

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O t. zw. PALCU PRZTYKAJĄCYM.

(DOIGT à RESSORT. DIGITUS RECELLENS).

NAPISAL

Dr. B. Dzierżawski.

Terminem tym oznaczamy takie zaburzenie w czynności palców, w którym przy zginaniu jeden z nich lub kilka zatrzymuje się na pewnym stopniu zgięcia, dalej, pomimo wysiłków chorego, zginanie przez czas pewien nie postępuje, aż wreszcie, jakby po przewyciężeniu pewnej przeszkody, palec nagle, szybko się zgina; podobny przebieg ma i wyprostowanie. Jednym słowem zginanie i wyprostowanie przebiega tu w sposób bardzo podobny do zamykania i otwierania szczyryka. Przeszkoda czasami jest tak silna, że dopiero pomoc czynna drugiej ręki lub oparcie na jakimś nieruchomym przedmiocie, umożliwiają dalsze zgięcie, względnie wyprostowanie. Ta pomoc zewnętrzna częściej bywa potrzebna przy wyprostowaniu jak przy zginaniu, gdyż silnym zginaczom łatwiej przewyciężyć przeszkodę niż względnie słabym mięśniom wyprostnym. Przy przewyciężaniu przeszkody w niektórych przypadkach nie bywa wielkiego bólu; w innych zaś ból bywa tak silny, iż może stać się powodem nerwowych ataków, a nawet i omdleń.

Jak widzimy z wyżej wymienionych objawów choroba ta, pomimo brzmiącej żartobliwie nazwy, jest bardzo uciążliwą. Nie tylko ludziom, utrzymującym się z pracy rąk utrudnia zarobek, ale nawet dla najbogatszych stanowi zawadę przy wypełnianiu wszystkich, nieomal najdrobniejszych, codziennych czynności około własnej osoby. Z tych to względów zasługuje na dokładne zajęcie się nią. Na szczęście palec prztykający nie zdarza się często. Są nawet chirurdzy, którym nigdy nie zdarzyło się tego zaburzenia widzieć, tak np. Hueter, Albert nie wspominają nawet o nim

w swoich podręcznikach, a König widział jeden tylko przypadek, ale, jak to zobaczymy później, nie czysty.

Pierwszy zwrócił uwagę na tę chorobę palców Notta w r. 1850 ¹⁾. W roku 1887 Schmidt ²⁾ zestawił 69 przypadków; summa ta do obecnej chwili nie wiele się powiększyła. U nas, o ile mi wiadomo, pisał o tem jeden tylko Matlakowski ³⁾, któremu też polską nazwę tej choroby zawdzięczamy. Nazwa ta jest bardzo, mojem zdaniem, udatna, bo w gruncie rzeczy, prztykanie zarówno dobrowolne, że tak powiem fizjologiczne, jak i bliżej nas obchodzące, mimowolne, patologiczne, polega na jednym i tym samym momencie mechanicznym, t. j. na chwilowem zahamowaniu czynności zgięcia lub wyprostowania. Różnica w tem jest tylko, że w pierwszym przypadku osiągamy zahamowanie dobrowolnie, przez odpowiednie podstawienie drugiego palca, w drugim zaś przychodzi ono do skutku samo przez się jako wynik zmian chorobliwych w anatomicznych składnikach palca. Nazwa francuzka „doigt à ressort” i niemiecka „federnder, schnellender Finger” istoty rzeczy nie przedstawiają tak dobrze. Dla zwolenników terminologii łacińskiej ośmielam się zaproponować nazwę *digitus recellens*, t. j. palec odskakujący; nie jest to nazwa bez zarzutu, gdyż, ściśle biorąc, wskazuje ona tylko na zaburzenie w wyprostowaniu, a zatem chorobę częściowo tylko charakteryzuje.

Mechanizm, powodujący prztykanie, na różny sposób próbowano objaśniać. Według Notty prztykanie zależy od zahaczenia o poprzeczną beleczkę rozciągnięta dłoniowego *zgrubiałej błony maziowej ścięgien*; błona maziowa, jak wiadomo, wyściela wewnętrzne powierzchnie kostno-włóknistych pochew ścięgien zginaczy, stanowiąc zupełnie zamknięte worki. Na końcach palców i na dłoni błona maziowa z pochwy zawraca na same ścięgna, co na dłoni ma miejsce mniej więcej nieco powyżej stawów palcowo-dłoniowych (nb. tylko na trzech środkowych palcach). Przy zginaniu zawrót ten niejako się rozwija, przechodząc pod poprzecznymi beleczkami rozciągnięta dłoniowego, przy wyprostowaniu zaś ma miejsce do pewnego stopnia wpochwienie tego zawrotu do wewnątrz pochwy ścięgien. Jeżeli ten

¹⁾ Archives générales de Médecine, 1850, str. 142.

²⁾ Bulletin générales de Therapeutique, 1889, Centralbl. f. Ch., 1887, str. 634.

³⁾ Gazeta Lekarska, nr. 17, 1889.

górną zawróć ulegnie wskutek zmian zapalnych zgrubieniu, wtedy może zahaczać przy ruchach o wystający brzeg poprzecznej beleczki rozciągniętego dłoniowego, czem właśnie, według Notty, tłumaczy się objaw przytkania. W przypadkach, opisanych przez Notte, wyczuwano zgrubienie na ścięgnach właśnie w miejscach, odpowiadających tym zawrotom, t. j. na dłoni w odległości 3 ctm. m. w. po nad fałdą palcowo-dłoniową. Jednakże tłumaczenie to, choć oparte na dokładnej znajomości stosunków anatomicznych, o czem można się naocznie przekonać na trupie, rzeczy nie wyczerpuje, gdyż nie może nam objaśnić przytkania na małym, a zwłaszcza na dużym palcu, gdyż worki maziowe tych palców nie mają wyżej wyszczególnionych właściwości; nie ma do tego na paluchu i poprzecznej beleczki rozciągnięta, a pomimo tego, ten właśnie palec najczęściej dotknięty bywa przytkaniem.

Z tych to powodów Menzel ¹⁾ starał się inaczej mechanizm przytkania wytłumaczyć. Według Menzla przyczyną przytkania jest *nierówność* lub *guzik na ścięgnię*, który przy ruchach zahacza o prawidłowy lub zwężony brzeg dłoniowy kostno-włóknistej (nie maziowej) pochwy ścięgna lub też na innem miejscu pochwy, gdzie ta będzie zwężona. Na paluchu zahaczanie może mieć miejsce także i na więzie obrączkowym, łączącym kostki trzeszczkowe, między którym i kością przebiegają ścięgna zginaczy palucha. Menzel zjawisko przytkania wykazał doświadczalnie na trupie, imitując guzik na ścięgnię, obwiązaniem nitką, zwężając jednocześnie pochwę lub wycinając w niej okienka. Doświadczenia Menzla powtarzał Blum ²⁾, również i moje doświadczenia w powyższym kierunku wypadły dodatnio. Na korzyść tego tłumaczenia przemawia również ta okoliczność, że w niektórych przypadkach wyczuwano guzik na ścięgnię na samym palcu, na miejscu dalekiem zarówno od górnego zawrotu błony maziowej, jak i od poprzecznych beleczek rozciągniętego dłoniowego, np. w jednym z przypadków Bluma. Chora Kurza ³⁾, gdy jej guziczek, wyczuwany na ścięgnię trzeciego palca, uciśnięto od strony obwodowej, nie mogła zgiętego palca wyprostować.

¹⁾ Centralbl. f. Chirurgie, 1874, cyt. u Matlakowskiego i Bluma.

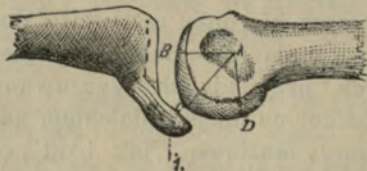
²⁾ Blum Albert. Arch. Génér. de Méd. Mai, 1882.

³⁾ Kurz E. C. f. Chir. 1887, str. 116.

Jednem słowem ten mechanizm przytkania zdaje się nie ulegać wątpliwości, przynajmniej co do pewnej liczby przypadków, tembardziej, że i naocznie stwierdzony został przy operacyi przez Bluma ¹⁾, Schönborna ²⁾. Matlakowski także ten mechanizm dla swojego przypadku przyjmuje. Lecz podobnie jak mechanizm Notty i ten nie da się zastosować do objaśnienia wszystkich przypadków, gdyż w bardzo wielu żadnego zgrubienia na ścięgnie nie wyczuwano, np. w przypadkach Bernhardta ³⁾, Fiebera ⁴⁾, Steinthala ⁵⁾ i innych.

Natomiast były tu mniej lub więcej zgrubiałe i bolesne końce stawowe odpowiednich kości. Fakty ostatniej kategorii, jak również ta okoliczność, że guziczki lub zgrubienia na ścięgnach są wogóle niesłychanie rzadkie, skłoniły Poirier'a do szukania przyczyn przytkania nie w ścięgnach, a w *stawach* odpowiednich palców. Przed Poirierem już możliwość przytkania pochodzenia stawowego stwierdzili König ⁶⁾ i Walter ⁷⁾, lecz nie na palcach rąk, a stóp, i nie na chorych, a na preparatach, otrzymanych przy sekcyci lub amputacyi. Poirier drogą bardzo pracowitych i drobiazgowych poszukiwań anatomicznych doszedł do następujących wniosków: końce stawowe kości dłoniowych (oss. metacarpi) nie są doskonałe kuliste, a na początku dolnej, dłoniowej powierzchni przedstawiają małe wzniesienie (arête), tak, że promień ruchu falangi musi tu być nieco dłuższy, niż na innych punktach stawu (patrz fig. I). Wskutek tego,

Fig. I. (Szematyczna, według Poirier'a).



1 — fibrocartilago glenoidalis. BA, CA, DA promienie ruchu falangi. Przy C wzniesienie na pow. stawowej główki kości dłoniowej.

¹⁾ Patrz u Poirier'a Arch. gén. de Méd., 1889, str. 314.

²⁾ Schmidt Oskar. Ueb. eine oper. Behandl. eines schuell. Fingers. Dyssert. Würzburg, 1889. Roczniki Virchowa i Hirscha z r. 1889, str. 453.

³⁾ C. f. Chir. 1887, str. 959.

⁴⁾ Cyt. u Bluma.

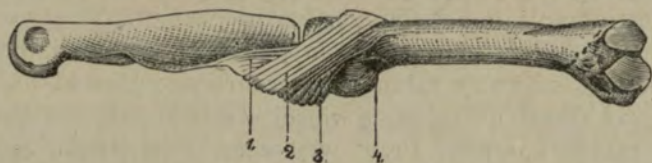
⁵⁾ C. f. Ch., 1886.

⁶⁾ Lehrbuch de spec. Chirurg. T. III, str. 228, r. 1886.

