

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Kjo r n i ł o w i e z. przyczynek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe (psychozy).—II. H e r i n g. O przewlekłym zapaleniu gardzieli ze szczególnem uwzględnieniem t. z. *pharyngitidis lateralis* (Dok.). — III. P a w i ń s k i. Wspomnienia z wycieczki do Berlina (Dok.). — *Dział Sprawozdawczy:* 63. Z a n d e r. Przyczynek do etyologii i leczenia krzywicy. — 64. E. A d a m i u k. Chinina przy jaskrze (*glaucoma*). — 65. D e S i n é t y. Zachowanie się błony śluzowej macicy podczas regularności. — Wiadomości miejscowe. — Zagraniczne. — Ogłoszenia.

I. PRZYCZYNEK DO WPŁYWU LECZNICZEGO OSTRYCH CIERPIEŃ GORĄCZKOWYCH NA CHOROBY UMYSŁOWE (PSYCHOZY).

Podał D-r **Edward Kornilowicz**, Ordynator Oddziału psychiatrycznego przy szpitalu Ujazdowskim.

Gdym zbierał literaturę, odnoszącą się do tego przedmiotu, natrafiłem w *Deutsches Archiv für klinische Medicin* (Bd. 26. H. 3 u 4, 1880. pag. 274) na pracę D-ra F i e d l e r'a, głównego lekarza w szpitalu miejskim w Dreźnie, zatytułowaną: „O wpływie chorób gorączkowych na psychozy“, w której to pracy autor, podając swoje obserwacje, zebrał prawie całą literaturę, tyjącą się tego przedmiotu. Dopełniając tę pracę własnymi trzema obserwacjami i obserwacjami D-ra B r u n n e t'a (*Gazette des Hôpitaux*. 1880. Nr. 115.), podaję takową.

W pracy mojej, za przykładem D-ra F i e d l e r'a, będę się trzymał układu podług chorób somatycznych, wywierających wpływ leczniczy na psychozy.

a) Róża i zapalenie tkanki łącznej podskórnej (*Erysipelas et pseudo-erysipelas*).

Przypadki obserwowane przezemnie w szpitalu Ujazdowskim:

1. J. B., żołnierz, lat 26, wstąpił do szpitala Ujazdowskiego 21 Września 1877 roku, dokąd został przysłany ze szpitala Aleksandrowskiego. Z historii choroby, przysłanej z tegoż szpitala, dowiadujemy się, że B. podlegał nałogowi pijaństwa i przybył do szpitala z objawami *dellirii trementis*. Szczegółowych objawów nie podano, zanotowano tylko, że cierpiał na bezsenność, mając przy tym gwałtownie. W szpitalu Ujazdowskim do 14-go Stycznia, gdym go poraz pierwszy zobaczył, często cierpiał na bezsenność, miewał niekiedy hallucynacje wzrokowe, bywał gwałtownym tak, że trzeba było go uspakajać przez nałożenie kaftana.

14-go Stycznia, przy badaniu znalazłem: wzrost średni, ciałokształt dobry, tkanka mięsna i kostna dobrze rozwinięte. Tkanki tłuszczowej dość znaczna ilość. Skóra na twarzy dość dobrze ukrwiona, błony śluzowe również normalnie ukrwione. Tętno 88. Badanie narządów, zawartych w klatce piersiowej i w jamie brzusznej, nie okazało żadnych zmian. Żrenice jednakowo rozszerzone, dobrze oddziaływały na działanie światła.

Z objawów psychicznych uwydatniały się następujące:

1) Objawy gniewu, złości, złego humoru, przejawiających się ciąglem wymyślaniem, rzucaniem się na otaczających z zamiarem bicia, krzykiem, bieganiem i t. d.

2) Hallucynacje wzrokowe i słuchowe: chory słyszy głosy, świsty pod podłogą, widuje dyabłów, rozbójników, grę artystów teatralnych.

3) Brak związku w mowie, powtarzanie jednego frazesu lub wyrazu.

4) Niepojmowanie położenia swego i stosunku swojej osoby do otoczenia; doktora raz nazywa swoją narzeczoną, drugim razem wymyśla mu, plwa, nawet zamierza się by go uderzyć.

5) Bezsensowność.

Długotrwałość tego stanu, który istniał od 14 Stycznia do 26 Kwietnia, pozwoliła określić stan chorego jako *mania acuta*.

27-go Kwietnia chory poraz pierwszy zaczął się uskarżać na ból w prąciu, które jest obrzęknięte i mocno zaczerwienione, za dotknięciem bolesne. Stan ten powstał bez widocznego powodu (*erysipelas penis*). Jako następstwo róży pojawiła się *phimosis*. Chorego przeprowadzono do oddziału chirurgicznego, ztąd, z powodu niespokojnego zachowywania się, został napowrót odesłany do oddziału chorych umysłowych. Pod wpływem okładów z wody gulardowej, obrzęk nieco się zmniejszył, ale na napletku występują owrzodzenia (*excoriations*). Na nosie jednocześnie pojawia się *herpes*. Ślinianki przyuszne stają się powiększone, bolesne. Chory uskarża się na ból gardła. Gardziel zaczerwieniona. Ciepłota ciała podniesiona. Tętno 100. Chory wygląda mizernie, blade,

1-go Maja. Miejsca na napletku, gdzie były nadżarcia, czerniały (powierzchnowa zgorzel skóry napletka). Prącie bardzo bolesne. Obrzęk gruczołów przyusznych powiększa się. Ucho prawe mocno zaczerwienione, obrzęknięte, bolesne (*erysipelas migrans*). Na nosie *herpes* się zmniejsza. Chory znacznie spokojniejszy. Stan taki trwa dni kilka, poczem występuje obfite ropienie. Na prąciu oddzielanie się zmartwiałych tkanek. W miarę postępu gojenia się ran na prąciu chory staje się coraz spokojniejszym, zaczyna odpowiadać przytomnie na zapytania. Hallucynacje znikają. Chory zaczyna pojmować swoje położenie i stosunek swojej osoby do otoczenia, bezsensowność znika. Chory zapomniał o wszystkim, co się z nim działo do zapadnięcia na różę. 18-go Czerwca został wypisany jako zupełnie zdrowy.

II. C., żołnierz dymisyonowany, lat 42, z gubernii Piotrkowskiej. Żonaty od lat trzech. Wyrobnik z fabryki. Zachorował poraz pierwszy. Przybył do szpitala 9-go Marca 1879 roku.

Status praesens. Wzrost średni, ciałokształt dobry. Tkanki mięsne i kostne miernie rozwinięte. Tkanki tłuszczowej umiarkowana ilość. Skóra normalnie zabarwiona. Błony śluzowe blade. Język czysty. Drżenia języka nie widać.

Tętno 92, małe. Granice płuc obniżone (*emphysema*). Odgłos opukowy z obu stron klatki piersiowej jednakowy. Oddech pęcherzykowy zaostrozony. Rzężenia wilgotne w obu płucach. Kaszel. Plwocina obfita, śluzowo-ropna. Wątroba i śledziona normalne. Apetyt dobry. Stolce regularne. Chory niespokojny, wciąż wybiera się w podróż z żoną i dziećmi. Źrenice dobrze oddziałują, jednakowo rozszerzone.

Przebieg choroby. Zapalenie oskrzeli, które się uwydatniało gwałtownym kaszlem i obficie wydzielaną przez chorego plwociną, trwało do Maja. Z pojawieniem się zapalenia tkanki podskórnej (*phlegmone*) na nodze, zapalenie to oskrzeli ustąpiło. Ciepłota ciała przy tem zapaleniu dochodziła do 39,5° C. wieczorem, jednakże nie wpływała ona na stan psychiczny chorego. Zmian głębszych w płucach, oprócz zaostrozienia oddechu i rzężeń w dolnej części płuc, nie obserwowano. Z objawów psychicznych uwydatniały się następujące. Chory był często bardzo niespokojny, szczególnie po bezsennych nocach, przewracał łóżka, wlaził na poręcz łóżek, biegał, bił chorych, tłukł okna, krzyczał, śpiewał i szczególną okazywał dążność do rwania odzienia, sienników, powłoczek. Stan ten niespokojności trwał u chorego do czasu pojawienia się róży i zapalenia tkanki podskórnej. Poczem chory znacznie się uspokoił. Miewał hallucynacje wzrokowe. Widywał anioła, Matkę Boską, Chrystusa, Boga z siwemi włosami. Widywał tworzenie się narodów na ścianie i na suficie z własnej plwociny. Hallucynacje u chorego trwały znacznie dłużej, gdyż do 12 Czerwca, zatem istniały one i przy zapaleniu tkanki łącznej podskórnej. Chory często wypowiadał idee wielkości; twierdził jednocześnie, że jest królem polskim, aniołem, Chrystusem, że jest panem i władczą całej Europy. Stan ten był określony jako *mania furibunda*. Bezsenność, ciągła ruchliwość chorego, kaszel i t. d., wpłynęły na upadek odżywiania. 28-go Marca zaczęły się tworzyć odleżyny w okolicy krzyżowej, które to odleżyny były prawdopodobnie przyczyną pojawienia się 7-go Maja na nodze u chorego róży (*erysipelas*).

17-go Maja na nodze prawej powtórzyły się ropnie, które zostały usunięte.

23-go Maja, na nodze prawej, na całej goleni rozwinęło się zapalenie tkanki podskórnej (*phlegmone*). W okolicy zaś biodrowej *furunculus antraciformis*. Nacięcia na skórze, dokonane przez D-ra H e i m a n n'a wpłynęły na ograniczenie się processu, ale w miejscu gdzie było zapalenie tkanki podskórnej, potworzyły się ropnie znacznej wielkości, po przecięciu których wypłynęła znaczna ilość ropy. Ropienie było obfite i owrzodzenia długo się nie goiły.

