że w 67% wszystkich zarażeń się pierwotnem stwardnieniem przymiotowem, czyli tak zwanym szankrem twardym napotkanym u kobiet przebywających w domach publicznych w przeciągu 4 lat, przypada na lata od 15—20. W latach zaś po 35 rokiem życia i w przeciągu 4 lat nie było ani jednego przypadku zarażenia się. W 1872 r. w wieku od 15—20 lat zarażiło się pierwotnem stwardnieniem przymiotowem 42. Od 20—25—16, od 25—30,—3, od 30—35,—1. A więc kobiety w domach publicznych przebywające, *biletnyja* po 25 roku życia, prawie wszystkie są syfilizowane i dlatego to przypadki świeżego zarażenia się napotykają się jako wyjątkowo rzadkie. Nadto dr. SZPERK doszedł do wniosku, że największa odsetka zarażeń się pierwotnem stwardnieniem przymiotowem, przypada na pierwsze 3 lata po wstąpieniu kobiety do domu publicznego. Tak więc im prostytutki są starsze i im dawniej wstąpiły do domu publicznego, tem też i liczba zarażeń przymiotem znacznie i stopniowo się u nich zmniejsza. Z tego wynikają następujące wnioski: 1) że w Petersburgu prostytutka przebywająca w domach publicznych, zaraża się przymiotem w pierwszych 3 latach po wstąpieniu do niego, 4 lata należy uważać za ostateczne *maximum* i że 2) odnowienie składu prostytutek zupełnie zdrowymi osobistościami odbywa się tylko w latach do 25 roku; liczba kobiet zdrowych, po raz pierwszy wstępujących na pole prostytucyi w latach od 25—30 jest nadzwyczajnie małą, zaś po za temi latami, napotykamy tylko same, nadzwyczajnie rzadkie, wyjątki. Co się tyczy okresu lepieży płaskich (*condylomata plana*), to prostytutki w tym okresie choroby są najbardziej niebezpieczne dla zdrowia ludności. Dr. SZPERK wykazuje że w latach od 15—20 cierpiących na *condylomata plana* jest 47,6%; już w następnym pięcioleciu t. j. od 20—25 roku, tylko 29,3%. W każdym następnym pięcioleciu odsetka ta coraz bardziej się zmniejsza tak, że w latach od 35—40 jest 3,2%. Widzimy więc ogromną odsetkę chorych w okresie lepieży w pierwszym pięcioleciu, następnie odsetka znacznie się zmniejsza z każdym następnym pięcioleciem; jest to nowy dowód, że zarażenie ma miejsce w młodych latach.

W r. 1872 było w wieku od 15—20 lat chor. prostytut. w okres. lep. płas.	117
20—25	107
25—30	32
30—35	3

Zachodzi więc pytanie: skąd bierze się tak znaczna liczba osób mających objawy lepieży płaskich (*condyl. plana*) w stosunku do nieznacznej

cyfry świeżo zarażonych? Okazało się, że pewną odsetkę stanowią osobistośći zarażone w latach poprzednich i podlegające recydywom; pewną % stanowią osoby zarażone przed zapisaniem się do kontroli komitetu policyjno-lekarskiego i wstępujące już z objawami łepięży płaskich.

Z tablic okazuje się, że od 19—25% z nowo wstępujących kobiet publicznych, mieszkających w domach nierządu, cierpi na łepięże płaskie.

Ażebymy sobie jasno przedstawić znaczenie okresu łepięży płaskich (*condylomata plana*) w stosunkach sanitarnych, koniecznie należy obznajmić się z tak zwan. p o w r o t a m i c h o r o b y.

Przy ścisłem badaniu chorych syfilitycznych, leczonych najrozmaitszemi sposobami, zawsze spostrzegamy, iż jest pewna odsetka osób, u których objawy przymiotu na skórze, na błonach śluzowych, lub innych miejscach dostępnych naszemu badaniu, w pierwszych latach po zarażeniu się, to znikają to powrotnie się pojawiają. Jeżeli weźmiemy recydywy za miarę do określenia przebiegu choroby, to zawsze się przekonamy, iż w pierwszym roku po zarażeniu się powroty choroby przechodzą bardzo często, zaś z każdym następnym rokiem coraz rzadziej, w końcu zupełnie znikają. Potem następuje długi okres choroby bez powrotów (recydyw) ciągnący się niekiedy całe lata, poczem występują albo objawy okresu gummatów albo zupełnie wyzdrowienie.

Znając przebieg choroby przymiotowej przyjść musimy do wniosku, 1) że zarazek przymiotowy w ustroju istnieje przez cały czas trwania choroby przebiegającej bez przestanków i 2) że zarazek przymiotowy istnieje w ustroju przez nieokreślony bliżej długi czas po ostatnim powrocie choroby.

Krew chorego przymiotem dotkniętego jest zaraźliwą, to jest rzecz wiadoma, do dziś dnia jednak niewyjaśniono, kiedy się poczyna a kiedy kończy zaraźliwość krwi. Zdaje się nieulegać najmniejszej wątpliwości że a) krew chorego przymiotowego jest zaraźliwą w pierwszych latach po zarażeniu się i w odstępach czasu wolnych od objawów zewnętrznych i b) wynik ujemny przy badaniu chorego przymiotowego w pierwszych latach po zarażeniu się nie daje nam prawa do orzeczenia, że od tego chorego nie można się zarazić, bądź to drogą spółkowania, bądź ssania piersi, odnośnie do mamki.