⁷⁾ Cyt. u Poirier'a, l. c., str. 146.

gdy falanga przy zginaniu palca przechodzi po nad tem wzniesieniem, więzy boczne ulegają silnemu napięciu; po przejściu wzniesienia napięcie znika i dalsze zgięcie bez przeszkody już następuje. W warunkach prawidłowych więzy boczne stawu są wiotkie, mało napięte, pomimo więc owej wyniosłości na główce kości dłoniowej prztykanie nie występuje. Lecz niech tylko napięcie więzów będzie wskutek zapalnego nacieczenia, włóknistego zwyrodnienia lub przesunięcia punktów przyczepu wzmożone, albo też niech owa wyniosłość na powierzchni stawowej kości dłoniowej będzie wskutek jakiegokolwiek sprawy patologicznej wyrażona silniej, wtedy już mamy wszystkie warunki potrzebne do prztykania. Kierunek przebiegu więzów z góry, od grzbietowej powierzchni kości dłoniowych, skośnie w dół i do przodu do powierzchni dłoniowej falangi, szczególnie sprzyja powstawaniu tego zjawiska (patrz fig. II). Stawy po-

Fig. 11. (Schematyczna, według Poirier'a).



2—pęczek zbity, 3 — pęczek wiotki więzu falango-dłoniowego, 4—wypstę główki od strony dłoniowej trzonu.

między falangami mają zupełnie podobną budowę, dla tego i tam również możliwe jest prztykanie. Zjawisko prztykania można bardzo łatwo wywołać na trupie na każdym palcu, jeżeli po odpreparowaniu więzów dać preparatowi nieco podeschnąć, wskutek czego robią się więzy mniej podatnymi. U żywego człowieka także można wywołać zjawisko prztykania; dość jest dla tego tylko zwiększyć napór jednej kości stawu palco-dłoniowego na drugą, co łatwo osiągnąć możemy, ująwszy którykolwiek palec jednej ręki drugą, naciskając nieco w kierunku kości dłoniowej i wykonywując wtedy bierne zgięcie. Również łatwo zjawisko prztykania wywołać, robiąc zgięcia przy jednoczesnem napięciu zginaczy i wyprostnych. Przy tych doświadczeniach, które każdy na sobie łatwo sprawdzić może, nie ma przecie żadnych guzików na ścięgnach. Za tym mechanizmem, mówi Poirier, przemawia i to, że częstsze są zmiany patologiczne w kościach i więzach stawowych, niż guziki na ścię-

gnach, które stanowią rzadkości anatomo-patologiczne. W większości przypadków, według Poiriera, przytkanie na pewno zależy od przyczyn „stawowych”, choć nie zaprzecza on bezwzględnie możliwości przytkania naskutek zmian w ścięgnach. Tak tłumaczy Poirier przytkanie samoistne, reumatyczne, które wystąpiło bez poprzedzającego urazu. Jest jeszcze inny rodzaj przytkania, pochodzenia *urazowego*, które może wystąpić na *dużym palcu* po nadmiernem zgięciu tegoż. Tu mechanizm jest inny: więzy boczne stawów palcowo-dłoniowych idą skośnie z górą od powierzchni grzbietowej kości dłoniowej w dół do dłoniowej powierzchni pierwszej falangi. Więzy te na każdej stronie mają po 2 pęczki: górny, idący od kości dłoniowej do samej falangi—ten jest zbity i tęgi, i pęczek dolny, idący wachlarzowato prawie z tego samego punktu przyczepu, lecz nie do samej falangi, a do *fibrocartilago glenoidalis*, będącej niejako przedłużeniem stawowej powierzchni falangi (patrz rysunki). Ten pęczek jest utkrania mniej zbitego, bardziej wiotki. Więzy z obu stron palca w całości przedstawiają się w postaci pętli, otaczającej koniec stawowy falangi i fibrocartilago glenoidalis. Paluch prawidłowo nie zgina się więcej w stawie palcowo-dłoniowym, niż do 60—70°. Przy większem, forsownem zgięciu pęczek górny, zbity ulega rozerwaniu, a dolny, wiotki może się wtedy ześlizgnąć z główki kości dłoniowej do jej podstawy. Ponieważ główka na paluchu posiada na powierzchni dłoniowej względnie do samego trzonu kości dość ostry występ (patrz fig. II), ześlizgnięta więc pętla może się tu zahaczyć. Zahaczenie takie powtarza się przy każdym silniejszym zgięciu; silny skurcz mięśni wyprostnych odczepia zahaczoną pętlę, przy czem wyprostowanie następuje nagle, z wiadomem podobieństwem do mechanizmu sprężynowego. To objaśnienie znakomicie tłumaczy przypadki przytkania, które wystąpiły po dystorsyjach palucha, a które mechanizmem „ścięgnistym” w żaden sposób objaśnić się nie dają. Przypadek tego rodzaju obserwował sam Poirier; jeden z przypadków Bluma, zdaje się, także do tej należeć kategorii.

Dla ścisłości musimy zaznaczyć, że i na inne jeszcze sposoby próbowano wytłumaczyć mechanizm przytkania. Tak Pitha ¹⁾ przypuszczał obecność w stawach palcowych,

¹⁾ Cyt. u Rehn'a. C. f. Ch., 1884, str. 260.

myszy stawowych, Nélaton ²⁾ obecność takich ciał w workach maziowych ścięgien, a Lossen ³⁾ przypuszcza, że w jego przypadku wywoływały prztykanie znajdujące się w worku skrzesy włóknika. W przypadku Leisrinka guziczek na ścięgnię zginacza głębokiego zahaczał się jakoby przy zgięciu w widelkach zginacza powierzchownego.

Reassumując to cośmy powyżej powiedzieli, widzimy, że przyczyna prztykania może być 1) w ścięgnach lub ich pochwach, 2) w stawach. W pierwszym przypadku może być skutkiem: a) zgrubienia górnego zawrotu błony maziowej, b) skutkiem braku stosunkowości między grubością ścięgna a światłem pochwy lub c) skutkiem kołających się w pochwie ciałek wolnych lub skrzesów; (Leisrinka nie powtarzamy). W drugim przypadku prztykanie zależy może od zmiany w napięciu więzów, lub też od zmiany w kształcie główki. (Prztykanie palucha pochodzenia urazowego stoi zupełnie oddzielnie).

Rodzi się więc ztąd pytanie, jak w danym przypadku przyczynę prztykania rozpoznać. Postawienie tego pytania może mieć nie tylko teoretyczne znaczenie, boć przecie rzecz jasna, że w razie siedliska choroby w pochwie lub ścięgnię nic łatwiejszego, skoro łagodniejsze zabiegi nie dopiszą, jak pochwę otworzyć, ściać narodził ze ścięgna, a ewentualnie przeciąć tę krawędź, o którą zgrubienie ścięgna lub worka maziowego zahacza, jak to już Blum ⁴⁾, Schönborn ⁵⁾ i Leisrink ⁶⁾ zrobili. Przy pochodzeniu zaś stawowem (nie traumatycznym) leczenie powinno być skierowane na rozciąganie więzów skurczonych, ewentualnie na ich przecięcie, jak to zaleca Poirier.

Następujący przypadek może być dowodem, że dokładne rozważenie objawów może dać nam tutaj wystarczającą odpowiedź.

Pani **, osoba lat 59, zgłosiła się do mnie z powodu trapiącego ją od lat kilku „reumatyzmu”. Uczuwa bóle w różnych częściach ciała, głowa tylko od bólów jest wolna. Przy tej okazji zwraca uwagę na zaburzenie, jakim są

²⁾ Elements de Pathol. chirurg. 1859. T. V, str. 933.

³⁾ Hueter-Lossens Grundriss d. Chirurg. Spec. Theil. IV—V Abth., str. 106, r. 1884.

⁴⁾ Patrz u Poirier'a, l. c., str. 314.

⁵⁾ Patrz u Schmidta Oscara, l. c.

⁶⁾ C. f. Ch., 1884. str. 755.

dotknięte czwarte palce obu jej rąk. Przy zbadaniu okazuje się, że mamy tu do czynienia z typowymi palcami przytkającymi. Zaburzenie to rozwinęło się nieznacznie, powoli, a niemiłe jest dla chorej głównie z tego powodu, że przeszkadza jej grać na fortepianie. Przy dobrowolnem zginaniu palców zdaje się, jakoby przytkanie miało miejsce w stawach palcowo-dłoniowych. Przy obmacywaniu wyczuwa się w tem miejscu jakby zgrubienie, przy ruchach czynnych przesuwające się z trudem pod badającymi palcami, lecz absolutnie niepodobna zdać sobie sprawy, czy to zgrubienie należy do ścięgna, pochwy (mianowicie jej zawrotu), lub też do leżącej pod niemi główki kości dłoniowej. Ucisk, niezbędny przy badaniu, jest dość bolesny, chora niechętnie się tym manipulacyjom poddaje. Że przytkanie w tym przypadku zależy nie od stawów, doszedłem dopiero na zasadzie następujących faktów: jeżeli chora sama zgina rękę, wtedy wydaje się jakoby przytkanie miało miejsce w stawie palco-dłoniowym. Jeżeli zaś unieruchomić palec w tych stawach i kazać wtedy chorej zginać drugą falangę na pierwszą, to przytkanie występuje także w całej okazałości. Przesuwającą się pod palcami nierówność tak samo wyczuwam wtedy w okolicy stawu unieruchomionego, t. j. palco-dłoniowego. Izolowane zgicie paznogciowej falangi odbywa się zupełnie prawidłowo. Już ta okoliczność, że przytkają z oddzielne stawy, a zgrubienie wyczuwa się w obu razach w jednym i tem samem miejscu, pozwala przypuszczać, że przyczyna przytkania nie leży w stawach, a w ścięgnach, ewentualnie w błonach maziowych. Zahaczanie ma miejsce przy ruchach zginacza powierzchownego, poruszającego oba te stawy. Przy *ruchach biernych* przytkanie nie występuje wcale; to już ostatecznie stwierdza moje przypuszczenie o ścięgnięciem pochodzeniu zaburzenia w danym przypadku, gdyż jeżeliby powód przytkania leżał w nadmiernem napinaniu więzów, bądź wskutek dyformacji końców stawowych kości, bądź wskutek zmienionego ich utkania, to stan czynny lub bierny mięśni nie powinienby się wcale na występowaniu lub znikaniu objawu odbijać.

O trafności tego mojego rozumowania, dzięki szczęśliwemu zbiegowi okoliczności, miałem sposobność się w niedługim czasie przekonać na innym chorym, 50-letnim podagryku, który się zgłosił do mnie z pozostałościami po świeżo przebyтым typowym napadzie ostrej dny. Sam on

na swoim paluchu żadnego przytkania nie zauważył, narzeka tylko na ból przy chodzeniu.

Badając palec, znalazłem staw paluchowo-śródstopowy obrzmiały, a przy wykonywaniu ruchów biernych zauważyłem objaw przytkania. Małe względnie ruchy palucha przy chodzeniu są zapewne powodem, że chory sam przytkania nie zauważył. Ten mój przypadek przedstawia pewną analogiję z przypadkiem, opisanym przez Königa w jego podręczniku chirurgii szczegółowej.

