

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH DRA E. FLATAUA W SZPITALU
STAROZAKONNYCH NA CZYSTEM.

Z kazuistyki choroby Tay-Sachs'a (IDIOTISMUS FAMILIARIS AMAUROTICUS)

Podał

Władysław Sterling.

— + — + —

W r. 1881 lekarz angielski WAREN-TAY zwrócił uwagę na dość rzadkie cierpienie, występujące rodzinnie i cechujące się, obok niezmiernie charakterystycznych zmian na dnie oka: postępującem ośłupieniem umysłowem, niemożnością trzymania głowy prosto, zanikami mięśniowymi oraz charłactwem, prowadzącem w 2—3-im roku życia do śmierci. W okolicy plamki żółtej stwierdził TAY symetrycznie i obustronnie rozlaną, mniej więcej okrągłą plamkę białą, w środku zaś tej plamki okrągły brunatno-czerwony punkt, który wyraźnie odcinał się od białego pola. Obraz podobny był do tego, jaki widzimy przy *embolia arteriae centralis retinae*.

W 3 lata potem opisał TAY w tej samej rodzinie trzy podobne przypadki z anatomicznymi zmianami na dnie oka. W roku 1887 lekarz new-yorski SACHS, niezależnie od prac TAY'a opisał podobny przypadek. następnie zaś ukazał się cały szereg prac, potwierdzających spostrzeżenie TAY'a i SACHS'a (1881—1898: MAYMES, GOLDZIEHER, WORDSWORTH, KNAPP, HIRSCHBERG, RINGDON, KINGDON-RUSSEL, HIGIER ¹⁾ ROLLAIT, HEIMAN, KOPLIK, STRUWE). Ostatnie lata przyniosły bardzo liczne przyczynki obserwacyjne — tak, że dzisiaj liczba ogłoszonych przypadków urosła do siedmdziesięciu kilku, w których liczbie spotykamy 9 wraz z pośmiertnem badaniem mikroskopowem układu nerwowego.

¹⁾ HIGIER, przyjmując pod uwagę rozwijające się przy cierpieniu tem porażenia mięśniowe, proponuje dla niego nazwę: *Idiotismus familiaris amauroticus paralyticus*.

Przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w roku bieżącym przedstawia się w sposób następujący:

El. Cyrk. miesięcy 11. Matka opowiada, że począwszy od 6 miesiąca życia dziecko przestało się rozwijać. Wtedy przestało ono trzymać główkę prosto: zaczęła ona opadać ku tyłowi lub na jedno z ramion. Do 6-go miesiąca życia dziecko było zupełnie żwawe, nie poznawało jednak otoczenia, lecz często śmiało się, kiedy się do niego zwracano, bawiło się rączkami i nóżkami i było tak ruchliwe, że pozostawione same sobie mogło upaść z łóżka lub z kanapy.

Zatrzymanie się w fizycznym i umysłowym rozwoju dziecka nastąpiło nie odrazu, lecz stopniowo, matka zaś wiąże ten stan z dwukrotnym upadnięciem dziecka z łóżka na główkę (przyczem dziecko świadomości nie straciło, wymiotów, ani krwotoków nie było). 5 miesięcy temu dziecko dostało kaszlu, który trwa dotychczas.

Matka sama zauważyła ogromną różnicę z rozmiarach główki, która, począwszy od 5-go miesiąca, zaczęła rosnąć powoli. Od 6-go miesiąca życia chłopczyk zaczął chudnąć tak, że według słów matki z każdym dniem wygląda gorzej. Od 7-go miesiąca nastąpiły zaburzenia dotychczas spokojnego snu podczas nocy tak, że obecnie niema nocy, którąby dziecko prześpało spokojnie.

Począwszy od 2-go miesiąca, dziecko podtrzymywane, trzymało się prosto, nie zarzucając główki do tyłu. Matka sama podkreśla ogromną różnicę w usposobieniu dziecka: przedtem było ono żywe i wesołe, obecnie jest płaczące i apatyczne, dawniej, położone na łóżku lub na kanapie, próbowało podnieść się i zmienić pozycję, teraz leży nieruchomo i apatycznie. Co się tyczy wzroku, to matka twierdzi stanowczo, że dziecko wogóle nigdy nie widziało, otoczenia nigdy nie poznawało, do przedmiotów i podobnych zabawek nie przyzwyczajało się; według słów matki, odróżniało tylko jasne światło. Co się tyczy słuchu, to, według opowiadań matki, od pierwszych dni życia istniała silna wrażliwość dziecka na wszelkie pobudzenia słuchowe nawet najmniejszego natężenia: przy najłżejszym szmerze, kaszlu, rozmowie w pobliżu, dziecko wzdrygało się; dawniej ten sam efekt wywoływał nawet śpiew matki, lecz później dziecko przywykło do tego. Taka sama chorobliwa wrażliwość istnieje i w stosunku do wrażeń czuciowych: przy najłżejszym dotknięciu, dziecko reaguje wzdrygnięciem się i płaczem. Smak, zdaje się był zachowany; dziecko daleko chętniej przyjmowało pokarmy słodkie, aniżeli jakiegokolwiek inne. Co do powonienia, matka nie może dać żadnych wyjaśnień.

Wymiotów i drgawek dziecko nigdy nie miało, żadnej choroby gorączkowej nigdy nie przechodziło. Przy urodzeniu się wysypki na ciele, ani na piętach nie miało.

Ojciec ma lat 30, matka 23, pomiędzy nimi niema pokrewieństwa. Mąż cierpi na anemię, jeden z kuzynów jego jest umysłowo chory. Matka zdrowa, w rodzinie jej niema usposobienia do chorób nerwowych, ani umysłowych. *Lues negatur.* Matka rodziła po raz pierwszy 3 lata temu, poród był normalny.

Dziecko niniejsze także urodziło się przy normalnym porodzie bez pomocy operacyjnej. Pierwsze dziecko ma obecnie lat $2\frac{1}{2}$; jest to dziewczynka, dotychczas zupełnie zdrowa, rozwijała się normalnie, krzywicę przechodziła w 1-m roku życia, chodzić zaczęła w 17-ym miesiącu.

Chory nasz pierwsze dwa zębki dostał w 5-ym miesiącu (w dolnej szczęce), obecnie zaczynają mu się wyrzynać 2 boczne zęby, które rosną jednak nie w pośrodku dziąsła, lecz z boku.



Rys. I.

Dziecko ciągle kaszle, cierpi także na przewlekły nieżyt dróg nosowych.
St. praesens.

Sfera ruchowa. Dziecko siedzi na kolanach matki dość nieruchomo, nie starając się zmienić raz przyjętej pozycji. Ruchów nóżkami nie dokonywa zupełnie z wyjątkiem stałego zginania dorsalnego obu paluchów, także chory ma stały objaw BABIŃSKIEGO. Dziecko wykonywa ciągle najrozmaitsze stałe ruchy rączkami, co dotyczy głównie przedramienia i dłoni: to zgina rączki w stawach łokciowych, to rozgina je, to zgina wszystkie palce lub niektóre z nich, to ścisną całą dłoń w kulak, to przebiera palcami po koszulce, to wyciąga całą kończynę ku przodowi, jak gdyby chcąc oprzeć się na czemś. Wszystkie te ruchy mają charakter automatyczny, niema w nich nic celowego.

W pozycji stojącej i leżącej trzyma dziecko główkę zawsze zarzuconą ku tyłowi, czasem zmienia dowolnie to położenie główki, opierając ją wtedy na jedno z ramion, przyczem daleko częściej na lewe niż na prawe ramię. Prosto utrzymać główki chory nie jest w stanie. Czasem wykonywa on także rotacyjne ruchy główką — także częściej w kierunku lewej niż prawej strony; czyni to takie wrażenie, jak gdyby dziecko oglądało się za przedmiotem, znajdującym się z boku od niego.

Wyraz twarzy jest dość nieruchomy, lecz niektóre ruchy mięśni twarzy cechują się pewną stałością, dziecko np. często podnosi powieki, jak to czynią ludzie, pragnąc przyjrzeć się przedmiotowi, położonemu nad nimi; często także przyryka oczy, jakby do snu, przyczem nigdy nie domyka powiek zupełnie, tak, że pozostaje odkrytą pewna przestrzeń rogówki.

Gałki oczne cechują się wogóle dość znaczną ruchliwością, najczęściej chory podnosi je ku górze lub zwraca na zewnątrz tak, że podłużne osi gałek dywergują.

W stanie spokojnym mimika mięśni twarzy jest bardzo ograniczona, muskulatura czoła wogóle jest nieruchoma, stałe są tylko ruchy w mięśniach unerwianych przez dolną gałązkę nerwu twarzowego, które składają się na czynność, przypominającą akt ssania. Ruchy te wykonywa dziecko najczęściej powoli — odpowiednio do tempa fizjologicznej czynności ssania; czasem jednak wykonywa je bardzo szybko, rytmicznie i wtenczas przyjmują one charakter wyraźnie automatyczny. Jeżeli sztucznie otworzyć dziecku usta, widać wtedy, że udział w tych ruchach przyjmuje także i język, który się tylko rytmicznie podnosi i opuszcza.

Opisane ruchy ssące potęgują się, jeżeli dziecku wprowadzić do ust palec lub jakikolwiek przedmiot, lecz chory prędko orientuje się co do swego błędu i uspokaja się. Zauważyć należy, że w ruchach tych daleko większy udział przyjmuje warga dolna aniżeli górna, która rozwinięta jest w stopniu daleko większym i w postaci trąbki zwiesza się nad wargą dolną, zakrywając więcej niż połowę jej.