Tym więc sposobem chorych przymiotowych w pierwszych latach po zarażeniu się można podzielić na dwie grupy: 1) którzy przy istnieniu objawów zewnętrznych, dają wszelkie prawdo podobieństwo, że chorobę swoją mogą udzielić drugim osobistociom i 2) na takich którzy przy nieobecności objawów zewnętrz. przymiotu udzielić mogą choroby ze znacznie mniejszem prawdopodobieństwem niż poprzedni. Co do pytania, kiedy krew chorego przymiotowego przestaje być zaraźliwą, to istotnie w tej chwili trudno na nie odpowiedzieć. To tylko można powiedzieć ze wszelką pewnością, że u każdego chorego przymiotowego prędzej lub później, lecz bez warunkowo zawsze, przechodzi czas kiedy taki chory, żadną drogą nie może udzielić swej choroby drugiej osobistoci.

Z tablic przedstawionych przez d-ra SZPERK'A widzimy że w wieku od 15 — 25 lat podlega powrotem choroby 27,7% osób a w wieku od 25 — 40 lat tylko 14,7%. Tak więc z oddaleniem się od momentu zarażenia: a) coraz mniejsza liczba osób podlega powrotem choroby (w pierwszym roku 64,5%, w latach następnych (2—3?) 27,7% a dla lat dalszych okresu łepięży płaskich 14,7%) i b) odstępy między powrotami choroby są coraz dłuższe (w pierwszym roku do 5 powrotów, dla następnego roku tylko 3 powroty). Co się tyczy okresu w którym prostytutki są już

s y f i l i z o w a n e to wiadomo że okres ten następuje po pewnej większej lub mniejszej liczbie lat i wówczas badanie nasze niewykrywa najmniejszych objawów choroby i chorzy tacy cieszą się zupełnem zdrowiem albo aż do końca swego życia albo też choroba pojawić się może pod postacią gummatów.

Z powodu iż system kartkowy zbierania danych statystycznych w tej kwestyi dopiero od lat kilku istnieje, więc też niedało się jeszcze wypracować ścisłych wniosków.

To tylko można powiedzieć, że prostytutki s y f i l i z o w a n e, nazwać można i d e a l n e m i p r o s t y t u t k a m i; same bowiem niepodlegają zarażeniu się i nikogo nie zarażają i jeżeli było by możliwem kompletowanie składu osobistego prostytucyi tylko osobami tej kategorii, to możnaby powiedzieć że problemat: jak przerwać rozprzestrzenianie się choroby przymiotowej szerzonej przez prostytucyją, byłby rozwiązany. Lecz jak to się już wyżej powiedziało, prostytutki kompletują się już to osobistościami zdrowymi, już też będącymi w rozmaitych okresach choroby przymiotowej.

O k r e s g u m m a t ó w przedstawia bardzo wiele zajęć pod względem klinicznym, w rozważaniu stosunków sanitarnych traci wszelkie znaczenie, już to z powodu niewielkiej liczby prostytutek będących w tym okresie choroby, już też z powodu niezaraźliwości swojej.

Z tablic przedstawionych przez autora okazuje się że z każdym pięcioleciem % osób będących w okresie gummatów powiększa się. I tak: kiedy w latach od 15—20 okres gummatów napotyka się tylko wyjątkowo, to w latach od 30—35 jest dosyć częsty.

Jeszcze słów kilka o opuszczeniu swego rzemiosła przez prostytutki z domu publicznego z powodu rozmaitych przyczyn.

To rozstanie się ze swoim rzemiosłem jest raczej fikcyjne niż rzeczywiste; prostytutka dla rozmaitych powodów chce się usunąć z pod nadzoru komitetu, wówczas albo pozostaje w Petersburgu i ukrywa się ze swoim rzemiosłem, albo też opuszcza to miasto i przenosi się do innego. Ciekawem jest ile prostytutek usuwa się z pod nadzoru policyjno-lekarskiego i jak wielką jest odsetka między niemi przymiotową chorobą dotkniętych? Dr. SZPERK dla rozwiązania tego pytania przyjął, że prostytutka, która przez rok cały nie pojawi się w szpitalu, może być uważaną za straconą dla nadzoru policyjno-lekarskiego.

Otóż z tablic okazuje się, że w przeciągu 3 lat 1238 osób opuściło domy publiczne i ukryło się przed nadzorem policyjno-lekarskim. Z tej liczby 510 przebyło chorobę przymiotową w rozmaitych okresach swego przebiegu. Z tablic również okazuje się, że z osobistości opuszczających domy publiczne w rok po wstąpieniu do nich, jest przymiotowych około 20%, zaś pomiędzy opuszczającymi domy publiczne po dwóch latach jest 50% przymiotowych.

Corocznie około 19—25% chorych przymiotowych z pośród ukrywających się prostytutek, wstępuje do domów publicznych i dostaje się wówczas pod ścisły nadzór komitetu policyjno-lekarskiego; z drugiej zaś strony mniej więcej taka sama liczba prostytutek, lecz już między niemi 41% przymiotowych, powraca do dawnego swego stanu t. j. do prostytucyi tajnej. Rozumie się że przy takiej ciągłej przemianie pomiędzy prostytutkami, przedstawić sobie ile w każdym domu publicznym jest przymiotowych chorych a ile zdrowych, jest niezmiernie trudno. Dr. SZPERK przy rozstrzyganiu tego pytania dochodzi do następujących wniosków.

a) W każdym uczestku lekarskim znajdują się domy publiczne z rozmaitą liczbą przymiotowych prostytutek, cyfra ta chwieje się między 0—5 na 10 kobiet; tylko w pewnych uczestkach znajdują się domy publiczne z 7—8 przymiotowymi kobietami na 10 osób wogóle.

b) W każdymuczastku jest większa lub mniejsza liczba domów publicznych, w których nie ma ani jednej osobistości w tym okresie choroby, kiedy takowa objawia się częstymi powrotami.