Co do przyczyn choroby, to uraz może wywoływać przytkanie w kilka odmiennych sposobów. Jak już widzieliśmy może być przyczyną tego dystorsyja stawu przez nadmierne zgięcie (przyp. Poiriera i inne). Następnie rana ścięgna może być przyczyną karbu na temże, jak również jednocześnie i przyczyną bliznowatego skurczenia pochwy. Dalej rana może być powodem nacieczenia zapalnego w zawrocie błony maziowej (jeden z przyp. Notty). Rana lub zapalenie błony maziowej ścięgna może dać powód do przytkania także przez uwieżgnięcie skrzepów włóknika w wąszych miejscach pochwy (przyp. Lossena). Długotrwały i często powtarzający się ucisk był przyczyną zgrubienia zapalnego na ścięgnach w przypadkach Schönborna, Fiebera, Rehna, Kurza, Klemperera ¹⁾ i innych. Zastrzał, wywołując stwardnienie i nieprawidłowe zrosty więzów, także może być przyczyną przytkania (przyp. Steinthala). Najczęściej jako moment etyologiczny notowano jednak reumatyzm (w zestawieniu Bluma 8 razy na 24 przypadków). Rzecz to jasna ze względu na to, że siedliskiem zmian reumatycznych mogą być zarówno pochwy ścięgien jak i stawy. W obu moich przypadkach dnę uważam za przyczynę zaburzenia. Co do drugiego mojego chorego, to ze względu na poprzedzający atak ostrej dny, wątpliwości żadnej być nie może. U pierwszej chorej, wobec stałego przesycenia jej moczu nadmiarem kwasu moczowego, zarówno ten „reumatyzm”, na który narzekała, jak również i palce przytkające, zdaje mi się, że mogę uważać z dużem prawdopodobieństwem za objaw dny astenicznej. Być może, że złogi moczanów, osadzając się w stawach, zniekształcają jeszcze więcej już i tak nie doskonale kulistą ich budowę. Złogi moczanów równie dobrze jak w stawach odkładają się

¹⁾ Deutsche Med. Zeitung, 1890, str. 561.

i w tkankach naokoło ścięgien, co zdarzało mi się kilka razy spostrzeżać; może więc w pierwszym moim przypadku były właśnie takie złogi w tkance błony maziowej przyczyną jej zgrubienia, i, co za tem idzie, przytkania w myśl Notty.

Co do leczenia, to takowe musi być bardzo rozmaite, stosownie do mechanizmu, jak i przyczyn. Wyżej już wspominaliśmy o leczeniu operacyjnem. W większości przypadków mięsienie, ruchy bierne, kąpiele miejscowe okazywały się mniej lub więcej skutecznymi. W przypadkach silnej bolesności, a pochodzenia samoistnego („reumatycznego”) należy stosować przed mięsieniem spokój i środki odciągające w postaci Collod. Cantharidati, jodyny i t. p. Spokój również należy stosować w przypadkach urazowych przy dystorsyi, gdyż tutaj mamy właściwie doczynienia ze zwknięciem. W obu moich przypadkach mięsienie, łącznie z ogólnem przeciwdnowem leczeniem, dało wyniki zadawalniające.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych uniwersytetu Warszawskiego.

Przyczynę do badania drobnowidzowego mózgu.

Podał

Karol Rychliński.

Ordynator kliniki.

Najwięcej rozpowszechnionemi sposobami przygotowania preparatów z tkanki mózgowej dla celów drobnowidzowych do ostatnich prawie lat były: 1) sposób powolnego stwardniania tkanki w płynach różnego chemicznego składu, stwardniających, i zalewanie kawałków w celluloidynie lub stosownej massie tłuszczowej i 2) szybkie stwardnianie kawałków tkanki mózgowej w rozstworze sublimatu i następnie zalewanie ich w parafinie. Pierwszy z nich posiada wielkie niedogodności, gdyż: a) otrzymują się skrawki zbyt grube i b) bardzo jest trudno barwić je kilkoma barwnikami. Drugi sposób usuwa tylko co wyliczone niedogodności, ale ma za to i swoje braki: a) żeby przygotować według tego sposobu preparaty potrzeba mieć świeżą tkankę, co nawet w wielkich pracowniach często jest niemożliwe i przez to część przybywającego materiału traci się bezpowrotnie; β) przy rozpatrywaniu pod drobnowidzem badaczowi prze-

szkodzą złoży krysztalów chlorku rtęci, które usunąć wprawdzie długiem przemywaniem bieżącą wodą można, lecz przytem traci się i wiele czasu, a często nawet i przyklejony do szkiełka skrawek. Oprócz krysztalów chlorku rtęci prawie zawsze w polu drobnowidzowem badacz napotyka mniejsze lub większe grudki tak zwanej substancji chromoleptycznej, które przeszkadzają mu niemniej od poprzednich.

Usuającą tylko co przytoczone braki metodą przygotowywania preparatów do badań drobnowidzowych, zdaje się być metoda d-ra Przewoskiego, ogłoszona w 1890 r. w „Gazecie Lekarskiej”. Według niej w parafinie zalewać można cząstki takiej tkanki, która stwardniała w różnego rodzaju płynach stwardniających, i barwić skrawki kilkoma barwnikami.

Pierwsze próby zastosowania metody Przewoskiego do badań tkanki nerwowej uskutecznił dr. Ciągliński ¹⁾. Modyfikacje, jakie wprowadził są nieznaczne, barwienie zaś skrawków, proponowane przez autora, zdaje mi się, nie jest lepszem od barwienia metodą Pał'a lub Weigert'a z następnem podbarwianiem skrawków eozyną, safraniną, albo alunowym karminem, lub wreszcie i pikrokarminem. Nie myślę jednak zaprzeczać, by barwienie, wprowadzone przez d-ra Ciąglińskiego, nie miało znaczenia, i owszem próby, które wykonałem na razie wypadły bardzo zadawalniająco, tylko przypuszczam, a nawet już mam dowody, że użyta do barwienia safranina nie należy do trwałych barwników i że z biegiem czasu preparaty wypełzną. Zmiany, poczynione w metodzie d-ra Przewoskiego przez d-ra Ciąglińskiego, dotyczą tkanki rdzeniowej, z kory zaś i z innych części mózgu do tej pory preparaty według tej metody przygotowane bardzo mało są znane. Chcąc zastosować ze wszch miar wygodniejszą od poprzednich metodę d-ra Przewoskiego do tkanki mózgowej, starałem się jednocześnie o ile można skrócić procedurę, proponowaną przez autora ²⁾; wyniki, jakie otrzymałem, zadowolily mnie w zupełności. Sposób, wypróbowany przezemnie, polega na tem, że:

1) kawałki mózgu, stwardnionego w dwuchromianie potasu (najlepiej brać mózgi, które leżały w tym płynie nie

¹⁾ O ile mi jest wiadomem, to i sam dr. Przewoski obecnie znacznie uprościł swój sposób.

²⁾ Kronika Lekarska, 1891 r.

dłużej niż 1 rok) kładę do spirytusu, coraz to większej mocy i wreszcie do absolutnego alkoholu na 1 do 3 dób;

2) z alkoholu przenoszę je do czystego, prawie bezwodnego olejku anilinowego aż do zupełnego zprzezroczenia kawałków, z kądem

3) na dobę do nasyconego przy pokojowej ciepłocie roztworu parafiny (+45° C.) w czystej terpentynie francuskiej ¹⁾ i wreszcie

4) osuszone bibułą kawałki trzymam od 4 do 12 godzin w termostacie przy 48°—50° C. w mieszaninie równych części parafiny rozpuszczalnej przy 45° C. i 58° C., do której dodaję około 10% czystego białego wosku. W tej samej parafinie preparaty zwykle zalewam, starając się o jak najszybsze ostudzenie masy.

Przygotowane tą drogą preparaty krają się dobrze (0,005 m. grubości) i przyklejają na szkiełku wodą przekroploną. Barwienie skrawków temi lub innymi barwnikami zależy od celu, jaki podejmuje badacz, wypada mi jednak zaznaczyć, że poczwórne barwienie Gaule'go ²⁾ dla przygotowanych według tego sposobu skrawków nie zupełnie się nadaje, gdyż barwiąc ładnie ściany i zawartość naczyń nie uwydatnia w należytej mierze składowych części komórki nerwowej, nie odpowiada więc założeniu, jakie postawił sobie i dopiął autor tego barwienia.

Próbując różnych kombinacji barwników dla przygotowanych przezemnie skrawków, zatrzymałem się wreszcie na następującej:

a) po rozpuszczeniu parafiny w ksylolu i po usunięciu tegoż olejkem anilinowym, spirytusem i alkoholem,

b) przepłukuję skrawki na szkiełku wodą przekroploną i na nie puszczam kilka kropel hematoksyliny Böhmer'a ³⁾, którą pozostawiam w ciągu 1 minuty,

¹⁾ Jeżeli kawałki mózgu są nie duże, zabieg ten można zupełnie opuścić.

²⁾ Patrz „Nowiny Lekarskie” nr. 1, 1889 r. artykuł d-ra Święcickiego.

³⁾ Płyn ten składa się z mieszaniny 2 płynów: a) 1,00 hematoksyliny rozpuszcza się w 10 sześć. cent. alkoholu; b) 20,00 alunu rozpuszcza się w 200, sześć. cent. wody. Oba te płyny na drugi dzień się zlewa razem, filtruje się i płyn po kilku tygodniach (2—3) może być użyty do barwienia.

c) usuwam nadmiar barwnika wodą i przez 1 minutę trzymam skrawki pod nigrozyną ⁴⁾, następnie przemywam je w wodzie i

d) na $\frac{1}{2}$ min. puszczaam spirytusowy nasycony roztwór eozyiny, utrwalam ten barwnik zanurzeniem skrawków przez 5'—8' w wodzie i, usunąwszy nadmiar barwnika spirytusem,

e) trzymam skrawki nad płomieniem gazu w kwaśnej fuksynie ⁵⁾ aż do lekkiego parowania ostatniej i wreszcie

f) zmywam nadmiar fuksyny najpierw wodą a następnie kwasem pikrynowym ⁶⁾. Kwas pikrynowy dotąd powinien działać, dopóki nie otrzymamy równomiernego zabarwienia całego skrawka na kolor różowawo-żółty z odcieniem zielonkowatym.

Kwas pikrynowy usuwam spirytusem, alkoholem wyciągąm wodę, prześwietlam skrawki olejkim anilinowym i zatapiam w balsamie. Zabarwione w ten sposób preparaty z kory mózgowej dają taki obraz pod drobnowidzem:

a) neuroglia barwi się na kolor szaro-żółty (hematoksylina, kw. pikrynowy), jądra jej na ciemno-fioletowy z ziankami fioletowego i malinowego koloru;

b) protoplazma komórki szaro niebieskawego koloru (nigrozyna, kwas pikrynowy), jądro z wyraźną otoczką błado-fioletowe, jąderko zaś prześlicznie się barwi na kolor malinowy;

c) ścianki naczyń z wyraźnie zarysowanemi jądrami ciemnego koloru widocznie się odróżniają od ogólnego tła; czerwone ciała krwi barwią się na kolor różowy (eozyina) i mają żółtawe wgłębienie, gdy tymczasem białe ciała barwią się na kolor żółty (kwas pikrynowy) a jądra ich na kolor malinowy (fuksyna).

Warszawa, 10 Kwietnia 1892 roku.

⁴⁾ Patrz pracę d-ra Święcickiego.

⁵⁾ 100 sześc. cent. wody mięsza się w ciągu godziny z 20 kroplami olejku anilinowego, roztwór ten filtruję i w nim rozpuszczam 20,00 kwaśnej fuksyny.

