

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Alfred Sokołowski. Przyczynek do kazuistyki zapalenia opłucnej. — II. Maresz. Dzieciobójstwo dokonane w czasie napadu padaczki zamaskowanej. — III. Maresz. Przypadek padaczki, uleczonej wstrząśnieniem mózgu. — *Korrespondencyja z Krakowa.* — List otwarty K. Dobrskiego do Redakcyi „Gazety Lekarskiej”. — *Dział Sprawozdawczy.* 22. Dr. Pawiński. O zapaleniu przednich oddziałów istoty szarej rdzenia kręgowego i zapaleniu nerwów. — 23. Zatkanie kiszek wywołane nagromadzeniem szellaku. — 24. Zwapnienie opony twardej rdzenia kręgowego. — 25. O zniknięciu i umiejscowieniu objawu kolanowego. — Wiadomości miejscowe. — Z Cesarstwa. — Zagraniczne. — Od Redakcyi. — Ogłoszenia.

I. PRZYSZYNEK DO KAZUISTYKI ZAPALENIA OPŁUCNEJ.

Podał **Alfred Sokołowski** z Warszawy,

b. lekarz Zakładu Leczniczego dla chorych piersiowych w Goerbersdorfie.

W pracy mojej p. t. „Przyczynek do nauki rozpoznawania jam suchotnicznych (*cavernae*)“¹⁾ starałem się dowieść, jak trudno w wielu razach, na podstawie istniejących w danym przypadku znaków przedmiotowych, rozpoznać jamę suchotniczą; powiedziałem tam również i poparłem to odpowiednimi przykładami, że nieraz duże nawet jamy rozpoznaje się dopiero na stole sekcyjnym. Może się jednakże zdarzyć przypadek przeciwny, t. j. rozpoznajemy jamę suchotniczą tam, gdzie nie tylko takowej nie ma, ale gdzie nawet i sama sprawa suchotnicza nie istnieje. Cierpienie, przy którym tego rodzaju pomyłka może się zdarzyć, jest zapalenie opłucnej.

Jakto powszechnie wiadomo, Skoda pierwszy zwrócił uwagę na to, że przy bardzo znacznej ilości wysięku w jamie opłucnej, zdarza się dosyć często, że pod jednym z obojczyków występuje odgłos bębnekowy (tympaniczny), obok wydechu oskrzelowego (*resp. bronchialis*). Objaw ten Skoda tłumaczył ściąganiem się (*Retraction*) ściśniętego płuca, a co zatem idzie, warunkami podobnemi do tych, w jakich powstaje odgłos bębnekowy płuca. (Ma to miejsce po wyjęciu płuca z klatki piersiowej i opukiwaniu go; jak wiadomo płuco wydaje wtedy odgłos bębnekowy). Owe objawy, t. j. odgłos bębnekowy i wydech oskrzelowy spotyka się także w okolicy nadgrzebieniowej, a przy wielkich wysiękach również i w okolicy międzyłopatkowej.

Nie zawsze atoli objawy powyższe stale występują przy dużych wysiękach; zdarzało mi się widzieć dużo przypadków zapalenia opłucnej z wysiękiem bardzo znacznym, nie raz ogromnym, w których, pomimo to, że na ów punkt zwracałem baczną uwagę, nie mogłem wykryć pomienionych objawów. Szczególniej przy wysiękach, powstałych w sposób przewlekły, nie zdarzyło mi się ani

¹⁾ „Medycyna“ str. 677, 693 i 709. 1877 r.

razu ich spostrzegać, sędzę więc, że tylko ściąganie się płuca, powstałe w sposób szybki, warunkuje powstawanie owego odgłosu bębnekowego (i to nie zawsze); w razach zaś gdy płuco zostaje ściskanem zwolna, traci swą pierwotną sprężystość i wtedy nie posiada już danych do powstawania odgłosu, o którym mowa.

Są znowu przypadki innego rodzaju; w nich odgłos bębnekowy nie występuje w zwykłych wyżej wymienionych okolicach (tuż pod obojczykiem, lub w okolicy nadgrzebieniowej i międzyłopatkowej), lecz w innych miejscach i wówczas może powstać rzeczywista wątpliwość pod względem rozpoznawczym, czy mamy przed sobą zapalenie płucnej, czy też oprócz niego nie istnieje jeszcze głębokie zajęcie miąższu płucnego? Jako poparcie tylko co powiedzianego, przytaczam przypadek następujący, który roku zeszłego miałem sposobność spostrzegać wspólnie z D-rem Matlakowskim.

P. Ż., oficer, mężczyzna 24-letni dobrej budowy, dostał w Sierpniu 1879 r., w skutek zaziębnienia, zapalenia płucnej lewej. O właściwym przebiegu cierpienia nie można mieć dokładnego pojęcia, chory bowiem, czując się dobrze, wcale się nie szanował, nikogo nie radził i dopiero w Styczniu, gdy przypadkowo zwrócono jego uwagę na to, że serce bije u niego na prawej stronie; udał się do Warszawy, gdzie mu wypuszczono za pomocą przyrządu Potain'a około 2000 cent. sześciennych płynu surowiczego (Styczeń 1880 r.). Po operacji była lekka i krótka gorączka, wysięk powoli zbierał się, tak, że w Lutym przekłuto bok powtórnie i wypuszczono około 2300 c. sz. płynu surowiczego, cokolwiek mętnawego z powodu domieszki ciałek ropnych. Tym razem wystąpiła silna gorączka, znaczny brak tchu, a wysięk szybko doszedł do pierwotnej ilości. W owym czasie widziałem pierwszy raz chorego; znaleźliśmy wtedy wraz z D-rem Matlakowskim stan następujący: gorączka dochodząca do 40°C, silna duszność, uderzenia serca na zewnątrz od linii sutkowej prawej. Z lewej strony pod obojczykiem na przestrzeni szerokości około jednego palca odgłos zwyczajny płucny (nietympaniczny); to samo w okolicy nadgrzebieniowej lewej. Zresztą, na całej przestrzeni z tyłu odgłos zupełnie tępy, *algophonía*, brak szmerów oddechowych; tylko w okolicy nadgrzebieniowej słychać słaby wydech oskrzelowy (*exp. bronchialis*). Z przodu pod obojczykiem, prawie na całej przestrzeni, odpowiadającej lewemu płucy, odgłos opukowy tępy i brak zupełny szmerów wysłuchowych. Tylko na ściśle ograniczonym miejscu, odpowiadającym połączeniu 3 żebra z mostkiem, na przestrzeni równającej się wielkości rubla srebrnego, mieliśmy wyraźny odgłos wysoki bębnekowy, nie zmieniający się co do wysokości przy otwarciu ust, jako też w tem-że samym miejscu, ściśle ograniczonym, słychać było wyraźny i głośny oddech dzbankowaty (*v. amphorica*) i wyraźną bronchofoniję; ani przy oddechaniu ani w czasie kaszlu rzężeń wysłuchać się nie dało. Chory pocił się obficie, nie kaszlał, plwociny wcale prawie nie wyrzucał. Wobec tych objawów nasuwało się pytanie, w jaki sposób wyjaśnić sobie owe objawy niezwykle: czy należało je odnieść do zapalenia płucnej, czy też uważać je za dowód istniejącej jamy płucnej? Wziąwszy pod uwagę dane ana-

mnestyczne, brak kaszlu i plwociny, oraz innych oznak suchotniczych, wykluczyłem w zupełności obecność jamy suchotniczej, lub powstałej z rozszerzonego oskrzela (*bronchiectasia*), w mniemaniu, że mamy do czynienia ze ściąganiem się płuca (*Retractionsphaenomen*), lecz w niezwykłym miejscu, co tłumaczyłem sobie tem przypuszczeniem, że bardzo być może, iż po pierwszym wypuszczeniu płynu i przy nowem nasileniu zapalenia opłucnej nastąpił zrost częściowy górnego zrazu płucnego z przednią częścią klatki i że tym sposobem, przy następczym wysięku, część płuca na ograniczonym miejscu została przyciśniętą do tejże okolicy klatki piersiowej wywołując opisane objawy opukowe i wysłuchowe.

Przez kilka dni następnych, w ciągu których odwiedzałem chorego, objawy pomienione pozostawały bez zmiany; wkrótce zrobiono jeszcze raz przekłucie i wypuszczono znaczną ilość wysięku czysto ropnego. Badając na drugi dzień chorego znalazłem owe objawy na opisanem miejscu, lecz oddech dzbankowaty (amforyczny) był znacznie słabszy. Nie długo potem wyjechałem z Warszawy i straciłem chorego z oczu, o ile mi jednak z opowiadania wiadomo, choremu przedrenowano klatkę piersiową, poczem objawy, o których mowa, znikły w zupełności.

Drugi, bardzo podobny do powyższego, przypadek miałem sposobność spostrzegać w Paryżu, w Maju roku zeszłego, w klinice prof. Hardy w Charité. Trzydziestokilkuletni mężczyzna przybył do kliniki w końcu roku 1879, z przypadłosciami zapalenia prawej opłucnej; po ustąpieniu objawów zapalnych robiono mu czterykroć przekłucie, wypuszczając za każdym razem znaczną ilość płynu surowiczego. Wkrótce po ostatniem przekłuciu opuścił szpital; w kilka jednak tygodni powrócił znowu, w następującym stanie: gorączka, dochodząca do 39°C, niezmierny upadek sił, kaszel z plwociną rdzawą. Badanie objawów przedmiotowych dało wynik następujący: na prawej połowie klatki piersiowej z przodu, na całej przestrzeni, odgłos opukowy zupełnie tępy i brak szmerów oddechowych, z wyjątkiem ograniczonej przestrzeni między 2 i 3 żebrzem przy mostku, gdzie znajdujemy odgłos bębenny, oddech dzbankowaty (*souffle caverneux*), bronchofoniję, oraz liczne rżenia, grube, wilgotne dźwięczące (*gargouillement*). Z tyłu, na całej rozciągłości prawej połowy klatki piersiowej, odgłos opukowy tępy i zupełny brak szmerów oddechowych. Z lewej strony z tyłu w dolnej części stępienie, oddech nie wyraźny, *subcrepitationes*. Białkomocz w znacznym stopniu. W 48 godzin śmierć. Badanie pośmiertne, dokonane przez D-ra Déjérine, wykazało: Prawa opłucna ogromnie zgrubiała, miejscami grubość jej dochodzi do 1/2 centymetra; w jamie opłucnej około 3 litrów płynu surowiczego; płuco prawe w zupełności ściśnięte i odepchnięte ku tyłowi, z wyjątkiem wierzchołka, który za pomocą mocnych błon przyrośnięty jest do przedniej części klatki piersiowej. W lewym płucu w dolnym zrazie zapalenie miększu krupowe rozlane. Zwyródnienie tłuszczowe serca; zapalenie śródmięższowe nerek.