Choroba przymiotowa u prostytutek pojedynczo mieszkających (*blankowyja-odinoczki*).

W domach publicznych znajduje się prostytutek daleko mniejsza liczba, niż mieszkających oddzielnie i zajmujących się również prostytucją. Wymiana w składzie osobistym prostytutek pojedynczo mieszkających, odbywa się szybciej, niż między kobietami mieszkającymi w domach publicznych i tym sposobem nadzór policyjno-lekarski nad nimi jest daleko trudniejszy.

Kiedy około 90% rocznie kobiet mieszkających w domach publicznych dostaje się do szpitala, to z kobiet pojedynczo mieszkających np. w r. 1872, tylko 29,6%; w roku zaś 1875, 22,6%. Materiał więc taki nie może służyć do wyprowadzenia ściślejszych wniosków, w każdym razie jednak do bardzo przybliżonych. Zarażenie się pierwotnym stwardnieniem przymiotowym jest największe w wieku od 15—20 lat. Na 123 przypadki świeżego zarażenia się w przeciągu lat 4-ech, 81 przyp., a więc 65% wszystkich zarażeń przypada na wiek od 15—20 lat. Liczba przypadków zarażeń się pierwotnym stwardnieniem przymiotowym, w każdym następnym pięcioleciu znacznie się zmniejsza, tak iż po 30-ym roku życia niema prawie ani jednego przypadku zarażenia się wrzodem twardym.

Należy więc przyjąć że zarażenie się chorobą przymiotową u prostytutek pojedynczo mieszkających, nie odbywa się tak szybko jak u kobiet mieszkających w domach publicznych, pomimo to jednakże, ogólne prawo pozostaje także same t. j. że największa liczba przypadków zarażenia się przypada na pierwsze pięciolecie, poczem w następnych dosyć szybko się zmniejsza.

Co się tyczy okresu lepieży płaskich (*condylom. plana*) to i u kobiet publicznych pojedynczo mieszkających największa odsetka przypada na lata od 15—20; z każdym następnym pięcioleciem odsetka ta ciągle się zmniejsza.

W ogóle % dotkniętych chorobą przymiotową pomiędzy prostytutkami pojedynczo mieszkającymi jest znacznie mniejsza niż pomiędzy prostytutkami przebywającymi w domach publicznych. To samo odnosi się i do okresu gummatów. Z powodu jednakże, że kobiety te z wielką łatwością usuwają się od nadzoru policyjno-lekarskiego, są one daleko niebezpieczniejsze niż kobiety przemieszkujące w domach publicznych.

Choroba przymiotowa u prostytutek ukrywających się, tajnych.

Celem przekonania się o rozprzestrzenianiu choroby przymiotowej pomiędzy prostytutkami tajną są dwie drogi: 1) zbadać chorobę przymiotową u kobiet przysyłanych przez komitet policyjno-lekarski, z powodu podejrzenia ich o nierząd (tak zwane *komisnyja*) i 2) zbadać chorobę przymiotową u kobiet wstępujących do szpitala z własnej woli. W przeciągu 4 lat do szpitala Kalinkinskiego wstąpiło kobiet z własnej woli 3,402, zaś przysyłanych przez komitet było 706. Przy wykreśleniu z ogólnej summy 4108, dzieci i dorosłych żyjących z rodziną (matki, żony, córki) to pozostaje około 20% przysyłanych przez komitet policyjno-lekarski. Te 20% wskazuje nam względną liczbę osób zajmujących się prostytucją o tyle jawnie, że zwrócili na siebie uwagę policyi, zaś pozostałe 80% zajmuje się prostytucją i zaraziwszy się, a więc zarażając i drugich, znika z pod nadzoru policyi. Z tych 4108 osób, dotkniętych chorobą przymiotową było 2569.

Oznaczyć odsetkę dotkniętych chorobą przymiotową, pomiędzy osobistościami zajmującymi się prostytucją tajną, nadzwyczajnie trudno. Odróżnić tu musimy dwie oddzielne grupy: a) kobiety, które niemając oznaczonego rodzaju zajęcia, zajmują się prostytucją, lecz pomimo tego nie są zapisane do kontroli komitetu policyjno-lekarskiego i b) kobiety mające stałe zajęcie, a przytem między innymi zajmujące się i prostytucją. Z pierwszej grupy kompletują się następnie jawne prostytutki, będące pod nadzorem policyi. W r. 1875 z tej gromady wstąpiło do domów publicznych kobiet 278, pomiędzy którymi było 26% przymiotowych; zaś z tej samej grupy 166 kobiet zostało zaliczonych do prostytutek pojedynczo mieszkających, pomiędzy którymi było przeszło 26% przymiotowych. Tym więc sposobem można z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuścić, że w tej gromadzie tajnej prostytucyi, która znajduje się na granicy z jawną, znajduje się około 25% kobiet przymiotem dotkniętych.

W zupełnie innych warunkach znajdują się kobiety które oddają się prostytucyi częścią z potrzeby, częścią dla korzyści, lecz dla których prostytucya nie jest ostatecznym rzemiosłem. W 1869 r. pomiędzy 2,758 badanymi kobietami znaleziono przymiot u 128 a więc u 4,7%; zaś w r. 1870, z 3,386 kobiet znaleziono chorobę przymiotową u 156; a więc u 4,6%. A zatem około 5% takich kobiet cierpi na chorobę przymiotową.