⁶⁾ 1 objętość nasyconego roztworu kw. pikrynowego w alkoholu i 2 objętości wody.

K A Z U I S T Y K A.

Niezwyczajny przypadek zapalenia otrzewny.

PODAŁ

M. Roteroven (z Suwałk).

Przypadek niniejszy zasługuje, zdaniem mojem, na wzmiankę ze względu na swoją etylogiją i na swój przebieg.

Bawiący się przy drodze 4-letni M. W., kopnięty przez konia, upadł na bruk i przejechał w ten sposób, że przednie i tylne koło bryczki przeszły mu przez grzbiet. Było to o 5-ej po południu. Według słów krewnych, dziecko podniesiono ze słabymi oznakami życia. Groźne jednak objawy prędko przeminęły, tak, że przywołany prawie natychmiast lekarz znalazł już dziecko w stanie następującym: Dziecko przytomne, swobodnie porusza dolnemi kończynami. Tętno pełne, nieprzyśpieszone. Oznak uszkodzenia kręgosłupa niema. Z uszkodzeń zewnętrznych można było zanotować tylko siniec wielkości dłoni na grzbiecie i na krzyżu, pod nim podłużne zdarcie naskórka, na podbrzusiu siniec o połowę mniejszy od pierwszego i na prawej zewnętrznej kostce trzeci—jeszcze mniejszy. Miejsca te były przy dotknięciu bolesne. Inny lekarz, przybyły na miejsce w 1/2 godziny po pierwszym, znalazł dziecko również w stanie dobrym.

Po kilku godzinach stan dziecka znacznie się pogorszył. Mianowicie, oddawszy obfity stolec po zaleconej przez lekarza lewatywie, dziecko wymiotowało potem kilkakrotnie, zaczęło się rzucać i być niespokojnem.

Przybywszy do dziecka po raz pierwszy o godz. 9-ej, zastałem je nieprzytomnem, niespokojnem, z twarzą bladą, kończynami zimnemi, pulsem w tętnicy pomienionej niewyczuwalnym. Porażeń żadnych nie ma.

Zastanawiając się nad przyczyną zapaści, można było obrażenie rdzenia i mózgu odrazu wykluczyć. Wystąpienie jej w kilka godzin po urazie zdawało się przemawiać za wewnętrznym krwotokiem, w danym razie do jamy brzusznej. Brak krwi w wypróżnieniach, masach wymiotnych i moczu pozwalał na wykluczenie z rzędu uszkodzonych organów kiszek, żółdka, nerek i pęcherza moczowego. Pęknięcie większego naczynia miało mało prawdopodobieństwa; przypuszczałem więc jakieś uszkodzenie śledziony lub wątroby.

Zastosowawszy na razie 2 szpryczki eteru, wróciłem do chorego o godzinie 11-ej. Zastałem dziecko przytomnem, mającem wielkie pragnienie, niespokojnem; nie wymiotującym; tętno się nie wyczuwa, brzuch wzdęty.

O godzinie 5 rano dziecko zmarło, a dokonane w 36 godzin po śmierci (3/VIII 91) oględziny sądowo-lekarskie wykazały co następuje. (Przytaczam tu tylko ważniejsze dane). W czaszce duże ciemię nie zarosnięte, opony mózgowie i mózg umiarkowanie krwią nastrzyknięte i nie przedstawiają żadnych zmian patologicznych. W jamie osierdza i komórkach serca zawartość zwykła; tylne i dolne części płuc

przekrwione. Grasicca dość wielka. W jamie otrzewnej przeszło 2 uncyje płynu szarego, cuchnącego. Krwi w niej nie ma. Błona surowicza ścianki brzusznej i kiszki mocno nastrzyknięta, zmętniała, pokryta drobnymi skrzepami włóknika, łatwo zdejmującymi się nożem. Pętle kiszki nie sklezione. Przedziurawienia nigdzie nie znaleziono. Żołądek, wątroba, śledziona i tkanka pozaotrzewnowa nie osobliwego nie przedstawiają. Kręgosłup nie uszkodzony; jamy jego nie otwierano.

A więc oględziny pośmiertne wykazały, że mieliśmy do czynienia nie z krwotokiem do jamy brzusznej, lecz z zapaleniem otrzewnej. Sądzę, że pochodzenie jego było urazowe, i że powstałe przytem gwałtowne podrażnienie otrzewnej doprowadziło do t. zw. shoku, a po nim do śmierci. Co do cuchnienia znalezionej w stanie otrzewnej wysięku, to mogło ono zależeć od zmian pośmiertnych, tembardziej, że sekcji dokonano letnią porą w 36 godzin po śmierci chorego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

201. J. KLEMPERER. **Badania nad ochronnem szczepieniem cholery.** (Untersuchungen über Künstlichen Impfschutz gegen Choleraintoxication). (Berl. klin. Wochenschr., nr. 32, 1892 r.).

Wiadomo, iż żadne zwierzę samoistnie nie zapada na cholere, a szczepienie im zarazka nie wywołuje rozmnażania się jego, ale zatrucie ustroju; otrzymujemy nie zakażenie ale zatrucie; tak samo ma się i z tyfusem. Jak jednak już Koch zaznaczył postaci rzeczy bynajmniej to nie zmienia, gdyż wytworzenie odporności na zakażenie tem samem przeciwdziała zatruciu i odwrotnie. Analogija ta dla szczepień ochronnych posiada niewątpliwą ważność.

Drogi do szczepień ochronnych są rozmaite; metoda Pasteura, polegająca na zakażeniu ustroju osłabionym zarazkiem, a przez to na przyzwyczajeniu ustroju do walki z zarazkiem zwykłym dotąd obaloną nie została. Czy zaś osłabiać zarażek tą lub inną drogą, rzecz to już rozwoju odnośnych doświadczeń.

Pomijając przeto rozbiór poszczególnych metod, podanych przez autora, przystępujemy do jego doświadczeń.

Szczepienie ochronne przeciw zatruciu cholera przez otrzewną za pomocą ogrzanej hodowli. Po ogrzaniu hodowli laseczników cholery do 40,05 C. w ciągu 3 dni, autor szczepił świnkom morskim osłabioną tą drogą hodowlę do otrzewny (5 cm. sz. w ciągu 4 dni) a następnie zakażał je lasecznikami cholery zwykłemi w ilości zwykle śmiertelnej dla świnek morskich, mimo to nawet po powtórnem zakażeniu, prócz senności innych objawów nie zauważył. Taką samą odporność uzyskał przy

szczepieniu hodowli ogrzanej do 70° C. przez 2 godziny, hodowle ogrzane do 60°, 55 i powyżej 70° C. działają słabiej.

W następnym szeregu doświadczeń autor wstrzykiwał królikom 1,5 ctm. hodowli *do żył*, poczem śmierć następowała nader szybko przy objawach rozwolnień, zapaści. Od osłabionej nawet ogrzewaniem do 70° C. hodowli (3 ctm.), znoszonej z łatwością przez świnkę morską, króliki zdechały. Skoro jednak ilość tę zmniejszono, króliki szybko wracały do zdrowia i stawały się odpornymi na daleko wyższe dawki. Taką samą odporność uzyskiwał autor, wprowadzając do otrzewny surowicę krwi zwierząt, które zrobił odpornymi. 2 ctm. surowicy, wstrzyknięte na 3 godziny przed zakażeniem wystarczało do uzyskania odporności.

Nawiasem zanotuję za autorem, iż między jego odpornymi zwierzętami znajdował się królik, uprzednio szczepiony osłabionym zarazkiem zapalenia płuc. Szczepienie jego surowicy krwi obok odporności przeciw cholercie nadawało zwierzętom odporność na szczepienie zarazka zapaleniem płuc, z czego autor wyprowadza wniosek, iż krew jednego zwierzęcia odpornego na pewną ilość chorób może być użytą do szczepienia przeciw tym chorobom dla innych.

Szczepienia ochronne przeciw zatruciu hodowlami drogą przewodu pokarmowego. W tej seryi doświadczeń autor postępował podobnie jak i Koch, t. j. zobojętniał sodą kwas solny soku żołądkowego i zatruchiwał zwierzęta makowcem, poczem dopiero wprowadzał hodowle. I tu szczepienie według powyższych metod przedsiębrane przed zakażeniem czyniło zwierzęta odpornymi.

Niezależnie od wprowadzania osłabionego zarazka do otrzewny, autor próbował wprowadzać go do żołądka. Okazało się, iż wprowadzenie osłabionego zarazka per os zwierzętom zatrutym makowcem i sodą czyniło ich odpornymi na dalsze wprowadzanie śmiertelnych ilości hodowli.

Wreszcie autor wspomina o szczepieniu hodowlami, traktowanymi w ciągu 24 godzin prądem stałym 20 M., laseczniki ginęły, hodowla jednak służyła, jako doskonały środek ochronny, niczem nie ustępujący hodowli, ogrzanej do 70° C. przez 2 godziny.

Józef Zawadzki.

202. TALAMON. **Kamica żółciowa pochodzenia pasożytniczego.** (*Medicine moderne*, nr. 23. 1891).

Powszechnie utrzymują, że żółć jest płynem nietylko aseptycznym, lecz i antyseptycznym, t. j., że nietylko nie zawiera grzybków chorobotwórczych, lecz przeszkadza ich rozwojowi. To ostatnie twierdzenie opiera się wyłącznie na zjawisku wątpliwem, że żółć przeszkadza gniciu w kiszkach i że wypróżnienia przy żółtacze są często bardzo cuchnące.

W rzeczy samej, w stanie fizjologicznym żółć przeszkadza gniciu w kiszkach, o żółci zaś w stanie patologicznym wcale tego powiedzieć nie można. Interesujące pod tym względem są sumienne poszukiwania Letienna w r. bieżącym opubliko-

wane ¹⁾. Autor ten badał rozwój dwóch rodzajów grzybków w żółci ludzkiej wyjąłowanej, a mianowicie bakterii coli i staphylococi aurei, przyczem przekonał się, że rozwój bakterii coli odbywa się energiczniej, aniżeli staphylococi aurei i że jedne rodzaje żółci bardziej sprzyjają rozwojowi drobnoustrojów, aniżeli inne. I tak bakterium coli lepiej się rozwija w żółci chorych na zapalenie płuc, aniżeli w żółci chorych na serce lub gruźlicę. Z poszukiwań tych wynika zatem, że żółć wcale nie jest płynem przeciwnym i że przeciwnie stanowi ona ośrodek, w którym swobodnie rozwijać się może bakterium coli, ów wykły mieszkaniec kiszki.

Powtórnie żółć nie jest płynem aseptycznym u osobników chorych. Wniosek ten stanowi najoryginalniejszą część poszukiwań Letienna. Badał on pod względem bakteryjologicznym żółć 42 osobników chorych na różne cierpienia i 24 razy znalazł w niej drobnoustroje, t. j. 60 razy na 100. Drobnoustroje te należały do 16 gatunków, które znalezione były już to odosobnione, już w połączeniu. Najczęściej znajdowano staphylococcus albus 13 razy i bakterium coli 11 razy i to w różnych cierpieniach. Oprócz tych znaleziono w żółci staphylococcus aureus, diplococcus lanceolatus w przypadku zapalenia płuc, 1 raz lasecznik Kocha.