Przypadek powyższy jest wielce podobnym do poprzedzającego, a badanie pośmiertne, starannie wykonane, potwierdziło w zupełności rozpoznanie, postawione za życia. Opierając się na tem podobieństwie objawów fizycznych, wnoszę, że

w pierwszym przypadku rozpoznanie powyżej podane jest zupełnie uzasadnione. W drugim przypadku rozpoznanie: czy było zapalenie opłucnej, czy jama suchotnicza, przedstawiało jeszcze większe trudności jak w pierwszym, obok bowiem odgłosu bębnowego i oddechu dzbankowatego mieliśmy jeszcze bardzo wyraźne rżenia dźwięczne (*gargouillement*), słowem—mieliśmy wszystkie objawy dużej jamy suchotniczej.

Trzeci wreszcie przypadek spostrzegłem niedawna temu na Nowej Pradze, wspólnie z D-rem Kryże. 18-letni chłopak, zdrów zupełnie, dostał przed trzema miesiącami zapalenia wysiękowego lewej opłucnej i w ciągu ostatniego miesiąca robiono mu kilkakrotnie przekłucie klatki piersiowej, przyczem wypuszczono za każdym razem znaczne ilości (1500—2000 c.c.) ropy. Chorego widziałem w jaki tydzień po ostatnim przekłuciu i znalazłem stan następujący: wyniszczenie znaczne, lekka gorączka (wieczorem 38 do 38, 5°C), kaszlu ani plwociny nie ma; znaczny brak tchu, tętno małe. Serce przesunięte znacznie na prawo, uderzenie wierzchołkowe na linii sutkowej prawej. Z lewej strony klatki piersiowej stopień zupełny od góry do dołu, pod samym tylko obojczykiem odgłos opukowy nabiera odcienia z lekka bębnowego; przy otwartych i zamkniętych ustach różnic w wysokości tonu nie zauważyłem.

Z tyłu, z lewej strony klatki piersiowej, jako też i na linii pachowej, stopień odgłosu zupełny. Przy wysłuchiowaniu z przodu, jako też i z tyłu, słyszeć się daje słaby wydech oskrzelowy — takowy wyraźniejszym jest w górnych okolicach klatki piersiowej — a daleko słabszym u dołu. *Fremitus vocalis* znacznie osłabiony, w porównaniu z drugą połową klatki piersiowej. Też same zjawiska osłuchowe dają się zauważyć i na linii pachowej, z wyjątkiem bardzo ograniczonego miejsca pod samą pachą, tam bowiem, na przestrzeni mniej więcej dłoni, daje się słyszeć głośny i bardzo wyraźny oddech dzbankowy (niemal metaliczny); w temże samym miejscu słyhać, wyraźne rżenia grubopęcherzykowe dźwięczne (*gargouillement*), mające również charakter metaliczny; przy wysłuchiowaniu głosu słyhać bronchofonię z charakterem dzbankowatym. Przy opukiwaniu znajdujemy w tem miejscu, jak zresztą na całej linii pachowej, odgłos opukowy zupełnie tępy. Z powodu groźnych objawów duszności, obok małego tętna i znacznego przemieszczenia serca, zrobione zostało przekłucie klatki piersiowej, przyczem wypuszczono około 1500 centym. sześć. ropy żółto-zielonawej. Badając następnie chorego, znalazłem, że przemieszczone serce przesunęło się trochę na lewo. Stopień jednakże, znajduwane na lewej połowie klatki, nie zmniejszyło się bynajmniej. Objawy wysłuchowe, opisane wyżej, pod lewą pachą pozostały te same, może być tylko że oddech dzbankowaty stał się mniej wyraźnym.

Chorego więcej nie widziałem. Sądzę że i w tym przypadku mieliśmy do czynienia z samem tylko zapaleniem opłucnej. Anamneza, rozwój choroby, brak zajęcia szczytów, brak kaszlu i plwociny, charakterystyczne rozszerzenie lewej połowy klatki piersiowej — przemawiały stanowczo za wysiękiem opłucnej, wykluczając głębokie zajęcie miąższu płucnego.

Wnosząc z dwóch wyżej opisanych przypadków, być może iż i tutaj w początkowych okresach choroby po pierwszym przekłuciu nastąpiło zrośnięcie części górnej płuca lewego z okolicą pachową listka ściennego, warunkując wyżej opisany charakterystyczny objaw — tem bardziej, że lekarz, który znał chorego od początku i który go badał wielokrotnie i starannie, objawu owego przed tem wcale nie zauważył — chociaż z drugiej strony, objaw ów mógł wystąpić i bez zrostu, jak to przekonywa jeden przypadek tego rodzaju, opisany przez *Trousseau*.

* * *

Przypadki wyżej opisane sędzę że zasługują na uwagę lekarzy praktyków — pokazują one bowiem dokładnie, jak łatwo zajść może omyłka w rozpoznaniu, w chorobie pozornie tak powszechnie znanej i przedstawiającej, w przypadkach typowych, objawy klasyczne. Błąd w rozpoznaniu popełniony w tym kierunku, t. j. rozpoznanie nie istniejącej sprawy gruźliczej, może mieć dwojakie nieprzyjemne następstwa: 1) przypuszczając obecność jamy suchotniczej, a tem samem sprawy suchotniczej, nie tylko że stawiamy rokowanie złe, ale jednocześnie nie robiąc wskazanego w danym przypadku przekłucia klatki piersiowej, możemy narazić chorego na bardzo groźne skutki, a nawet na zejście śmiertelne. 2) Rozpoznając fałszywie jamę suchotniczą, której objawy następują w jaki czas zupełnie ustępują (jak to miało miejsce w pierwszym przypadku), możemy wyprowadzać fałszywe wnioski o zupełnej i szybkiej wyleczalności sprawy suchotniczej — daleko posuniętej.

Sędzę więc, że w podobnego rodzaju przypadkach, dokładne zebranie anamnezy, przebieg, objawy choroby, a szczególnie pamiętanie o podobnych, jak wyżej ogłoszone, przypadkach, z łatwością nas ustrzeże od pomyłki. Wreszcie, jeśli pomimo szczegółowego rozbioru przypadku danego, pozostawać będzie wątpliwość rozpoznawcza, wówczas przekłucie próbne sprycką *Pravatz'a*, wykonane z jak największą ostrożnością, objaśni nas o prawdziwym stanie rzeczy.

* * *

Trzy przypadki wyżej opisane, acz wielce podobne do siebie, różnią się jednak nieco wzajemnie; najbardziej klasycznym było spostrzeżenie drugie (paryżkie), w niem bowiem mieliśmy wszystkie objawy jamy suchotniczej: odgłos bębnowy, oddech amforyczny i rżenia charakterystyczne dla jam. W pierwszym przypadku mieliśmy w tem samym miejscu co i w przypadku drugim, u spodu około trzeciego żebra tuż przy mostku, odgłos opukowy bębnowy, oddech dzbankowaty, brakło nam jednakże charakterystycznych rżeń. W trzecim wreszcie, obok oddechu dzbankowatego i rżeń metalicznych — na ściśle ograniczonym miejscu — znajdowaliśmy odgłos opukowy zupełnie tępy, niczem nie różniący się od odgłosu, otrzymywanego na całej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej. — W tym jednakże przypadku nader ciekawem było miejsce (pacha), w którym objawy owe wystąpiły, tu bowiem objawy owe należą do większych rzadkości.

* * *

Lebert był pierwszym, który jeszcze w roku 1850 ogłosił w *Gazette des Hôpitaux* (*Klinik der Brustkrankheiten II. Bd. S. 708*) spostrzeżenie tego rodzaju.

U 29 letniego lekarza, dotkniętego zapaleniem lewej opłucnej, spostrzegł on w górnej części klatki piersiowej z przodu i tyłu wyraźny oddech dzbankowaty i bronchofoniję, z charakterem amforycznym, obok rżężeń. Objawy owe powiększały się lub zmniejszały, pod względem wyraźności, przez cały miesiąc, następnie zniknęły zupełnie. Lebert wówczas już tłumaczył owe objawy w ten sposób, że płuco, ściśnięte w skutek ogromnego wysięku, przeprowadzało dobrze szmer oddechowy z oskrzeli i głos z krtani, warunkując przy wysłuchiowaniu oddech dzbankowaty i bronchofoniję. Wkrótce potem kilku autorów francuzkich: Barthez et Rilliet, Béhier i Laudouzy (*Archiv. Gén. de méd. 1853. 4. 6.*) ogłosiło kilka przypadków, odnoszących się do tejże kategorii. Trousseau w swojej klinice (*Clinique médicale de l'Hôtel — Dieu de Paris. Quatrième édition — 1873. pag. 736*), zastanowiwszy się również nad owym objawem, przytacza jednocześnie jeden przypadek, w którym przy zapaleniu opłucnej u młodej kobiety wystąpiły w 3 tygodniu choroby w okolicy kąta lewej łopatki wyraźne objawy jamy suchotniczej (*or, le 4 mai nous avons commencé à entendre, de la manière la plus évidente, du souffle à gauche avec respiration et gargouillement amphorique et caverneuse etc.*). Objaw ów był spostrzegany aż do śmierci. — Badanie pośmiertne wykazało zrosty w prawem płucu, *bronchitis purulenta*; lewe zaś było zupełnie swobodne od zrostów, w jamie opłucnej znajdowało się około 300 — 400 cc. cieczy żółtawej, płuco na przekroju nieprzedstawiało żadnych złożeń ani zmian gnilnych.