12-go Czerwca, kiedy jeszcze owrzodzenia nie były pogojone, chory raptowną uczuł w sobie zmianę, co też wyraził słowami: „Pan Jezus mnie przemienił, byłem chory na umyśle, a teraz jestem zd'ów.“ Hallucynacje znikły.

Chory pozostawał jeszcze w szpitalu do 10 Sierpnia. Przez cały ten czas, od 12-go Czerwca do 10 Sierpnia owrzodzenia na nodze powoli się zablizniały. Odżywianie chorego poprawiło się. Chory zaczynał pracować, podszywać kołdry, zamiatać. Był zupełnie przytomnym. Cieszył się z odwiedzin żony. Bardzo pragnął być jaknajprędzej wypisanym, i nie posiadał się z radości gdy wyszedł ze szpitala. W parę miesięcy potem widziałem go na mieście. Był zdrow. Znowu

pracował w fabryce. W roku zeszłym widziałem go znowu idącego do miasta. Mówił, że jest zdrow.

III. A. Ż., dowódzca straży pogranicznej z nad kordonu. Wstąpił do szpitala 20-go Grudnia 1879 roku. Choroba rozwinęła się raptownie, z powodu niepowodzeń służbowych. Chory się przyznaje do nadużyć *in Baccho et in Venere*. Przymiotu nie było. Chory żonaty, ma 5-ciu synów. Wzrost chorego mierny, ciało kształt dobry. Tkanka mięsna i kostna dobrze rozwinięte. Tkanki tłuszczowej znaczna ilość. Skóra na twarzy czerwona. Błony śluzowe przekrwione. Język czysty. Brak drżenia języka. Wsuwanie i wysuwanie języka ma charakter drgawkowy. Granice płuc obniżone (*in linea mamari i dextra* na 7-mem żebrze, *in linea axillari dextra* na 9-tem żebrze). Serce przykryte płucami. Od tyłu granice płuc pod 11-tem żebrem z obu stron (*emphysema pulmonum*). Oddech na całej przestrzeni klatki piersiowej osłabiony. W dolnych zrazach płuc rżenia drobno-pęcherzykowe. Odgłos opukowy z obu stron klatki piersiowej jednakowy. Tętno serca słabe lecz czyste. Tętno 80 uderzeń na minutę. Wątroba powiększona, dozwala się wymacać z pod żeber jako ciało twarde. Śledziona normalna. Kiszki nie przepelnione kałem. Jądra normalnej wielkości, lecz konsystencji miękkiej, wiotkie. Prawa źrenica szersza od lewej, obie słabo oddziałują na światło. Drżenia rąk nie ma. Chód prawidłowy. Wymawia wyrazy prawidłowo. Chory twierdzi, że jest generałem, że od Cesarza dostał szablę brylantową, brakuje mu tylko korony, ale się spodziewa, że po śmierci Następcy Tronu zapamięta rodzina Ż. Pamięć i zdolność kombinowania osłabione. Raz chory twierdzi, że ma pięciu synów, i że wszyscy są generałami, to znowu twierdzi, że dwóch synów jest jeszcze w gimnazyjum.

Przebieg choroby. Ciągła ruchliwość, chory chodzi, biega, krzyczy, bije chorych. Ciągła gadatliwość. Wciąż wypowiada idee wielkości. Żądał by go wypisano, gdyż wojska nań oczekują, a następnego dnia musi być na obiedzie u hrabiego Kotzebue, domaga się, by go odesłano do ojca jego, Imperatora Rosyjskiego. Dostaje ordery, pisze telegramy do głównodowodzącego, mianuje doktora głównym lekarzem, lub porucza mu zająć miejsce Botkina, twierdzi, że mu skradziono 100 milionów i t. d. Humor chorego po większej części dobry. Niekiedy płacze, lecz smutek prędko przemija. Często brak snu. Tętno nie przyspieszone. Apetyt dobry, wypróżnienia regularne. Stan chorego był określony jako *mania i; j a wielkości (mania ambitiosa)*.

Stan ten trwał do 9-go Lutego, kiedy na lewej nodze, w okolicy powierzchni przedniej goleni, zaobserwowano obrzęk i zaczerwienienie skóry. Przy dotknięciu skóra bolesna (*erysipelas*).

12-go Lutego. Obrzęk na nodze się powiększa. Na skórze tworzą się pęcherze, które pękają i na powierzchni pozbawionej naskórka występuje powierzchowna zgorzel. Ciepłota 37,5° C. Tętno 80. Zalecony był opatrunek z kwasu karbolowego (3j — *H. aquae destil.*). Do wewnątrz: *Rp. Emuls. camph. ex grij* — 3vj.

17-go Lutego. Ciepłota 39,5 C. Obrzęk przechodzi na stopę. Na goleni wytworzył się ropień, po przecięciu którego wypłynęła znaczna ilość ropy. Z pojawieniem się róży, stan psychiczny chorego uległ zmianie, chory stał się spokoj-

niejszym, mniej gadatliwym; idee wielkości jednakże nie opuszczały go, domagał się, by mu przywieziono kilka wozów cygar i kilka tysięcy papierosów.

20-go Lutego. Ropnie na stopie, przecięcie takowych. Ropienie dość obfite.

27-go Lutego. Stan nogi lepszy. Obrzęk nóg się zmniejszył. Ropienie na owrzodzeniach wciąż trwa. Chory spokojny, idei wielkości nie wypowiada. W mowie więcej związku.

12-go Marca. Wytworzył się nowy ropień, który został przecięty.

21-go Marca. Obrzęk się zmniejsza, owrzodzenia się goją, chory niekiedy wypowiada, że jest następcą tronu.

6-go Kwietnia. Chory jakby się ze snu przebudził (wyrazy chorego). Wszystko co się dotychczas z nim działo, co tylko mówił, wydaje mu się snem. Wyrzeka się wszelkich idei wielkości. Ma zamiar podać się do dymissyi, osiąść z żoną i dziećmi na wsi. Czytuje gazety i książki. Sypia dobrze, spokojny. Wkrótce potem został wypisany. Czy był powrót choroby umysłowej—nie wiem.

Zestawiając te trzy przypadki, widzimy:

W przypadku pierwszym chory pozostawał w szpitalu od 21 Września 1877 roku do 18 Czerwca 1880 roku, zatem 9 miesięcy. 26 Kwietnia chory dostał róży na ręce. Choroba umysłowa zatem do czasu pojawienia się róży trwała przez 7 miesięcy. Róża ze wszystkimi następstwami trwała miesiąc czasu, po czem nastąpiło wyzdrowienie.

W przypadku drugim chory pozostawał w szpitalu od 10 Marca 1879 roku do 10 Sierpnia 1879 roku, zatem 5 miesięcy. 17 Maja wystąpiło zapalenie tkanki łącznej podskórnej na nodze. Choroba zatem umysłowa do czasu pojawienia się tego zapalenia trwała dwa miesiące, poczem nastąpiło wyzdrowienie.

W przypadku trzecim chory pozostawał w szpitalu od 20 Grudnia 1878 roku do 6 Kwietnia 1879 roku; w 4 miesiącu — 9 Lutego—pojawiły się pierwsze objawy róży. Następnie rozwinęło się zapalenie tkanki łącznej podskórnej. Choroba zatem umysłowa do chwili pojawienia się róży trwała jeden miesiąc. Samo zapalenie skóry trwało blisko dwa miesiące, poczem nastąpiło wyzdrowienie.

Układając te daty w tablicę, widzimy:

	Czas trwania choroby.	Pojawienie się zapalenia skóry.	Proces zapalenia skóry trwał.
1 przypadek.	9 miesięcy.	w 7 miesiącu choroby.	1 miesiąc.
2 „	5 „	w 3 „ „	2 „
3 „	4 „	w 2 „ „	2 „

Z tej tablicy i z opisanych przypadków widzimy, że wszystko to były przypadki ciężkie, długotrwałe formy choroby umysłowej. Proces zapalny skóry i tkanki podskórnej, który pociągnął za sobą zniknięcie objawów choroby umysłowej był również ciężki i długotrwały, z długotrwałem obfitem ropieniem, z zajęciem głębszych warstw skóry.

W literaturze znajdujemy opisy przypadków róży i zapalenia tkanki łącznej podskórnej, w stosunku do chorób umysłowych, u następujących autorów:

Berthier (*Annales méd. psycholog. VII. 1861.*) widział polepszenie i wyleczenie psychozy po róży: „*Deux de nos femmes ou recouvré la santé, l'une pour quelque temps, l'autre pour toujours.*”

Esquirol (*Maladies mentales*, 1174.) wspomina o pewnym młodym człowieku, cierpiącym na: „*délire général avec prédominance de terreurs religieuses*“, który dostał róży na twarzy, po której został uleczony z psychozy.

Sponholz (*Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie*, Bd. 30.) widział podobny przypadek wyraźnego polepszenia po przebyciu róży na twarzy. W tym przypadku jednocześnie stosowano wcieranie *ung. tart. emet.*, któremu autor głównie przypisuje zbawienne działanie.

Nesse (*Allgemeine Zeitschr. für Psych.* Bd. 21. pag. 38.) obserwował 13 przypadków róży na twarzy i na ciele bez żadnego wpływu na psychozę. Po ropniach i zapaleniach tkanki łącznej podskórnej (*Zellgewebesentzündungen*) Esquirol i Guislain widzieli wielokrotnie wyleczenie i polepszenie psychoz, a Sponholz (*ibid*) opisuje przypadek, gdzie u paralityka, nie dającego żadnej nadziei wyleczenia, po przebyciu *pseudo-erysipelatis* i oddzieleniu się zmartwiałej tkanki łącznej, nastąpiło zupełne zniknięcie objawów paralitycznych i zbroceń w sferze psychicznej. „*Noch nie*“ — mówi Sponholz — „*ist mir die körperliche und geistige Besserung in einem solchen Grade zur Beobachtung gekommen, wie bei diesem Kranken.*“

Już Hypokrates wiedział o dobroczynnym wpływie pewnych cierpień fizycznych na choroby umysłowe. W swoich aforyzmach Sect. VI. XXI, mówi: „*Τοῖσι μαινομένοισι, κρισῶν ἢ αἰμορροΐδων ἐπινοουμένων μανίης λύσις,*“ oraz *ibidem* XI: „*Τοῖσι μελαγχολικοῖσι καὶ τοῖς νευρτικοῖσιν αἰμορροΐδες ἐπινοουεῖται ἀγαθόν.*“

Aetius (Tetr. II. serm. 2. cap. 4) podaje przypadek wyleczenia melancholii przez obfity krwotok z nosa.