Rodzi się pytanie: jaka odsetka kobiet zarażonych chorobą przymiotową z pomiędzy prostytutek tajnych udaje się do szpitala wenerycznego dla leczenia? Przyjmując około 36,000 tajnych prostytutek pomiędzy którymi jest około 5% przymiotowych, a więc 1,800 kobiet z pomiędzy gromady tajnych prostytutek cierpi na przymiot, lecz się zaś w szpitalu rocznie z nich około 700—800.

Co się tyczy kobiet z własnej woli wstępujących do szpitala i będących pod nadzorem komitetu policyjno-lekarskiego, lecz nie urzędowych prostytutek (tak zwane *komissnyja*, komitetowe) to z tablic przez d-ra SZPERK'A przedstawionych okazuje się, że komitetowe z powodu poważnej liczby przypadków pierwotnego stwardnienia przymiotowego w pierwszym pięcioleciu (15—20) zbliżają się w tym względzie do kobiet przemieszkujących w domach publicznych i pojedynczo mieszkających, a z powodu stopniowego zmniejszania się przypadków zarażeń pierwotnem stwardnieniem przymiotowem w następnych pięcioleciach, zbliżają się do kobiet wstępujących z własnej woli.

U kobiet z własnej woli wstępujących do szpitala największa liczba przypadków zarażeń się przymiotem przypada na drugie pięciolecie (20—25), poczem liczba przypadków zmniejsza się aż do 50 r. życia. U prostytutek urzędowych i u komitetowych pierwotne stwardnienie przymiotowe zawsze znajduje się na częściach płciowych. Tymczasem u kobiet wstępujących z własnej woli do szpitala w r. 1874 i 1875 na 205 chorych, 43 miało pierwotne stwardnienie przymiotowe na brodawkach piersiowych a 7 na wargach ust.

Co się tyczy okresu lepieży płaskich, to i ten podobnie jak i pierwotny objaw przymiotu, istnieje aż do późnej starości. Tak np. w 1872 było kobiet wstępujących z własnej woli 405, u których przy pierwszym badaniu wykryto lepieże płaskie. Pomędzy temi 405 było:

W wieku od 15—20	80	W wieku od 40—45	20
„ 20—25	121	„ 45—50	6
„ 25—30	79	„ 50—55	5
„ 30—35	54	„ 55—60	1
„ 35—40	34	„ wyżej 60	3

Również i okres gummatów objawia się do późnej starości. (d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

0 sztucznie wywołanej katalipsyi i somnambulizmie u hysteryczek. Niestrudzony badacz hysteryi prof. CHARCOT w Paryżu, na jednej z niedzielnych swych lekcyj bieżącego półrocza (*Progrès médical* 1878. Nr. 51), okazywał publicznie słuchaczom iż pewne hysteryczki są zdolne, pod wpływem różnych czynników na pewne zmysły działających, wpadać w stan somnambulizmu lub katalipsyi. Z licznych jego badań w tym kierunku dokonywanych wynika, iż sztuczne wywołanie tych stanów chorobowych jeśli nie stałym, to przynajmniej jest częstym objawem hystero-padaczki (*hystero-epilepsia*). Przedmiot to zresztą nie nowy, lecz dotychczas zaniedbany od czasu prac BRAID'A z Manchester (1842) i AZAM'A, BROCA, LASÈGUE'A, MESNET'A i in. około r. 1860.