Z autorów niemieckich, oprócz wyżej wspomnianego Leberta, Wintrich i Fraentzel w powszechnie znanych monografiach o zapaleniu opłucnej objawowi powyżej opisanemu poświęcają zaledwie pobieżną wzmiankę.

Wreszcie Ferber (*Die Physicalischen Symptome der Pleuritis Exsudativa — Eine Klinisch-Experimentelle Studie von Dr. A. Ferber — Marburg 1876*) w swojej zkaąd inąd bardzo cennej pracy opisuje jeden tego rodzaju przypadek, lecz bardzo pobieżnie i niedokładnie.

II. DZIECIOBÓJSTWO DOKONANE W CZASIE NAPADU PADACZKI ZAMASKOWANEJ.

Podał Dr. Maresz z Szydłowca.

W roku 1878 wezwany byłem przez Inkwirenta Sądowego Szydłowieckiego rewiru, dla dopełnienia sekcji na trupie dziecka 6-miesięcznego, córki Maryjanny Sułkowej, włościanki wsi Młodzawy, gminy Bliżyn, i dla oznaczenia stanu zdrowia, a głównie stanu umysłowego tej-że Maryjanny Sułek, która swe dziecko zabiła. Po przybyciu na miejsce z opowiadań świadków dowiedzieliśmy się, że Maryjanna Sułek wyszła za mąż przed dwoma blisko laty, dziecię, które jej się urodziło, karmiła sama i była do niego bardzo przywiązana. Przed kilkoma dniami

dziecię to ciężko zachorowało „na główkę“, ssać przestało i od czasu do czasu miewało konwulsyje. Sułkowa martwiła się bardzo chorobą dziecięcia, pilnowała je, doglądała, a ostatnie trzy noce nie spała zupełnie, przepędzając je nad kołyską; dnia trzeciego dopiero z wieczora położyła się do łóżka i twardo zasnęła. Po północy mąż i rodzice Sułkowej usłyszeli jej głos donośny nad kołyską dziecięcia. Wyrazy, jakie przytem Sułkowa wymawiała, były: „trzeba cię pokrajać, bo tak cię do nieba nie przyjmą, ojciec cię nie przyjmie, nie zmieścisz się, tylko po kawałku“. Wtedy zauważyli, że nachylona nad kołyską wykonywa rękami jakieś gwałtowne ruchy nad dziećciem. Mąż wstał i dojrzał, że ona kozikiem dziećcie kraje; zaraz uchwycił ją z tyłu za ręce, odciągnął od kołyski i położył do łóżka, w którym spała twardo jeszcze parę godzin. Po obudzeniu się Sułkowa nic nie pamiętała o tem, co zaszło w ciągu nocy, a dowiedziawszy się o dokonaniem przez nią zabójstwie dziećcia, płakać i rozpacząć zaczęła.

Przy obejrzeniu dziećcia okazało się, że takowe owinięte było w grube pieluchy przesiąknięte i pokryte skrzepami krwi. Twarz dziecka, piersi, brzuch i nóżki pokryte były licznymi (około 80) podłużnymi ranami ciętymi, mniej więcej głębokimi; najgłębsze rany były z prawej strony brzucha, gdzie cała ścianka brzuszna była przebitą i dolne chrząstki żebrowe przecięte. Przez ranę w brzuchu część kiszki cienkich wysunęła się na zewnątrz; kiszki w miejscu odpowiadającym ranie otwartej brzuszka przedstawiały liczne przedziurawienia. W organach wewnętrznych, oprócz silnej niedokrewności, braku skrzepów w sercu, znalazłem wysięk galaretowaty między zawojami mózgowymi, właściwy ostremu zapaleniu miękkich opon mózgu (*leptomeningitis acuta*).

Maryjanna Sułkowa przedstawiała się jako kobieta lat 20, wzrostu mniej niż średniego, z małym pokładem tkanki tłuszczowej. Przy zbadaniu okazała się w stanie bezgorączkowym, i stan zdrowia jej był prawidłowym; umysłowo okazała się dość rozwiniętą i nie przedstawiała żadnych zбочeń chorobliwych. Na zadawane pytania odpowiada rozsądnie, okropność zabójstwa, przez nią bezwiednie popełnionego, pojmuję. Z opowiadania Sułkowej i jej rodziny wiadać, że ojciec Maryjanny (dziś nieżyjący) cierpiał na padaczkę; Sułkowa sama w ciągu życia miewała kilka razy „jakieś konwulsyje“; ostatni raz miała takowe w pologu.

Widocznem było, że Maryjanna Sułkowa popełniła dziećciobójstwo nie rozmyślnie, lecz bezwiednie, pod wpływem chorobliwego wyłączającego poczytalność stanu. Stan ten określiłem nazwą padaczki zamaskowanej (*epilepsia larvata*), opierając się na wywiadach i wyłączając inne chorobliwe stany (jak: ostre zatrucie wyskokiem, ostre choroby gorączkowe i t. p.), mogące spowodować chwilowy obłęd. Sułkowa od odpowiedzialności sądowej uwolnioną została.

III. PRZYPADEK PADACZKI, ULECZONEJ WSTRZĄSIENIEM MÓZGU.

Podał Dr. **Maresz** z Szydłowca.

Franciszek Dajer, mężczyzna lat 38, wzrostu średniego, ciała składu pracowniczego, z małym pokładem tkanki tłuszczowej, zawsze blady, z zajęcia kował fabryk żelaznych Nieklańskich, od lat kilkunastu cierpiał na padaczkę, której dostał bez żadnej widocznej przyczyny. Napady padaczkowe, z początku rzadsze, stawały się coraz częstszymi, prawie codziennymi i pomimo różnych leków nie ustawały. Występowały zawsze pod formą padaczki zupełnej, ale bez wyraźnych znaków zapowiednich i bez t. z. aury. Pod koniec roku 1878 napady te stały się nieco rzadszemi i od tej pory występowały 1 — 2 razy w tydzień; natomiast t. n. stany padaczkowate (*epileptoide Zustände*, *Griesinger*) i napady padaczki rzekomej (*petit mal*), bywały prawie codziennie, a niekiedy po kilka razy w ciągu jednego dnia. Napady takie często przerywać się udawało zbrzyźnięciem twarzy zimną wodą.

14 Października 1879 roku Dajer i drugi robotnik spadli z gichty przy wielkim piecu, z wysokości 60 stóp, razem z szalą, którą puściła słabo przez nich nałożona lina. Obaj stracili przytomność i dopiero po godzinie przyszedli do siebie, o wypadku nic nie pamiętając; Dajer zwymiotował parę razy. Skutkiem upadku ulegli — oprócz wstrząśnienia mózgu, którego objawy przeszły wkrótce — licznym uszkodzeniom. Dajer, oprócz kilku ran na głowie, rękach i plecach, miał zdruzgotaną stopę i dolną część goleni prawej kończyny dolnej przez szalę, która te części swoim ciężarem przygniotła. Tego samego dnia wieczorem, przy pomocy dwóch felczerów i dwóch robotników fabrycznych, po zachloroformowaniu Dajera, pod opaską *Es m arch'a* odjąłem goleń w górnej części. W ciągu trzech miesięcy Dajer chodzić zaczął na szczudle i wrócił do roboty.

Przez cały czas gojenia się rany poamputacyjnej i następnie po wstaniu z łóżka i powrocie do zwykłych zajęć, Dajer ani razu nie miał nie tylko napadu padaczki, ale i najmniejszej dolegliwości, przypominającej takową; a obecnie nawet cera, zwykle blada, ożywiła się nieco.

Że padaczka ustąpiła nie dobrowolnie, ale pod wpływem opisanego wypadku, nie podlega wątpliwości. Co zaś głównie miało wpływ na taki zwrot ku lepszemu, czy wstrząśnienie mózgu, czy odjęcie goleni, to zważywszy: że w czasie napadów padaczkowych nie było u Dajera aury od części odjętej i że dawnymi czasy praktykowane celem usunięcia padaczki amputacje członków, od których szła aura, nigdy nie sprowadzały wyleczenia epilepsji, przyjąć wypada, że w danym wypadku padaczka ustąpiła tylko na skutek wstrząśnienia mózgu.

Co się tyczy istoty samego wstrząśnienia mózgu (*commotio cerebri*), to od czasu pracy *H. Dureta* (*Note sur la physiologie pathologique des traumatismes*

cérébraux. *Progrès médical.* 1877. Nr. 49 et 50) wiemy, że takowe, oprócz włosowatych wylewów krwi, które bywają nie zawsze, polega głównie na niejednostajnym rozmieszczeniu płynu mózgo-rdzeniowego; płyn ów (*liquor cerebrospinalis*) przy wstrząśnieniu mózgu, z większą siłą napierając w komórce czwartej, wywołuje ucisk rdzenia przedłużonego i objawy w nerwach z niego pochodzących.

Prawdopodobnie u Dajera padaczka była wywołaną chronicznem nienormalnem rozmieszczeniem płynu mózgordzeniowego, które, utrzymując się w granicach umiarkowanych, spowodowało tylko nadmierną wrażliwość mlecza przedłużonego i mostu Warola. Wstrząśnienie mózgu, wywołując gwałtowne przemieszczenie płynu mózgordzeniowego, mogło przez to w następstwie uregulować ciśnienie tego płynu; ztąd i napady padaczkowe ustały. Zresztą, przy niedokładnej jeszcze znajomości w ogóle zmian anatomicznych, przy padaczce, przywiedzione przezemnie wyżej przypuszczenie jako twór fantazyi uważanem być może; pozostanie jednakże zawsze fakt, że padaczka ustała po wstrząśnieniu mózgu.

KORRESPONDENCYJA.

Wezwany przez Redakcję „Gazety Lekarskiej“ do pisywania korespondencyj z naszej stolicy życia naukowego, chętnie czynię temu wezwaniu zadość, wiedząc jak ohocho zwykle czytowane bywają na prowincyi korespondencyje jeżeli są przedmiotowo pisywane, a nie dotyczą zbyt osobistości; tem chętniej zapewne widzieć będą czytelnicy „Gazety Lekarskiej“ korespondencyje z Krakowa, że dotychczas mało ich tylko pojawiało się w pismach lekarskich warszawskich, a przecież Kraków to siedziba Akademii, Uniwersytetu i dość czynnego Towarzystwa Lekarskiego. W roku bieżącym przygotowujący się zjazd lekarzy i przyrodników nastreczy też zapewne wiele materiału i to ciekawego do korespondencyj, tuszę sobie więc że znajdzie się dla mych listów kącik w łamach „Gazety Lekarskiej“, a czytelnicy, jeżeli nie przyjmą ich otwartemi rękami, to chętnem oglądać je będą okiem.