Galenus cytuje przypadek wyleczenia choroby umysłowej (*melancholia*) przez febrę czwartaczkę (*intermittens quartana*). *Aegrotus quartana correptus sanus est factus.*

M. Christian. *Faits de rémissions dans la paralysie générale à la suite de suppurations prolongées* (*Annales médico-psychologiques. Archives cliniques. 1880. p. 224.*). Autor podaje dwie obserwacje:

1) Żandarm lat 33, dobrze zbudowany, przywieziony został 27 Grudnia 1877 roku do zakładu De Maréville ze szpitala wojskowego z Nancy, gdzie lekarze tamtejsi zaopiniowali, że chory jest cierpiący na paraliż postępowy w okresie pobudzenia manijakalnego. Rzeczywiście chory okazywał wyraźne objawy paraliżu postępowego z objawami podniecenia manijakalnego. Był w ciągłym ruchu, krzyczał, śpiewał, wypowiadał idee wielkości, uważał siebie za inteligentniejszego od swego pułkownika, twierdził, że posiada najlepszą posadę między żandarmami. Jeżeli kto w tem mu zaprzeczył, wpadał w stan gwałtowny. Wymowa przytem była utrudnioną. Chwilami mówił bez związku. Prawa żenica szersza od lewej. Cierpiał na bezsenność. Język miał obłożony. Wargi spieczone.

Pomimo stosowania codziennych kąpeli i środków przeczyszczających, stan ten podniecenia trwał 6 tygodni. 20 Lutego zauważono u chorego na palcu dużym ręki lewej zastrzał (*panaritium*). Chory nie zważając na to bił wciąż tym palcem o mur i krawędź łóżka, przez co stan palca znacznie pogarszał. Zapalenie tkanki łącznej podskórnej przeszło na rękę i na przedramię. Rozwinęło się *phlegmone*, a w wielu miejscach skóra przeszła w zgorzel.

Obawiano się o życie chorego. Po zrobieniu cięć głębokich i po zastosowaniu kąpieli ciepłych nareszcie osiągnięto ograniczenie się procesu.

W miarę tego jak stan ogólny stawał się coraz cięższym, stan podniecenia manijakalnego się zmniejszał. Autor zauważył nie tylko zniknięcie objawów obłądki, ale i drżenie w mowie znikło. Pozostała tylko nierówność żrenie. Chory zaczął się domagać pracy i wkrótce został posługaczem i to jednym z pracowitszych i sumienniejszych.

24 Października na żądanie żony został wypisany. Autor nie uważał go za zupełnie uleczonego, gdyż jeszcze okazywał on pewnego rodzaju dziecinność, wielką skłonność do płaczu.

Ó przyczynach paraliżu postępowego w danym przypadku autor nie mówi. Pierwsze objawy zaobserwowano na 3 miesiące przed wstąpieniem jego do szpitala.

D r u g a o b s e r w a c y j a. Stróż leśny, lat 46, wstąpił do zakładu w Maréville 13 Lutego 1878 roku. Przy pierwszym badaniu chorego rozpoznano objawy podniecenia manijakalnego przy paraliżu postępowym. Chory ciągle krzyczał, był w ciągłym ruchu, nie sypiał. Mowę miał utrudnioną. Lewą żrenicę szerszą od prawej. Przytem uważał się za bogatego, silnego, mogącego robić wszystko co się mu spodoba, nie wiedział gdzie jest i co robi.

Chory, nim został przywieziony do szpitala, musiał być bardzo gwałtownym i prawdopodobnie musiano go krępować, gdyż na rękach i nogach miał rany koliste, głębokie, pochodzące od uciskania sznurami. Rany te wkrótce zaczęły obficie ropieć, a w miarę jak ropienie stawało się obfitszem, chory się uspakajał. Po upływie 15 dni nie było już śladu dawnego pobudzenia, pozostało tylko osłabienie pamięci i słabość intelligencji.

Autor, podając te dwie obserwacje, mówi: chociaż mieliśmy w obu tych przypadkach nie wyleczenie, lecz polepszenie, to jednak godnem jest uwagi, że te remisyje następowały po długotrwałem i obfitem ropieniu. Ztąd wyprowadza wnioski terapeutyczne, że przy początku paraliżu postępowego, środkami najwięcej wskazanemi będą: zawłoki na karku, wezykatoryje, kauteryzacje, jednym słowem wszelkie środki, które sprowadzą silną rewulsyję na powierzchni skóry. (D. n.)

II. O przewlekłym zapaleniu gardzieli ze szczególnem uwzględnieniem t. z. Pharyngitidis lateralis.

Skreślił D-r **Teodor Hering.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 16).

S c h m i d t cierpienie to nazwał *pharyngitis lateralis* (*der entzündete Seitenstrang des Pharynx*) i uważa je jako odmianę *pharyngitidis granulosa*.

Zaznacza on, że wzmiankę o niem znalazł dotąd tylko w książce Stoerka (l. c. pag. 114), który odróżnia tę formę jako odmianę zapalenia ziarnistego i podaje, że bywa przyczyną nadczułości (*hyperaesthesia*) tego miejsca.

GAZ. LEK. NR. 17.

Pod względem anatomicznym, najstaranniejszy opis bocznej części gardzieli podał L u s c h k a (l. c.) i Z a u f a l, metodę zaś badania opisał dokładnie V o l t o l i n i w ostatniej swojej pracy, ogłoszonej w roku zeszłym ¹⁾.

Gdyby S c h m i d t wspomnianą pracę V o l t o l i n i e g o przeglądał nieco uważniej, znalazłby w niej wzmiankę, że już C z e r m a k o w i cierpienie to było znanem, jak tego dowodzi opis i rysunki pomieszczone w drugim wydaniu jego książki (*Der Kehlkopfespiegel*, pag. 128.).

M i c h e l ²⁾ zwraca również uwagę, że jeszcze w roku 1873 opisał boczne zapalenie gardzieli i wskazał leczenie.

B r u n s ³⁾, mówiąc o stosowaniu metody galvano-kaustycznej przy chorobach gardzieli, opisuje zgrubienie, z boku położone, występujące jako wałek mięsisty, który wymaga energicznego przypalenia żegadłem.

Z przytoczonych tu zdań wypływa, że cierpienie to nie uszło bynajmniej uwagi lekarzy, lecz znaczenie jego nie było ostatecznie ocenionem, objawy zaś zbyt pobieżnie traktowano.

Główną zasługą S c h m i d t'a jest zwrócenie uwagi na tę sprawę i wykazanie, że stanowić może samoistną formę chorobną. Głównym objawem *pharyngitidis lateralis* podług S c h m i d t'a (*Der entzündete Seitenstrang*), jest wystąpienie podłużnego, z boków gardzieli położonego wałka, grubości ołówka, czasem dochodzącego do grubości małego palca. Wałek ten jest silnie zaczerwieniony, czasem składa się z obrzmiałych, obok siebie ułożonych guziczków (*folliculi*) i stanowi obrzmienie dolnego końca *plicae salpingo pharyngeae*. Cierpienie to bywa obustronne, zwykle jest silniej rozwinięte z jednej strony niż z drugiej. Czasem zgrubiały wałek dochodzi aż do wysokości nagłośni, u góry przedłużony się może aż do przedłużenia trąbki Eustachijusza (*Tubenwulst*). Główną przyczyną bolesności tej sprawy, bolesności, na którą chorzy często bardzo zwracają uwagę lekarza, wskazując palcem miejsce bolesne, jest ucisk jakiemu zgrubienie to ulega ze strony zwieracza górnego gardzieli (*constrictor pharyngis superior*). Mięsień ten, kurcząc się, tworzy wystającą wyniosłość i ugniata wałek, znajdujący się pomiędzy nim, a tylnym łukiem podniebienia. Zwracając baczną uwagę na to cierpienie, mówi S., przekonamy się, że przypadki nerwobólu lub nadczułości błony śluzowej gardzieli będą coraz rzadsze, a leczenie skuteczniejsze niż bywało dotąd.

Podany przez S c h m i d t'a opis boczego zapalenia gardzieli wymaga pewnego uzupełnienia i uporządkowania, szczególnie odnośnie do stosunku zapalenia boczego do zwykłej *pharyngitis granulosa*. Co do symptomatologii, to wiadomo powszechnie, że u niektórych osób znaleźć można mnóstwo przerosłych guziczków na tylnej ścianie, które żadnych nie wywołują objawów. U osób przyzwyczajonych do tytoniu, wrażliwość gardzieli stopniowo tępieje, również jak u ludzi używających mocnych napojów spirytusowych. Zdarzało mi się jednak spotykać chorych, u których objawy, wywołane przewlekłym ziarnistym za-

1) R. V o l t o l i n i. Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie. pag. 151.

2) l. c. pag. 23.