Pochodzenie tych drobnoustrojów jest kiszkowe; dostają się one za pomocą przewodu żółciowego. Letienne sądzi, że mogą się niekiedy dostać do żółci ze krwi. Jestto prawdopodobnem dla pneumokoka i lasecznika Kocha.

Co się tycze roli patogenicznej tychże drobnoustrojów w żółci może ona być dwojaką: albo drobnoustroje wywierają działanie na błonę śluzową pęcherzyka, albo też na skład żółci.

Pewnem jest, że w pewnej ilości przypadków zapalenia przewodów żółciowych znalezione już były liczne rodzaje drobnoustrojów i ztąd wnioskowano, że one to, a szczególnie bakterium coli może być przyczyną zapalenia nieżytych lub ropnych przewodów żółciowych. Z drugiej strony Letienne przy oględzinach pośmiertnych w przypadkach przez się badanych nie znalazł, ani śladu zapalenia przewodów. Drobnoustroje zatem mogą się znajdować w żółci bez wywołania zmian w przewodach i pęcherzyku, innym razem znowu je wywołują, tłamaczono to sobie różną siłą zakaźną drobnoustrojów. Autorowi wydaje się, że rola drobnoustrojów, a szczególnie bakterii coli w żółci, jako wywołującego zapalenie lub ropienie jest wątpliwą; logiczniejszym jest zapytać się, czy obecność i rozwój grzybka tego, jako też innych drobnoustrojów nie może mieć mniej lub więcej szkodliwego wpływu na skład żółci. Autor sądzi, że jeżeli każda fermentacja jest zależną od życia jakiegoś mikrobu, a z drugiej strony grzybek chorobotwórczy nie może żyć i rozmnażać się w płynie bez wywołania w nim

¹⁾ De la bile à l'état pathologique. These doct., Paris, 1892.

zmian, przeto i żółć, która nie jest płynem antyseptycznym, musi pod wpływem grzybków, które dostać się do niej mogły w przebiegu jakiejś choroby ostrej lub przewlekłej, uleść pewnym zmianom. Czy zmiany te przyczynić się mogą do tworzenia się kamieni żółciowych oto kwestyja, która jest konieczną konsekwencyją poszukiwań Letienna.

Kwestyja ta postawioną była jeszcze w r. 1886 a na 10 kongresie dla medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie Naunyn, mówiąc o patogenie kamicy żółciowej, skłaniał się do przypisania ważnej roli drobnoustrojom w powstawaniu kamieni żółciowych. I Letienne oświadcza się za pasożytniczem pochodzeniem kamicy żółciowej. Nie był on w stanie zbadać chemicznych zmian żółci pod wpływem drobnoustrojów, lecz znalazł w niej widoczne zmiany fizyczne, jak zmianę zabarwienia, konsystencyi i t. p.

Autor sądzi przeto, że przyjmując rozkład substancyi, wchodzących w skład żółci, pod wpływem drobnoustrojów za przyczynę powstawania kamicy żółciowej bynajmniej się nie zwala pojęć dawniejszych o etylogii tego cierpienia, które są niedostatecznie poznane. Cóż bowiem w rzeczy samej wiemy o patogenie lub etylogii kamieni żółciowych. Dwie rzeczy zdaje się są pewne, t. j., że zatrzymanie żółci sprzyja tworzeniu się osadu i że cierpienie jest szczególnie częstem u kobiet i starców. Co się zaś tyczy dny, jako przyczyny kamicy żółciowej, autor podaje cyfry, które pokazują, że pogląd ten jest błędny. Durand Fardel na wiele set chorych na dnę 7 razy tylko spostrzegł kolkę wątrobową, a Lecorché na 150 chorych na dnę 2 razy kamieć żółciową.

Należałoby w przyszłości na drodze doświadczalnej tylko wyszukać, które z pomiędzy drobnoustrojów, przypadkowo znajdujących się w pęcherzyku żółciowym, zdolne są ułatwić osadzenie się cholestearyny lub też wywołać inne zmiany w żółci, konieczne dla tworzenia się kamieni żółciowych.

Z drugiej strony pod względem klinicznym powinni lekarze wyszukiwać w wywiadach chorych na kamieć żółciową częstości chorób ostrych, które mogły sprzyjać wniknięciu drobnoustrojów do pęcherzyka żółciowego, szczególnie zaś zbadać związek kamicy żółciowej z zapaleniem płuc, drem i z różnymi cierpieniami kiszkowymi. Znaleźliby oni niewątpliwie na tej drodze więcej pożytecznych danych etylogicznych, aniżeli w wyszukaniu połowicznego bólu głowy, dny i t. p.

F. Arnstein.

203. Dr. NISSEN. Przyczynę do leczenia korbunkułu. (*Deutsche Med. Woch.*, 1891, nr. 53).

Podczas, gdy na leczenie spraw ropnych panują poglądy zupełnie zgodne, na leczenie korbunkułu nie wszyscy się zapatrują jednakowo. Chcąc na zasadzie ścisłych badań doświadczalnych określić, jak należy właściwie postępować przy zakażeniu korbunkułem, autor przerobił na królikach kilka szeregów doświadczeń. Jeden z nich wykazał, że można uratować życie królika, zakażonego korbunkułem, odcinając mu przedź

jak w dwie godziny po nastąpieniu infekcyi chorą kończynę. Po 2—3 godzinach amputacja pozostaje bez skutku. Drugi szereg doświadczeń wykazuje, że wchłanianie laseczników wąglika odbywa się nie przez krew, lecz przez drogi limfatyczne: gruczoły limfatyczne zawierają już po $1\frac{1}{2}$ —3 godz. mnóstwo odpowiednich pasorzytów, we krwi zaś nie ma ich jeszcze. Mnożenie się ich w samym miejscu zakażenia nie wpływa wcale na przebieg choroby. Przeszkodzić rozwinięciu się obrazu chorobowego można najzupełniej, uciskając mocno chorą kończynę bezpośrednio po infekcyi powyżej miejsca zakażenia, gdyż w takim razie wchłanianie pasorzytów przez drogi limfatyczne staje się niemożliwem, i wypalając ranę doszczętnie Paquelin'em. Po wypaleniu rany można uciskadło zdjąć. Przeciwnie, zdejmując je przed wypaleniem, lub wypalając tylko ranę bez uprzedniego uciśnięcia kończyny narażamy zwierzę na pewną śmierć. Dane te są wynikiem trzeciego szeregu doświadczeń. Powinien on być zastosowany do człowieka. Gdy ostatniego rodzaju postępowania nie możemy już zastosować, działanie miejscowe na samą ranę nie ma wpływu na ogólny przebieg choroby. Przeciwnie, wycięcie po jakichś dwóch dniach obrzmiałych odpowiednich gruczołów może spowodować wyleczenie.

W. Janowski.

204. L. LETZERICH (z Wiesbadenu). **O laseczniku influenzy.** (*Zeitsch. f. Kl. Med.* 1892, Bd. 20. H. 3).

Autor badał krew i płwocinę chorych na influencję już od 1889 roku i doszedł ostatecznie do niżej podanych wniosków, zupełnie niezależne od Pfeiffra. Przekonał się on, że laseczniki influenzy znajdują się we krwi każdej ofiary tej choroby. Z początku jest ich w niej bardzo dużo, potem ilość ich zmniejsza się stopniowo. We krwi chorych na inne zakaźne choroby pasorzyta tego nie ma. Wielkością swoją przypomina on lasecznika mysiej posocznicy, ale ma różny od niego, charakterystyczny wygląd. Mianowicie, część jego środkowa jest bardziej przezroczysta, przy dużych powiększeniach jakby protoplazmatyczna, obydwa zaś końce jego są ciemniejsze, w zależności, zdaje się, od większego zgęszczenia w tem miejscu protoplazmy. Pasorzyty te barwią się stosunkowo trudno. Najlepiej barwią się słabym ogrzanym roztworem metylwioletu, przyjmując przy tem nie zwykły temu barwnikowi kolor, lecz zabarwienie różowe, często nawet jasnoróżowe. Tylko na miejscu zgrubień przyjmują one nieco fioletowego odcienia. Po tym charakterystycznym wyglądzie poznać je można bardzo łatwo, tem bardziej, że we krwi odpowiednich chorych znajdują się zupełnie czyste ich hodowle. Przeciwnie, w płwocinie towarzyszą im rozmaite postacie koków, od których jednak łatwo je, dzięki opisanemu wyglądowi, odróżnić. Najwięcej ich zawiera płwocina z zabarwieniem krwawem. Ilość ich jest, zarówno we krwi, jak i w płwocinie, największa przy znacznie podniesionej ciepłocie. Nie brak ich jednak nigdy u żadnego chorego. Na zasadzie tego autor uważa ich swoistość za niezawodną. Ostatecznego rozwiązania tej sprawy spodziewa się

autor od Pfeiffra, któremu udało się otrzymać hodowle tych pasorzytów i który podobno szczepi je zwierzętom. Autorowi udało się dotąd obserwować ich rozrost na kartoflu przy 30°—37° C. w ciągu jednej doby. Po tym czasie znikają one, pokryte zupełnie przez inne pasorzyty, towarzyszące im w plwocinie, z której je autor hodował. *W. Janowski.*

II. Choroby nerwowe.

205. A. SONQUES et J. B. CHARCOT. **Géomorphisme cutané.** (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1891, IV, nr. 3). (*Neurolog. Centralbl. nr. 20, 1891.*)

Pod nazwą tą (γηρας—starość i μορφή—forma) opisują autorowie przypadek jedyny w swoim rodzaju, i mogący zaciekawić zarówno neurologów jak i dermatologów. Idzie tu o 21-letnią pacjentkę, przyjętą do Salpêtrière w Kwietniu 1891 r. Ojciec zajmuje się szewstwem, matka, w wieku lat 47, znajduje się w szpitalu obłąkanych od 1868 roku; zachorowała zaś umysłowo po porożu i cierpi na „idées fixes“. Zresztą jest bardzo spokojną i odwiedza męża i córkę co tydzień. Babka—ze strony ojca, dużo piła i nazywano ją za charakter „dziką“ kobietą. Dziad (ze strony matki) umarł na apopleksyję; zresztą w rodzinie nie niema szczególnego do zanotowania.

Omawiana 21-letnia chora w dzieciństwie chorowała na jakąś wysypkę; od 5 do 11 roku życia uczęszczała do szkoły, gdzie uczyła się dobrze i starannie; w ogóle miała wesoły i miły charakter. W wieku lat 10½ przestraszyła się bardzo silnie, gdy gospodarz domu groził pobiciem jej ojca za nieplacenie komornego. W kilka miesięcy później przestraszyła się mocno po raz drugi gwizdu lokomotywy: uspokoiła się ledwie z trudem po kilku godzinach.