Od czego tu zacząć? Akademia nie miała jeszcze posiedzenia, Uniwersytet jeszcze świętuje—od Towarzystwa Lekarskiego. W dniu 5 b. m. odbyło ono doroczne posiedzenie sprawozdawcze, a zarazem wyborcze. Sprawozdania, jakie na takich posiedzeniach czytowane bywają, nie budzą zajęcia, jest to forma, której się dopełnia, każdy ze słuchających pragnie, aby czytający jak najrychlej skończył. I w tym roku tak samo było, a chociaż w roku ubiegłym zaszedł tak ważny fakt, jak ugodą z Towarzystwem Lekarskiem Galicyjskiem, to wzmianki, o niej w sprawozdaniach były mdłe, z powodu że ugodą ta zanim przyszła do skutku tak poroznamiętniała umysły, że dziś, gdy burze przycichły, każdy, bojąc się aby przypomnieniem nowych nie wywołać, z konieczności tylko o ugodzie wspomina. Ja wróć do niej innym razem.

Z pośród sprawozdań dwa zasługują na omówienie: sprawozdanie komisyy terminologicznej i sprawozdanie komisyy dla popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów leczniczych — ale i uwagi co do tych dwóch komisyy odkładam do przyszłego listu.

Po sprawozdaniach nastąpiły wybory. Zwykle budzą one więcej zajęcia, w tym roku nie było go i przy nich. Przed kilku tygodniami zawiązano

komitet przedwyboreczy, który miał zaproponować kandydatów na urzęda w Towarzystwie. Komitet ten rokował z niektórymi osobami co do przyjęcia urzędów w Towarzystwie i to obudzało agitację, zajęcie, w samej zaś chwili wyborów nie było już powodu do zajęcia, bo prawie jednogłośnie przyjęto propozycje komitetu, głosując na raz na wszystkich urzędników Towarzystwa. Nie wchodząc w to, czy taki sposób głosowania i wyboru był odpowiednim, przyznać należy, że komitet z zadania swego bardzo dobrze się wywiązał, przedstawiając nader odpowiednie osobistości.

Na Prezesa wybrano D-ra Henryka Jordana, dotąd lekarza praktycznego, cieszącego się rozległą praktyką położniczą, a obecnie ubiegającego się o docenturę w wydziale lekarskim, autora świeżo przez Stowarzyszenie wydawnicze wydanego dzieła: „Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy“, któremu to dziełu opinia wielkie rokuje powodzenie. Dr. J o r d a n już przed kilku laty wydał położnictwo dla akuszerok, które oddaje wielkie usługi. W ogóle jest to lekarz i ogólnie i zawodowo wielce wykształcony — powinszować więc można Towarzystwu tego wyboru, energii jego uda się może większe wzbudzić życie w Towarzystwie niż było w ciągu kilku lat ostatnich. Na wiceprezesa wybrano prof. D o m a n s k i e g o, znanego z prac swych ogłaszanych w „Przeglądzie“. Na Sekretarza jednego z najmłodszych kolegów: D-ra B a l i c k i e g o. Urząd podskarbię piastuje nadal prym. O b a l i Ń s k i, a sekretarza stałego prym. Z a r e w i c z, bibliotekarza zaś prof. J a n i k o w s k i. Na redaktora „Przeglądu“ obrano i nadal prof. B l u m e n s t o k a, którego zabiegliwości i staraniu w ciągu 3 lat ostatnich udało się pismo to tak wysoko podnieść że z zagranicznymi może wytrzymać konkurencję. Na członków komisji redakcyjnej wybrano: profesorów O e t t i n g e r'a i R y d l a, docenta P a r e ń s k i e g o i D-ra W a s y l e w s k i e g o. Trzej pierwsi znani są ogólnie z prac swych, lub dla swego stanowiska, czwartego — jako młodszego — wybrano zapewne aby i młodszym dać pole do pracy. Wszyscy czterej nie należeli dotychczas do składu komisji redakcyjnej, natomiast Rada zawiadowcza Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich (której na mocy ugody między Towarzystwami zawartej — a mocą której „Przegląd Lekarski“ jest także organem i Towarzystwu Lekarskiego Galicyjskiego — przysłużyła prawo wyboru dwóch członków komisji redakcyjnej) wybrała docenta G r a b o w s k i e g o i D-ra K w a s ń n i c k i e g o, którzy już dawniej do Redakcyi należeli. Do Redakcyi należy jeszcze i Podskarbi Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, w ten sposób na 7 członków Redakcyi jest 4 nowych, a 3 dawniejszych, mimo to zdaje się, że nie zajdzie żadna zmiana kierunku w Redakcyi, a ten, wedle powszechnych zapatrywań, tak szczęśliwy wybór Redakcyi każe się spodziewać, że pismo i nadal pod kierunkiem tak zdolnego Redaktora rozwijać się będzie.

W przeszłym tygodniu obchodziliśmy tu rzadką uroczystość 50-letniego jubileuszu otrzymania stopnia doktorskiego przez Prezesa Akademii Umiejętności D-ra M a j e r a. Uroczystość ta o tyle była jeszcze od podobnych jubileuszów rzadszą, że Jubilat tak wybitny a zaszczytny zajmuje stanowisko, że imię jego w całym kraju jest znane i że dotąd tak czerstwem cieszy się zdrowiem. Przez lat 45 poświęcając się zawodowi nauczycielskiemu, jako profesor w wydziale lekarskim w Uniwersytecie Krakowskim, wychował on wiele pokoleń lekarzy i słusznie też w jednej ze swych odpowiedzi na przemówienia w czasie obchodu jubileuszowego powiedział: że uczniowie jego rozproszyli się na wszystkie strony, a po wdzięcznych ich sercach mógłby dojść tak dobrze do Lwowa jak i do Warszawy, a nawet i dalej.

Istnieje zamiar obchodzenia właściwie tego jubileuszu w czasie mającego się odbyć zjazdu lekarzy i przyrodników, aby i Kollegom z po za Krakowa dać sposobność uczenia tego znakomitego męża, a zarazem niejednemu może z jego

uczniów dać sposobność przypomnieć się swemu ukochanemu profesorowi, z którym od ław uniwersyteckich los nie dozwolił mu się spotkać.

Wydział lekarski, mając Mu ofiarować zaszczytny powtórny dyplom, sądził że winien to uczynić w rocznicę dnia, w którym Jubilat stopień doktorski otrzymał, powstała więc myśl obchodzenia już w dniu tym jubileuszu w skromniejszych rozmiarach, niejako w kółku domowem. Do Uniwersytetu przyłączyła się więc i Akademia i Towarzystwo Lekarskie.

Członkowie Akademii i Uniwersytetu w dniu 12 b. m. udali się gremijalnie do mieszkania Jubilata, aby mu złożyć życzenia. Dziekan wydziału lekarskiego, prof. Piotrowski, wręczając Jubilatowi powtórny dyplom doktorski, przemówił pierwszy, a następnie składał życzenia w imieniu Uniwersytetu rektor Madurowicz, w imieniu zaś Akademii wiceprezes tej instytucji Teichmann. Następnie sekretarz generalny Akademii prof. Szujski, odczytał i wręczył Jubilatowi adres od członków Akademii. Przemawiali jeszcze prezesi obu Towarzystw Lekarskich, w Galicyi istniejących: protomedyk Dr. Biesiadcki, w imieniu Towarzystwa Lekarskiego Galicyjskiego i Dr. Jordan imieniem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Na każde z tych przemówień odpowiadał głęboko wzruszony Jubilat, a wszystkie jego odpowiedzi świadczyły o znanym zresztą talencie krasomówczym i tchnęły gorącą miłością nauki i pracy, do których zachęcały, ale najwięcej podobaly się odpowiedzi na przemowy obu prezesów Towarzystw Lekarskich.

W dniu tym otrzymał też Jubilat także i życzenia od innych Towarzystw drogą telegraficzną, a mianowicie od Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego, wileńskiego, lubelskiego, i sekcji lekarskiej Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, którym za pamięć o dniu tym podziękował Jubilat przy uczcie, która się wieczorem dla uczczenia dnia tego odbyła, a w której wzięli udział członkowie Akademii i Uniwersytetu w liczbie siedemdziesięciu kilku osób. Przy toastach padło jeszcze nie jedno gorące słowo uznania dla zasług Jubilata na tak licznych polach jego działalności. Dziekan Piotrowski, podnosząc że Uniwersytet w dniu tym z najstarszego zrobił najmłodszego doktora, pierwszy wznosił toast, następnie prorektor, ks. kanonik Pelczar, w drugim toaście wymownemi słowy skreślił zasługi Jubilata w ciągu lat 50 od czasu otrzymania stopnia D-ra medycyny, a w trzecim prof. Teichmann zasługi około utrzymania języka polskiego jako wykładowego w Uniwersytecie Krakowskim. Dziękując za tyle dowodów, zdaniem jego nie zasłużonego uznania, odpowiedział Jubilat na wszystkie 3 toasta razem, a po nim zabierali jeszcze głos: b. prezydent sądu wyższego i senator b. Rzeczypospolitej Krakowskiej Koppff, wspominając zasługi Jubilata koło b. Towarzystwa Naukowego, oraz prof. Oettinger, wygłaszając udatnego krakowiaka na cześć Jubilata, a nakoniec prof. Tarnowski, któremu w udziale przypadło spełnić staropolski toast: kochajmy się.

W ten sposób zakończył się dzień, który nie tylko był pamiętny dla Szan. Jubilata, ale który także mile pozostawił wspomnienie u wszystkich udział biorących, a zapewne czytając opis dnia tego nie jeden z czytelników przypomni sobie z przyjemnością, jako wdzięczny uczeń, sympatyczną postać jednego z najzasłużeńszych profesorów naszej *Almae matris*.

Kraków dnia 18 Stycznia 1881 roku.

α.