3) Die galvano-kaustischen Apparate, pag. 448. 1878.

palenie m gardzieli, bywały tak przykre i uporeczywe, że doprowadziły do hypochondryi. Wieczna skarga chorych takich w dziwnej była sprzeczności z pojawieniem się kilku bladych gruczołków, rozsianych na błonie śluzowej i wcale na dotyk niebolesnych. Po większej części ową nadezłość znajdowałem u kobiet, u których, obok cierpienia gardła, często występowały wybitne objawy hysterji. Nieustanna troska, że sprawa na którą cierpią zakończy się suchotami, odbiera im sen i spokój, i zniewała do ciągłego szukania porady. Dla chorych takich żadna operacyja nie jest zbyt bolesną, żaden rękoczyn nie jest przykrym. Poddają się wszelkim badaniom lusterkiem lub zgłębnikiem z największą rezygnacyją, ufni, że tak troskliwe badanie potrafi wreszcie wykryć źródło ich cierpienia. Jeśli u takich osób wykonamy przyżeganie lapisem lub galvano-kauterem, przychodzą nazajutrz i z zadowoleniem oświadczają, że czują się znacznie lepiej. Skoro tylko główny efekt przyżegania—t. j. ból—ustąpi, wraca cały szereg poprzednich skarg i narzekań, na pieczenie, zasychanie, drapanie w gardle, na uczucie obcego ciała, na obecność włoska w gardzieli, na uczucie zamrożenia lub uczucie odcisków. Najlepiej chorym takim, pomimo prośb o zapędzlowanie, odmówić pomocy, a stanowczem zapewnieniem, że nic im nie grozi, stan ich nieraz uspokoić można. Dodać tu winienem, że skargi podobne słyshałem również i od śpiewaków, którzy wszelkie niepowodzenia głosu przypisywali katarom gardła i krtani, i recytowali całą litaniję skarg, najczęściej będących wynikiem szczegółowego i ciągłego zwracania uwagi na gardło.

Pharyngitis granulosa jest cierpieniem, pojawiającem się najczęściej u osób zmuszonych powołaniem do wydobywania głosu, a zatem u śpiewaków, kaznodziei, aktorów i t. d. Usposobienie do niej powiększa konstytucyja skrofuliczna, zdaniem M a c k e n z i e g o również i *diathesis rheumatica* lub *arthritica*. U dzieci skrofulicznych stanowi ona jedno ogniwo z szeregu licznych i dobrze każdemu znanych przypadłości, właściwych sprawie żoźzowej.

U dzieci takich, zwykle pomiędzy 6-tym a 12-tym rokiem, rozwija się stopniowo przerost migdałków, rzadko dochodzący do wysokiego stopnia. Są one blado-różowe, gąbczaste, miękkie, otwory krypt wyraźne, czasami zatkanie białawą wydzieliną. Tylna ściana gardzieli jest zwykle pokryta nielicznymi wprawdzie, lecz dużemi wyniosłościami blado-różowemi; schodzą się one z boku tuż przy migdałkach w formie wałków podłużnych, czasem obok fałdy błony śluzowej również bladej, wiotkiej i na dotykanie zupełnie niebolesnej. Objawy, towarzyszące tej odmianie ziarnistego zapalenia gardzieli, są prawie żadne. Przelykanie jest niebolesne, dotyk zgłębnikiem części bocznych nie wywołuje przykrego uczucia, tylko przelykanie śliny odczuwane jest jako lekka zawada. Z powodu przerostu migdałków, dzieci takie w nocy chrapią, nad ranem zwykle wyrzucają dość obfitą śluzową, szarawą plwocinę. Gdy na skutek zaziębienia, lub innej szkodliwości, sprawa się pogarsza i zmusza do zasięgnięcia porady, badanie wykrywa obok przerostu migdałków, i cierpienie błony śluzowej tylnej ściany gardzieli, które samo przez się żadnych zwykle przykrych objawów nie wywołuje; czasami lekkie zasychanie. Formę tę bez względu na to, czy guziezki mieszczą się z boków gardzieli, czy tylko na ścianie tylnej, określić wypada jako: *pharyngitis follicularis scrophulosa*.

U dorosłych, sprawa ta przeważnie umiejscawia się z boków gardzieli, a to z powodu budowy błony śluzowej, o której poprzednio wspomniałem.

Każdemu ostremu nieżytowi gardzieli towarzyszy, obok przekrwienia i spulchnienia błony śluzowej, obrzmienie torebek limfatycznych (*folliculi*). Stosownie do natężenia procesu, do budowy błony śluzowej, wreszcie i do konstytucyi, liczba ich będzie zmienną, również jak zmiennym będzie wygląd, a więc stopień przerostu, czyli wielkość samych torebek. Wystają one jako białawe, niezbyt duże wyniosłości, otoczone przekrwioną siecią naczyń.

Boczne części gardzieli są również obrzmiałe i zaczerwienione. Czasem błona w postaci fałdy wydobywa się z poza łuków tylnych i pokryta jest nielicznymi guziczkami. Nie przemawia to wcale za poglądem Schmidta, który pojawienie się fałd bocznych przy ostrym nieżycie gardzieli uważa jako znak *pharyngitidis lateralis*. Gdy sprawa nieżytowa zbliża się ku końcowi, wraz ze zmniejszeniem obrzmienia błony, giną i owe obrzmiałe guziczki. Jeżeli jednak po kilkakrotnie przebytych zapaleniach, pod wpływem różnych szkodliwości, proces przechodzi w formę przewlekłą, wytwarza się u pewnej liczby osób, szczególna forma zapalenia, tem charakterystyczna, że przy mało zmienionej błonie śluzowej powiększa się zarówno liczba, jak i wielkość owych guziczków. Mamy wtedy do czynienia z typową formą zapalenia ziarnistego. Skoro zajmuje ono boczne części gardzieli, gdy na obrzmiałych zaczerwienionych fałdach, wystąpią guziczki okrągławe lub podłużne, które nie przechodzą na *plicam salpingo pharyngeam*, lecz leżą pod nią, lub obok takowej, proces ten słusznie nazwać można: *pharyngitis granulosa lateralis*. Pod tę nazwę również wypadnie podciągnąć i te stany, w których zapalenie i zgrubienie błony zajmuje boczne części tylnej ściany gardzieli, nie zakryte wcale łukami tylnymi, lecz tuż przy nich położone.

Następujące spostrzeżenie, poparte drobnowidzowem badaniem wyciętych bocznych fałd gardzieli, usprawiedliwia wyróżnienie tej odmiany zapalenia, zarówno jak i jego nazwę.

Pan S., lat 22 liczący, konstytucyi limfatycznej, oddawna zapada na zapalenie gardzieli, nieżyty oskrzeli i nosa. Matka i ojciec padli ofiarą suchot płucnych. W młodości przebywał zapalenie nieżytowe płuc, przed rokiem poraz pierwszy zaczął płuć krwią. Obecnie kaszle dużo, głównie jednak skarży się na ból przy łykaniu i częste zasychanie w gardle. Badanie płuc wykazuje, oprócz rozlanego wszędzie nieżyty oskrzeli, stępienie w lewym wierzchołku, tamże drobne rzeżenia z przydźwiękiem metalicznym. W gardzieli ściana tylna bladobława, nielicznymi wyniosłościami pokryta. Z boków, nawet przy opuszczonem podniebieniu, widać za tylnymi łukami dwa wałki, grubości ołówka, bladobławe, złożone z guziczków wielkości soczewicy, obok siebie gęsto ułożonych, które na dotyk zgłębnikiem są bolesne, i które, jak wykazuje zarówno badanie palcem jak i lusterkiem, nie łączą się z wałkiem trąbki Eustachijusza. Za pomocą pętlicy z cienkiego stalowego drutu, udało mi się wyjąć część wałka z prawej strony położonego. Stanowił on fałdę blisko 2 ctm. długą, a 5 milim. szeroką, złożoną z białych obok siebie ułożonych wyniosłości.

Badanie drobnowidzowe, dokonane przez kolegę Przewoskiego, wykazało następujące zmiany:

Nabłonek, pokrywający błonę śluzową, nieco zgrubiał. Pomiedzy komórkami nabłonkowymi gdzieś widać komórki limfoidalne. Cała błona śluzowa pod nabłonkiem mocno nacieczona ciałkami wędrującymi, tak, że w niej z trudnością odróżnić można torebki limfatyczne. W miejscach, gdzie infiltracja błony śluzowej jest nieco mniejsza, widać, że takowa najsilniej występuje około naczyń i przewodów gruczołów śluzowych. Torebki limfatyczne (*folliculi*) są mocno powiększone i mocno rozrosłe. One to stanowią owe ziarniste wyniosłości, obok siebie ułożone.

Infiltracja błony śluzowej rozszerza się i na tkankę podśluzową, jest ona jednak mniejsza niż w błonie śluzowej, i tu również przeważnie występuje około naczyń.

Gruczoły śluzowe, w tkance podśluzowej znajdujące się, są nieco powiększone. Śródmięśniowa ich tkanka na całej przestrzeni jest dosyć mocno nacieczona ciałkami wędrującymi. Protoplasma komórek nabłonkowych nie różni się od prawidłowej. *Lumulae* pęcherzyków gruczołowych są powiększone.

Jeżeli opis powyższy porównamy z opisem zmian przytoczonych przez Saalfeld'a, przekonamy się, że w danym przypadku sprawa zapalna, ze względu na swe siedlisko i naturę cierpienia, zasługuje na nazwę: *pharyngitis lateralis granulosa*. Drugą odmianę zapalenia boczno-cechuje wystąpienie z jednej, rzadziej z obu stron bocznych ścian gardzieli, grubych, dość gładkich, czerwonych wałków, które czasami widać z poza łuków podniebienia, czasami dopiero po odsunięciu łuków na zewnątrz. Powstają one w skutek przerostu błony śluzowej, będącej przedłużeniem *plicae salpingo pharyngeae*, o czem zarówno palcem jak i lusterkiem przekonać się można. Wałek ten czerwony jest przeszkodą przy łykaniu, na dotyk jest bardziej bolesny niż w formie poprzednio opisanej. Przerost rzadko kiedy przechodzi i na wylot trąbki, i takie to formy opisał Czermak, jak o tem z rysunków przez niego wykonanych przekonać się można. Formę tę nazwać nam wypada: *pharyngitis lateralis hypertrophica*. Rozwija się ona samodzielnie, nieraz przy mało zmienionej błonie śluzowej ściany tylnej; udział torebek limfatycznych zdaje się być niewielki, przynajmniej rzadko kiedy widziałem ich kilka. Sprawa rozpoczyna się zwykle od zapalenia tylnego łuku podniebienia, który również grubieje, czasem zlewa się *cum plicae salpingo pharyngeae*, czasem obok niego wygląda, jako druga, dłuższa nieco podłużna fałda.