W Grudniu r. 1880 zachorowała na silne bóle głowy i brzucha tak, że musiała położyć się do łóżka; w trzy dni od początku choroby zjawilo się nagle kilka plam czerwonych na ciele, które lekarz uznawał początkowo za ospę, lecz już następnego dnia nie chciał stawić żadnego rozpoznania. Wysypka rozwinęła się na całym ciele: były to miewsca wielkości fasoli, podobne do ukłuc przez komary; najpierw plamy były czerwone, później stały się fioletowe i nareszcie białe. Wysypka znikła po 5—6 dniach bez najmniejszego śladu; wkrótce wracała się jednak kilka razy. Plamy były najliczniejsze na ramionach, pośladkach i dolnej połowie twarzy; czoło i stopy pozostawały zawsze nietknięte. Nigdy przytem nie było obrzeków. We dwa miesiące od początku wysypki poczęła skóra układać się w fałdy, co w przeciągu 14 dni rozprzestrzeniło się na całe ciało,—i chora na raz otrzymała tak starszy wygląd, że nikt ze znajomych nie mógł jej poznać. W 15 roku życia—pierwsza menstruacja, które odtąd zjawiały się regularnie. Od 3 lat chora cierpi jeszcze na szczególne ataki: są tu skurcze pisarskie, zjawiające się bez aury, z silnemi rucha-

mi nadbrzusza i uczuciem zaduszania w szyi, bez utraty przytomności i bez innych objawów drgawkowych. Napad trwa kilka sekund, a zjawia się co 2 miesiące, niekiedy częściej; niekiedy już grzmot wywołuje podobne ataki. Po każdym napadzie chora jest zgięta (courbature) przez kilka godzin.

St. praesens. Chora jest młodą dziewczyną, która oprócz zupełnie starszego wyglądu nie posiada żadnych cech starości. Wygląd jednak jest tak charakterystyczny, że jeden z asystentów kliniki pytał ojca, z którym chora przyszła na poradę, czy to jego matka! Inteligencyja jest dużą i chora posiada doskonałą pamięć; chora jest jednak nadzwyczaj bojaźliwą, szczególnie lęka się ona tłumu ludzi, kolei żelaznej. Niema najmniejszych zaburzeń ruchu, czuciu i w organach zmysłów: tężówka normalnie zabarwiona, na rogówce niema zupełnie starszego łuku. Jedno tylko uderza; opór elektryczny jest znacznie wzmożony.

Najwięcej uderzającym jest wygląd skóry. Cała powierzchnia ciała jest pofałdowaną i pomarszczoną, ale zresztą nie przedstawia innych zmian. Najmniej są zmienione czoło i górna połowa twarzy. Skóra jest nader ruchomą, zupełnie jakby oddzieloną od głębszych warstw, nie posiada najmniejszej elastyczności, tak, że pod tym względem zachowuje się zupełnie, jak skóra trupa. Czynności skóry są zmienione nader mało, jest ona umiarkowaną, miękką, ani suchą, ani błyszczącą. Sekrecyja potu jest zmniejszoną, i chora mówi, że czoło nigdy się nie poci. Włosy wszędzie normalne, niema swędzenia, ani żadnych wysypek, zaburzeń troficznych lub naczyńioruchowych. Paznogie, zęby, mięśnie, kości, organa klatki piersiowej i brzusznej zupełnie bez zmian, tętnice zdrowe, mocz bez białka i cukru.

Jednem słowem—zmiany dotyczą tylko dolnych warstw skóry. Autorzy nie wyprowadzają żadnych wniosków co do etjologii i istoty tego zagadkowego cierpienia. W każdym razie mowy tu być nie może o przedwczesnej starości; idzie tu o jakiś specyficzny proces chorobowy, który prawdopodobnie zajmie miejsce obok pewnych kacheksyj, np. myxoedemy.

E. Biernacki.

206. Prof. BERNHARDT. Przyczynę do etjologii porażenia obwodowego nerwu twarzowego. (*Berl. Klin. Woch.*, nr. 9 i 10, 1892).

Od czasu ogłoszenia w r. 1888 pracy na ten sam temat, spostrzegł autor nowych 71 przypadków tej choroby i wnioski, jakie się z nich wyciągnąć dają, są następujące:

Najczęściej porażenie peryferyczne, często refrygeracyjnem zwane, nerwu twarzowego (wyłączając z tej kategorii porażenie, powstałe wskutek urazu twarzy lub cierpienia ucha) zdarza się pomiędzy 20—50 r. życia. U dzieci do lat 10 były tylko pojedyncze przypadki. Pojawienie się choroby pomiędzy 70—80 rokiem życia stanowczo przemawia przeciw uspołobieniu dziedzicznemu. Częściej bywa porażoną strona prawa, niż lewa. Pora roku nie jest charakterystyczną; zarówno w lecie

spotykano ciężkie, jak i w zimie lekkie postaci porażenia, jakkolwiek ciężkich w zimie, a lekkich w lecie spotykano więcej.

Istnienie lub brak bólów w ciągu choroby lub przed wystąpieniem porażenia nie ma wielkiego znaczenia pod względem rozpoznawczym i rokowania (jak to usiłował dowieść Testaz). Objaw ten ustępuje pod tym względem badaniu elektrycznością nerwu porażonego. Ból, towarzyszący niekiedy tej chorobie, wytlómaczyć zapewne należy w ten sposób, że ta sama przyczyna, która wywołuje porażenie nerwu twarzowego, wywiera swój wpływ szkodliwy i w obrębie nerwów czuciowych twarzy, ucha, skroni, grzbietu, potylicy, t. j. w obrębie n. occipitalis maj. i min., plexus tympanicus, a zatem nn. glossopharyngei i vagi, wreszcie górnych gałęzi szyjowych. Znaczenie przyczyny bólów przy porażeniu n. twarzowego, jakie usiłował nadać Gellé cierpieniu ucha średniego (na 23 przyp. paral. facialis widział jakoby 18—niewątpliwie zależnych od cierpienia ucha), zredukowane zostało do minimum przez stanowcze orzeczenia, na b. dużych cyfrach oparte, innych obserwatorów. Podług Schwabach'a na 411 przyp. zapalenia ucha środkowego były tylko 3 przyp. paral. facialis (z epidemii influenzy). Katz na 50 przyp. tego cierpienia, także z epidemii influenzy, nie widział ani razu porażenia n. twarzowego. Wreszcie Schwabach dostarczył notatkę z kliniki Schwartz'e'go za lata 1888—1889, gdzie na 1515 przyp. chorób uszu, tylko 8 było przyp. porażenia n. twarzowego. Ostrzega on mimo to i słusznie, żeby w każdym przypadku porażenia badać ucho wzornikiem i słuch z tej samej strony, albowiem cierpienie ucha mogło poprzedzać obecne. Nie można więc stanowczo iść za przykładem Gellé'go, który skargi chorych na poprzednie bóle twarzy i migrenę przypisuje zawsze przeoczonemu cierpieniu ucha. Według spostrzeżeń autora, zgodnych z innemi obserwacyjami, tylko w znacznej mniejszości przypadków spotkać można było cierpienie ucha, i to zastarzałe, lata trwające, bez żadnego obostrzenia podczas porażenia nerwu twarzowego.

Co się tyczy etyologii porażenia n. twarzowego, to francuzi (Charcot, Neumann) b. dużą, prawie wyłączną rolę, przypisują *dziedziczności*.

W przypadkach autora tylko w 33% przyp. można było ją stwierdzić, natomiast w pozostałych nie było ani śladu dziedziczności nerwowej. W kilku przypadkach matki chorych cierpiały również na porażenie n. twarzowego, a nawet sami pacjenci miewali niekiedy nawroty tej choroby.

1) W liczbie przyczyn *Diabetes mellitus* wywołuje sam przez się niekiedy nerwobóle, zwrócił na to najpierw uwagę Ziemssen. Później Leyden wskazał na *neuritis multiplex diabetica*. Posypały się później spostrzeżenia wielu innych badaczy, wskazujące na cukromocz, jako na przyczynę wielu porażeń obwodowych. Hirschberg i inni widzieli podobne przypadki. Słabą jednak stroną wszystkich tych przypadków jest brak autopsyi, która, dokonana tylko w przypadku Eichhorsta, jest niezbędną dla stanowczego

orzeczenia obwodowego charakteru porażań. To też Dufaur przypuszcza w swoich obserwacjach pochodzenie jądrowe. Pierwszy jednak przypadek autora z herpes zoster w obrębie wielu czuciowych nerwów niewątpliwie jest pochodzenia obwodowego.

2) Drugą częstą przyczyną porażań *n. facialis* bywa, jak wiadomo, *syphilis*, wywołując *exostoses*, *periostitis*, *gummata* i *meningitis basilaris*, a co za tem idzie, porażenie *n. facialis*, samego lub w towarzystwie *n. acustici* i ocznych nerwów. Są to porażenia nerwu twarzowego *wewnątrzczaszkowe*; Eulenburg zaś twierdzi, że i całkiem zewnętrzne, *zewnątrczaszkowe*, których przyczyna leży w samej twarzy, przytrafiają się w pojedynczych przypadkach. Rumpf twierdzi, że w większości przyp. syfilitycznych porażenia te są bezwątpienia pochodzenia peryferycznego. Że pod ostatniem mianem myśli Rumpf porażenia *zewnątrczaszkowe*, domyslać się można z cytowanych przezeń przypadków.

Autor cytuje 3 przypadki niedawnego syfilisu, do których się przyłączyło później porażenie *n. facialis*. W 17 przyp. w anamnezie jest jednak przeziębienie w drodze, a na drugi dzień wystąpił paraliż. W 2 przyp. kowal, również uległ przeziębieniu, gdyż pracował w gorących kuźniach.

Trudno więc osądzić, czy w tych przypadkach odgrywały rolę patologiczne procesy na podstawie czaszki, czy też przeziębienie lub inne momenty przyczynowe, a *lues* było tylko tłem, które udzielało usposobienia systemowi nerwowemu. Jest to tembardziej trudne do rozstrzygnięcia, że, jak mówi Rumpf, peryferyczne porażenie nerwów prawie nigdy nie występują przy pierwotnych objawach przymiotu, a przyczyn, wywołujących porażenie *n. facialis*, bywa tak dużo. W każdym razie to jest pewnem, że tak, jak porażenie oczne przy *lues*, tak też i porażenie twarzy, niewątpliwie peryferycznego pochodzenia, we wczesnych okresach syfilisu wystąpić mogą.

3) Trzecią przyczyną porażań *neurytycznych* bywa *puerperium*.

Wprawdzie Moebius, który pierwszy zwrócił uwagę na tę przyczynę porażań, wspomina głównie o końcowych gałęziach *n. mediani* i *ulnaris* z jednej lub z obu stron ciała, lecz i on zaraz w pierwszej swej pracy przytacza 2 sprostżenia z innymi nerwami kończyn górnych, a w późniejszej pracy nawet i z nerwami kończyn dolnych.

Po nim i inni, angielscy i francuzcy badacze, zaznaczali udział większej ilości nerwów w *neuritis puerperalis*, jak np. *peronei* i innych. Dla czegożby więc, zdaniem autora, nie przyjąć możliwości *puerperalnego* porażenia *n. facialis*, za czem na pewno przemawia pierwszy z 2 wymienionych przypadków autora. Czy potrzebną jest do tego predyspozycja nerwowa, trudno orzec, sądzi jednak autor, że nie.

Mieczysław Goldbaum.