Umieściwszy hysteryczkę przed silnym ogniskiem światła (np. DRUMMOND'A lub elektrycznego), przyczem zaleca się jej nie spuszczać zeń wzroku, to po pewnym, zazwyczaj krótkim (kilka sekund do kilku minut) czasie, a niekiedy natychmiast, wpada ona w stan kataliptyczny. Staje się nieruchomą, wzrok ma wciąż skierowany na punkt świetlny; następuje zupełne i całkowite znieczulenie. Mięśnie nie tracą swej giętkości (czasami tylko są lekko sztywne), lecz nabierają własności zachowywania nadanego im, choćby najprzykrzejszego, położenia. Wszelki związek chorej ze światem zewnętrznym jest jakby przerywany, na wszelkie nawoływania, zapytywania i t. d. nie okazuje ona żadnego znaku inteligencji. Mimo to, zadziwiającym jest wpływ gestów na fizjonomię chorej. Postawa np. tragiczna badającego nadaje jej rysom minę poważną, ściągnięcie brwi; gdy przeciwnie, przyłożenie rąk do ust, jakby dla przesyłania pocałunku, wywołuje natychmiast uśmiech naustach. Stan taki kataliptyczny trwa tak długo jak i czynnik go wywołujący, jak w tym razie więc, światło. Jeżeli usuniemy je nagle, bądź to przez wstawienie między punkt świecący a chorą zasłony, bądź to przez obniżenie u hysteryczki powiek górnych, katalipsja ustępuje miejsca inemu stanowi, zupełnie różnemu, a który odpowiada temu co pospolicie zowią: somnambulizmem, snem nerwowym, snem magnetycznym i t. p., nad które to nazwy; CHARCOT przekłada ogólniejsze miano letargu. Letarg hysteryczny zaczyna się zaraz po ustaniu działania światła. Jeśli chora przedtem stała, to pada ona naznak, z głową odrzuconą w tył, szyją wystającą, oczy się zamykają, daje się słyszeć głośno wdychanie, któremu towarzyszy kilka ruchów polykania. Przytoczone dopiero znaki i upadnięcie przypominają początek napadu hystero-padaczki. Lecz podobieństwo kończy się na tem, mięśnie bowiem ciała nie są skurczone jak w czasie wzmiarkowanego napadu, lecz przeciwnie znajdują się w zupełnem rozkurczu, zwiotczeniu (*resolutio*), a nado stają się bardzo łatwo pobudzalnymi (*hyperexcitabilitas*). Dość podrażnić jakikolwiek mięsień, lekko mechanicznie, przez potarcie lub uciśnięcie, by powstało skurczenie się jego. Skurcz może stać się ciągłym (*contractura*), jeśli drażnienie jest silniejszym lub trwa dłużej. Nerwy ruchowe są także łatwiej pobudliwymi. Lekkie np. uciśnięcie nerwu twarzonego z przodu zrazika (*lobulus*) muszli ucha, wywołuje skurczenie się mięśni odpowiedniej strony twarzy. Każdy z mięśni twarzy dotknięty oddzielnie, kurczy się oddzielnie. Potarcie mięśnia mostko-oboju-czyko-sutkowego jednej strony, pobudza go natychmiast do czynności, objawiającej się zwrotem głowy w drugą stronę. Podrażnienie mięśni zginaczy ramienia wywołuje zgięcie w stawie łokciowym, ustępujące skoro podrażniony mięsień wyprostne. Letarg hysteryczny prócz opisanego zachowania się mięśni, cechuje się: nieustannem drganiem powieki górnej, drganiem gałek ocznych w różnych kierunkach, znieczuleniem całkowitem i zupełnem. Jest to pierwszy okres, nazwany przez CHARCOT'A: *carus hystericus*. Lecz chora dotychczas nieruchoma, może pod wpływem różnych pobudzeń, wejść w drugi okres, który jest właściwym somnambulizmem. Zawoławszy nieco głośniej, podnosi się ona i idzie z oczami zamkniętymi lub na pół otwartymi, ku wołającemu. Można jej kazać pisać, szyć i t. d. Wszystkie te czynności, mimo zamkniętych oczów, wykonywane są z taką samą dokładnością jak w stanie czuwania. W tym razie, wedle wyrażenia AZAM'A, zmysł mięśniowy zastępuje zmysł wzroku. Chora odpowiada czasami na różne pytania lepiej niż w zwyczajnym stanie, intelligencja jest jakby więcej pobudzoną. Zwiększona pobudliwość mięśni którąśmy widzieli w 1 okresie, trwa i w drugim. Chcąc chorą wywieść z tego stanu, dość dmuchnąć

jej na twarz, lub ucisnąć nagle na jajnik bolesny. W chwili przyścia do siebie, powstaje kurecz gardzieli wywołujący wystąpienie piany między wargi i świadczący o związku jaki istnieje między opisanymi stanami: katalepsy i letargu, a napadem drgawek hysterycznych. Chore nie mają nigdy najmniejszego pojęcia o tem, co się z niemi dzieło. U niektórych chorych następował i 3 okres: snu, trwającego kilkanaście godzin, a z którego nie można ich obudzić żadnemi bodźcami mechanicznymi ani elektrycznymi. W okresie tym mięśnie są zupełnie zwiotczałe, powieki zamknięte, gałki oczne zwrócone na dół, mięśnie utraciły łatwą pobudliwość, drażnienie punktów z których zazwyczaj można wywołać napad hystero-padaczki (*points hystero-epileptogènes*) i ucisk bolesnego jajnika, są bezskuteczne, przeciwnie, jak się to dzieje w katalepsy i somnambulizmie. Przyroda i sposób powstawania tych ostatnich, są dla CHARCOT'A, nieznanemi. Zresztą, słusznie utrzymuje on, że i dla hysteryi najlepszy jest sposób indukcyjny, a mianowicie, trzeba pierwiej zgromadzić wszystkie fakta i zbadać naturalnie ich grupowanie się, zanim pokusimy się o ich wytłumaczenie.

Widzieliśmy iż katalepsyja wywołana działaniem światła, po usunięciu takowego, ustępuje miejsca letargowi. Lecz i odwrotny stosunek także tu zachodzi, a mianowicie, dość podnieść powieki, by hysteryczkę z letargu przeprowadzić w stan kataleptyczny. Można więc dowolnie wywoływać katalepsyję i letarg. Nie dość jeszcze na tem. Oba te stany mogą występować jednocześnie. Zamknawszy jedno tylko oko np. prawe, to tylko prawa połowa ciała staje się letargiczną, gdy lewa pozostaje kataleptyczną, to jest, że kończyny i twarz prawe są w zupełnem rozkurzu i odznaczają się nadzwyczajną pobudliwością mięśni, a lewe mają własność zachowywania nadanych im położeń. Mamy więc w tym razie katalepsyję i letarg połowiczne. Jeżeli chorą u której w stanie letargicznym przez silne drażnienie mięśni wywołaliśmy przykurcz (*contractura*) uczynimy kataleptyczną, to przykurcz ten trwa przez cały czas katalepsyi i można go usunąć pograżając chorą na nowo w sen letargiczny, lub utrwalić na czas nieograniczony przez obudzenie z katalepsyi. W ostatnim razie można spostrzegać objaw przeniesienia się, a mianowicie, jeśli np. ręka prawa będzie przykurzoną, to przyłożenie silnego magnesu na rękę lewą powoduje w niej przykurcz, gdy w tymże samym czasie ręka prawa staje się wolną. CHARCOT przypomina iż i u zwierząt można wywoływać katalepsyję, np. u koguta lub kury, umieszczając im dziub przed linją białą zrobioną na ziemi; Cui. osiągał to samo ustawiając koguta przed światłem DRUMMOND'A. Po takiej jednak katalepsyi nigdy nie następuje letarg. Podobne fakta są znane od czasu ojca Atanazego KIRSCHER (1646), a nawet i dawniej (SCHWENTER, *Deliciae physico-mathematicae. Nürenberg 1636*) a w ostatnich czasach powtarzał je PREYER (*Die Katalepsie und der thieri. che Hypnotismus. Jena 1878*) na gołębiach, królikach, wróblach, świnkach morskich, salamandrach i rakach.