Te dwie formy Schmidt pomieszał z sobą, jakkolwiek wyróżniają się one szczegółami, które powyżej przytoczyłem, usprawiedliwiający ich rozdział.

Co do objawów dodać tu muszę, że przy *pharyngitis hypertrophica lateralis*, często skarżą się chorzy na klucie albo ból w uchu, czasem na lekkie przytępienie słuchu, lub uczucie zawady przy łykaniu śliny, które to objawy prawie nigdy nie towarzyszą formie zapalenia ziarnistego.

Zanim przystąpię do opisu terapii miejscowej, wypada mi dla całości obrazu uwzględnić pokrótce odmianę zapalenia gardzieli, zwaną zapaleniem suchem (*pharyngitis sicca, rareficerender Catarrh*). Wspomniałem już, że anatomija patolo-

giczna tej sprawy jest zupełnie zaniedbaną. Niewiadomo czy cierpienie polega na zaburzeniach w wydzielaniu sekrecyi, czy jest wynikiem zmian w torebkach limfatycznych, czy wreszcie sama błona śluzowa ulega zwyrodnieniu. Cierpienie to prawie zwykle łączy się z nieżytem jamy nosa gardzielowej, lub jamy nosa, zdarza się w każdym wieku, często jednak u osobników wyniszczonych i źle odżywianych, w złych warunkach żyjących. Błona śluzowa gardzieli jest cienka, blade-żółtawa, sucha, pokryta jakby lakierem cienką warstwą śluzu, który nie łatwo zebrać się daje pedzelkiem. Języczek jest blade, spiczasty, podobny do kolca. Pokład tkanki adenoidalnej ginie zarówno w jamie gardzieli, jak i w jamie noso-gardzielowej. W e n d t ¹⁾ znalazł zanik torebek limfatycznych i nieliczne gruczoły śluzowe, nabłonek zaś nie zmieniony. M i c h e l ²⁾ tę suchość błony tłumaczy zmniejszeniem wydzielania się śluzu, który na powierzchni zasycha, słowem, niedostateczną czynnością gruczołów śluzowych. Czasem tworzą się strupy żółtawe, szaro-zielone, zbite, które trzeba zdrapywać i skrobać, tak mocno do błony przylegają. Rzadko kiedy strupy te bywają cuchnące, wtedy tylko gdy sprawa powikłana jest z tak zwaną ozeną.

Ta forma objawami swemi staje się dla chorych przykrejszą od innych, głównie z powodu ciągłego uczucia zasychania. Jest ona prawie niebolesną, z rana tylko wydalenie zaschłej wydzieliny męczy chorych, wywołuje krztuszenie a czasem wymioty.

Leczenie przewlekłych zapaleń gardzieli będzie różnem, stosownie do jego charakteru, umiejscowienia, czasu trwania, objawów jakie wywołuje, wreszcie do konstytucyi i wieku chorego.

Uwzględnię w tem miejscu tylko terapię tych odmian, nad któremi obszernej nieco się zastanowiłem, t. j. zapalenia ziarnistego i zapalenia przerostowego bocznego gardzieli. Jako kardynalną zasadę należy postawić, aby w przypadkach świeżych, którym towarzyszy silne przekrwienie, obrzmienie błony, ból i klucie przy łykaniu, wstrzymać się od użycia wszelkich energiczniejszych przyzegań lapisem *in subst.* Środek ten, nie w porę użyty, wywołuje stanowcze pogorszenie, powiększa ból przy łykaniu i opóźnia wyzdrowienie, w razie powikłania z zapaleniem migdałów, często prowadzi do ropienia (*abscessus peritonsillaris*). W tym okresie zapalenia, środki czyszczące, a w razie wskazania i środek wymiotny, często znakomitą sprowadzają ulgę. U osób pełnokrwistych, przy silnem przekrwieniu błony śluzowej, właściwem i skutecznem jest przystawienie kilku pijawek z obu stron szyi (6 — 8). W pierwszej chwili okłady lodowe i łykanie kawałków lodu znakomitą przynosi ulgę. Zapisując środek wymiotny trzeba unikać emetyku, który w każdej formie silnie drażni błonę śluzową gardzieli, a ograniczyć się do naparu ipeki. Zbyt gorące i ostre potrawy, dłuższa i głośniejsza mowa, napoje wyskokowe, zarówno jak palenie tytoniu stanowczo muszą być zabronione. Przy silnem zasychaniu i uczuciu poraniaenia w gardle, znaczną ulgę przynoszą płukania lekko alkaliczną wodą lub roztworem *natri bromati* (3jj na

1) Krankh. d. Nasenraehenhöle u. des Rachens. Ziemssen's Handbuch. Tom 7.

2) l. c pag. 9.

funt wody). Gdy sprawa łączy się z cierpieniem krtani — właściwe będą częste, przez kilka minut przedłużane inhalacje pary wodnej czystej, lub z dodatkiem salmijaku (5j na funt wody).

Przewlekłe zapalenia gardzieli, którym towarzyszy ciągle zasychanie (forma sucha), wymagają częstych płukań, słabemi roztworami wody słonej letniej, jakoteż użycia wód alkalicznych przez czas dłuższy (Ems, Obersalzbrunn). Od czasu do czasu pobudzić trzeba czynność błony śluzowej za pomocą pędzlowań nalewką jodową, czystą lub na wół zmieszaną z gliceryną. Użycie lapisu w roztworach słabych, zarówno jak pędzlowania taniną, lub siarczanem cynku, okazały się być szkodliwemi. W przypadkach uporczywych dobry rezultat widziałem nieraz z podawania małych ilości jodku potassu lub *syr. ferri jodati*. Te właśnie formy najwięcej wymagają uwzględnienia ogólnego stanu, konstytucyi i dokładnego zbadania, o ile takowe nie są wynikiem pewnych dyskrazj, jako to: grzłicy lub przymiotu. Leczenie miejscowe zwykle stanowiły dotąd: płukania, pędzlowania lub wdychania rozpylonych plynów.

Płukanie, ze względu że nie dochodzi zwykle do bocznych ścian gardzieli i styka się tylko z niewielką powierzchnią błony śluzowej podniebienia i ściany tylnej, nie wiele przynosi pożytku. Pędzlowanie całej powierzchni tylnej ściany przy *pharyngitis granulosa* bardzo niewiele pomaga, gdyż silniejsze roztwory, które wywołują pieczenie i ból, natychmiast po zapędzlowaniu chorej spłukują przez popijanie wodą. Ponieważ błona, pomiędzy guziczkami położona, mało lub wcale nie cierpi, pędzlowanie całej jej powierzchni jest niczem nieusprawiedliwionym terapeutycznym rękoczynem. Tanina w roztworze, zarówno jak płyn M a n d l'a, nawet długi czas używane, małe dawały mi rezultaty, podobnie jak i inhalacje, które chwilową tylko sprowadzały ulgę. Szczególnem a niezasłużonem powodzeniem cieszy się chloran potassu w roztworze (5j : 5vi). Wskazany on jest głównie w obec owrzodzeń, czy to kataralnych, czy dyfterytycznych, jako przyspieszający oczyszczenie i zabliznienie owrzodzeń jako *adstringens*, zarówno jak i słabe roztwory *kali hypermanganici*; działanie jego jest prawie żadne. Jeżeli chodzi o rozpuszczenie i rozmiękczenie zalegających strupów, silniej i lepiej działa słaby roztwór dwuwęglanu sodu lub soli kuchennej.

Jedyną racjonalną terapiją w obec przerosłych torebek jest zniszczenie takowych za pomocą środków żrących, stosownie użytych. Metoda ta wtedy tylko ma racyję bytu, gdy przez dokładne zbadanie przekonamy się, że owe granulacje, czy to na tylnej ścianie, czy z boków gardzieli położone, są przyczyną przykrych dla chorych objawów. Byłoby nierozsądkiem każdy znaleziony w gardzieli guziczek lub fałdkę niszczyć i wypalać, tam gdzie one żadnych nie wywołują dolegliwości. Do wypalenia użyć można albo lapisu *in substantia*, albo kwasu chromnego, który ostrożnie na każdy guziczek z osobna stosować wypada. Przy zapaleniu ziarnistym, bez względu na jego umiejscowienie, przyżegania lapisem *in substantia* zarówno guziczków jak i zgrubień z boku położonych, powtarzane kilkakrotnie, dobre i prędkie daje rezultaty. Lapis najlepiej natopić na srebrny zgłębnik, zagięty pod kątem odpowiednio do potrzeby. Przyżegania powtarzać można wtedy dopiero, gdy strupy powstałe w skutek pierwszego przypalenia odpadły. Ból po każdej kauteryzacyi trwa od godziny do kilku

godzin, czasem i dłużej. Daleko mniej bolesnem jest użycie galwanokauteru, zarówno do wypalania guziczków przy *pharyngitis granulosa*, jako też i walców podłużnych przy *pharyngitis hypertrophica lateralis*. Żegadło przykłada się zimne do odpowiedniego miejsca i rozpała do żywej czerwoności. Ból jest bardzo nieznaczny i ginie z chwilą odjęcia narzędzia. Łagodzi go zupełnie płukanie wodą lodową, kilka godzin przedłużone. Strup odpada po 3—8 dniach, reakcyja po przypaleniu jest mniejsza niż po energicznem użyciu lapisu. Nigdy dotąd nie zdarzyły mi się nieprzyjemne powikłania, jako to: obrzęk zapalny, dłuższy czas trwający, lub głębokie ropienie. Metoda galwanokaustyczna ma, przy leczeniu zarówno zapalenia ziarnistego, jak i przerostowego boczego, zalety tak wybitne, że dziś wyrugowała ona prawie wszelkie inne sposoby leczenia. Wprowadzona przez Michela, poparta poważnem zdaniem Bruns'a, Voltolini'ego i innych znanych na tem polu lekarzy, wywalczyła sobie dziś ogólne uznanie i ważny dla terapii tych cierpień stanowiąc będzie nabytek. Pochwały, które oddaje jej Schmidt, w zupełności na mocy wielu obserwacyj potwierdzić jestem w możności, gdyż dawniejsze leczenie, trwające nieraz miesiące, skraca ona do dni kilku lub kilkunastu.