Położone na łóżku — dziecko leży dość spokojnie, unosząc tylko czasem galki oczne ku górze, jak gdyby szukając źródła światła. Często dziecko wzdryga się bez żadnej widocznej przyczyny, jakby w silnym przestachu i wtedy twarz jego przyjmuje w wysokim stopniu niespokojny wyraz. Takie napady wzdrygania się są wyrażone daleko silniej, jeżeli wywołać je sztucznie zapomocą nagłego ukłucia, a zwłaszcza zapomocą wywołania w pobliżu chorego jakiegoś głośnego dźwięku. [D. n].

O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

Napisał

Dr med. Jan Pruszyński, Ordynator szpitala św. Rocha.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 22].

DO ŚWIADCZENIE IV.

Kot, wagi 4210 gr. słabo kuraryzowany, Tracheotomia. Sztuczne oddychanie. *Carotis dex.* połączona z kymografionem. Adrenalinę [1 ctm, sześć. = 0,2 mgr.], potem atropinę i znów adrenalinę wprowadzano do żyły szyjowej zewnętrznej lewej. Nerwy błędne po przecięciu drażniono. Duszenie.

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie	
			max.	min.
1.	0 ⁴ / ₁ "	—		
	5"	21	142	140
	10"	21	148	142
	15"	23	190	148
	20"	21	202	184
	25"	21	184	166
	30"	20	181	166
	35"	21	181	174
	40"	22	200	174
	45"	18	200	176
	50"	19	176	142
	55"	21	150	142
	1 ⁰ / ₁ "	20	160	150
	5"	21	160	152
	10"	20	152	150
	15"	21	150	148
20"	20	162	148	
2. [1]	1 ²³ / ₁ "—1 ²⁹ / ₁ " zastrzyknięto 0,2 mgr. adrenaliny.			
	1 ²⁵ / ₁ "	21 ¹ / ₂	204	202
	30"	22	200	164
	35"	19	228	172
	Ze 164 podnosi się do 228' po 4" spada na 172 chwilowo i podnosi się do 222.			
	40"	13	262	190
	Szybkie zmiany w ciśnieniu 222' 190' 262' 242.			
	[Wybitne zahamowanie]			
	45"	20	263	242
	[Najniższe ciśnienie odpowiada chwilowemu zahamowaniu, najwyższe dokładnie określić się nie da, gdyż piórko podnosi się ponad papier].			
	50"	21	264	241
	55"	23	260	251
2 ⁰ / ₁ "	22	260	248	
2 ⁵ / ₁ "	22	252	248	

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie		
			max.	min.	
	2 ¹⁰ / ₁ "	22	250	248	
	15"	19	250	216	
	[Chwilowe zwolnienia]				
	20"	22	243	240	
	25"	22	240	220	
	30"	23	234	232	
	35"	23	234	217	
	40"	23	217	210	
	45"	23	210	107	
	50"	22	207	188	
	55"	22	198	196	
	3	Przerwa na 1'			
		3 ⁵⁵ / ₁ "	—	—	—
		4 ⁰ / ₁ "	16	126	114
5"		15	117	114	
10"		13	114	86	
15"		14	120	82	
[Znaczące wahania]					
20"		14	111	76	
25"		16	130	92	
3 ²⁶ / ₁ " <i>Vagus sin.</i> przewiązany.					
30"		17	132	130	
35"		16	132	130	
40"		16	132	130	
3 ^{43 1/2} / ₁ " <i>Vagus sin.</i> przecięty.					
4 ⁴⁵ / ₁ "	16	131	119		
40"	14	119	116		
45"	14	121	119		
5 ⁰ / ₁ "	15	121	116		
5 ^{4 1/3} / ₁ " <i>Vagus sin.</i> drażniony przy 150 mm. o. e.					
W ciągu 4 ^{1/3} / ₁ " drażnienia 30 pulsacyi zm. 34 ^{1/3} / ₁					
20"	14	110	92		
25"	14	110	103		
5 ²⁶ / ₁ "—5 ^{33 1/2} / ₁ " <i>Vagus sin.</i> draż. przy 100 mm. o. e.					

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5'		Ciśnienie w mm. rtęci	
				max.	min.
	W ciągu 7 ¹ / ₂ " 18 pulsacyi zm. 21				
	4'40"	13	108	88	
	45"	15	108	84	
	[Chwilowe spadki ciśnienia 4 razy]				
	50"	14	108	84	
	5'53" <i>Vagus dex.</i> przewiązany.				
	55"	16	108	106	
	6' 0"	19	109	107	
	5"	22	111	109	
	6'7 ¹ / ₂ " <i>Vagus dex.</i> przecięty.				
	10"	22	111	108	
	15"	21	108	106	
	W ciągu 15" ciśnienie opada do 40 mm.				
4	Skrzep, zmieniono kaniulę				
	11'40"	—	—	—	
	45"	21	116	114	
	50"	20	114	112	
	55"	20	112	110	
	12' 0"	20	115	112	
	5"	19	115	113	
	10"	20	115	114	
5	2'15" zastrzyknięto 0,0005 atropini sulf.				
	15"	19	114	109	
	12'20"	20	120	114	
	5"	20	135	120	
	10"	20	138	132	
	15"	20	152	133	
	20"	20	172	152	
	25"	20	176	172	
	30" [2 razy zaham.]	15	176	164	
	35" [2 razy zaham.]	15	164	160	
	40" [zaham. 1].	17	160	158	
	45"	18	160	155	
	50"	19	155	151	
	55"	18	152	150	
	13' 0"	19	150	144	
	5"	18	144	136	
	10"	19	136	134	
	15"	18	134	136	
	Podraż. <i>vagi sin.</i> przy 100 mm. pomiędzy 13'54" a 13'8 ¹ / ₂ " bez skutku.				

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5'		Ciśnienie w mm. rtęci	
				max.	min.
	20"	19	136	135	
	25"	18	133	131	
	30"	18	131	126	
	Podraż. <i>v. dex.</i> przy 100 mm. pomiędzy 13'12" a 13'28" bez skutku.				
	13'35"	18	126	122	
	40"	19	122	117	
	40"	19	117	113	
	45"	18	113	110	
	55"	18	112	110	
	14' 0"	19	112	110	
	5"	19	114	112	
	10"	19	116	114	
	15"	20	118	116	
	20"	19	119	116	
	25"	19	120	113	
	30"	19	120	116	
5 [11]	4'30 ¹ / ₂ " — 4'34" zastrzyknięto 2 mgr. adrenaliny.				
	35"	19	122	118	
	40" Ciśnienie podnosi się raptownie począwszy od 3" po końcu wprowadzenia adrenaliny ze 122 do 216.	20	216	122	
	45" Ciśnienie podnosi się jeszcze do 240, na końcu 2" opada do 180, znowu podnosi się z wahaniami w zależności od pojedynczych ewolucyi serca, dochodzi do 237 i spada do 208.	12	208	180	
	[7 puls. od 2" do 5" włączenie].				
	14'50"	18	262	203	
	max. ciśn. 14" po wprowadzeniu adrenaliny.				
	55"	21	254	232	
	15' 0"	21	236	232	
	5"	20	236	230	
	[chwilowy spadek na początku 5"... 206].				
	10"	19	230	220	
	15"	21	220	218	
	[na 1" spadek do 208]				

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	15'20"	21	220	216
	Drażnienie n. vagi sin. pomiędzy 15'13' a 15'20" bez skutku przy 100 mm o. e.			
	25"	23	216	206
	30"	22	206	195
	35"	22	106	194
	[Ze spadkiem na pocz. 5" do 162 mm.]			
	40"	20	194	176
	45"	22	188	176
	Drażnienie n. vagi dex. pomiędzy 15'32" a 15'39" bez skutku.			
	50"	23	198	188
	15'55"			
	16' 0"			
6	Przerwa w ciągu 5 minut.			
	21' 0"	—	—	—
	5"	19	114	112
	10"	19	112	110
	15"	19	112	110
	20"	18	112	110
	25"	19	110	108
	30"	19	109	107
7 [III]	21'31 $\frac{1}{2}$ "—21'35" zastrzyknięto 0,2 mgr. adrenaliny.	18	109	107
	Początek podniesienia ciśnienia w 2 $\frac{1}{2}$ " po iniekcji.			
	40"	20	180	107

Liczba pojedyncza		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	Od 21'37 $\frac{1}{2}$ " ciśnienie podnosi się stopniowo i osiąga 180 mm.			
	45" Ciśnienie podnosi się stopniowo ze 180 do 214 następnie zaczyna spadać na początku 3", przy końcu 4" podnosi się do 222 i znów opada przy końcu 5". Zwolnienie tętna, poczynając od 21'48"	17	222	180
	50" Ciśnienie ze 176 podnosi się do 198, opada następnie do 148 i na końcu 1" dochodzi do 140 mm.	13	198	140
	21'55" 140 przy końcu 5" $\frac{1}{2}$ pulsacyi wysokości 224 mm.	15	224	140
	[sama puls. wys. 84 mm.]			
	22' 0" Ciśnienie 140, 144, 150, 162.	5	162	140
	$\frac{1}{2}$ puls. z poprzed. okresu, 2 niskie, 3-cia wysok. 96 mm, 4-a 92, 5-a 60. mm.			
	22' 5"	6	196	160
	[2" niekompletny skurcz]			
	Pulsacje wysokości 80 i 50 mm.			
	10"	5	160	158
	[Wysokość pulsacyi 50—60 mm.]			
	15"	6	160	102
	Wysokość fali 50—60 mm. [w niektórych nie całkowity skurcz].			
	20"	5 $\frac{1}{2}$	152	144
	fale jak poprzednio			
	25"	4 $\frac{1}{2}$	152	145
	fale jak poprzednio			