Światło nie jest jedynym czynnikiem, mogącym pograżyć hystero-epileptyczki w katalepsyję lub letarg. Ten sam wpływ mają i wrażenia słuchowe. CHARCOT sadzał chore na skrzynce wzmacniającej drgania diapazonu metalowego (64 razy na sekundę), drgania, wywołane przez nagłe oddalenie ramion dia pozonu włożonym między nie kawałkiem drewna, lub przez pociąganie smyczkiem po otwartym końcu diapazonu. Po kilku chwilach, chore wpadały w stan kataleptyczny. Przez nagłe wstrzymanie drgań diapazonu, powstaje letarg który można znów zmienić w katalepsyję wznawiając pobudzenia słuchowe. Powiedzieliśmy iż tylko nagłe ustanie wrażeń wzrokowych lub słuchowych, powoduje przejście katalepsyi w letarg, gdyż, rzeczywście, jeśli wrażenia te ustępują same przez się stopniowo, to katalepsyja trwa dalej, a nadto nawet po zupełnem ustąpieniu tychże wrażeń, istnieje przez $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny, pewne usposobienie do powstawania katalepsyi, bez nowego podziałania pobudzeń wzrokowych lub słuchowych. Niekiedy wystarcza spojrzeć bacznie na takie chore, by je pograżyć w katalepsyję lub letarg.

W. Gajkiewicz.

Do historyi zapalenia i ciałek ropnych, która w swoim czasie tak roznamiętniała uczonych i tyle sporów wywoływała, przybywa jeden niemało ciekawy szczegół. Na klinice chorób wewnętrznych w Królewcu zdarzył się przypadek białaczki, polegający przeważnie na rozroście gruczołów chłonnych; we krwi chorego znajdowano znaczną liczbę drobnych białych ciałek krwi, wielkości 0,005 Mm., których treść była słabo

ziarnista, i pod działaniem kwasu octowego zmieniała się cechującą t. j. traciła połysk, nabierała ziarnistości i otaczała się jakby błoną. Pomiędzy temi ciałkami gdzieś tylko znajdowano większe komórki, wielkości 0,012 Mm., odpowiadające prawdziwym białym ciałkom krwi. Z tego przypadku postanowił skorzystać prof. NEUMANN i przekonał się o ile rzeczywiste białe ciałka krwi do wysięków zapalnych przechodzą; rzecz prosta, że jeżeli teoria COHNHEIM'A jest słuszną, to w tym razie i w wysiękach też małe ciałka znajdować się powinny. Wywoływał więc autor zapalenia i zawsze w wysiękach znajdował nie małe ale duże białe ciałka krwi t. j. takie jakich właśnie we krwi bardzo mało się znajdowało; podobnie ciałka znajdowano i w płwocinie. Cóż, pyta się N. znaczą te poszukiwania? Wprawdzie możnaby powiedzieć, że wielkie komórki, podobnie jak i czerwone ciałka, nie mają własności przenikania ścianek naczyń; daleko jednak będzie prawdopodobiejszem przypuszczenie, że ciałka ropne nie pochodzą wcale ze krwi, ale powstają na miejscu z dawnych elementów tkanek; takie przypuszczenie powiada N. znajduje swoje potwierdzenie i w tej okoliczności, że można widzieć pomiędzy komórkami naskórka (przy stawianiu przyszczydeł) takie, które przedstawiają niewątpliwie przejście do ciałek ropnych.

T. D.

o wpływie fizyologicznym azotanu pilokarpinu i jego działaniu leczniczem w chorobach oczu (Paryż 1878). GILLET de GRANDMONT, autor powyższej pracy, opierając się na licznych doświadczeniach, widzi wskazanie do użycia pilokarpinu tam, gdzie chodzi w ogóle o pobudzenie obwodowego krwioobiegu i zmniejszenie ciepłoty ciała; w chorobach ocznych zaleca pilokarpin jako środek sprowadzający deplecyę naczyniową i wodnistą. Autor przekłada azotan pilokarpinu nał chlorek tego alkaloidu; pierwszy bowiem łatwiej się otrzymuje i jest mniej drażniący, aczkolwiek i mniej skuteczny (5 centigrammów azotanu odpowiada 4 centigramom chlorku). Po zastrzyknięciu dwóch centigrammów tego środka pod skórę przedramienia, autor, krom znanych objawów ogólnych, spostrzegał stale zmniejszenie ciepłoty ciała blisko o jeden stopień; owo понижение ciepłoty występowało szybko i trwało kilka godzin.

Skuteczność azotanu pilokarpinu autor zachwala w następujących chorobach oczu: w zapaleniach błony rogowej i tęczowej wenerycznych i gośćcowych, w chorobach oczu powikłanych zmnętnieniami a nawet wybroczynami w ciele szklistem, w jaskrze, w zanikowej postaci zapalenia naczyniówki, w oddzieleniu siatkówki, przy plastycznych wysiękach w siatkówce, a szczególnie zaś w początkującym zaniku nerwów wzrokowych. W ostatnim razie autor widział tak zadziwiające skutki, że nie waha się uważać pilokarpin jako leku swoisty w początkach białego zaniku tarczy wzrokowej.