III. WSPOMNIENIA Z WYCIECZKI DO BERLINA.

Skreślił D-r J. Pawinski.

IV.

Zaznajomiwszy już Was, Szanowni Kolledzy, z wykładami profesorów Westphala, Frerichs'a, Leyden'a i Henoch'a, wypada mi jeszcze wspomnieć o twórcy pneumatoterapii — profesorze Waldenburg'u. Prowadzi on klinikę chorób wewnętrznych, która się także mieści w Charité, a prócz tego miewa dwa razy tygodniowo specjalne wykłady o laryngoskopii, na które my właśnie trafiliśmy. Prof. W. demonstrował kilka przypadków porażenia strun głosowych, pomiędzy którymi znajdował się jeden hysterycznej natury. Prof. W. otrzymuje przy tej ostatniej postaci chorobowej bardzo dobre skutki z zastosowania prądu przerywanego a mianowicie, przykładając bieguny tegoż prądu z obu stron szyi na nerw wsteczny, przyczem każe chorej wydobywać głos lub śpiewać. Taki sam sposób leczenia porażen hysterycznych widziałem także u prof. Störck'a w Wiedniu, z tą tylko różnicą, że prof. S. jeden biegun umieszcza na szyi, a drugi kładzie do wewnątrz krtani i każe chorej wydobywać głos. Obrazy laryngoskopowe porażen natury hysterycznej cechują się swoją zmiennością, raz struny głosowe przyjmują postać eliptyczną, to znowu wydłużonego trójkąta o wąskiej bardzo podstawie. W końcu wspomniał prof. W. o jednym bardzo ciekawym przypadku porażenia mięśnia obrączko-tarczowego (*m. cricothyreoideus anticus*), w którym przez 11 miesięcy napróżno stosował elektryzację, dopiero w końcu uciskanie palcem chrząstki obrączkowej (*cartilago cricoidea*) z prawej strony usunęło bezgłos. W tym też celu dla ciągłego ucisku zastosował W. rodzaj peloty, którą chora zakładała na szyję we wspomnione miejsce i zawsze z jaknajlepszym skutkiem. Do oświetlenia krtani używa prof. W. światła dziennego, a reflektory są przytwierdzone za pomocą pręcików do stolika. Sam reflektor może być poruszany w różne strony, za pomocą odpowiednich śrubek, stosownie do potrzeby.

Ponieważ nie tyle laryngoskopia, ile raczej chęć przyjrzenia się nowemu przyrządowi do mierzenia tętna skierowała mię do kliniki prof. Waldenburg'a, pozwólcie więc, że się tutaj zatrzymam na tym tak zwanym zegarze do mierzenia tętna (*Pulsuhr*), który dzięki grzeczności i uprzejmości profesora W. miałem sposobność obejrzeć.

Część najważniejsza przyrządu, t. j. mechanizm zegarowy, umieszczony jest na dwóch pionowych prętach, po których za pomocą śrubek odpowiednich może się ku górze lub ku dołowi posuwać. Do dolnej części przyrządu zegarowego, zatem pomiędzy owemi dwoma podłużnemi prętami, dotyka mniejszy pręcik metalowy, zakończony u dołu pelotą, którą się przykłada na tętnicę szprychową. Do górnego zaś końca dopiero co wspomnianego pręcika, przytwierdzony jest drążek o dwóch nierównych ramionach. Ramię krótsze drążka łączy się z przyrządem sprężynowym, mogącym się posuwać ku górze lub ku dołowi, stosownie do podnoszenia lub opuszczania się peloty, uciskającej tętnicę promieniową. Przyrząd sprężynowy łączy się znowu z systemem kół zębatach w ten sposób, że strzałka, przytwierdzona do osi ostatniego koła zębatego, opisuje na tarczy drogę 100 razy większą aniżeli pelota. Na tarczy znajduje się okrąg koła podzielony na 300 równych części = 300 milim., zatem cały obrót strzałki odpowiada 3.00 milim. drogi peloty. Jeśli np. strzałka dojdzie do punktu 165, to odpowiednia droga peloty będzie 1.65 milim. W przyrządzie sprężynowym znajduje się sprężyna tak urządzona, że skoro strzałka przesunie się do punktu 100 milim. przy nieruchomej pelocie, to sprężyna wyciągnie się o tyle, że siła jakaby do tego była potrzebna = 100 grammów. W ogólności strzałka ta (mniejsza) służy do mierzenia ciśnienia w tętnicy.

Oprócz dopiero co wspomnianej mniejszej wskazówki, jest i większa, poruszająca się na skutek wahań dłuższego ramienia wspomnianego drąga. Wskazówka ta służy do oznaczenia wielkości średnicy napełnionej tętnicy (*Durchmesser der gefüllten Arterie*), postaci i wielkości tętna. Ponieważ jednak poruszanie się tej wskazówki nie jest wprost proporcjonalne do poruszania się peloty, gdyż wahań dłuższego ramienia drążka przenoszą się na koło zębate i ztąd na wskazówkę nie wprost, lecz pośrednio za pomocą cienkiego łańcuszka stalowego, ztąd też pojedyncze podziały nie są do siebie proporcjonalne, a skala ma więcej podobieństwa do węzownicy, aniżeli do okręgu koła. Skala ta musiała być oznaczoną empirycznie. Nie mając zamiaru wchodzić w bliższe szczegóły przyrządu i odsyłając zajmujących się tą kwestyją Czytelników do dzieła prof. Waldenburg'a: „*Die Messung des Pulses und des Blutdruckes am Menschen*“, wspomnę tylko, że prof. W. za pomocą swego angijometru dokonał szeregu doświadczeń nad napełnieniem tętnic, wielkością i siłą tętna, naprężeniem tętnic (*Arterien-spannung*) i ciśnieniem krwi. Prof. W. wróży świetną przyszłość swemu przyrządowi właśnie z tego powodu, iż tenże pozwala mierzyć ciśnienie krwi u człowieka, czego dotychczas nie można dotychczasowymi narzędziami sfygmograficznymi. Czy jednakże i w rękach innych badaczy „*Pulsuhr*“ okaże się również pożytecznym—przyszłość pokaże. Ze swej strony pozwolę sobie tylko nadmienić, że przyrząd ten jest bardzo skomplikowany i wymaga bardzo sumiennego wykończenia mechanicznego, gdyż najmniejsza niedokładność, np. sprężyn, wpłynąć może nadzwyczaj na otrzymywanie różnych rezultatów, a przytem wysoka cena 400 marek (200 rs.) nie jest przystępną. Mechanik Windler, który w myśl Waldenburg'a kilka takich zegarów zbudował, niechętnie nawet zamówienia przyjmuje, zwłaszcza takie, które wymagają wysłania przyrządu na dalszą przetrzeń, bo w drodze przyrząd bardzo łatwo popsuć się może.

Czas bardzo ograniczony, jakim rozporządzać mogłem, nie pozwolił mi uczęszczać systematycznie na wykłady innych profesorów, cieszących się równym rozgłosem, jak wyżej wspomniani; ograniczyć się więc tylko muszę do pobieżnej wzmianki. Twórcą patologii cellularnej, niezmierzonej pracy prof. Virchow, w

nietylko w parlamencie, ale i na wykładach w instytucie anatomo-patologicznym bardzo ładnie i praktycznie urządzone, mieszczącym się na jednym terytorjum z Charité, ściągają zawsze jeszcze setki słuchaczy. Sala do wykładów bardzo obszerna, a pracownie, zbiory różnych preparatów mikro- i makroskopowych wprowadzają każdego w zdumienie.

Anatomiję opisową i histologiję wyklada prof. Reichert. Fizyologiję reprezentuje tu głośny prof. Du Bois Reymond, którego wykłady odbywają się w instytucie fizyologicznym — gmachu dwupiętrowym, położonym przy *Dorotenstrasse*. Jest to gmach wspaniały, urządzone z wielkim komfortem, w nim to mieszczą się pracownie fizyologiczne, urządzone we wszelkie wymagania nowoczesnych nauk doświadczalnych. Tuż obok instytutu fizyologicznego znajduje się instytut fizyczny, takich-że samych rozmiarów, pod kierunkiem sławnego prof. Helmholtz'a. Czy jednakże wspaniałe te przybytki wydadzą tylu sławnych ludzi, co skromne niegdyś niemieckie pracownie — przyszłość okaże.

I chirurgija zajmuje w szkole berlińskiej wcale pokaźne miejsce, posiadając takich nestorów jak Langenbeck'a i Bardeleben'a. Kto się chirurgii wyłącznie poświęca, ten wielkie odnieść może korzyści, uczęszczając na klinikę i poliklinikę prof. Langenbeck'a, które się mieszczą w oddzielnym starym budynku przy *Ziegelstrasse*. Pomieszczenie dla chorych szczupłe, zwłaszcza dla chorych biedniejszych, którzy są zmuszeni lokować się na poddaszach, ma być wkrótce zamienione na inne obszerniejsze, i w tym właśnie celu wykończają już trzy pawilony parterowe, według najnowszych wymagań higieny. Prof. Langenbeck prowadzi klinikę w godzinach rannych, a od 2 po południu prof. Kronlein udziela porady chorym przychodzącym, jak również robi mniejsze operacje. Ambulatoryjum to bardzo licznie odwiedzane, jest dla praktycznego chirurga bardzo pouczające. Klinika chorób kobiecych, zostająca pod kierunkiem prof. Schroeder'a, jest jak na milionowy Berlin bardzo skromna, liczy zaledwie 40 łóżek i nie przedstawia nic szczególnego. Klinika położnicza mieści się w oddzielnym budynku, wchodzącym w skład Charité, i jest pod zarządem prof. Gussero'w'a.