Liczba porządkowa	Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
		max.	min.
22'30"	6	156	140
2 ostatnie nie całkowite			
35" Ze 156 ciśnienie podnosi się do 172 na 2", następnie stopniowo podnosi się; na pocz. dochodzi do 224.	14	224	156
[1-sza zajmuje całą sekundę]			
45" Ze 170 podnosi się do 221, na początku 4" 151 i przy końcu 5" 194 mm.	15	221	151
[zahamowanie chwilowe w środku 4"]			
Ze 194 podnosi się zaraz do 209.			
22'35 ¹ / ₂ —22'50" <i>Vagus dex. drażniony</i> przy 100 mm. o. c.	14	221	170
Z 224 na pocz. 3" opada na 170 i zaraz podnosi się do 221, na końcu 5" nagle spada do 170.			
55" Z 209 na pocz. 2" spada do 174, na pocz. 3" 204' znowu spadek do 170, na pocz. 4" 210 i powolny spadek do 150	18	210	150
[na pocz. 3 i 4" pulsacye wysokie]			
23" 0" Z 204 spadek do 150 w poł. 1" i podniesienie do 205 w 1/2 2", następnie powolny spadek do 195.	18	204	150
[pomiędzy 1/2 1" i pół. 2" puls. wysokie]			
5"	17	201	195
[4 spadki do 165]			
10"	19	201	190
[2 spadki 164 i 168]			
15"	21	192	190
20"	21	192	190
25"	20	192	190
[1 spadek na 3" 160]			

Liczba porządkowa	Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
		max.	min.
23'30"	18	192	188
[2 spadki 156, 160]			
35"	22	190	188
40"	17	190	180
[3 spadki do 150]			
45" [pulsacye nieregularne].			
23'50" [puls. niereg.]	12	166	126
55" [puls. niereg.]	14 ¹ / ₂	162	148
24' 0" { tętna zrachować nie można.		150	119
5" {		150	122
10" {		145	122
15"	21	149	145
20"	20	150	148
25"	21	148	140
30"	20	150	148
8			
35" Skrzep, fale niewi- doczne.		148	111
40"			
45"			
50"			
Przerwa 5', zmieniono ka- niulę.			
29'50"	—	113	102
55"	18	102	100
30' 0"	19	102	100
5"	18	102	100
10"	18	102	100
9			
[IV] 30'14 ² / ₃ " Zastrzyknięto 2 mgr. adrenaliny.	19	102	100
20" Ze 102 podnosi się przy końcu do 107 mm.	18	107	102
[początek, podniesienia ciśnienia w 1" od końca zastrzyknięcia]			
25" Ze 107 podnosi się stopniowo do 201, chwilowo spada na końcu 5" do 143	17	201	107
[wyraźne zwolnienie niektórych uderzeń]			
36" Ze 143 ze znacznymi wahaniami podnosi się do 226,	16	226	143

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5'	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	30'35" Z] 226 do 141 na pocz. 3", spada do 180 na pocz. 4" i podnosi się do 206 na końcu 5"	15	226	141
	40"	16	225	206
	45"	20	233	216
	50"	17	226	206
	55" pulsacye niewyraźne		226	205
	31' 0" Ze 205 spada do 170 i znowu podnosi się przy 5" do 203	7 1/2	205	107
	5"	7 1/2	209	203
	10"	10	292	209
	[Ze spadkiem na jednej fali do 185 1"]			
	15"	21	216	212
	[Spadek do 187 pocz. 5"]			
	20" Z 216 stopniowo do 200.	20	216	200
	25"	20	200	194
	30"	21	194	183
	35"	20	189	183
	[Spadek chwilowy do 172 na pocz. 4"]			
	40" Ze 189 spada przy końcu 2" do 184 i podnosi się stopniowo do 203 mm.	20	203	184
10 [V]	31'43"—31'46 1/3" zastrzyknięto 0,2 mgr. adrenaliny			
	50'	19	167	112
	55"	20	190	167
	[początek podniesienia na 6 ^{ci} po ukończeniu zastrzyknięcia].			
	32' 0"	19	234	190
	5"			
	10"	20	242	232
	[spadek na 2" 221]	20	247	230
	15"			
	[spadek na 3" 196]	19	230	221
	20"	22	221	212
	25"	20	212	197

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5'	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	32'30"	20	212	200
	35"	22	210	207
	40"			
	[fale nierówne]	19	204	178
	45"	21	216	183
	50"	20	216	195
	33' 0" [pulsacye nierówne]		213	167
	5"	21	203	168
	10"	21	201	168
	15"	21	202	200
	20"	22	200	196
11	33'18" Początek duszenia.			
	25"	21	196	192
	30"	21	192	189
	35"	21	189	184
	40"	21	184	180
	45"	21	180	177
	50"	20	177	170
	55"	21	170	161
	34' 0"	21	161	153
	5"	20	153	148
	10" Pulsacye niewidoczne.		148	143
	Skrzep. Zmiana kaniuli.			
	Przerwa 30"			
	34'40"	—	—	—
	45"	9	60	55
	50"	8	55	53
	55"	8	53	51
	35' 0"	7	52	50
	34' 57 koniec duszenia.			
	Duszenie trwało 1'39"			
	5"	8	52	50
	10"	9	58	50
	Początek podniesienia ciśnienia w 11" od przerwania duszenia.			
	35'15" Ciśnienie podnosi się z 58 do 146.	20	146	58
	20"	18	181	146
	25"	17	182	180

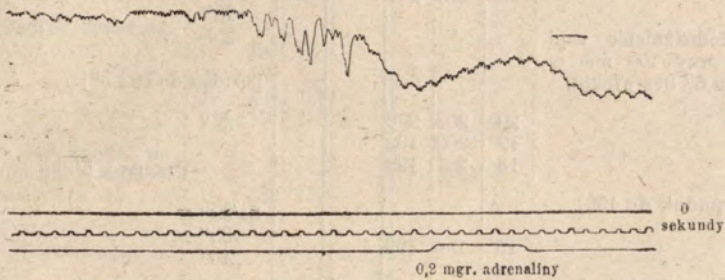
Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	35'30"	22	187	185
12	34" Początek duszenia			
	35"	17	188	155
	40"	19	191	165
	45"	19	191	188
	50"	21	191	189
	55" Ze 189 spada na 2 1/2" do 133 i podnosi się następnie do 178 mm.	15	189	133
	Wyraźne zahamowanie na 2 1/2"			
	36' 0"	17	178	176
	[spadek do 152 na 5"]			
	5"	20	181	178
	10"	21	178	175
	[spadek na 1" do 125]			
	15"	19	173	165
	20"	20	174	172
	25"	20	172	164
	30"	20	172	164
	Przerwa 5'			
	41'30"	—	—	—
	35"	8	44	42
40"	6	86	34	
43" Koniec duszenia.				
Duszenie trwało 6'7"				
45"	6	47	45	
50"	7	47	45	
55"	10	49	46	
Ciśnienie zaczyna się podnosić w 10" od końca duszenia.				
42' 0"	14	84	49	
5"	14	116	84	
10"	17	148	116	
15"	18	151	148	
20"	19	162	156	
	16	165	162	

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	42'25"			
	30"	18	170	165
	35"	20	170	166
	40"	19	172	170
	45"	19	172	170
	50"	19	172	170
	42'55"	19	170	164
	43' 0"	19	170	164
	5"	20	170	166
	10"	20	168	166
	15"	19	168	164
	20"	19	164	162
	25"	21	162	160
	30"	19	162	160
	35"	19	162	156
	40"	19	158	156
13 [IV]	43'43 1/2"—43'45" zastrzyknięto 0,4 mgr. adrenaliny.			
	45"	19	158	155
	50"	6 1/2	155	150
	Początek podniesienia ciśnienia 3 1/2" od końca iniekcji adrenaliny			
	55"	18	175	150
	44' 0"	19	187	175
	5"	18	196	187
	[2 spadki do 162]			
	10"	18	200	198
	15"	18		
	[1 spadek do 171]			
[1 spadek 183]				
20"	17	200	198	
[lekkie zahamowanie]				
[1 spadek 181]				
25"	19	200	198	
29" Podrażnienie vagi sin. przy 100 mm. o. c. w ciągu 7" bez efektu.				
30"	19	205	200	
35"	19	205	203	
[spadek do 188]				

Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	44'40"	19	203	201
	43" Podrażnienie vagi dex. przy 100 mm, w ciągu 6" bez efektu.			
	45"	20	203	200
	50"	19	200	192
	55"	18	201	193
	[pojed. spadek do 156]			
	45' 0"	18	196	193
	[pojedynczy spadek do 177]			
	5"	19	200	196
	10"	20	200	198
	15"	18	198	196
14 [VII]	45'17½" — 44'21" zastrzyknięto 4 mgr. adrenaliny			
	20"	21	198	196
	25"	19	198	197
	30"	19	197	194
	35"	20	196	194
	40"	20	203	196
	45"	19	204	202
	[ze spadkiem do 171]			
	50	17	204	202
	[zaham. na pocz. 4"]			
	[spadek do 165 4"]			
	55"	19	202	200
	[spadek do 173]			
	46' 0"	19	202	200
	[spadek pojed. do 165]			
	5"	17	202	200
	[spadek na 5" do 147]			
	10"	14	202	200
	Zahamowanie ze spadkiem ciśnienia do 147 na końcu 3"			

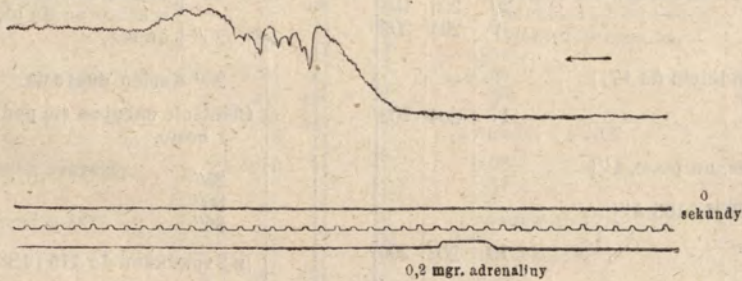
Liczba porządkowa		Licz. uderz. serca w 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max.	min.
	46'15"	20	202	200
	20"	20	203	198
	25"	18	198	190
	[spadek do 162 5"]			
	30"	19	203	190
	Przerwa 5'			
	51'30"	—	—	—
	35"	19	180	177
	40"	19	178	176
15	40" Początek duszenia.			
	45"	19	178	176
	50"	19	178	176
	55"	19	176	172
	52' 0"	18	172	170
	5"	19	170	164
	10"	19	164	192
	Przerwa 3 minuty.			
	55'10"	—	—	—
	15" } Uderzenia serca zrachować się nie dadzą.		70	61
	20" }		61	60
	20" Koniec duszenia.			
	Ciśnienie zaczyna się podnosić.			
	25"	15	61	93
	30"	16	93	134
	35"	17	134	145
	[z 2 spadkami do 116 i 128]			
	40"	17	145	154
	[spadek do 129]			
	45"	17	150	154
	50"	19	154	160
	55"	19	162	160
	56' 0"	19	166	162
	5"	19	170	166
	Doświadczenie przerwano.			