List otwarty do Sz. Redaktora „Gazety Lekarskiej“ ¹⁾.

Szanowny Kolego — pozwól, że za pośrednictwem „Gazety Lekarskiej“ przedstawię projekt, którego wykonanie mogłoby odpowiedzieć potrzebie licznego grona lekarzy. Idzie mi o zorganizowanie **prywatnych** wykładów, połączonych z ćwiczeniami praktycznymi, wykładów — obejmujących specjalne części nauki lekarskiej, a przeznaczonych dla lekarzy.

Nie będę zabierał miejsca w szpaltach Gazety dowodzeniem ich potrzeby w ogóle. Nie mogę jednak pominąć milczeniem, że potrzebę tę bardziej od innych czuć muszą wychowawcy ostatnich kilkunastu lat naszego fakultetu. Ze względów, których rozbiór szczegółowy zadalekoby nas zaprowadził, a zresztą faktu samego nie zmienił — ze względów różnej natury, wynikło, że niektóre braki i niedostatki naszego kształcenia czujemy długo, że uzupełniać je mało dla kogo przestało być pożądanem. W dodatku, nauka tak szybkim postępuje krokiem, że dla praktycznego lekarza, mimo szczerych chęci, o własnej sile nie zawsze równo z nią dążyć podobna. Wykłady, o których mówię, przeważnie z celem praktycznym, istnieją przy wszystkich zagranicznych uniwersytetach, a prowadzone są zwykle, za umiarkowaną opłatą, przez docentów i profesorów, a częściej jeszcze przez ich pomocników i zastępców (u nas: laboranci — prosektorzy — ordynatorzy).

Z wykładów, które, o ile sądzę, byłyby pożądane, wymienię kilka: histologia, niekiedy ustępy fizjologii, anatomii patologicznej; kursy: oftalmoskopii, otyjatrii, laryngoskopii, desmurgii, ginekologii i t. d.

Nie taję przed sobą, że w warunkach obecnych, możliwemi do wykonania byłyby tylko niektóre z proponowanych przezemnie kursów. By się jednak o tem kompletnie przekonać, należy ze sfery projektów przejść do czynu.

Zgodnie z wyluszczoną myślą, porozumiałem się z kol. *M a y z l e m*, w przedmiocie prywatnego, płatnego wykładu i ćwiczeń histologicznych z uwzględnieniem obszernem dagnostyki lekarskiej (szczegółowe badanie krwi, osadów, płwociny i t. p).

Jeżeli projekt mój okaże się praktycznym i jako taki zyska uznanie Szan. Kolegów, a minimalny choćby komplet się zbierze — Kol. *M a y z e l* rozpocznie kurs cztero do sześćo-tygodniowy. Bliższe warunki ułożone zostaną za porozumieniem się biorących w nim udział.

KToby z Szan. Kolegów życzył sobie przyłączyć się do tej wspólnej pracy, zechce łaskawie, w ciągu 10 dni od daty ogłoszenia niniejszego listu, zawiadomić o tem niżej podpisanego. Liczba uczestników kursu będzie ściśle ograniczona, a pierwszeństwo zachowane w porządku nadsyłanych zawiadomień.

Konrad Dobrski.

(Ul. Królewska Nr. 6)

Z przyjemnością pomieszczamy list Kol. *D o b r s k i e g o*, tem bardziej iż pomiędzy członkami, składającymi naszą redakcję, już dawniej myśl ta była poruszona.

Odczyty takie z pewnością nie mało się przyczynić mogą do podniesienia poziomu naukowego lekarzy, a wobec nie małego rozwoju nauk lekarskich,

¹⁾ List Kol. *D o b r s k i e g o* nadesłany był do Redakcyi dnia 17 Stycznia i nie został wydrukowany jedynie z powodu nieprzewidzianych technicznych trudności. Iniejątywa więc publicznego poruszenia kwestyi prywatnych wykładów należy się wyłącznie kol. *D o b r s k i e m u*.

niepodobna lekarzom, zwłaszcza przy zajęciach praktycznych, liczne specjalne odczytywać dzieła, i chętnie zechcą za pośrednictwem żywego słowa z bogactw zasóbnych wiadomości.

Jesteśmy upoważnieni dodać, że Szan. Prof. Hoyer i Nawrocki przyrzekli na żądanie kółka lekarzy wyłożyć prywatnie: pierwszy embryologię z demonstracjami, drugi: zasady fizyczne i fizjologiczne elektroterapii, również z demonstracjami. — Cena za kursa w mowie będące oznaczają się na Rs. 15. Odczyty wszakże przyjdą do skutku dopiero po zapisaniu się nie mniej jak 10 słuchaczy. O czasie i miejscu wspomnianych kursów doniesiemy później. Chcący przyjąć w nich udział zechcą się zgłosić do redakcyi naszego pisma.

Przyp. Red.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. E. LEYDEN. O ZAPALENIU PRZEDNICH ODDZIAŁÓW ISTOTY SZAREJ RDZENIA KRĘGOWEGO I ZAPALENIU NERWÓW.

(*Ueber Poliomyelitis und Neuritis*).

Pod tym tytułem zjawiała się (w *Zeitschrift für klinische Med.* Bd. I. H. III. 1880) obszerna monografia prof. Leyden'a, która ze względu na odmienne, a jednak bardzo racjonalne zapatrywanie się autora na grupę chorób, zwaną powszechnie: *Poliomyelitis anterior* — zasługuje na obszerniejszą wzmiankę. Za nim jednak wskażemy poglądy autora, wypada nam wprzód przypomnieć sobie treściwie dotychczasowe zapatrywanie się większości neuropatologów na *poliomyelitis*.

Jak wiadomo, mniej więcej przed 10 laty, szkoła francuzkich a następnie i niemieckich badaczy zwróciła się z wielkim zapalem do dwóch znanych klinicznie chorób, t. j. do postępowego zaniku mięśni (*atrophia muscularis progressiva*) i do tak zwanego porażenia dziecięcego (*paralysis infantum*), celem wykrycia zmian anatomicznych. Jakoż okazało się, że obie choroby te cechują się anatomicznie zaniemianowaniem wielkich komórek nerwowych, tak zwanych ruchowych, znajdujących się w rogach przednich rdzenia. Ponieważ zaś w obu wspomnianych wyżej chorobach zanik mięśni był wspólnym, bardzo wybitnym objawem, stąd więc wnioskowano, że w komórkach rogów przednich szukać należy siedliska ośrodka dla odżywiania mięśni (*trophische Centrum*). Później posunięto się dalej i zdanie „że zanik komórek ruchowych wywołuje zanik odpowiednich mięśni“ zaczęto bardziej uogólniać, aż w końcu powiedziano: że każdy zanik mięśni ma swoje źródło w zaniku odpowiedniego ośrodka odżywczego — w przednich rogach rdzenia. Był to pogląd wręcz przeciwny temu, który poprzednio wszystkie bezwładności i zaniki mięśni za cierpienia obwodowe — *myopathiae* — uważał. Następnie Duchenne, opierając się na podobieństwie objawów, do kategorii dwóch wspomnianych chorób zaliczył jeszcze: ostre porażenie z zanikiem mięśni u dorosłych, a wreszcie formę podostrawą i przewlekłą tegoż cierpienia — pomimo że dla tych ostatnich pewnej anatomicznej podstawy nie zdołano jeszcze wykazać. Tym sposobem podział Duchenne'a był następujący:

1) Postać ostra.

a) Porażenie dziecięce (*Paralysis infantum*).

b) Porażenie z zanikiem u dorosłych (*Paralysie atrophique de l'adulte. Paralysie générale spinale antérieure aiguë*).

2) Postać przewlekła.

a) Zanik mięśni postępowy (*Atrophia muscularis progressiva*).

b) Porażenie opuszkowe (*Paralysie bulbaris progressiva — Bulbärparalyse*).

c) Porażenie podostrawe i przewlekłe rdzeniowe z zanikiem mięśni (*Paralysie générale spinale antérieure subaiguë et chronique*).

Poważne imiona Charcota we Francyi a Kussmaula w Niemczech przyczyniły się nie mało do rozpowszechnienia i ugruntowania podobnego poglądu, który następnie przeszedł do Anglii i Ameryki. Nauka o *poliomyelitis acuta et subacuta* stała się powszechnie przyjętym dogmatem; nawet zachowanie się cierpiących mięśni względem prądu przerywanego i stałego (mianowicie, że mięśnie cierpiące przestają najprzód reagować na prądy indukcyjne — wtedy kiedy jeszcze oddziaływanie tychże na prąd stały istnieje, odczyn zwyrodnienia), podobne jakie ma miejsce w bezwładach obwodowych traumatycznej natury, nie zdołało zwrócić uwagi badaczy na myśl, czy też czasem siedliska choroby nie należy szukać w obwodzie — w nerwach, a nie zawsze w ośrodku, resp. w rdzeniu. Lecz nie dość na tem — do nauki o *poliomyelitis acuta*, t. j. do poglądu o rdzeniu pochodzeniu bezwładów z zanikiem, przyłączono ostre porażenie wstępujące (*paralysie acuta ascendens*) i porażenie w skutek zatrucia ołowiem (*Bleilähmung*)¹⁾.

Jedynym tylko i to bardzo krańcowym przeciwnikiem powyższej teoryi — mianowicie na punkcie postępowego zaniku mięśni — był Friedreich, który siedlisko choroby upatrywał wyłącznie w obwodzie, w samych mięśniach, a zmiany w rdzeniu uważał tylko za następne, drugorzędne.

Otóż prof. Leyden, nie hołdując bezwzględnie teoryi Friedreich'a, jest zdania, że podobnie jak zanik mięśni postępowy tak i inne ostre i podostrawe formy zaniku z bezwładem nie są wyłącznie rdzeniowej, ośrodkowej natury, że nauka o *poliomyelitis* jest zanadto jednostronną i że nie tylko ośrodki, ale i przyrządy nerwowe obwodowe mogą być punktem wyjścia wspomnianych chorób. Nawet sam przebieg cierpienia, zmienność objawów i znaczne polepszenia, które niekiedy po kilku miesiącach a nawet latach istnienia bezwładu wstępują, zdają się więcej przemawiać za obwodowym pochodzeniem — komórki zaś (*Ganglienzellen*) rogów przednich, raz zanikłe, nie odnawiają się tak łatwo, jak to ma miejsce w nerwach obwodowych.