V.

A teraz na zakończenie przydługich już może moich wspomnień, pozwólcie mi, na zasadzie tego com widział na klinikach i słyszał na wykładach w Berlinie, wypowiedzieć w krótkich słowach kilka uwag i objaśnień, dotyczących się tak strony naukowej wydziału lekarskiego, jak również strony czysto praktycznej kwestyi życia i utrzymania w Berlinie. Ponieważ zaś Berlin i Wiedeń stanowią dwa główne najbliższe ogniska naukowe, do których się nasi medycy skupiają, zdaje mi się więc, że nie będzie od rzeczy, skoro znając jeden i drugi, porównawczo rzecz przedstawię, kładąc nacisk na to, czego w jednym, a czego w drugim ognisku szukać należy. Otóż, co się tyczy strony naukowej, to w ogóle powiedzieć muszę, że Berlin zrobił na mnie bardzo przyjemne wrażenie; nauka traktowana tu jest bardzo poważnie, a profesorowie nie szczędzą ani czasu, ani sił swoich, aby godnie i sumiennie odpowiedzieć swojemu wysokiemu powołaniu. Wykłady są tu po większej części semestralne, t. j. trwające przez całe półrocze naukowe, kursów zaś specjalnych 6—8 tygodniowych, podobnie jak to ma miejsce w Wiedniu, spotyka się o wiele mniej; wprawdzie, zawiązało się tu kółko docentów i profesorów, które miało pod koniec wakacyj letnich, we Wrześniu, urządzić specjalne kursa, na wzór wiedeńskich, dla lekarzy przyjezdnych, czy jednak zamiar ten przeszedł w urzeczywistnienie, na pewno powiedzieć nie umiem. Z powodu więc braku podobnych specjalnych kursów, każdy kto się na studia do Berlina wybiera, powinien więcej czasu mieć do rozporządzenia, najmniej około

6 miesięcy, aniżeli jadący do Wiednia. Wspomniane wyżej kursa 6—8-tygodniowe, t. j. odczyty z najrozmaitszych specjalności medycyny, prowadzone po większej części przez docentów i profesorów nadwyzuczajnych i powtarzane 2—3 razy podczas półroczna, przyciągają do Wiednia całe zastępy lekarzy, zwłaszcza z Ameryki. Kursa takie, za które płacić wypada 15, 20 do 30 guldenów, są dla przyjezdnych lekarzy, chcących zaznajomić się w krótkim przeciągu czasu z tą lub ową gałęzią medycyny, bardzo dogodnie i po większej części bardzo korzystne. Wspomnę tu, np. o kursie oftalmoskopii, laryngoskopii, mechanicznem leczeniu chorób żołądka, akuszeryi operacyjnej i t. d., a ponieważ wszystkie są płatne, zatem każdy może śmiało zapytywać o rzeczy wątpliwe i prosić o wyjaśnienia wykładającego. Większa część kursa te prowadzi sumiennie, szczerze zajmuje się swymi słuchaczami, zdarzają się jednakże i tacy, co tylko w pierwszych dniach, po zebraniu przynależnych za kurs guldenów, są gorliwymi w nauczaniu, a później zbywają czemkolwiek i powierzchownie przedmiot traktują. Ztąd to pochodzi zarzut, jaki niejednokrotnie słyszałem od tych, co bliżej Wiednia nie znają, jakoby nauka tamże traktowaną była po dyletancku. Powtarzam, są to rzeczy wyjątkowe, któreby się może i w Berlinie przytrafiły. skoroby podobne kursa weszły w użycie, a do których, zdaje mi się, przyczyniają się niemało sami słuchacze. Mam tu na myśli medyków, przybywających do Wiednia z za Oceanu w znacznej bardzo ilości, którzy przywożą z sobą bardzo ograniczone wiadomości, ludzi bez gruntownej, systematycznej, naukowej podstawy, którzy przesłuchawszy kursu teoretycznej anatomii i fizjologii, przybywają do Wiednia w pseudo godności doktora studyjującego tę lub ową specjalność. Oczywiście, że podobni doktorzy dyskredytują opinię innych lekarzy cudzoziemców z naszej półkuli, przyjeżdżających do Wiednia z zapasem własnych spostrzeżeń i poglądów.

Co się jednak tyczy uszanowania godności koleżeńskiej między lekarzami, a zwłaszcza w obec samego chorego, to lekarze i profesorowie berlińscy okazują w postępowaniu daleko więcej taktu, aniżeli wiedeńscy. Nie słyzy się np. w poliklinikach uniwersyteckich lekceważących słów o receptach, przepisanych przez innych lekarzy i przedstawianych przez chorych profesorowi lub asystentowi, jak to nieraz w Wiedniu na klinice np. prof. H e b r y, K a p o s i e g o, lub innych zdarzało się słyseć.

Co do materiału naukowego, to Wiedeń ma jednakże pierwszeństwo nad Berlinem, ponieważ wszakże napływ cudzoziemców jest bez porównania mniejszy, zatem więcej nastęrcza się sposobności do obserwacyi chorych w klinice i do zbliżenia się do samego profesora.

A co się tyczy wyboru miejsca ze względu na tę lub ową gałąź medycyny, jaką wyjeżdżający za granicę studyjować zamysła, to jakkolwiek Berlin i Wiedeń mniej więcej jednakowe przedstawiają korzyści, tak dla terapii jak i dla chirurgii, to jednakże sądziłbym, że dla pierwszego Berlin, a dla drugiego Wiedeń będzie właściwszy.

Co się tyczy neuropatologii, to dla systematycznych studyjów odpowiedniejszym będzie Berlin, tembardziej, że oprócz kilku docentów godnie reprezentujących ten dział medycyny, na klinice prof. L e y d e n'a spotkać można dużo przypadków nerwowych, o sumiennie prowadzonym oddziale chorób nerwowych prof. W e s t p h a l'a wspomnieliśmy poprzednio, gdzie właśnie można się przypatrzeć rozmaitym sposobom badania przypadków nerwowych — sposobom, których się z książki nauczyć niepodobna. Po przebyciu dopiero kliniki W e s t p h a l'a można nie mało osiągnąć korzyści i znaleźć dużo materiału na poliklinice u prof. B e n e d i k t'a w Wiedniu, ale trzeba przyjechać do Wiednia już z własną krytyką i własnem doświadczeniem.

Kto zamysła kształcić się w położnictwie, chorobach kobiet, chorobach skórnych, syfilitycznych, ocznych, ten bezwarunkowo daleko więcej znajdzie materiału w Wiedniu, aniżeli w Berlinie, i do pierwszego stanowczo wyjechać po-

winien. To samo da się powiedzieć o laryngoskopii, odwrotnie znowu rzecz się ma z fizjologią i anatomią patologiczną.

A teraz co do wydatków, do jakich na Wiedeń, a do jakich na Berlin przygotowanym być trzeba, to w ogóle utrzymanie w Berlinie jest o wiele tańsze, aniżeli w Wiedniu; miesięcznie nie powinno przenosić 120 marek (60 rs), licząc w to mieszkanie i stół, zatem przecięciowo około 4 marek dziennie, w Wiedniu zaś takie same średnie utrzymanie wypadnie około 100 guldenów (87 rs), a z kur-sami oczywiście kilkadziesiąt guldenów więcej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

63. Zander. Przyczynę do etjologii i leczenia krzywicy.

Zur Lehre von der Aetiologie, Pathogenie und Therapie der Rachitis.

Virchow's Archiv. Bd. 83. Hft. 2.)

D-r Z a n d e r na zasadzie rozbiórów chemicznych mleka kilku kobiet, oraz mleka kóz i sztucznych pokarmów dla dzieci, przyczem odpowiednich ssawców ściśle obserwował, dochodzi do przekonania, że ilościowy stosunek potassu, sodu, kwasu fosforowego i chloru nie jest stałym w każdym mleku. Zgodnie z Bunge'm twierdzi, że normalny stosunek między sodem i potassem wynosić powinien $1:2\frac{1}{2}$, a między chlorem a kwasem fosforowym $1:1$ lub $1:2$. W tych przypadkach, w których rozbiór chemiczny wykazał w mleku taki normalny stosunek, dziecko nie przedstawiało żadnych objawów krzywicy. Tam, gdzie stosunek ten był zmieniony, wszystkie dzieci chorowały na krzywicę. W nienormalnym zatem wzajemnym stosunku, wyżej wymienionych substancyj, widzi Z a n d e r podstawową przyczynę krzywicy. W skutek przewagi soli potassowych i kwasu fosforowego, zostają beżużytecznie wydalone z organizmu sole sodu i chlor. Dowodzą tego jasno rozbiory moczu, przez Seeman'a dokonane (*Virchow's Archiv 1879. Bd. 77*).

Ma się rozumieć, że przy takim stanie rzeczy, niemożliwym jest wytwarzanie się w żołądku wolnego kwasu solnego, w takiej ilości, jakiej potrzeba koniecznie do rozpuszczenia ciał białkowatych, przez ferment wątrobowy otrzymanych, oraz do rozpuszczenia soli wapiennych. Te ostatnie więc nie mogą być dostarczonymi kościom w należytej ilości, a więc i kostnienie podupaść musi. Z drugiej strony niedostateczne tworzenie się wolnego kwasu solnego w żołądku pociąga za sobą upośledzenie trawienia i działalności żołądka, ztąd pochodzi stałe występowanie tych ostatnich objawów u dzieci krzywicowatych. Takie zmiany w chemizmie trawienia trwają bardzo długo, zanim objawy wyraźnej krzywicy zdążą zwrócić na siebie naszą uwagę.