W doświadczeniu tem pierwsze zastrzyknięcie 0,000005 gr. adrenaliny na kilo wagi w 6'' wywołało podniesienie ciśnienia ze 168 do 222 mm., t. j. o 54 milim., a w 26'' o 95 mm. rtęci. W okresie podniesienia ciśnienia tętno



Rys. V. Tętno i ciśnienie u kota [Dośw. IV] po pierwszej dawce adrenaliny 0,2 mgr. [$\frac{1}{5}$ nat. wiel.].

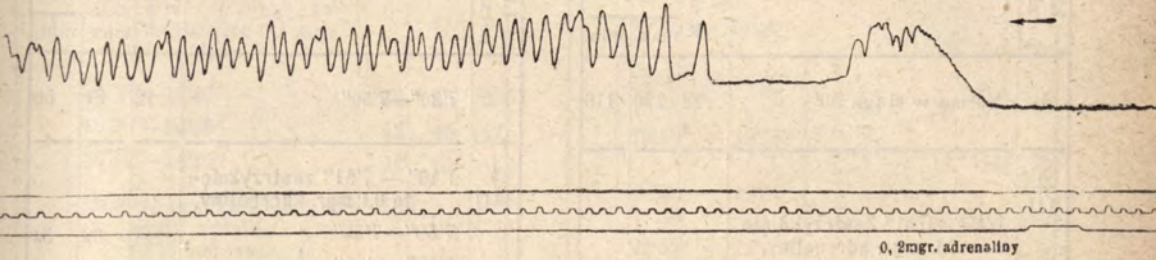
zwalnia się [rys. V), następnie przyśpiesza się o 1—3 uderzeń w ciągu 5''. Po przecięciu nerwów błędnych i atropinie pod wpływem drugiej dawki adrenaliny już w 3'' ciśnienie zaczyna nagle podnosić się, przekraczając najwyższe ciśnie-



Rys. VI. Tętno i ciśnienie u tegoż kota po drugiej dawce adrenaliny [$\frac{1}{5}$ nat. wiel.].

nie przed iniekcją o 140 mm. [rys. VI]. Trzecia dawka adrenaliny [0,2 mgr.] wywołała nie tylko podniesienie ciśnienia w ciągu 7 $\frac{1}{2}$ '' o 71 mm., a po 20'' o 115 mm., lecz nawet zwolnienie tętna o 14—15 uderzeń [75%] w okresie najwyższego ciśnienia i poczynającego się spadku z wyraźnemi cechami tętna czynnego Cyon'a, pomimo przecięcia nerwów błędnych i zastrzyknięcia atropiny

[rys. VII]. Fale mają 50—89 mm. wysokości, od czasu do czasu występuje tętno bliźniacze, podobnie jak w doświadczeniach Cyon'a po wprowadzeniu do ustroju wyciągów z nadnercza. Drażnienie odcinka obwodowego nerwu błędnego prawego okazało się bez skutku, znaczne zmiany w ciśnieniu podczas drażnienia tego nerwu zależały od tego, że zwierzę zrobiło pewną liczbę samodzielnych ruchów



Rys. VII. Tętno i ciśnienie u tegoż kota, wywołane wprowadzeniem trzeciej dawki adrenaliny 0,2 mgr. po przecięciu nerwów błędnych i atropinie [$\frac{1}{5}$ nat. wielkości].

oddechowych, co miało miejsce przez długi czas po podrażnieniu. Czwarta dawka adrenaliny wywołała również znaczenie podniesienie ciśnienia [o 111 mm.], dawka piąta o 80 mm., szósta [0,4 mgr.] tylko o 40 mm. rtęci, 7-a iniekcya już ciśnienia nie podniosła; początek podniesienia ciśnienia przypadał pomiędzy 2" a 6" po ukończonej iniekcji. Duszenie, wywołane w okresach pomiędzy zastrzykiwaniem adrenaliny nie spowodowało takiego podniesienia ciśnienia, co adrenalina; gdy przywrócono sztuczne oddychanie, ciśnienie zaczęło się podnosić po 10—11".

W celu przekonania się, od czego zależy nadzwyczaj wysokie i szybkie podniesienie ciśnienia po zastrzykiwaniu adrenaliny, przecinałem tak rdzeń na różnych wysokościach, jako też nerwy trzewowe.

DOŚWIADCZENIE V.

Kot wagi 2500 gr., słabo kuraryzowany. Trecheotomia. Sztuczne oddychanie. *Art. carotis dextra* połączona z kymografionem. Do *vena jug. extr. sin.* wprowadzano adrenalinę [1 cm, sz. = 0,1 mgr.] **Przecięto rdzeń na 2 kręgu szyjowym** [niekompletnie], oraz na 8 i II kręgu piersiowym. Po zadaniu adrenaliny przecinano i drażniono oba nerwy błędne.

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
1.	Norma w ciągu 50"	22	126	116
2. [I]	0'47" — 0'51" Zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny.			
	0'50" — 0'55"	22	100	81
	Ciśnienie podnosi się w 1" po zastrzyknięciu			
	0'55" — 1'0" } 1' 5" — 1'10" } Fale 1'10" — 1'15" } 1'15" — 1'20" } nieregul.	12 12 15 15	146 186 181 188	100 146 175 176
	[Maximum ciśnienia w 15 1/2" od zastrzyk.].			
	1'20" — 1'25"	16	187	176
	1'25" — 1'30"	15	187	181
	1'30" — 1'35"	16	189	178
	1'35" — 1'40"	15	186	178
	1'40" — 1'45"	15	176	164
	1'45" — 1'50"	16	174	164
	1'50" — 1'55"	14	176	155
	Następnie ciśnienie stopniowo opada			
	1'55" — 2'20"	14	155	105
	2'20" — 2'50"	13	105	77
	2'50" — 3'0"	12	77	65
	2' 0" — 3'20"	11	65	45
3.	Przerwa 1'; po następnych 3'			

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
	7'20" — 7'50"	12	61	56
4. [II]	7'46" — 7'51" zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny.			
	7'50" — 7'55"	11	62	51
	7'50" — 8' 0"	12	63	48
	8' 0" — 8' 5"	12	88	55
	Ciśnienie zaczyna się podnosić w 9" po iniekcji			
	8' 5" — 8'10"	13	124	88
	8'10" — 8'25" [spadek chwilowy do 115 na 8'12"]	13	130	124
	8'15" — 8'20"	14	147	130
	8'20" — 8'25"	14	146	130
	8'25" — 8'30" [max. ciśn.]	14	160	136
	Następnie ciśnienie stopniowo opada			
	8'30" — 9'0"	13	160	101
	9' 0" — 9'45"	12	101	59
	9'45" powrot ciśn. do normy t. j. w 1'54" od iniekcji			
	9'45" — 10'0"	12	59	48
5.	Przerwa 1'30" poczem w ciągu 25" ... 13'30" — 13'55"	13	55	52
6.	13'56" Przecięto rdzeń na 2 kręgu szyjowym, jak się później okazało, niekompletnie			
7.	15'11" Przecięto rdzeń na 8 kręgu grzbietowym			

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
8.	Norma 15'10" — 16'25"	12	51	35
9. [III]	16'23 ¹ / ₂ " — 16'25 ¹ / ₂ " zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny			
	16'25" — 16'30"	12	46	38
	16'30" — 16'35"	12	45	41
	16'35" — 16'40"	12	61	41
	16'38 ¹ / ₂ " początek podniesienia ciśnienia t. j. po 13" od iniekcji			
	16'40" — 16'45". Ciśnienie stopniowo podnosi się	12	80	62
	16'45" — 16'50"	10	101	75
	16'50" — 16'55"	11	113	81
	16'55" — 17' 0"	12	113	90
	17' 0" — 17' 5"	11	123	98
	Maximum ciśn. 17'3" t. j. 37 ¹ / ₂ " od iniekcji			
	17'5" — 18'10" ciśnienie opada stopniowo; w pojedynczych okresach 5" znaczne wahania.	11— 12	123	45
10.	18'10" przecięto rdzeń na 11 kręgu grzbietowym.			
	Ciśnienie opada z 46 na 33 w ciągu 32"... 8'43" po tem podnosi się w ciągu 2" do 58" przy 12 tętnie w ciągu 5"	12	58	33
	18'50" — 19'25" ciśnienie powoli i stopniowo opada	14	58	46
	19'25 — 19'30"	14	47	46
	19'30" — 19'35"	14	47	44
11. [V]	19'26" — 19'28 ¹ / ₂ " zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny			