W zacytowanej na początku pracy, prof. Leyden postawił sobie za zadanie na mocy spostrzeżeń Dumeniła, Eichhorsta i wreszcie swoich, dowieść, że wiele przypadków chorobowych, a mianowicie *paralysie générale spinale antérieure subaiguë et chronique*, zaliczonych przez Duchenna i jego zwolenników do grupy *poliomyelitis* jest pochodzenia obwodowego i że najodpowiedniejsza dla nich nazwa będzie: *neuritis multiplex degenerativa acuta et subacuta*.

Co się zaś tyczy stosunku owego zapalenia nerwów do *poliomyelitis*, to Leyden sądzi, że oba te procesy w blizkim pozostają z sobą związku.

Niekiedy proces ogranicza się tylko do zapalenia nerwów, często znowu dotyka i przednie komórki ruchowe rdzenia w nieznacznym stopniu, w innych znowu ciężkich formach przychodzi do bardzo znacznych zmian w rdzeniu — do zaniku komórek rdzeniowych.

Zwykłym siedliskiem zapalenia bywają nerwy ruchowe. — Prof. Leyden przytacza dwa przez siebie obserwowane przypadki zapalenia nerwów (*neuritis multiplex*), jeden przebiegający ostro z gorączką, drugi zaś z przebiegiem podo-

¹⁾ Według poszukiwań Déjérina'a tutaj także odnieść należy porażenia, występujące podczas, lub po przebiegu dyfterytu gardzieli. (Przyp. Red.).

strawym bez gorączki; oba zakończyły się śmiercią, z powodu powikłań: zapalenia nerek i tyfusu. Bardzo szczegółowe i mozolne badanie drobnowidzowe żadnych zmian w rdzeniu — w wielkich komórkach ruchowych — nie wykryły, natomiast w nerwach obwodowych znaleziono bardzo widoczne ślady ich zapalenia (*endoneuritis degenerativa*).

I tak, w 1-y m przypadku, który się rozwinął wśród silnej gorączki, znaleziono w obu nerwach promieniowych, w okolicy ich zagięcia, zgrubienia, powstałe w skutek rozrostu tkanki tłuszczowej, sam zaś nerw w tem miejscu uległ zwyrodnieniu i przedstawiał ślady zaniku sklerotycznego. Pochwę nerwu znaleziono zgrubiałą, włókna nerwowe po większej części zanikłe, bez jąder. Takie zwyrodnienie włókienek nerwowych dochodziło aż do najmniejszych gałązek mięśniowych, w kierunku zaś dośrodkowym nie przechodziło po za połowę ramienia. Przednie korzenie rdzeniowe jak również i rogi przednie okazały się prawidłowymi.

Drugi przypadek dotyczył chorego, u którego objawy bezwładu z zanikiem pokazały się bez gorączki, a przebieg odpowiadał zupełnie tej postaci, którą Duchenne nazywa *paralysie générale spinale subaiguë*. Powikłanie tyfusem stało się powodem śmierci chorego. Przy drobnowidzowym badaniu znaleziono: prosty zanik mięśni miernego stopnia, gdzie nigdzie zmiany właściwe zapaleniu mięśni (*myositis*) i rozwój nadmierny tkanki tłuszczowej. Włókienka nerwowe, wzięte z nerwu promieniowego, przedstawiały wysoki stopień zwyrodnienia tłuszczowego i zanik. Prócz tego, bardzo uderzającą była obfitość komórek rozmaitej wielkości i formy naokoło małych tętniczek. Jedne z nich były to małe limfoidalne ciała, inne znowu przedstawiały się w postaci większych protoplasmicznych komórek okrągłych lub owalnych. Podobne jednak komórki znajdowano także na wewnętrznej powierzchni otoczki nerwowej (*endoneurium*), pomiędzy pęczkami nerwowymi i wspólną ich otoczką. To samo znaleziono w prawym nerwie promieniowym, tylko w mniejszym stopniu. Co do kończyn dolnych, to podobne zmiany wykryto nie w samym pniu nerwu kulszowego, lecz dopiero w miejscu podziału tegoż na nerw łydkowy i piszczelowy (*n. peroneus et n. tibialis*), korzenie przednie rdzenia nie przedstawiały żadnej zmiany w swojej budowie histologicznej, równie jak i wielkie komórki ruchowe w rogach przednich. Płosć i wielkość tych ostatnich była prawidłową, tylko w niektórych miejscach zawierały one nadzwyczaj dużo ziarenek barwnika i posiadały szklisty wygląd, zwłaszcza w części szyjowej i lędźwiowej rdzenia.

Na mocy tak swoich własnych, jak i obcych spostrzeżeń, prof. Leyden kreśli następujący obraz choroby, nazwanej przez niego *neuritis degenerativa multiplex*.

Pod względem anatomicopatologicznym cierpienie to charakteryzuje się tem, że dotyka przedewszystkiem nerwy obwodowe, a głównie ruchowe. Ulubionem siedliskiem choroby bywają miejsca zagięcia nerwów: promieniowego i łydkowego — być może z powodu, że we wspomnianych miejscach nerwy te są więcej wystawione na wpływy traumatyczne i na zaziębienia, aniżeli w innych. Prócz tego, w ciężkich przypadkach zajęte bywają i mięśnie oddechowe, czego przyczyny w zwyrodnieniu nerwu przeponowego i podjęzykowego upatrywać należy. Nerw wzrokowy także niekiedy bywa dotknięty.

Nerwy powyższe ulegają ostremu lub podostrawemu zapaleniu, dla gołego oka nie przedstawiają jednak, prócz lekkiego nabrzmienia i zaczerwienienia, widocznych zmian; — dopiero pod drobnowidzem stwierdzić można zwyrodnienie tłuszczowe włókienek nerwowych i zanik tychże. Do tej *neuritis degenerativa*, która się do najmniejszych gałęzi mięśniowych rozciąga, przyłącza się zwykły (prosty) zanik mięśni, z rozwojem nadmiernym tkanki tłuszczowej, pomiędzy zanikłymi mięśniami.

W kierunku dośrodkowym zwyrodnienie włókienek nerwowych sięga nie

daleko, w większości wypadków nie przechodziło ono po za średnią część ramienia. Przednie korzenie bywają nietknięte.

Co się tyczy rdzenia kręgowego, to zmiany znajduwane w rogach przednich były tak nieznaczne (szklisty wygląd komórek), że nie można ich uważać za główne źródło choroby — niekiedy jednak przy szerzeniu się zapalenia nerwów, zmiany w rdzeniu dosięgać mogą większych rozmiarów i górują nadzmiannami w obwodzie.

Do o b j a w ó w wspomnianej choroby zaliczyć wypada: paraliż ruchowy ostro lub podostrawo występujący, bóle w kończynach, a po pewnym czasie i zanik mięśni. Raz kończyny górne, to znowu dolne są więcej dotknięte, zawsze jednak obustronnie i symetrycznie. Pierwsze objawy bywają zwykle ze sfery czuciowej, dopiero później na pierwszy plan występuje sfera ruchu. Często pierwszymi zwiastunami choroby bywają bóle reumatyczne w kończynach, poczem występuje osłabienie ruchów, zwykle nagle. Bóle bywają rwące, strzelające, są najsilniejsze w rękach i stopach, i często połączone z odrętwieniem bolesnym. Jako stały objaw należy także zaliczyć bolesność dotkniętych cierpieniem mięśni przy ucisku.

Objawy w sferze ruchów zajmują w chorobie, o której mówimy, pierwszorzędnne miejsce i są zupełnie takie same, jak przy obwodowych traumatycznych porażeniach. W mięśniach sparaliżowanych brak odruchów (*reflex*). Wrażliwość na prądy elektryczne z początku bywa prawidłowa, później zmniejszona, a z jej zmniejszeniem występuje często bardzo szybki zanik mięśni.

Niekiedy choroba rozpoczyna się od silnej gorączki, tak jak to ma miejsce w porażeniu dziecięcym (*paralysis infantum*). Podostrawie wypadki przebiegają najczęściej bez gorączki. W pierwszym okresie choroba okazuje wielką skłonność do szerzenia się, a zajmwszy mięśnie oddechowe życiu zagrozić może. Wtedy odpowiada ona mniej więcej obrazowi porażenia *L a n d r y' e g o*. Po przejściu pierwszego okresu, proces zatrzymuje się — nie mniej jednak po latach jeszcze wielu możliwym jest nowe pogorszenie.

T r w a n i e c h o r o b y bywa różne; śmierć nastąpić może w pierwszych kilku dniach, lub dopiero po upływie wielu miesięcy lub lat. Z drugiej strony możliwym jest także wyzdrowienie w krótkim bardzo czasie, albo też dopiero po wielu miesiącach lub latach. Wreszcie rezultatem choroby może być nieuleczalny zanik mięśni.

R o k o w a n i e w wypadkach ostrych jest złe, w podostrawych, przewlekłych lepsze, niekiedy pomyślne.

W e t y j o l o g i i wspomnianej choroby ważną rolę odgrywają zaziębienia i wysiłki mięśniowe, jak również choroby zakaźne, cierpienia kości i przymiot.

Co się tyczy leczenia, to w okresie ostrym dla zmniejszenia gorączki i bólów najodpowiedniejszym okazało się *natrum salicylicum* (1½—2 drachm *pro die*); *K u s s m a u l* zaś stosuje w takich razach ciepłe kąpiele z dobrym skutkiem; zimnych natomiast trzeba unikać, nawet przy bardzo wysokiej gorączce.

W razie bardzo gwałtownych bólów najstosowniejszymi będą podskórne wstrzykiwania morfiny — lub kwasu karbolowego.

W dalszym przebiegu koniecznym jest bezwzględny spokój mięśni; dopóki choroba się rozwija każda próba chodzenia lub stania powinna być zaniechana. Obok tego dyjeta wzmacniająca, chinina, żelazo, arsenik — mają za cel podtrzymywać siły chorego. Z zastosowaniem elektryczności trzeba być bardzo ostrożnym. Wczesne użycie prądu indukcyjnego lub stałego miewa czasem złe następstwa. W końcu będą właściwe: *massage*, kąpiele ciepłe, siarczane, Teplitz, Wildbad, Ragaz, Nenndorf.