207. Prof. P. J. MÖBIUS. *Akinesia algera*. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. B. I. H. 1—2, 1891).

Pod nazwą „akinesia algera” (*ἀλγηρος*—boleśny) rozumie autor brak ruchów dowolnych, spowodowany ich bolesnością, przy czem nie można znaleźć zupełnie przyczyny i podstawy tych bólów. Autor obserwował dwa przypadki tego rodzaju; już przed nim Neffel w 1883 r. opisał analogiczne stany pod nazwą „atremia”. W tych przypadkach mamy do czynienia z osobami, mającemi już naprzód nienormalny ustrój nerwowy,—w rodzinie których zdarzały się nerwowe choroby—z osobnikami nazywanemi „*désequilibrés*”. Po nadmiernym przeciążeniu i podrażnieniu rozwija się u nich stan osłabienia nerwowego: z początku tylko większa praca ruchowa pozostawia po sobie bolesne napięcie, wkrótce wszystkie lub większość ruchów wywołuje silne bóle. Bóle powstają albo jednocześnie z ruchem, albo też po wykonaniu tegoż nie tylko w członkach poruszanych, ale i w innych częściach ciała. Nareszcie sprawa dochodzi po zupełnego braku ruchów, tak, że chorzy przypominają sobą sparaliżowanych. Jednocześnie istnieją objawy neurastenii—zły sen, przygnębiony nastrój, niezdolność do pracy umysłowej, ciśnienie w głowie, przykre uczucia w kolumnie kręgosłupowej; natomiast w obu przypadkach autora—u mężczyzny i kobiety—brak był zupełny objawów hysterycznych.

Co do zejścia cierpienia nic nie można powiedzieć stanowczego: możebnem jest i wyzdrowienie, lecz druga obserwacja autora dowodzi, że „akinesia algera” może przejść w chorobę umysłową.

Podajemy w streszczeniu pierwszą, niezmiernie ciekawą, obserwację autora.

Dotyczy ona 33-letniego nauczyciela gimnazyjum, którego ojciec cierpiał na paranoia i który przez to miał dużo zmartwień w swem życiu. Pacjent był zawsze człowiekiem nadmiernie pracowitym i ambitnym, obdarzonym dużemi zdolnościami, ale i niezmiernie wrażliwym charakterem. W roku 1887 zaczął chory doznawać ciśnienia w głowie i bezsenności, które po chwilowem pogorszeniu nasiliły się w r. 1888, tak, że pacjent stał się zupełnie niezdolnym do umysłowej pracy. Po pobycie w zakładzie kuracyjnym wpadł on na kilka tygodni w stan zupełnej apaty, którego dobrze niepamięta: siedział on wtedy zwykle spokojnie, od czasu do czasu zalił się na swój stan i nie mógł się uspokoić: przytem rozumiał wszystko, mówił i postępował zupełnie rozsądnie. Długotrwałe ciepłe kąpiele złagodziły nieco ten stan tak, że ciśnienie w głowie i bezsenność ustąpiły: wtedy jednak przy każdym poruszeniu, szczególnie kończyn górnych, zaczęły boleć członki. Przy zupełnym spokoju przez kilka tygodni, bóle te ustawały: lecz, gdy za poradą jednego lekarza chory zaczął wykonywać ruchy, bóle wróciły w daleko silniejszym stopniu, tak, że najdrobniejsze poruszenie palców pozostawiały długotrwałe bóle. Chory przeto zaprzestał najdrobniejszych skurczów mięśniowych. W tym stanie widział go po raz pierwszy autor we Wrześniu 1889 r. Chory leżał na plecach, nieruchomy, był w stanie wykonywać wszystkie ruchy na prośbę autora, lecz unikał tego i prosił o zaprzestanie nawet biernych ruchów, które w ogóle były zupełnie swobodne i nieograniczone. Odżywianie mięśni w ogóle było zadawalniającem, czucie niezmiennione, pewien stopień nadczułości mo-

zna było skonstatować na dłoniach i przedramionach; odruchy ścięgnięte kolanowe—nieco wzmożone. Żadnych innych zaburzeń nie było. Stan umysłowy był zupełnie normalnym; był to człowiek uprzejmy i wykształcony, który opowiadał o swojej chorobie z wielką cierpliwością i jasnością. Skargi swe formułował pacjent w ten sposób, że musi unikać ruchów dowolnych członków i tułowia, bo mu sprawiają silne trwające później przez kilka godzin bóle: im więcej ruchu, tem więcej bólu—szczególnie w palcach rąk i przedramionach.

Autor zalecił choremu wykonywać drobne ruchy: ale już po kilku dniach stan pogorszył się nadzwyczaj, tak, że od tego czasu ręce były zupełnie nieruchome, chory nie znosił nawet mycia i obcinania paznogi. Nie pomagało ani leczenie opium, ani sugestya. Natomiast spokój absolutny pomógł w parę miesięcy później choremu tak dzielnie, że zaczął zajmować się bez znużenia umysłową pracą i zaczął sam wykonywać ruchy. W Lipcu stan tak się polepszył, że pacjent zaczął wychodzić z łóżka i siadać sam. Jednakże jeszcze raz nastąpiło pogorszenie, gdy chory usłyszał, że go mają za symulanta; zmartwiło go to niezmiernie i znowu przygnębiło; ostatni raz w Sierpniu 1891 r. Stan polepszenia.

Opisywane cierpienia autor zalicza do szeregu czysto funkcjonalnych zaburzeń. Nie można go jednak zaliczyć do neurastenii: akinesia algera nosi raczej cechy hypochondryi i hysterii. W ogóle jednak przy tem cierpieniu istnieją cechy neurastenii, hypochondryi i hysterii, jednak oba przypadki autora podobne więcej były do ciężkiej hypochondryi, niż do czystej hysterii.

Chociaż w obu przypadkach autor nie otrzymywał pomyslnych rezultatów z sugestyi hypnotycznej, jednak mniejsza, że należy spróbować tej metody w każdym nowym przypadku akinezyi; wnioskuje on dalej, że należy raczej chorym dostarczyć spokoju bezwzględego, którego sobie sami życzą, niż stosować jakiegokolwiek energiczniejsze leczenie.

E. Biernacki.

208. Prof. BENEDIKT. **O nadczułościach kości czaszkowych.** (*Internationale klinische Rundschau* nr. 1, 1892).

Podczas, gdy badanie wrażliwości kolumny kręgosłupowej od wielu set lat jest w powszechnem użyciu, badanie wrażliwości głowy niesłusznie jest zaniedbanem. Istnieje jednak cały szereg stanów chorobowych, przy których badanie takie bardzo jest ważnem.

Przedewszystkiem istnieje ból głowy, ograniczający się tylko do szwów i powstający przy ucisku na szwy. Autor nazywa stan ten „*Nahtneuralgie*“. Stan taki autor szczególnie widział u studentów w czasie nateżenia umysłowego podczas egzaminów i przy długo trwających stanach podrażnienia i wysiłkach. I w późniejszym wieku może objawić się ten nerwoból szwów. Oprócz tego może towarzyszyć niektórym stanom nerwowym, np. chorobie Basedowa. Nerwoból w mowie będący może też wystąpić jako ostre cierpienie; o czem miał autor sposobność przekonać się w jednym przypadku.

Leczenie zwykłej postaci nerwobólu szwów polega na uży-

ciu miejscowo lodu, *points de feu* z podtrzymaniem ropienia za pomocą Ungti meserei i wewnętrznego użycia jodku sodu.

Inną systematycznie przebiegającą postać nadczołości kości głowy, a mianowicie kości podstawy czaszki jednej strony miał autor sposobność niedawno spostrzeżeć.

31-letni anemiczny człowiek cierpi od kilku tygodni na bóle w okolicy nadoczodołowej. U chorego tego język zwrócony jest skośnie na lewo, lewa jego połowa zanikła, mięśnie żwaczne są prawidłowe, źrenice oddziałują prawidłowo. Chory dostaje łatwo zawrotu głowy, gdy spojrzy na dół; mięśnie warg są po prawej stronie paretyczne, chory od czasu do czasu doznaje utrudnienia w mowie; w prawym ramieniu uczucie mrowienia. Ruchy głowy, jako też polykanie swobodne. Przy badaniu znaleziono po lewej stronie ogromną wrażliwość podstawy głowy nietylko potylicy, lecz i wyrostków skalistych, *processus styloideus* dostępnej części sklepienia oczodołu, a nawet twardego podniebienia.

Wszystkie powyższe objawy zdają się przemawiać za cierpieniem mózgu przedłużonego. Nadczołość podstawy czaszki stanowi, zdaniem autora, jeden z patognomicznych objawów cierpienia tej okolicy.

Dwa inne przypadki w tym czasie spostrzegane stwierdzają niejako pogląd autora na znaczenie nadczołości czaszki. W jednym przypadku chory, który przed 20 laty przechodził przymiot, cierpiał od wielu lat na połowiczny ból głowy.

Chory ten przed 2½ laty radził się jednego ze znakomitych francuzkich lekarzy z przyczyny bólu kulszowego z lewej strony. Jakkolwiek nie istniał żaden objaw władu mlecza, francuski lekarz przypuszczał początek tego cierpienia. U chorego tego w ostatnich latach połowiczny ból głowy silnie się wzmógł i towarzyszyły mu silne objawy żołądkowe. Lekarze jego sądzili, że mają do czynienia z rozpoczynającym się cierpieniem ośrodkowym. Przy badaniu chorego autor znalazł między innymi ogromną bolesność przy ucisku na lewą połowę podstawy czaszki. Autor też z początku sądził, że ma do czynienia z cierpieniem ośrodkowym. Uderzyła autora jednak znacznego natężenia z jednej strony bolesność podstawy czaszki, którą autor dotąd przy połowicznym bólu głowy przeoczył. Przypuszczając, że cierpienie to może jest skutkiem przymiotu, autor zrobił zastrzyknięcie podskórne sublimatu, poczem bolesność podstawy czaszki znikła, a po kilku elektryzacyjach znikł połowiczny ból głowy wraz z gastrycznymi objawami.

Szybka poprawa, a szczególnie zniknięcie nadczołości podstawy czaszki pouczyły autora, że w przypadku tym miał do czynienia z ciężką postacią połowicznego bólu głowy.

W tym samym czasie autor spostrzegł mężczyznę w podeszłym wieku, który od wielu dziesiątków lat cierpiał na połowiczny ból głowy z objawami żołądkowymi. Gdy przed wielu miesiącami ból głowy stał się ciągłym i bardzo ciężkim, a współcześnie i objawy ze strony żołądka, wskazujące na cierpienie n. błędnego wystąpiły w znacznym natężeniu, przypuszczano guz mózgu lub przynajmniej jakieś cierpienie tylnej części czaszki. Wszechstronne szczegółowe badanie nie dostarczy-

ło żadnego punktu oparcia dla jakiegoś ciężkiego cierpienia ośrodkowego, znaleziono tylko znacznego natężenia bolesność podstawy czaszki z jednej strony.