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
	Początek podniesienia ciśnienia 19'36 ¹ / ₂ " t. j. w 8" po iniekcji			
	19'35" — 19'40"			
	19'40" — 19'45"	14	66	44
	19'45" — 19'50"	14	94	66
	19'50" — 19'55"	14	114	94
	29'55" — 22'0"	13	127	114
	29'55" — 22'0"	12	136	127
	Maximum ciśn. 10'10" t. j. 41 ¹ / ₂ " od iniekcji			
	10'10" — 10'14" ciśnienie utrzymuje się na 136 ze spadkiem dwukrotnym do 121, potem szybko opada.			
	10'15" — 10'20"	12	114	83
	10'20" — 10'45"	11	83	53
	10'45" — 10'50" [ciśnienie chwilowo podnosi się]	14	70	53
	10'50" — 11'45" ciśnienie stopniowo opada	14	70	40
12. [V]	11'44" — 11'47" zastrzyknięto 0,1 adrenaliny			
	11'45" — 11'50"	13	46	40
	11'50" — 11'55"	14	40	38
	11'57 ¹ / ₂ " początek podniesienia t. j. 11 ¹ / ₂ " od iniekcji			
	11'55" — 12' 0"	14	56	39
	12' 0" — 12'10"	14	94	56
	12'10" — 12'20"	13	108	94
	Maximum podniesienia ciśnienia 12'20" t. j. w 43" od iniekcji			
	22'20" — 22'25"	11	108	100
	22'25" — 22'30"	11	108	85

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
	23'30" — 22'45" ciśnienie szybko opada.	6	76	39
13.	22'48" <i>Vagus sin.</i> przewiązany			
	22'45"—23' 0"	8	40	38
	23' 0" — 23' 5"	8	40	38
	23' 5" — 23'10" ciśnienie podnosi się, potem zaraz spada	13	65	40
	23'10" <i>Vagus sin.</i> przecięty			
	23'10" — 23'30"	14	65	50
	23'30" — 23'35"	14	52	50
	23'35" — 23'40"	13	52	49
14 [VI]	23'32 ³ / ₄ " — 23'35 ¹ / ₄ " zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny			
	23'40"—23'45"	14	49	45
	23'48" początek podniesienia ciśnienia t. j. 12 ³ / ₄ " od iniekcji			
	Następnie ciśnienie podnosi się stopniowo; maximum 24'3" t. j. w 28 ³ / ₄ " od iniekcji			
	23'45"—24'3"	14	92	45
15	24'3" — 24'11" <i>Vagus sin</i> drażniony przy 150 mm. o. c. bez efektu.			
	24'5"—24'10"	14	90	84
	24'10"—24'15"	14	84	80
	24'15"—24'20"	14	84	80
	24'12" — 24'31" <i>Vagus sin.</i> drażniony przy 100 mm. o. c.			
	w ciąg. 9" licz. t. 19 zm. 25	10 ¹ / ₂	77	46
	24'35"—24'40"	14	70	56
	Ciśnienie opada			
	24'40"—24'50"	14	70	54

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
16	24'53" <i>V. dexter</i> przewiązany			
	24'50"—25'0"	14	55	45
	25'3" <i>Vagus dex</i> przecięty			
	25'0"—25'10"	14	45	40
	25'11" — 25'18 ¹ / ₂ <i>Vagus dex.</i> draż. przy 100 mm.			
	W ciągu 7 ¹ / ₂ " otrzymano tętna 18 zm. 21	10 ¹ / ₂	46	24
	25'20"—25'25"	15	40	35
	25'25"—25'30"	14	40	36
17. [VII]	25'29 ¹ / ₂ " — 25'33 ¹ / ₂ " zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny			
	Początek podniesienia ciśnienia 25'39 ¹ / ₂ " t. j. w 7" od iniekcji			
	Maximum ciśn. 26'0" t. j. 27 ¹ / ₂ " od iniekcji 90			
	Krzywa ciśnienia prawidłowa.			
	Liczba uderzeń serca w 5" 14 od początku do końca okresu.	14	90	40
	Poczynając od 26'0" ciśnienie stopniowo i prawidłowo spada, dochodząc do normy [max. 40 min.] 38... 27'20" t. j. w 47 ¹ / ₂ " od iniekcji			
	27'20"—27'25"	14	38	35
18. [VIII]	27'23 ¹ / ₂ " — 27'27" zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny			
	Początek podniesienia ciśnienia 27'37" t. j. w 10" od iniekcji.			
	Max. 85 mm. 27'55" t. j. w 28" po iniekcji utrzymuje się przez 10", potem stopniowy spadek. Przy stałym tętnie 14 w ciągu 5".	14	80	35

DO ŚWIADCZENIE VI.

Kot wagi 2758 gr. słabo kuraryzowany. Tracheotomia. Sztuczne oddychanie. *Carotis sin.* połączona z kymografionem. Adrenalinę (1 cm. sz.=0.1 mgr.) wprowadzano do żyły szyjowej zewnętrznej lewej. Nerwy błędne obnażono, przecięto i drażniono. **Rdzeń przecięto na 2-im kręgu szyjowym.**

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5''	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
1.	0'0''			
	5''	15	122	114
	10''	14	114	108
	15''	14	108	90
	20''	11	108	92
	25''	9	108	102
	30''	11	104	102
	35''	9 1/2	104	82
	(lekkie zahamowanie na pocz. 4'')			
	40''	10	104	88
	45''	11	106	98
	50''	11	104	100
	55''	11	102	96
	1'0''	11	102	100
	(Ciśnienie podnosi się ku środkowi 3'' do 120, potem stopniowo opada).			
	5''	11	102	92
	10''	10	96	92
	15''	10	108	84
	20''	10	94	84
	25''	10	94	84
	1'30''	19	108	94
	35''	9	108	88
	40''	10	100	88
	45''	9	100	88
	50''	10	98	88
	55''	10	98	81
	2'0''	10	94	81
2.	2'2'—2'5 1/2'' zastrzyknięto 0.1 mgr. adrenaliny.			
[1]	5''	10	94	81
	5''	—	88	81
	10''	11	94	81
	15'' (początek podniesienia ciśn. na 4'' od zastrz.)	9	126	94

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5''	Ciśnienie w mm. rtęci	
			max	min.
	Fale wysokie			
	[Ciśnienie z 94 mm. podnosi się stopniowo do 126].			
	20'	11	149	126
	[Fale wysokie, co 2 uderzenie linia rozkurczowa niecałkowita]			
	25''	15	200	149
	[W ciągu 1-szych 2'' rozkurczowa linia niekompletna].			
	Od 3'' fale drobniejsze.			
	30''	17	204	200
	35''	17	204	200
	40''	17	204	190
	45''	17	190	170
	50''	17	170	147
	55''	16	147	136
	3' 0''	17	136	126
	5''	16	126	116
	10''	17	116	107
	15''	17	107	100
	20''	17	100	98
	25''	17	98	96
	30''	17	96	95
	35''	16	96	95
	40''	17	96	94
	45''	16	94	91
3.	3'49'' <i>Vag. dex. przewiąz.</i>			
	50''	14	91	87
	[Ciśnienie podnosi się w ciągu 1'' z 87 do 120].			
	55''	20	125	120
	56'' <i>Vag. dex. przecięty</i>			
	4' 0''	21	125	123
	5''	20	123	118
	10''	21	118	111
	15''	20	111	105

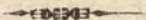
Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci	
		max	min
		4'20"	21
21 ¹ / ₂ -- 4'28" <i>Vagus dex.</i> drażniony przy 150 mm. o. c. bez skutku			
25"	19	98	96
35"	19	95	93
40"	19	95	93
45"	19	94	90
Przerwa 1'			
5'45"	—	—	—
50"	18	85	83
55"	17	85	83
5'55 ² / ₃ " — 6'5 ¹ / ₃ " <i>Vagus dex.</i> drażniony przy 100 mm. o. c.	11 ¹ / ₂	85	48
Ciśnienie z 85 po 3 pulsacyi opada na 65, przy końcu drażninnia na 48 mm.			
W ciągu 4 ³ / ₃ " drażnienia 9 ¹ / ₂ uderzeń serca zm. 16.			
[zahamowanie trwa w ciągu następnej 1"]			
Podniesienie ciśnienia następuje w 2" po ukończeniu podrażnienia.			
6'10"	16	88	86
15"	17	93	88
20"	17	96	93
25"	18	102	96
26 ¹ / ₂ " <i>Vagus sin.</i> przewiązany.			
30"	18	104	102
32" <i>Vagus sin.</i> przecięty		104	98
35" [5"]	19	104	98
40"	18	98	93
6'41 — 6'48" <i>Vagus sin.</i> drażniony przy 180 mm. o. c. bez skutku.	18	95	93

Liczba porządkowa	Tętno w ciągu 5"	Ciśnienie w mm. rtęci		
		max	min	
		6'45"	18	95
50"	18	90	88	
55"	18	88	86	
7' 0"	17	86	84	
5"	17	86	84	
		84	80	
Przerwa 1'				
8'10"	16	76	73	
14 ¹ / ₂ — 8'22 ¹ / ₃ " <i>Vagus sin.</i> draż. przy + 100 mm. o. c. bez skutku.				
	16	78	76	
	16	77	74	
15"				
20"				
25"	7 ¹ / ₂	76	74	
30"	15	74	72	
35"	15	74	72	
40"	15	74	72	
4 [II]	8'42" — 8'48" Zastrzyknięto 0,1 mgr. adrenaliny.			
	45"	15	74	72
	50"	15	95	76
	55"	17	136	95
	9' 0"	19	170	136
	5"	19	196	170
	10"	20	200	196
	15"	19	196	183
	20"	19	183	168
	25"	20	168	155
	30"	19	155	150
5 [III]	9'31" — 9'33" Początek zastrzyknięcia adrenaliny 0,1 mgr.			
	35"	19	148	140
	40"	19	150	149
	[Początek podniesienia ciśnienia 6" od końca zastrzyknięcia]			
	45"	20	202	150
	50"	19	222	200
	55"	19	222	224