W obec takiego pojęcia istoty krzywicy, bardzo jasnymi stają się wskazania lecznicze: należy zmieść wadliwy stosunek ilościowy zawartych w pokarmie soli i doprowadzić go do tego, żeby stosunek między sodem a potassem wynosił $1:2$, a między chlorem i kwasem fosforowym $1:1$, najwyżej zaś $1:2$. Naturalnie zwrócić musimy uwagę i na to, żeby ilość soli, zawarta w mleku, nie była zbyt wielką. Jeżeli matka karmi sama, to musimy zalecić jej używanie w większej ilości pokarmów zwierzęcych. Wszelkie zupki mączne zupełnie zarzucić należy. Jedynym surrogatem mleka kobiety, może być tylko mleko krowy, pamiętać jednak należy, że: 1) podług Koenig'a, mleko krowy zawiera o połowę więcej istot azotowych niż mleko kobiety; 2) że sernik mleka krowiego jakościowo różni się od sernika w pokarmie matki zawartego i że jest trudniej strawnym (*Maly-Herman's*

Handbuch der Physiologie. Bd. 5. Th. 1.); 3) że podług Z a n d e r'a mleko krowie zawiera daleko więcej tłuszczu; 4) daleko mniej cukru; 5) dwa razy więcej składników mineralnych; 6) że podług Z a n d e r'a w mleku krowiem znajdujemy przeszło o połowę więcej potassu, niż w kobiecem, gdy tymczasem ilość sodu jest w obu jednakową; 7) że tak samo kwasu fosfornego jest więcej przy jednakowej ilości chloru.

Odpowiednie rozcieńczenie mleka krowiego wodą reguluje zawartość białka i tłuszczu; dodanie cukru mlecznego zapobiega jego brakowi, dodanie odpowiedniej ilości soli kuchennej zwiększa ilość sodu i chloru, a tem samem doprowadza stosunek sodu do potassu, a chloru do kwasu fosfornego do żądanej normy. Odpowiednio do wieku dziecka, dodać więc należy na jeden litr mleka krowiego: od $\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{6}$ wody, 10 grammów cukru mlecznego, oraz $\frac{1}{2}$ do 1 gramma soli kuchennej. Z dodaniem tej ostatniej należy być ostrożnym, gdyż doświadczenia M a l y e g o, stwierdzone przez W o l b e r g'a dowodzą, że nawet małe jej ilości mogą tamować trawienie. Mięszanina P a u l k e z Lipska, mająca służyć do poprawienia mleka krowiego, niewiadomo poco zawiera fosforany, skoro w mleku krowiem i tak za dużo ich znajdujemy. Dalej radzi autor w leczeniu krzywicy zarzucić procedurę szablonową, a natomiast postępowanie swe kierować chemicznymi rozbiorami pokarmów, dostarczanych dziecku. Podaje też odpowiednie metody analizy, których opisanie przechodzi już po za ciasne ramy niniejszego sprawozdania.

R. Jasiński.

64. E. Adamiuk. Chinina przy jaskrze (*glaucoma*). Idąc za radą H. C o h n'a, który zaleca użycie chininy w *stadium prodromorum* jaskry, D-r A. ze swej strony radzi przepisywanie tego środka, skoro chory zaczyna się uskarżać na objawy, poprzedzające rozwijanie się glaukomatu (chwilowe zamglenie wzroku, peryjodyczne bóle gałek i okolie nadoczdolowych, wymioty i t. p.). Opowiada o pewnej damie, która codziennymi dawkami chininy (6 gr. *pro dosi*) w ciągu dwóch lat utrzymała swój wzrok. Razu jednego, będąc przy położnicy, nie miała ona czasu zażyć tego leku i na drugi dzień utraciła wzrok, przy ostrych objawach jaskry, który został przywrócony po irydektomii. D-r C o h n zachwala użycie chininy nie tylko w *stadium prodromorum* jaskry, lecz i przy niektórych formach zapalenia tęczy (1 gramm w ciągu dwóch dni). Chinina ma zmniejszać ciśnienia wewnątrzgałkowe.

(*Centralblatt f. Augenh. Aug. 1880.*)

D-r J. Talko.

65. Dr. de Sinéty. Zachowanie się błony śluzowej macicy p odczas regularności. Na posiedzeniu Towarzystwa Bijologicznego w Paryżu d. 5 Marea r. b. Dr. de Sinéty komunikował o poszukiwaniach swoich nad stanem błony śluzowej macicy podczas regularności. W kwestyi bowiem: czy podczas każdego miesiączkowania błona śluzowa zostaje wydaloną w całości lub częściowo—lub czy pozostaje nienaruszoną? dotychczas panują rozmaite poglądy. Najpowszechniej przyjmują, że tylko powierzchowne warstwy błony śluzowej ciała macicy zostają wydalone i ten pogląd wypowiedział Dr. de Sinéty w swym podręczniku chorób kobiecych, wydanym w r. 1879. Od tego jednak czasu badał on w krótkim czasie po śmierci macicy kobiet, zmarłych podczas miesiączkowania i zadziwił się znalazłszy nabłonek zupełnie nienaruszony na całej powierzchni błony śluzowej, która jednak pomimo to przedstawiała wszystkie cechy, ogólnie znane, okresu miesiączkowania. Z tego faktu wyprowadził wniosek, że w tych przypadkach, w których tak on, jak i inni badacze stwierdzili brak pewnych części błony śluzowej, brak ten odnieść należało do zmian pośmiertnych.

Wychodząc z zasady: że jeżeli błona śluzowa wydała się, to części jej składowe winny się znajdować w wydzielinie miesiączkowej, Dr. de Sinéty zbierał za pomocą aspiratora Sims'a, u kobiet nie przedstawiających żadnych zaburzeń w organach płciowych, płyny zawarte w jamie macicy w rozmaitych okresach miesiączkowania. Płyny te traktował alkoholem (2:1 wody), który rozpuszcza w znacznej części ciała czerwone, a zachowuje inne elementy anatomiczne. Badając pozostałości, S. nigdy nie znalazł płatków błony śluzowej, ani komórek nabłonka migawkowego, któreby zachowały swą postać. Zauważył wprawdzie twory podobne do błon, które mikroskopijnie

podobne były do płatków błony śluzowej, ale twory te składały się z dużych komórek nabłonka płaskiego, pokrywającego zewnętrzną część szyki macicznej i z białych ciałek krwi. Obecność tych ostatnich, często połączonych w rodzaj płytków, stanowi cechę charakterystyczną dla krwi miesięczkowej, a nie obecność komórek nabłonka migawkowego, jak to mylnie utrzymywano.

Z poszukiwań tych wypada więc, że błona śluzowa macicy u kobiety, w stanie normalnym, nie wydala się ani całkowicie ani częściowo podczas regularności. Fakta te są ważne nie tylko dla fizjologii, ale i dla patogenii miesięczki błoniastej (*dysmenorrhoea membranacea*), która ma stanowić przedmiot jednego z przyszłych odczytów Dra de Sinéty.

(Gazette hebdomadaire 1881 Nr. 11).

Dr. St. Kondratowicz.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

† W dniu 29 Marca r. b. w Janowie Zamojskim zakończył życie Karol Sosnowski, lekarz szpitala w Zamościu, przeżywszy lat 36. Zmarły urodził się w Lublinie, tamże uczęszczał do gimnazjum; w r. 1871 wstąpił na wydział lekarski w Warszawie, a po otrzymaniu dyplomu lekarskiego w r. 1876 osiadł w Zamościu, w początkach już 1877 r. powołany został do służby wojskowej odbył całą kampanię wschodnią, będąc nieraz narażonym na niebezpieczeństwo utraty życia, szczególnie w czasie oblężenia Plewny.

Po ukończeniu kampanii, osiadł znowu w Zamościu, jako lekarz tamtejszego szpitala. W początku r. b. gdy epidemia tyfusu wysypkowego szybko się szerzyć poczęła w Janowie, zabierając liczne ofiary, ś. p. Sosnowski, z rozporządzenia miejscowej władzy lekarskiej, udał się do Janowa dla niesienia pomocy chorym. Po krótkim jednak tam pobyciu sam padł ofiarą tej choroby. Cześć jego pamięci!

— Doktór Tarnowska, poświęcająca się praktyce psychiatrycznej wybraną została na członka Towarzystwa psychiatrów w Petersburgu.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Zadanie konkursowe. Amerykańskie Towarzystwo Neurologiczne w New-Yorku przeznaczyło nagrodę pod imieniem „nagrody William A. Hammond’a” w summie 500 dolarów za pracę na temat: Czynność fizjologiczna w zórkawzrokowego (*thalamus opticus*) u człowieka.

Do ubiegania się przypuszczeni są lekarze wszelkich narodowości. Praca ma być opartą na samodzielnych przez autora dokonanych doświadczeniach na zwierzętach i spostrzeżeniach u ludzi. Napisaną być może w językach: angielskim, francuskim lub niemieckim. Termin nadsyłania prac kończy się z dniem 1 Kwietnia 1882 r. Prace z zachowaniem zwykłych warunków konkursowych mają być nadesłane pod adresem: sekretarza komitetu konkursowego Dr. E. C. Seguin, 41 West 20 street New-York City.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

Dr. Pollak. Source de Hall en Haute-Autriche. Vienne, 1881.

OGŁOSZENIA

Dr. Zdzisław Nieszkowski

podczas sezonu letniego będzie ordynował **W SZCZAWNICY**
a podczas jesienno **W MERANIE**.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 9 Апрелья 1881 г. Друк К. Ковалевського. Крѳлевска Nr. 23.