S. K.

Chloral w enemach wypróbował STARCKE na sobie samym z najlepszym skutkiem, przeciw uporczywej bezsenności z powodu przewlekłego niężytu żołądka. Używał on do tego strzykawki zawierającej 2 1/2 dr. (10 grm.) 5% roztworu wodnego chloralu, ogrzanego do 35° C. Po upływie kwadransu czasu wstrzykiwał sobie w odbytnicę drugą taką samą ilość; tym sposobem używał 16 gr. (1 grm.) chloralu. Przez 5 miesięcy prawie co wieczór używał takiej enemy z chloralu; zużył w ogóle 4 unc. (120 grm.) tego leku bez żadnych dolegliwości ze strony odbytnicy. Oczywiście trzeba używać tylko zupełnie czystego przetworu w roztworze ogrzanym do ciepłoty ustroju. Ten sposób zadawania chloralu szczególnie się zaleca przeciw bezsenności przy cierpieniach żołądka, jako też u starców.

(Ref. w Deut. med. Wchft. Nr. 36—1878).

Chlorodyna ulubione lekarstwo w Anglii i Ameryce północnej jako domowe *anodynum*, według GILMAN'A (*Boston med. Journ.*) ma skład następujący: *Chloroformi* 2 dr. *Glycerini* 2 unc. *Spir. Vini rfs.*, *Spir. Menthae pip.*, *Acidi hydrocyanici diluti*, *Tae. Capsici ana* 2 dr. *Morphii hydrocht.* 8 gr. *Syrupi* 3 unc. Mięszanina taka w każdym stosunku z wodą daje roztwór zupełnie przezroczysty bez żadnego osadu i tem się rzeczywście i korzystnie wyróżnia od innych mięszanin pod nazwą chlorodyny sprzedawanych. Dawka dla dorosłych wynosi łyżeczkę od kawy, dla jednorocznych dzieci 3—5 kropel. W jednej drachmie zawiera: po 2 gr. *chloroformi*, *acidi hydrocyanici dilut.*, *Tae. Capsici* i *Spir. Menthae*, a morfiny 1/8 gr.

(Ref. w Deut. med. Wchft. Nr. 50—1878). J. R.

WSPOMNIENIA POŚMIERTNE.

† Józef Mianowski, zmarły w ubiegłym tygodniu we Włoszech urodził się w pow. Humańskim r. 1804. Po skończeniu nauk lekarskich w Wilnie, został asystentem Jędrzeja ŚNIADECKIEGO, a wkrótce potem poruczono mu wykład fizjologii. Przez dwa lata: od roku 1837 do 1839 bawił w celach naukowych zagranicą, a w r. 1842 został profesorem kliniki chorób kobiecych i dziecięcych w Akademii medyko-chirurgicznej w Petersburgu. Tutaj otworzyło się nowe pole dla działalności nieboszczyka; to też nie wstąpił on w dalszej swojej karierze w ślady swojego genialnego mistrza, nie obrał sobie kierunku naukowego lecz wyłącznie praktyczny; cały czas wolny od wykładów poświęcał praktyce lekarskiej w mieście, która też wkrótce do ogromnych doszła rozmiarów. Nie mając, w obec takiego nawału zajęć, czasu ani ochoty do naukowych badań, nie rozwijał też w dalszym ciągu zasad, które mu przez jego wiekopomnej sławy profesora zaszczerpione zostały, a piśmiennictwo polskie oprócz „Zdania sprawy z dziejów kliniki medycynej przy lekarskim uniwersytecie wileńskim, pod przewodnictwem prof. Jędrzeja ŚNIADECKIEGO w pierwszym kwartale 1829 i 30” (drukowane w *Dzien. med. chir. i tech. wileńskim* w r. 1830) wzbogacił właściwie jednym tylko dziełem, które swojego czasu miało pewną wartość, p. n. O złamaniach kości. Wilno 1837 2 tomy. Przez lat 18 mieszkał w Petersburgu, gdzie był jednym z najbardziej wziętych lekarzy. W roku 1860 otrzymawszy emeryturę, udał się do Włoch, gdzie spokojne życie spędził; dopiero w r. 1862 powołany został na rektora b. Szkoły Głównej w Warszawie, które to obowiązki aż do roku 1869 t. j. do zamknięcia tejże Szkoły pełnił. Jako Rektor zjednał sobie swoim gładem i serdecznem obejściem wielu zycyliwych, mających to przekonanie, jakoby Jego było zasługą, iż Szkoła Główna przetrwała aż do końca r. 1869 t. j. do czasu zastąpienia jej przez uniwersytet. Zmarły był także przez lat kilka kuratorem szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