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"		Ciśnienie w mm. rtęci	
				max.	min.
6	Przerwa 5'				
	14'55"	—	—	—	—
	15' 0"	18	96	92	
	5"	17	92	90	
	10"	17	92	90	
	15"	17	92	90	
7	15'20" — 15'24 ¹ / ₂ " zastrzyknięto 1 mgr. adrenaliny.				
	20"	17	92	90	
	25"	16	92	90	
	30"	16	114	92	
	[początek podniesienia ciśnienia na 4" od zastrzyknięcia, 11 pulsacya].				
	35"	18	192	114	
	40" Ze 192 ciśnienie podnosi się równomiernie do środka 3" do 220 stąd opada, przy końcu 4" do 176, następnie podnosi się nierównomiernie przy końcu 5" 224 mm.				
	45"	12	224	176	
	Zahamowanie częściowe [3 i 4"]. Ciśnienie 224, 228, 196, 231, 194 207.				
	50" (dirotia)	10 ¹ / ₂	220	207	
	55"	18	224	220	
	16' 0"	20	227	220	
5" Na początku 1" z 277 opada do 193 i podnosi się po 1 pulsacyi do 228 a następnie obniża się na 216.					
18	227	193			
8	Przecięcie rdzenia.				
16'7" Początek przecinania rdzenia na 2-m kręgu szyjowym.					
[ciśnienie zaczyna spadać raptownie po 2 pulsa-					

Liczba porządkowa		Tętno w ciągu 5"		Ciśnienie w mm. rtęci	
				max.	min.
	cyi na początku 16'8" [174 mm. t. j. o 45 mm.]				
	16'10"	19	216	168	
	15"	18	168	164	
	20"	17	164	152	
	25"	17	152	140	
	30"	18	140	130	
	35"	18	143	126	
	40"	18	152	128	
	45"	17	134	128	
	46" Koniec przecinania rdzenia.				
	50"	17	134	102	
	55"	17	128	100	
	17' 0"	18	146	128	
	5"	18	144	142	
	17'10"	19	145	142	
	15"	19	145	142	
	17'18" Zastrzyknięto 0.1 mgr. adrenaliny.				
	20"	19	144	143	
	25"	19	143	140	
	30"	19	212	140	
	Początek podnoszenia się ciśnienia 4" od końca zastrzykiwania.				
	35"	19	234	172	
	40"	19	234	226	
	45"	18	244	226	
	50"	20	254	232	
	55"	19	232	214	
	Doświadczenie przerwano.				

ODCINEK.

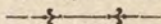


Syfilis w stosunku do społeczeństwa.

Przez

dra Wacława Wesołowskiego,

lekarza ambulat. chorób skórnych i wener. w szpit. Ś-go Ducha.



[Dokończenie — Patrz Nr. 23].

Teraz przejdziemy do zboczeń rozwoju **zębów**, które najczęściej ze wszystkich narządów ulegają wpływowi syfilisu wrodzonego. Zbożenia rozwojowe mogą się zdarzać tak dobrze przy pierwszym ząbkowaniu, jak i przy drugim, lecz spostrzegane przy drugim są ważniejsze, szczególnie zaś dla rozpoznania syfilisu wrodzonego. Zbożenia te w większości przypadków są liczne i zwykle symetryczne.

Prawidło to nie jest bez wyjątków: spostrzega się nieraz ząb z wyraźnymi zmianami, a ząb mu symetryczny zupełnie bez zmian.

Syfilis wrodzony wywiera swój ujemny wpływ od najpierwszych chwil tworzenia się zębów, wywołując zбочenie w budowie zębów i w sprawie ich zwapnienia.

Wpływ ten na zęby wyraża się przedewszystkiem w opóźnieniu ząbkowania. Bardzo powszednim zjawiskiem u tych dzieci jest, że zaczynają dostawać pierwsze zęby w 10-ym, a nawet 15-ym miesiącu, w rzadkich przypadkach nawet w końcu 2 roku, a w przypadkach wyjątkowych około 3 lub 4 roku. Znane są w literaturze przypadki jeszcze późniejszego ząbkowania, naprzykład przypadek opisany przez LANCEREAUX, w którym u dziecka 12-letniego zaledwie pokazały się boczne siekacze i kły. Jak znaczne są to opóźnienia, łatwo ocenić, uprzytomniwszy sobie normalne terminy ząbkowania.

Podobne opóźnienia, jak dopiero co opisane przy pierwszym ząbkowaniu, zdarzają się i przy drugim.

Syfilis wrodzony oprócz opóźnienia rozwoju wywołuje zmiany w samych zębach. Najpospolitszym typem takich zmian są tak zwane „erozye“ na zębach. Są to braki substancji zęba, występujące pod rozmaitemi postaciami, to jako bruzdy, to wycięcia półksiężycowe i t. p. Rozmaite ukształtowanie tych braków wytworzyło znaczną liczbę rozmaitych typów zębowych, spostrzanych u osobników obarczonych syfilisem wrodzonym.

Dla przykładu przytoczę tutaj, zażywające szczególnej sławy zęby HURCHINSON'a. Są to siekacze środkowe górne z wycięciami na brzegu wolnym w postaci półksiężyca, wypukłością obróconego do góry.

Do erozyi dołącza się jeszcze często nieprawidłowa, wadliwa obsada zębów w szczęce, a mianowicie: zamiast żęby osie ich podłużne szły w kierunku równoległym do siebie, idą często w kierunku zbieżnym.

Erozye najczęściej można spostrzegać na pierwszych dużych zębach trzonowych, na siekaczach i na kłach. Małe zęby trzonowe drugie i trzecie duże trzonowe są prawie zawsze wolne od erozyi. Erozye na zębach odpowiadających sobie są prawie zawsze symetryczne i co do swej postaci i co do wysokości położenia.

Oprócz erozyi syfilis wrodzony powoduje zбочenia w wielkości zębów. Zęby zdarzają się albo zbyt małe, zupełnie dziecinne pomimo że u osób dorosłych, albo zbyt wielkie. Zbożenia co do wielkości są szczególniej rażącemi, jeżeli niejednakowo dotyczą wszystkich zębów, jeżeli naprzykład zdarzy się jeden ząb trzonowy szczególnej wielkości, a wszystkie inne przeciętnej, albo wśród zębów zwykłej wielkości kilka małych, jakby dziecinnych.

Syfilis wrodzony wpływa jeszcze na zmianę kształtu zębów. Rozumie się, że rozmaitość musi tu być olbrzymia.

Spostrzegać można niekiedy zęby, które utraciły charakter zębów swego gatunku, np. siekacze wyglądające jak kły trzonowe. Niektóre zęby wyglądają jakby skręcone około swojej osi pionowej, inne znowu bardzo wydłużone, albo podobne do zębów rybich, czasami w postaci rogu lub trójrogu, albo wreszcie, jak powiada FOURNIER: „*chacune a sa façon*“.

Przytem zęby takie psują się bardzo łatwo i prędko wskutek budowy wadliwej i niedostatecznej warstwy emalii. Dla pełności obrazu zbroczeń zębów u dziedzicznych syfilityków wspomnę o braku wrodzonym pewnych zębów wskutek braku albo zatrzymania się rozwoju torebek zębowych i o pozostawianiu zębów mlecznych na stałe. To ostatnie zjawisko jest bardzo pospolitem u osobników obarczonych syfilisem wrodzonym.

Zasługuje jeszcze na zaznaczenie często zdarzająca się nieprawidłowa obsada zębów i nienormalnie duże przestrzenie pomiędzy zębami.

Zbroczenia rozwojowe **szczęk** dotyczą najczęściej szczęki górnej i wyrażają się najpospoliciej zwężeniem poprzecznym, wklęsnięciem podniebienia w stronę jamy nosa lub brakiem symetrii pomiędzy prawą a lewą stroną. W dolnej szczęce pod wpływem tych samych przyczyn spostrzegamy niekiedy jej spłaszczenie poprzeczne, które wytwarza podbróbek zaostrowany i wypchnięty naprzód.

A. FOURNIER uznaje również związek z syfilisem tak zwanej wargi zajęczej.

Następnie co się tyczy **nosa**, to bardzo często można spostrzegać u dzieci obarczonych dziedzicznym syfilisem nosy wklęsnięte u samej osady, a NICOLAS opisał przypadek zarośnięcia wrodzonego nozdrzy.

Zbroczenia rozwojowe **oczne** są bardzo rzadkie i tyczą się zwykle rozwoju powiek, tęczówek, nierówności galek ocznych. Stosunkowo najczęstszem zjawiskiem jest **zez** (*strabismus*). U syfilityków wrodzonych bardzo często spostrzegano najrozmaitsze zbroczenia rozwojowe **muszli usznych**.

Układ kostny także nosi piętno syfilisu wrodzonego, wyrażające się rozmaitemi wygięciami kręgosłupa najczęściej bocznymi (*scoliosis*), nierównomiernem rozwojem kończyn, nienormalnem wydłużeniem pojedynczych kości w zależności od nieprawidłowego rozwoju odpowiednich chrząstek, co nadaje szczególnie kończynom olbrzymi ich wygląd. Opisane są przypadki olbrzymów, napiętnowanych licznymi cechami syfilisu wrodzonego.

Spostrzegano również zbroczenia rozwojowe wprost przeciwnego charakteru, polegające na **skarłowaceniu** całego organizmu lub też niektórych jego części.