Dr. Pawiński.

23. Friedländer. Zatkanie kiszek, wywołane nagromadzeniem szellaku (Żywiec rozpuszczonej w wyskoku). Do oddziału wewnętrznego w szpitalu miejskim w Berlinie przywieziono chorego, przedstawiającego wszystkie objawy zatkania kiszek; po kilku dniach leczenia środkami przeczyszczającymi i lewatywami chory zmarł. Po śmierci znaleziono znaczne rozszerzenie kiszek cienkich, a w odległości 30 ctm. od kiszki ślepej jeden duży konkrement, zamykający w zupełności światło kiszek, powyżej zaś parę mniejszych twardych kamyków. Przez tego takie same kamienie znaleziono i w żołądku, który równocześnie przedstawiał objawy nieżytu w wysokim stopniu. Przy badaniu okazało się, że niektóre kamienie są barwy brunatnej, łatwo się łamią, a powierzchnia przelomu jest gładka i błyszcząca, prócz tego rozpuszczają się w zupełności w wyskoku, z którego jednak za dodaniem wody napowrót opadają. Za rozgrzaniem nad gazem topią się one i palą niebieskawym płomieniem, przy czem padające krople posiadają zupełnie charakterystyczny zapach szellaku. Obecność tak wielkiej ilości szellaku w kanale pokarmowym autor tłumaczy tem, że chory był stolarzem, a przytem nałogowym pijakiem i często w braku wódki wypijał — jak to rodzina zeznała — politurę, która jest właśnie szellakiem rozpuszczonym w wyskoku. W żołądku spirytus się wessał, przez co cała ilość szellaku, nie mogąc być utrzymaną w roztworze, osiadała i dawała kamienie, znalezione w kiszkach. Zwyczaj picia politury bardzo jest rozpowszechniony między stolarzami w Niemczech—i, zdaniem autora, w każdym przypadku cierpienia przewodu pokarmowego u stolarzy o niem zapominać nie należy.

(Berl. Klin. Woch. 1881. Nr. 1).

T. D.

24. Heschl i Ludwig. Zwapnienie opony twardej rdzenia kręgowego (nieznana dotychczas zmiana starcza). Prof. Heschl w Wiedniu, badając zwłoki 65 letniej kobiety, zmarłej w skutek obłąkania i „ogólnego sparaliżowania“, znalazł prócz zaniku zawojów mózgu (*mikrogyria*) i zmian w rdzeniu, odpowiadających t. z. *polyomyelitis*, szczególniejszego rodzaju zmiany w oponie twardej rdzenia. Na całej mianowicie jej długości widać było na tylnej powierzchni delikatne żółte punkciki, które leżąc obok siebie tworzyły dość regularne figury, mające kształt skośnoczworoboczny i łączące się z sobą kątami, wypadającymi na linii środkowej. Tym sposobem powstawał szereg skośnych-czworokątów, połączonych z sobą w jedno pasmo. Ułożenie tych figur było bardzo prawidłowe i tego rodzaju, że najszersza część pasma, odpowiadająca bocznym kątom, wypadła zawsze na łuk kręgowy, gdy tymczasem najwęższa — na przestrzeń pomiędzy łukami. Badanie drobnowidzowe pokazało, że punkciki składają się z drobnych, ciemnych ziarenek, dających mikrochemiczne próby na wapno. Blizsze badanie wykazało, że zwapnienie umiejscowione jest wyłącznie w wewnętrznej połowie opony twardej, przy czem nabłonek (*endothelium*) pozostał jednak nietknięty. Dalsze poszukiwania pokazały, że opisana zmiana opony twardej zdarza się w ogóle dość często u osób w podeszłym wieku będących; że nie zależy od innych processów czy to w rdzeniu, czy w mózgu, czy wreszcie w innych organach. Należy ona więc do zmian patologicznych właściwych wiekowi starczemu. Dotychczas o zmianie tej nigdzie wzmianki nie ma.

Badanie chemiczne opisanych złogów, dokonane przez prof. Ludwiga, pokazało, że odpowiadają one w zupełności swym składem — składowi prawidłowych kości, t. j. zawierają CO_2 — 4, 64%; P_2O_5 — 41,60%; CaO — 53,17%; MgO — 1,31%. Zdaniem L. wszystkie zwapnienia, jak np. przy ateromatycznym procesie w naczyńiach i t. d., posiadają podobny skład chemiczny i tylko rzadko składają się wyłącznie z fosforanów; coś podobnego znalazł Chiari przy badaniu zwapniałego płuca.

(Wiener med. Woch. 1881. Nr. 1).

T. D.

25. Westphal. O zniknięciu i umiejscowieniu „objawu kolanowego“ (*Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens*). Kilka lat temu autor wspomniany wykazał, iż w typowych przypadkach *tabes dorsalis* brakuje tak nazwanego przezeń „objawu kolanowego“ (przez innych zwanego odruchem ścięgnistym — *Sehnenreflex*), t. j. kurczenia się *m. quadr. femoris* przy drażnieniu (np. uderzaniu) ścięgna tego mięśnia, i że brak ten, a raczej zniknięcie objawu kolanowego (gdź istnieje on u osób zdrowych), jest jedną z najpierwszych oznak cierpienia tylnych pęczków rdzenia kręgowego, weześniejszą nawet niż zaburzenia czuciowe i ruchowe. Nadto wykazał W. iż aby objaw kolanowy znikł, koniecznym jest by cierpieniem dotkniętą została część łądźwiowa (prawdopodobnie i dolna grzbietowa) rdzenia. Jak wiadomo, pęczki tylne rdzenia dzielą anatomowie na 2 części: wewnętrzną, zwaną pęczkiem Goll'a i zewnętrzną, przytykającą do korzeni nerwów czuciowych.

Otóż nie wiadomo dotychczas, która z tych 2 części musi cierpieć, aby wywołać zniknięcie „objawu kolanowego“ i czy cierpienie to istnieje już w pierwszych chwilach tego zniknięcia. Nie rozstrzygniętemi były te 2 pytania dla tego, iż zwykle *tabes* trwa długo, lata całe, a wtedy zazwyczaj pęczki tylne już w całości (t. j. obiedwie części) są zwyrodnione. Wprawdzie, wzięwszy pod uwagę iż brak objawu kolanowego jest jednym z pierwszych objawów *tabes*, a cierpienie to — jak to oddawna zauważył — w wielu przypadkach zaczyna się w części zewnętrznej, nadto że obserwowano przypadki w których objaw kolanowy istniał nieustannie, mimo iż po śmierci pęczki Goll'a okazały się zwyrodnionymi, wzięwszy to pod uwagę, powtarzamy, Westphal skłaniał się do uznania zależności między brakiem objawu kolanowego i cierpieniem części zewnętrznej pęczka tylnego okolicy lędźwiowej rdzenia kręgowego. Bezpośredniego jednak na to dowodu dostarczył mu dopiero przypadek obserwowany w szpitalu Berlińskim Charité. Chory, pochodzący z rodziny neuropatycznej, w 1877 oślepił, a badanie wziernikiem ocznym wykazało zanik nerwów wzrokowych. W Październiku 1879 r. W. po raz pierwszy nie znalazł objawu kolanowego; czucie i ruchy — prawidłowe. Chory umarł 8 Sycznia 1880 r. Przy badaniu rdzenia znaleziono początek zwyrodnienia (zanik włókien nerwowych i rozrost neuroglii) w części zewnętrznej pęczków tylnych rdzenia okolicy lędźwiowej; pęczki Goll'a zdrowe. Westphal nie wie, jak w danym przypadku wytłumaczyć nieobecność bólów, które powinny istnieć podług teorii Charcot'a i Pierret'a, opartej na badaniach klinicznych i anatomo-patologicznych.

Co do znaczenia dyagnostycznego zniknięcia „objawu kolanowego“, to Westphal utrzymuje, iż znamionuje ono zawsze początek *tabes*, gdyż sam nie wiedział nigdy i nie wie aby inni widzieli, by w typowym przypadku *tabes* istniał objaw kolanowy. Może on zniknąć wcześniej lub później, nie zawsze bowiem zwyrodnienie pęczków tylnych zaczyna się w okolicy lędźwiowej, lecz niekiedy dopiero po pewnym czasie tam przechodzi.

Dotychczasowe poszukiwania W. nie potwierdzają zdania Berger'a, iż objawu kolanowego może wyjątkowo brakować i u osób zdrowych. Podług W. istnieje on u wszystkich, tylko nie u każdego można go wywołać z jednakową łatwością. I tak, z trudnością on powstaje u osób z krótkimi a grubymi kończynami dołuemi, u których przedział między rzepką a wyniosłością kości goleniowej (*tuberositas tibiae*) jest mały, więz więz rzepkowy krótki; dalej, u osób u których pod tym więzem znajduje się gruby pokład tłuszczu, lub też u których z powodu budowy, napięcia, grubości i t. d. samego więzu, trudniej o drgania jego. Trudność wywołania objawu kolanowego może zależeć nie tylko od więzu rzepkowego, ale i od samego mięśnia; pod tym względem należy zanotować, iż zmniejszenie lub zniesienie prawidłowego o skurczenia mięśnia (*tonus*), wywołuje zmniejszenie lub zniesienie objawu kolanowego.

(Berl. Klin. Woch. 1881. Nr. 1, 2).