† Władysław Kosiński, starszy lekarz 10-go Malorossyjskiego pułku grenadierów, należącego do składu armii czynnej w ostatniej wojnie na wschodzie Europy, zmarł z durzycy wysypkowej w Czorlu w Rumelii 13 Kwietnia r. z. Nieboszczyk urodził się w gubernii Grodzieńskiej majątności rodzinnej w Hrehorowcach w 1834 r. Po ukończeniu nauk w gimnazjum Białostockiem, wstąpił do Akademii Medycynej w Petersburgu, gdzie otrzymał stopień lekarza i medal, za celujące postępy w naukach i mianowany asystentem przy klinice lekarskiej. W r. 1861 po obronie rozprawy fizjologiczno-patologicznej „*de situ cordis et laminarum mediastini antici*”, otrzymał stopień doktora medycyny. Posadę asystenta wyjątkowym sposobem, dla szczególnej pracy, zajmował lat 5, spodziewając się że zostanie wysłanym kosztem rządu za granicę. Lecz niespodziewanie w 1863 r. wysłano go jako ordynatora do szpitala wojskowego w Suwałkach. Tu ś. p. Kosiński wolny czas od zajęć praktyczno-lekarskich poświęcał dalej nauce, a zebrany grosz z praktyki rozdawał biednym, lub potrzebującym w rodzinie. W 1868 r. przeniesiony został do szpitala w Kielcach, a stamtąd na czas jakiś na ordynatora do szpitala Ujazdowskiego, a potem do Brześcia Litewskiego, skąd dla awansu, niepytany naznaczony był do pułku. Ta okoliczność była powodem że oszczędzany odtąd grosz od bardzo skromnych potrzeb życia zaczął zbierać, żeby w przyszłości poświęcić go na stypendyjum. Wyjeżdżając do armii czynnej przeżuwał że stamtąd nie wróci i przekazał zebrany przez siebie kapitalik na stypendyjum przy Wszechnicy Warszawskiej dla studenta wydziału lekarskiego lub nauk przyrodniczych. Nieboszczyk obowiązki swojego powołania spełniał z wielką akuratanością i sumiennością. Przez niespełna 3 lata ostatnie życia swego zebrał przeszło 4,000 rs. głównie z oszczędności z pobieranej płacy, będąc bowiem w owym czasie przenoszonym z pułkiem z jednego miejsca na drugie, mały mógł mieć dochód z praktyki. Zmarły pochodził z licznej rodziny, pozbawionej wczesnie ojca, dla tego musiał już kilka lat w gimnazjum pracować na siebie, w Akademii zaś, oprócz studyjów specjalnych, nauczył się dwóch języków obcych. W ogóle ś. p. Władysław był wzorem zamiłowania nauki, olbrzymiej pracy, poświęcenia, najszlachetniejszych zasad, rzadkiej moralności i miłości dla

kraju i rodziny. To też powracający z wojny udzielili wiadomość, że wojskowi, oddając hołd wielkiemu poświęceniu zmarłego, zebrali składkę i postawili pomnik z marmuru, ze złożonym napisem na grobie jego; pamiątka której on jeden dostąpił. Pokój jego zanej duszy!

Spodziewając się rybłej wiadomości z pułku o pozostałościach zmarłego, wstrzymałem się z nekrologiem żeby ostatecznie określić sumę przekazaną przez nieboszczyka na stypendyjum, ale skoro już dobiega 9 miesięcy, a wiadomości niema i rok bieżący kończy się, postanowiłem ogłosić powyższą wiadomość, odkładając na później udzielenie ostatecznego zawiadomienia i wykonania woli zmarłego w tym względzie. Większa jednak część funduszu ulokowaną jest na hipotece domu w Warszawie i w Dyrekeyi Towarzystwa Kredytowego.

w Suwałkach, d. 30 Grudnia 1878 r.

St. K.

Redakcyja otrzymała: Sprawozdanie z czynności wydziału Czytelnicy Akademickiej w Krakowie za rok 1878. Kraków 1878.

LEPPERTA Wł. Prof. Marceli NENCKI. Życiorys (z podobizną). Wędrowiec Nr. 102, 103 i 104 z r. 1878.

Sprawozdanie Rady gubernialnej Warszawskiej i Rad powiatowych opiekunów, z ich czynności, pod względem zarządu zakładami dobroczynnymi, za rok 1877. Warszawa 1878.

HOLZMANN'A C. *Experimentelle Untersuchungen ueber die Wirkung einiger Arzneikoerper auf den Lymphstrom mit Berücksichtigung des Blutdruckes.* Dorpat 1878.

Administracyja Medycyny zawiadamia, że po kilkudniowej przerwie w rozsyłaniu ROCZNIKA, nową seryję oprawionych jego egzemplarzy otrzymała i takowe znowu spieszenie żądającym rozsyła. O ile się dało starano się zmniejszyć szerokość oprawy, która w egzemplarzach tej nowej seryi jest o pół cala węższą i tyleż krótszą od poprzednich; takie rozmiary zostaną zachowane we wszystkich pozostałych egzemplarzach ROCZNIKA.

OGŁOSZENIA.

APTEKA

MAGISTRA FARMACYI

Wincentego Karpińskiego

W WARSZAWIE

Ulica Elektoralna Nr. 35, wprost ulicy Solnej.

Tran lekarski.—Tran z jodkiem żelaza. — Tran z żelazem. — Tran z benzoanem żelaza. **Zincum phosphoratum.**—**Argentum hypermanganicum.**—**Acidum Chrysophanicum** (1 drachma 90 kop. dawniej koszt. rsr. 3).—**Eserium sulfuricum.**—**Pilocarpinum nitricum.**—**Ferrum benzoicum.**—**Natrum benzoicum.**—**Natrum thymolicum.**—**Albominum iodatum.** Wszystkie rzeczzone środki Apteka posiada na składzie w znacznym zapasie. Zwracam także uwagę P. P. lekarzy na: **Oleum Ricini Koussinatam**, nowy środek mego pomysłu, przeciwko **Tasiemcowi** (doza 1½ uncyi, cena rsr. 3). Sposób użycia następujący. Zadaje się z rana naczco co dwie godziny łyżkę stołową *Olei Ricini Koussinati* z ciepłą mocną kawą czarną bez cukru, aż do skutku, a na wypadek nudności podać filiżankę rosółu wołowego mocno osolonego. Środek ten wielokrotnie był już próbowany, z pomyślnym skutkiem.

W. Karpiński.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.