Zbroceniom rozwojowym podlega również **układ nerwowy i ośrodki nerwowe**. Co się tyczy mózgu, to zbroczenia wyrażają się zwykle zmniejszeniem jego objętości i wagi i wadami rozwoju, polegającymi zwykle na niedorozwoju pojedynczych części mózgu. Podobne zbroczenia spostrzegano i w rdzeniu.

Według FOURNIER'a, syfilis odgrywa także poważną rolę w przyczynowości **głuchoniemoty**, która może być albo wrodzoną albo na tem tle nabytą.

Zbroczenia **umysłowe** u osobników z syfilisem wrodzonym wyrażają się opóźnieniem rozwoju lub też wadliwością, a nawet zupełnem zatrzymaniem się tegoż.

Opóźnienie rozwoju umysłowego polega zwykle na tem, że takie dzieci są zawsze jak na swój wiek za mało rozwinięte i zawsze są wyprzedzane przez swych rówieśników. Dzieci takie są niezdolne, tępe do nauki, pamięć mają bardzo słabą, a jeszcze mniejszą zdolność skupienia uwagi.

Rozwój wadliwy albo nawet zupełnie zatrzymanie rozwoju umysłowego wytwarza dzieci o bardzo ograniczonej umysłowości, często zupełnych idiotów. Podobny upadek umysłowy może być wynikiem albo zmian swoistych syfilitycznych w samym mózgu, przyczem występują pewne braki umysłowe nieraz mocno zaznaczone, albo też wadliwego odżywiania mózgu na tle syfilisu wrodzonego, które powstrzymuje rozwój umysłowy całkowicie i nieodwołalnie i wytwarza obraz idyotyzmu zupełnego.

Lecz co jest jeszcze smutniejszym, że zdarzają się rodziny nieszczęśliwe, w których często nie jedno, lecz kilkoro, lub wszystkie dzieci podlegają temu straszemu wpływowi syfilisu wrodzonego na rozwój umysłowy; lub też jedne z nich podlegają zwyrodnieniu umysłowemu, a drugie fizycznemu.

Dalej zaznaczyć musimy szczególną skłonność do rozmaitych i to ciężkich chorób, jaką obdarza syfilis wrodzony napiętnowane przez siebie ofiary.

Przedewszystkiem dzieci takie odznaczają się dużą skłonnością do wszelkiego rodzaju **krwotoków**.

Lecz daleko groźniejszą jest skłonność do **gruźlicy**, tak powszechna wśród obarczonych syfilisem wrodzonym. Syfilis u rodziców i tak zwane skrofuły u dzieci tak często spostrzegano razem, że dopóki nie zostały wynalezione laseczniki swoiste gruźlicy, patrzono na skrofuły jak na jakieś czwartorzędne objawy syfilisu.

Dzisiaj już wiemy, że syfilis nie tworzy skrofułów albo gruźlicy, lecz wytwarza dla gruźlicy podatne podłoże i sprzyjające warunki rozwoju.

Szczególnie często spotykany u dzieci z dziedzicznym syfilisem następujące cierpienia skrofuliczne:

- 1) zmiany gruczołów chłonnych (*lymphadenitis strumosa*),
- 2) gruźlicę płuc,
- 3) cierpienie stawów biodrowych (*coxalgiae*),
- 4) chorobę POTT'a,
- 5) zmiany stawów (*tumor albus*),
- 6) lecz szczególną skłonność mają dzieci te do chorób układu nerwowego.

Faktem powszechnie znanym jest, że takie dzieci miewają niezmiernie często **drgawki**, zjawiające się u niektórych szczęśliwszych od czasu do czasu i wreszcie znikające, a u innych mniej szczęśliwych drgawki tego pochodzenia powracają i nieraz doprowadzają do śmierci.

Bardzo często również dzieci, o których losie mówimy, cierpią na **zapalenie opon mózgowych** tak syfilityczne, jak i parasyfilityczne.

Mówiąc o chorobach nerwowych, do których mają skłonności osobniki z syfilisem wrodzonym, należy wyliczyć również *tabes*, paraliż postępujący, padaczkę, histeryę, neurastenię, a także jąkanie się, drgawki, t. zw. *tics* i nietrzymanie moczu.

Wyżej omówione cechy zwyrodnienia bywają spostrzegane u osobników zupełnie wolnych od wszelkich objawów swoistych syfilisu.

Więcej jeszcze, wcale nierzadkie są przypadki zarażeń świeżych u takich osobników, u których jednocześnie znaleziono wiele cech zwyrodnienia i zbroczeń rozwojowych na tle syfilisu wrodzonego. Tak więc wyżej wspomniane cechy są tylko piętnem, wyciśniętem na rozwoju ich organizmu przez syfilis wrodzony, lecz wcale nie przesadzają o obecności u nich samej choroby.

Jak widzimy, dzieci obarczone syfilisem wrodzonym, o ile pozostają przy życiu, noszą na sobie niezatarte piętno pewnej ogólnej niższości gatunku i najzupełniej zasługują na nazwę zwyrodniałych albo degenerantów.

Kiedy już omówiliśmy sprawę zwyrodnienia, powodowanego przez syfilis wrodzony w pierwszym pokoleniu, wytłania się samo przez się pytanie, jakie będzie pokolenie następne.

Przedewszystkiem nasuwa się tu względnie szczęśliwa uwaga, że tego pokolenia następnego wcale może nie być, ponieważ w watach rozwojowych istnieje bardzo dużo przyczyn, powodujących bezpłodność, jak oto wady rozwojowe organów płciowych tak męskich jak i kobiecych.

Co się zaś tyczy potomstwa, pochodzącego od osobników obarczonych syfilisem wrodzonym, to sprawa ta jest dosyć świeżą i mało zbadaną i z tego względu dłużej się na niej zatrzymywać nie będę; tem bardziej, że przytoczone na poparcie jej spostrzeżenia nie są wolne od zarzutów.

W sprawie tej bardzo zajmujące spostrzeżenia znajdujemy w odczycie prof.

TARNOWSKIEGO na VIII Zjeździe lekarskim imienia PIROGOWA. TARNOWSKI, ażeby zbadać wpływ syfilisu na potomstwo, zebrał spostrzeżenia tyczące się 30 rodzin, należących do zamożniejszych i inteligentniejszych klas społecznych. Z tych spostrzeżeń wynika szczególnie brak stosunku prostego pomiędzy lekkim przebiegiem syfilisu rodziców a śmiertelnością u potomstwa. Przy lekkich postaciach syfilisu u rodziców śmiertelność była olbrzymia u dzieci.

Na 345 przypadków ciąży, spostrzeganych u kobiet stanowiących 2-gie lub 3-cie pokolenie syfilityczne, znaleziono zaledwie 104 dzieci normalnych. Wszystkie inne ciąży zakończyły się albo poronieniami, albo płodami martwymi, albo dziećmi z syfilisem wrodzonym, albo niezdatnymi do życia wskutek braków anatomicznych albo fizyologicznych.

Dalsze badania TARNOWSKIEGO doprowadzają go do wniosku, że wpływ szkodliwy syfilisu na potomstwo w następnych pokoleniach maleje, a w czwartym pokoleniu nie można go już odszukać.

Podobne są również spostrzeżenia BARTHELEMY'ego.

A zatem jak z wyżej wspomnianych spostrzeżeń wynika, syfilis nie zadowala się tylko pierwszym pokoleniem, lecz gnębi i następne.

Dla uzupełnienia obrazu nieszczęść, jakie sprowadza syfilis, wspomnę jeszcze o smutnej roli, jaką odgrywa w wywoływaniu samobójstw.

Syfilis zajmuje także niepoślednie miejsce wśród przyczyn powodujących samobójstwa i doprowadza do nich drogami rozmaitemi.

Jedni odbierają sobie życie wskutek zaburzeń psychicznych, wywołanych przez zmiany swoiste w mózgu, jako to zapalenie opon mózgowych, gumat mózgu, poraliż postępujący i t. p.

Czasami nawet usiłowanie samobójstwa występuje jako jeden z najwcześniejszych objawów cierpienia mózgu na tle syfilitycznym. W przypadkach FOURNIER'a, znaczną część tej kategorii samobójców stanowiły osobniki dziecinnie syfilisem obarczone.

Innych znowu doprowadza do samobójstwa świadomość rzeczywiście groźnego objawu syfilisu lub za taki uważanego.

Tej kategorii samobójstw jest względnie niewiele, między innymi i z tego powodu, że bardzo dużo może tu zrobić odpowiednio skierowane oddziaływanie lekarza na stan psychiczny chorego.

Zdarzają się jednak osobniki tak wrażliwe, że przy pierwszej wiadomości o nabyciu syfilisu już popełniają samobójstwo. Na taki czyn rozpaczliwy, dokonywany w tych warunkach prawie odruchowo, składa się w znacznym stopniu przesadzone pojęcie o ciężkości bezwzględnej samej choroby i jej nieuleczalności i instyktowny wstręt do syfilisu, do jego opinii, a nawet i jego nazwy.

Nie tylko objawy syfilisu mniej lub więcej ciężkie, lecz i warunki społeczno-towarzyskie, jakie wytwarza otrzymanie tej choroby lub jej niespodziewany powrót, bywają czasami przyczyną samobójstw. Szczególnie często się to zdarza, kiedy niespodziewane wystąpienie choroby uniemożliwia już uplanowane zawarcie małżeństwa.

Z powyższego zestawienia widzimy, jak wiele niebezpieczeństw przedstawia syfilis dla samych osobników chorych, ich rodzin, dzieci a nawet dalszego potomstwa i że z tego tytułu stanowi prawdziwą plagę społeczną. Dzięki swej zaraźliwości i ogromnemu powikłaniu się stosunków ludzkich rozprzestrzenia się we wszystkich warstwach społecznych.