W. Gajkiewicz.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— Klinika Terapeutyczna Szpitalna, po 2 letniej blisko przerwie, wywołanej śmiercią prof. Lewitskiego, zyskała nareszcie nowego dyrektora w osobie p. Leona Popowa, prywatdocenta Akademii Medyko-chirurgicznej i wykładającego na kursach żeńskich. W ogóle klinika, o której mowa, nie miała dotychczas sześcioletniej pod względem kierowników, z których już zyskuje szóstego w ciągu krótkiego, bo zaledwie 10 letniego swego istnienia. I tak, jak wiadomo, pierwszym jej dyrektorem był ś. p. prof. Chojnowski, który niestety zmarł w kilka miesięcy po objęciu kliniki. Następnie przez lat parę zostawała ona w rękach p. Andrejewa, ten jednak okres nie pozostawił żadnego po sobie śladu. Po półrocznej przerwie w wykładach, w 1875 r. klinika szpitalna przeszła pod kierunek prof. Lewitskiego, który ją prowadził do śmierci, t. j. do 1879 r. W tym okresie czasu, klinika rozwijała się bardzo dobrze, założony został bardzo piękny i bogaty gabinet, ogłoszono parę obserwacyj klinicznych, a studenci licznie odwiedzali klinikę, której dyrektor, aczkolwiek nie wykonywał większych samodzielnych prac, uczył jednak sumiennie i drobiazgowo badać chorych, ściśle rozpoznawać choroby, a wreszcie starał się zapoznawać słuchaczy ze wszystkimi postęпами nauki zagranicą. Po śmierci prof. Lewitskiego przez rok jeden prowizorycznie zarządzał kliniką prof. Lambl, odwiedzając ją 3 razy na tydzień, z powodu że razem prowadził i 2-gą klinikę, co, rzecz prosta, było wielkim uszczerbkiem dla słuchaczy. W bieżącym roku szkolnym, kiedy zastępstwo

powierzone zostało prof. Baranowskiemu, klinika napowrót zaczęła się ożywiać i robiła nadzieję, że pozostając nadal w tych samych rękach wkrótce rzetelnie będzie oddawać korzyści. Teraz nastąpi nowa zmiana kierownika, a z nią nieuchronnie w tych razach zamieszanie w wykładach. Co się tyczy osoby nowego dyrektora i jego naukowych kwalifikacyj, to dał się on poznać głównie swą pracą o zmianach w mózgu przy chorobach zakaźnych ostrych, dokonaną pod kierunkiem Reeklinghausena i ogłoszoną w 1875 r. w Archiwum Virchowa. Te badania, aczkolwiek pracami późniejszych autorów dość znacznie zmodyfikowane, mają jednak tę zasługę, że pierwsze zwróciły uwagę na zmiany mózgu przy rozmaitych zakaźnych cierpieniach. Próż tego ogłosił p. Popow niedawno w Arch. Virchowa dwie prace, z których jedna o naturalnej patologicznej iniekcji przewodów żółciowych a druga o zmianach, wywołanych przez podwiązanie moczowodów. Wszystkie te prace należą do dziedziny anatomii patologicznej i patologii ogólnej, o katedrę też tej ostatniej nauki starał się p. Popow w Akademii Medyko-Chirurgicznej. Ież jej nie uzyskał (takową otrzymał Paszutin z Kazania). Natomiast o klinicznej działalności i kwalifikacjach nowego profesora, nie mamy żadnej wiadomości.

— Dowiadujemy się, że w skutek przedstawienia p. inspektora szpitali cywilnych, Rada miejska postanowiła wyznaczyć komitet, któryby się zajął ułożeniem projektu szkoły dla posługi szpitalnej świeckiej. Szpital Ś-go Rocha ma służyć za praktyczną szkołę dla uczących się. Dostatecznie wykształconą posługą ma znaleźć pomieszczenie przede wszystkim w tych szpitalach, gdzie siostry miłosierdzia, a także mogłaby być używana i do chorych prywatnych. Uznajemy myśl tę za bardzo pożyteczną, jeżeli rzecz dobrze wykonaną będzie, wiadomo bowiem każdemu ile to niedostatków odnośnie do porządku, pielęgnowania chorych i t. d. przedstawiają te szpitale, w których niema siostr miłosierdzia.

— Z końcem roku 1880 (v. s.) przestała wychodzić w Warszawie rosyjska gazeta lekarska p. t. Sowremiennaja medicina, redagowana przez b. prof. uniwersytetu Kijowskiego A. Waltera obecnego inspektora szpitali cywilnych w naszym mieście. Sow.-Med. wychodziła przez lat 17 w Kijowie, od 4 lat zaś w Warszawie. P. Walter, we wstępnym artykule żegnając się z czytelnikami — przebiegłszy w krótkości całą swoją działalność, zapowiada że nadal gazety wydawać nie może, z powodu braku współpracowników, (na 21 tomów sam redaktor napisał około 19), konkurencji wydawnictw rządowych — a wreszcie i z powodu cierpienia oczu.

— Z powodu wielkiego natłoku chorych, Rada Miejska otworzyła czasowe oddziały w Szpitalu Ś-go Łazarza i w szpitalu za Wolskimi rogatkami, każdy po 40 łóżek. Do kierowania pierwszym wydelegowany został dr. Dobrowolski, drugim — dr. Brochocki, obadwa asystenci w Szpitalu Dzieciątka Jezus.

— Zmarli w Warszawie: Dr. Teodor Triplin, Dr. Stanisław Chomętowski. Obszerniejszą wzmiankę podamy wkrótce.

— Kierownictwo prywatnym zakładem imienia D-ra Chomętowskiego dla chorych nerwowych i umysłowych, po zmarłym założycielu objął D-r Taczanowski ordynator szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

WIADOMOŚCI Z CESARSTWA.

— Z rocznego sprawozdania Uniwersytetu dorpackiego widzimy, że w skutek Najwyższego Rozkazu wyznaczono ze skarbu Państwa 80,000 rubli na rozszerzenie i ulepszenie klinik: wewnętrznej, okulistycznej i akuszeryjnej, — dalej — 49,000 rubli na kupno domu dla pomieszczenia zakładu dla obłąkanych, i oraz po 8,000 rubli przez pierwsze cztery lata na podtrzymanie tegoż zakładu.

— Gazety rosyjskie podają wiadomość, jakoby Dr Deppner otrzymał dymisję za to, że uznał chorobę, pannyją w r. 1878/9 w Wietlance, za dżumę.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— W zimowym półroczu 1880/81 uczęszczało w 20 uniwersytetach niemieckich 4,405 studentów na medycynę, w tej liczbie 311 cudzoziemców; ogólna ta liczba rozpada się pomiędzy wszechnie w następujący sposób:

Berlin 797, Lipsk 465, Monachjum 464, Würzburg 407, Greifswald 282, Wrocław 249

Freiburg 202, Halla 167, Strassburg 161, Goettingen 149, Tubingen 145, Królewice 145, Marburg 137, Bonn 129, Erlangen 113, Heidelberg 113, Kiel 87, Jena 85, Giessen 67, Rostock 41.

Ogólna liczba studentów wszystkich wydziałów wynosiła w tym samym czasie 21,164. W ogóle porównyując obecne półrocze z zeszłorocznem zimowem, znajdujemy że na medycynę uciechęsza o 424 studentów więcej, że zatem wprowadzone niedawno w użycie prawa w Niemczech (Gewerbe-Ordnung) nie wpłynęły bynajmniej w sposób hamujący na młodzież wstępującą do uniwersytetów na wydział lekarski.

— W Austrii poruszony i przedstawiony do władzy został projekt, aby aptekarzom raz jeden tylko za tą samą receptą wolno było wydawać lekarstwo; za każdym razem, kiedy zajdzie potrzeba powtórzenia, lekarz winien na receptę na to dać pozwolenie. Według tego projektu, lekarz winien pisać recepty na ostemplowanym papierze i wypisywać nazwisko, tak swoje jak i chorego. Dzienniki wiedeńskie występują przeciw temu projektowi, twierdząc, że lekarze materyjalnie nie by na tem nie zyskali, kiedy przeciwnie stosunki ich z publicznością zostałyby znacznie utrudnione, prawdopodobnem następstwem takiego ograniczenia byłoby to, że publiczność kupowała by sobie sama produkta u materyjalistów, przez co upadła by wszelka kontrola nad lekarstwami, albo że aptekarze wydawali by lekarstwa bez recept. Natomiast domagają się pisma, aby aptekarzom, pod surową odpowiedzialnością, nie wolno było wydawać bez recepty, poświadczonej każdorazowo, tych środków, które w farkopei oznaczone są krzyżykiem i aby liczba tych środków była powiększona. Zresztą, jeżeli lekarz chce ograniczyć wydawanie środka, może na receptę dodać: „*ne repeta tur*“. W tym samym duchu oświadczyło się Towarzystwo lekarzy galicyjskich i Rada Zdrowia Dolno-Austryjacka. U nas podobna ustawa obowiązuje, niestety jednak nie zawsze bywa wykonywana.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

J o r d a n. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział I. Kraków 1881 r.

R u n d o. Zasady Balneologii. Warszawa, 1880 r.

K r a m s z t y k J. Sprawozdanie lekarskie ze szpitala dla dzieci wyznania Mojżeszowego, za pierwsze 1½ r. istnienia (1878 — 1879 r.).

OD REDAKCYI.

Zadanie pisma lekarskiego tygodniowego polegać winno nie tylko na tem, aby utrzymywać czytelników na poziomie nauki współczesnej i stać na straży zawodu, ale i na tem, aby się stać prawdziwem ogniskiem potrzeb i interesów lekarzy, mianowicie wtedy, jeżeli te płyną wprost z uprawianego zawodu. Lekarze, szczególnież też mieszkający na prowincyi, a więc oddaleni od głównych ognisk życia umysłowego, pozbawieni sposobności komunikowania się z kolegami, często nie mają możności rozstrzygnąć wątpliwości, nasuwających im się czy to w rzeczach chorób, ich leczenia, czy w kwestyjach ustaw obowiązujących, często nie mają możności zasiągnięcia informacji o dziełach, instrumentach, wynalazkach i t. p. Rozumiejąc te trudności *Gazeta Lekarska* uprasza Sz. Kolegów, aby w razie jakiegokolwiek potrzeby udawali się z całą ufnością do naszej Redakcyi, która starać się będzie o udzielenie — o ile będzie mogła — najlepszych informacji. Prócz tego, chcąc skoncentrować wszystkie interesa lekarzy, Redakcyja *Gazety Lekarskiej* postanowiła robić bezpłatnie ogłoszenia o zmianie zamieszkania lekarzy na prowincyi, o wakujących posadach i t. p. Upraszamy przeto Sz. Kolegów o nadsyłanie nam tych wiadomości, które zamieszczać będziemy pod rubryką wiadomości osobowych.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Za Redaktora odpowiedzialnego Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава, 23 Января 1881 г. Друк К. Ковалевського, Królewska № 23.