Syfilis jako wróg społeczny pod względem swego wpływu, wywołującego zwyrodnienie i wyludnienie może być tylko porównany z alkoholizmem i gruźlicą, z którymi stanowi dobraną trójcę nieszczęść społecznych.

Przeciwno alkoholizmowi i gruźlicy za granicą oddawna prowadzi społeczeństwo walkę energiczną i zorganizowaną.

Uświadomienie niebezpieczeństwa, jakie przedstawia syfilis pod względem społecznym, doszło na zachodzie do tak wysokiego stopnia, że uznanie konie-

czności walki z syfilisem zdążyło się tam zamienić w czyn pod postacią zorganizowanych *ad hoc* towarzystw, osobnej prasy i zjazdów międzynarodowych.

Pewne odbłyski tej walki zorganizowanej, o ile chodzi o gruźlicę i alkoholizm, przedostały się i do nas i jeżeli nie mogą się jeszcze pochwalić zbyt wielkimi praktycznymi wynikami, to przynajmniej pod względem moralnym dobiły się uznania zupełnego i powszechnego. Rzecz się, niestety, ma zupełnie inaczej z syfilisem.

Tutaj uświadomienie wśród szerokich mas ludu co do znaczenia społecznego syfilisu jest niezmiernie małe i temu niskiemu stopniowi uświadomienia odpowiadają zupełnie poglądy pierwotne na walkę z syfilisem, traktowaną u nas rzadko poważnie poza niewielkiem kołem ludzi z zawodu lub zamiłowania, zajmujących się tą sprawą.

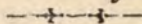
Dla znacznej części nawet warstw inteligentniejszych syfilis jest więcej wypadkiem życiowym zniesławiającym chorą jednostkę, aniżeli poważnym nieszczęściem społecznym. Z powodu tak małego uświadomienia, społeczeństwo nasze, z wyjątkiem poznańskiego, nie zapoczątkowało żadnej zorganizowanej walki z syfilisem.

I dlatego wydziałowi naszemu wypadł trudny, lecz konieczny obowiązek podniesienia myśli pewnej, systematycznej i możliwie lepiej zorganizowanej walki z syfilisem.

Tą myślą kierowany, starałem się zestawić w odczycie dzisiejszym smutny bilans społeczny syfilisu, wprowadzić w ogólnych tylko zarysach ze względu na ramy odczytu.

Lecz mam nadzieję, że będę miał sposobność, biorąc udział w przyszłych pracach wydziału, pomówić o stosunkach szczegółowych syfilisu do społeczeństwa i o organizacjach, dla walki z nim powstałych.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE.

Kilkunastu lekarzy warszawskich w dniu 2 lipca r. b. urzędują wycieczkę do Buska [ewentualnie do Solca, Ojcowa i Pieskowej Skaly]. Przewidywana jest i pożądana większa liczba uczestników, interesujących się postępami i stanem naszego zdrojowiska. Ponieważ w oznaczonym czasie, jako w pełni sezonu leczniczego, mogłyby spotkać kolegów pewne trudności ze znalezieniem powozów w Kielcach, a bardziej jeszcze z noclegiem w Busku, pragnąłbym kolegom oszczędzić tego kłopotu i podejmuję się porobić możliwe ułatwienia.

Proszę więc wszystkich zdecydowanych uczestników wycieczki zawiadomić mnie o swoim przyjeździe zawczasu, mianowicie p r z e d 2 0 c z e r w c a, pod adresem: Busko, gub. Kielecka.

Wyjazd z Warszawy ma nastąpić 2 lipca [sobota] z dworca terespolskiego o godz. 11 min. 38 wieczorem; przyjazd do Buska nazajutrz około godz. 3 po południu. Koszt przejazdu z Warszawy do Buska wynosi od osoby niecałe 8 rb. [w kolei II klasa, w powozie po dwie osoby]. Śpieszący się z powrotem po 24 godzinach pobytu w Busku, mogą być w Warszawie 5 lipca [wtorek] o godz. 7 zrana.

Józef Grabowski lekarz zakładu kąpielowego.

Wiadomości bieżące.

— Z okazji, iż nadszedł sezon wysyłania chorych do różnych miejsc kuracyjnych, przypominamy kolegom aby grosza w kraju zapracowanego nie marnować i nie wyrzucać go niepotrzebnie na obczyźnie. Lekarze więc powinni uważać sobie za obowiązek zalecać chorym o ile możności miejscowości swojskie i nie zapominać, iż wysyłając chorych do miejscowości obcych zagranicznych, przyczyniają się do przejś-

cia dużych sum pieniędzy corocznie z kieszeni polskich do cudzoziemców. Posiadamy tyle różnorodnych zdrojowisk i miejsc kuracyjnych, iż mogą one wypełnić prawie całkowicie wskazania lekarskie i zadowolić większość potrzeb, tak że tylko w małej liczbie przypadków usprawiedliwionem być może wysyłanie do badań zagranicznych (Karlsbad, Marienbad). Wysyłając chorych do miejscowości zagranicznych, prócz ubożenia samych siebie, pozbawiamy miejscowości swojskie, krajowe możliwości rozwijania się, ulepszania i zaprowadzenia w nich komfortu i przyjemności, którymi blyszczą wody zagraniczne i na wielu działają nęcąco i decydująco. Przysłać należy, iż w ostatnich latach ta wędrówka po zdrowiu do zdrojowisk cudzoziemskich znacznie się zmniejszyła, i że swojskie są liczniej uczęszczane, co dało im możliwość porobienia wiele udogodnień i ulepszeń. Lekarze skierowując coraz więcej osób, zasięgających ich porady do zdrojowisk swojskich, zobowiążą zarządy tych zdrojowisk do postępów higienicznych i estetycznych, których wówczas od nich będziemy mieli prawo domagać się.

— Jedną z miejscowości zasługujących ze wszech miar na wszechstronne poparcie, jest Zakopane, a specjalnie otwarte tamże przed 2-ma laty sanatorium chorych piersiowych. Wobec tego, że uzdrowisko to zbudowane jest w miejscowości górskiej, przepięknej, a urządzone jest tak, iż zdaniem znawców wytrzymać może porównanie z najpierwszymi podobnymi zakładami w Europie (specjalnie Szwajcarskimi), że posiada umiejętnego kierownika w osobie dra DŁUSKIEGO, że nie jest droższem od najlepszych (około 400 koron miesięcznie), wreszcie iż chory w nim umieszczony czuje się w atmosferze swojskiej i mniej go pożera tęsknota, bo obcuje z pokrewnymi sobie mową i duchem, za prawdę—występkim nazwałby można, wysyłanie chorych piersiowych gdzieindziej, za granicę, a nie do Zakopanego. To też z przyjemnością dowiadujemy się, iż przyszłość tego polskiego uzdrowiska jest zabezpieczona, a dalszy jego rozwój leży w rękach naszych lekarzy.

— Że i pod względem administracyjnym praca na polu ulepszeń balneologicznych polskich zdrojowisk nie ustaje, dowodem jest świeżo przysłana nam broszurka prof. dra L. KORCZYŃSKIEGO z Krakowa „Zarys organizacji zdrojowisk i uzdrowisk krajowych“, która jest referatem, przesłanym namiestnictwu we Lwowie przez Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, jako odpowiedź na kwestyonaryusz „w sprawie zdrojowisk krajowych“. Autor referatu słusznie twierdzi, iż galicyjskim zdrojowiskom i uzdrowiskom „nie dostaje zasadniczych warunków do spełniania zadań, które są właściwym ich celem, jak 1) nakreślonego i w szczegółach opracowanego planu rozwoju; 2) należytych urządzeń leczniczych i sanitarnych; 3) pieniędzy na przeprowadzenie racjonalnej, wszechstronnej organizacji, wreszcie 4) władzy, mającej za cel wyłączny szczególony nadzór zdrojowisk i uzdrowisk i ciągłą pieczę o ich potrzeby, i w tym celu proponuje „powołanie do życia stałej komisji balneologicznej, noszącej np. miano „c. k. Krajowa Komisja Zdrojowa“ z oddziałami: sanitarnym, technicznym i przemysłowym. Plan zakreślony szeroko, który gdy będzie wykonany, przyniesie olbrzymią korzyść naszym zdrojowiskom i uzdrowiskom, a więc i krajowi, a jego inicjatorem wdzięczność społeczeństwa. Bliżej interesujących się tą kwestyą odsyłamy po te szczegóły do wspomnianej broszurki, która jest odbitką z № 5 „Przewodnika kąpielowego“.

— Warszawsko-Łódzki pociąg sanitarny, zaproponowany przez arcybiskupa warszawskiego POPIEŁA, wyjechał już na Daleki Wschód. Z lekarzy wyjechali z nim koledzy SZOZENIOWSKI i ŁUBIEŃSKI.

— „*Rheinische Volkshelstätten für Nervenkrankte*“, zebrawszy 150000 marek gotówką i otrzymawszy 100 morgów gruntu leśnego w okolicy Elberfeldu, przystąpiło do budowy uzdrowiska dla biednych 120 kobiet nerwowych i zamierza zakład otworzyć w 1906 r.

— W Berlinie zawiązało się pod przewodnictwem prof. HOFFA'y Towarzystwo celem urządzenia „*Kinder-Erholungsheim für Knochen-und Gelenktuberculose*“.

— Zmarł w Lozannie z paraliżu postępowego po 4-letniej chorobie prof. agrégé w Paryżu dr GILLES de la TOURETTE, znany specjalista chorób nerwowych, autor wielu cennych prac, z których jedna klasyczna o histeryi w polskiem streszczeniu, dokonaniem przez kol. PUŁAWSKIEGO, wyszła w „Odczytach Klinicznych“.