Dalsze badania w przypadkach połowicznego bólu głowy pouczyły autora, że w mowie będąca bolesność podstawy czaszki z jednej strony nie jest wcale rzadką przy połowicznym bólu głowy i z tego powodu w przypadkach bólów głowy, połączonych z nadczułością sensorii i objawami żołądkowymi u ludzi, którzy oddawna cierpią na połowiczny ból głowy przy istnieniu w mowie będącej nadczułości nie mamy podstawy przyjmować istnienia jakiegoś innego cierpienia, lecz zmienioną hemikranję.

F. Arnstein.

III. Syflidologia.

209. Prof. dr. J. NEUMANN. **Dziedziczność przymiotu.**
(*Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892 r., zeszyt 4.*)

Na zasadzie licznego materiału klinicznego, skrzętnie zbieranego od dziesiątków lat, prof. Neumann zamieścił interesującą pracę, tyczącą się dziedziczności przymiotu, streszczenie której zamieścił w następujących zdaniach, pomieszczonych przy końcu swej pracy:

1) Przymiot przenosi się tak przez nasienie jak i jajko na potomstwo; może dziedziczyć się też przy zarażeniu po zapłodnieniu (postconceptionell).

2) Dziedziczenie przymiotu w skutek choroby ojca jest znacznie częstszem, niż ze strony matki; zależy to od tego, że chorobie tej więcej podlega mężczyzn, niż kobiet. Wpływ dziedziczności ze strony matki jest ważniejszym, ponieważ płód czerpie z niej odżywczy materiał podczas ciąży również zakażony.

3) Przeniesienie przymiotu na potomstwo najczęściej ma miejsce we wtórnym okresie choroby, im zarażenie się przymiotem rodziców świeższe, tem choroba płodu jest silniejszą. Dziedziczenie przymiotu zazwyczaj następuje w pierwszych latach choroby rodziców, chociaż może to mieć miejsce i w późniejszych okresach, np. po 10, 20 latach od daty zarażenia, trafia się to jednak w wyjątkowych razach.

4) Przy zarażeniu poprzedzającym zapłodnienie, autor widział 115 kobiet, które rodziły 208 razy:

a) w trzeciorzędnym okresie przymiotu rodziło 52 kobiety razy 109. W liczbie tej było 17 poronień, 1 poród przedwczesny, 50 dzieci umarło podczas lub zaraz po porodzie, 41 dzieci było zdrowych, donoszonych.

b) we wtórnym okresie przymiotu porodów było 99; między niemi 40 poronień, 4 porody przedwczesne, czworo dzieci donoszonych nieżywych, 24 zmarło zaraz po porodzie, 5 dzieci żywych luetycznych, dwoje dzieci nierozwiniętych (atrofia) 20 dzieci żywych, donoszonych, zdrowych.

5) Przy jednoczesnem zarażeniu i zapłodnieniu N. widział

72 przypadki, z których było 38 poronień, 10 porodów przedwczesnych, 6 dzieci urodziło się nieżywych, 2 dzieci żywe w podejrzanym stanie zdrowia, 5 dzieci żywych luetycznych, 11 dzieci żywych, zdrowych, donoszonych.

Przy jednoczesnym zarażeniu i zapłodnieniu kobiety, wpływ dziedziczności jest najsilniejszym, lecz nawet i w tym przypadku, bez leczenia swoistego chorej matki trafiają się zdrowe dzieci; tak więc rokowanie dla potomstwa i w tym przypadku, jak przyjmują niektórzy autorowie, nie może być złem absolutnie.

6) Zarażenie po zapłodnieniu. Z 76 przypadków porodów było 23 poronienia, 7 porodów przedwczesnych, 6 dzieci zmacerowanych, 7 dzieci zmarło zaraz po urodzeniu, 10 dzieci żywych luetycznych, 2 dzieci żywych atroficznych, 21 dzieci żywych, zdrowych, donoszonych.

a) w 23 przypadkach przymiotu nabytego po zapłodnieniu (ojciec przy zapłodnieniu był zdrowym) zauważono: 9 poronień, 3 porody przedwczesne, 4 dzieci żywych luetycznych, 1 dziecko zmarło po urodzeniu, 6 dzieci żywych, donoszonych, zdrowych.

b) w 26 przypadkach ojciec był chorym przy zapłodnieniu: 12 poronień, 1 dziecko zmacerowane, 5 dzieci żywych luetycznych, 1 dziecko żywe atroficzne, 7 dzieci żywych, zdrowych, donoszonych.

c) w 27 przypadkach stan zdrowia ojca nieznanymi: 8 poronień, 1 dziecko zmacerowane, 2 porody przedwczesne, 2 dzieci żywe luetyczne, 14 dzieci żywych, donoszonych, zdrowych.

7) Przymiot, nabyty przez matkę w pierwszych miesiącach ciąży, zabija płód; w końcowych miesiącach ciąży, jako prawidłowo, nie przechodzi na dziecko.

8) Zarażenie matki w dziewiątym miesiącu ciąży nie udziela się płodowi, gdyż pierwotne owrządzenie w początkach choroby jest czysto miejscowym cierpieniem, następnie poraża cały organizm, i wtedy tylko może zarażać płód za pomocą krwi matki przez łożysko.

9) Jeżeli zarażenie przechodzi od matki na płód, należałoby przypuścić i drugą możliwość, t. j. przejście zarazka od płodu na matkę (choć en retour). Jednakże ten sposób zarażenia trafia się rzadko, widzimy bowiem matki, rodzące syfilityczne dzieci, wolne od wszelkich objawów przymiotu. Matki te jednak, rodzące z ojca syfilitycznego chore dzieci, mogą się zarazić od innego osobnika w każdym miesiącu ciąży, co posłużyć może za dowód, że przejście zarazka ze strony płodu na matkę nie ma miejsca.

10) Przejście przymiotu od dziada lub babki na wnuków, nawet w krajach, gdzie syfilis panuje endemicznie, nie było przez nikogo udowodnionem.

11) Największa ilość przypadków dziedzicznego przymiotu trafia się w pierwszym trzyleciu choroby rodziców. Maximum wypada na rok pierwszy; po trzech latach się zmniejsza. Przy infekcyi przed zapłodnieniem odsetka śmiertelności dla dzieci

wynosi 65%, szkodliwych wpływów na potomstwo 70%. Przy jednoczesnym zarażeniu i zapłodnieniu śmiertelność wynosi 75%, szkodliwe wpływy 91%. Przy zarażeniu podczas ciąży śmiertelność stanowi 39,9, szkodliwe wpływy 72%. Samo się przez się rozumie, że liczby te mogą się zmieniać względnie do warunków życia i leczenia rodziców.

Wł. Kopytowski.

210. **Lasecznik chorobotwórczy szankra miękkiego.** 1) UNNA. (*S. M., nr. 30*). 2) QUINQUAND. (*S. M., na. 35, 1892*).

I) Odkryty świeżo przez Unnę lasecznik tworzy łańcuszki, składające się z 2 do 5 pałeczek, często i więcej. Jeżeli pałeczki są liczne, łańcuszki przyjmują rozmaite formy: układają się równolegle lub w postaci gałązek, niekiedy okręcają się na około siebie. Największa ich liczba znajduje się w tkance, podległej owrzodzeniu. Znajdowano je również pomiędzy komórkami tkanki, przyległej do owrzodzenia.

Laseczniki występują jasno po zabarwieniu błękitem metylowym, następnie odbarwieniu styronem albo eterem rozcieńczonym gliceryną.

Opisany lasecznik znalazł autor we wszystkich badanych dotąd przez siebie szankrach.

Podstawy, na zasadzie których Unna twierdzi, że odkryty lasecznik jest przyczyną szankrów, są następujące:

- 1) Ich obfitość.
- 2) Brak innych mikroorganizmów w głębi tkanki.
- 3) Właściwy sposób rozprzestrzeniania się, odpowiadający ściśle rodzajowi owrzodzenia, cechującego szankier.
- 4) Właściwy sposób rozwijania się, nie spostrzegany dotąd w żadnym innym rodzaju mikroorganizmów.
- 5) Tożsamość laseczników we wszystkich szankrach miękkich typowych i świeżych, które były zbadane opisanym sposobem. Nakoniec niemożność otrzymania hodowli.

II) Nicolle z autorem, robili poszukiwania nad lasecznikiem szankra, odkrytym przez Unnę, poszukiwania dały wynik dodatni. Znajdywano stale w tkance szankra tenże sam mikroorganizm w ilości niezwyklej. Są to pałeczki na końcach zaokrąglone, i najczęściej zebrane w łańcuszki. Zajmują one miejsca międzykomórkowe i przestrzenie chłonne; w komórkach nie mogły być odszukane, ani zabarwione. W tkance znajdowano liczne ich złogi.

Barwienie laseczników szankrowych jest trudne; sposób, podany przez Unnę, daje wyniki nie stałe i mierne. Swoją sposob barwienia autor obiecuje podać później.

Hodowli opisanego lasecznika dotąd nie udało się otrzymać.

Wojciechowski.

211. **JAQUET. O powstawaniu zaburzeń troficznych skóry.** (*Pathogénie des troubles trophiques de la peau*). (*S. M., nr. 22, 1892*).

Ze względu na przyczyny powstawania zmian skórnych, jest rzeczą niezmiernie ważną wiedzieć czy uszkodzenia nerwów, wywołane podrażnieniem, wymagają również dla wytworzenia zaburzeń troficznych wpływu obrażeń miejscowych.

Autor wstrzykiwał psom w nerwy kulszowe 1% olejek krotonowy. Łapka lewa była starannie zawinięta w watę i umocowana w taki sposób, że zwierzę nie mogło się nią posługiwać.

Po upływie trzech dni, palec duży łapki tylnej prawej stał się czerwonym, gorącym i obrzękniętym; czucie podeszwowe znikło. Piątego dnia nastąpiło owrzodzenie naskórka pięty, owrzodzenie to zaczęło się na powierzchni grzbietowej ostatniego palca. Nakoniec po upływie dwóch tygodni, utworzył się znaczny obrzęk łapki prawej z owrzodzeniami bardzo różnymi na palcach, wypadnięciem włosów, paznokci i t. d.

Na łapie lewej, znajdującej się pod opaską, spostrzeżono znaczny zanik, który uczynił ją podobną do łapki królika.

Z powyższych doświadczeń wynika, że zarówno pod wpływem podrażnienia, jak i przecięcia nerwów, zaburzenia troficzne skóry zjawiają się dopiero pod wpływem obrażeń zewnętrznych. Powyższe wyniki należy mieć na uwadze, gdy idzie o wyjaśnienie zmian skór, rozwiniętych w następstwie zmian nerwów bez względu na ich źródło.

Wojciechowski.

212. GEORGES THIBIERGE. Zapalenie stawu mostko-obojęczkowego pochodzenia rzezączkowego. (Arthrite sterno-claviculaire d'origine bleunorrhagique). (*La semaine Médicale*, nr. 15, 1892 r.).

Chory w przypadku, opisanym przez autora, szukał pomocy 4 Lutego, skarżąc się na mocny ból w okolicy stawu mostko-obojęczkowego prawego; okolica bolesna była zarazem obrzmiałą i zaczerwienioną na przestrzeni dłoni. Ucisk był bolesny, szczególnie w miejscu, odpowiadającym stawowi mostko-obojęczkowemu; ruchy prawą górną kończyną, nawet bardzo ograniczone, sprawiały ból szalony w temże miejscu.

Początek dość raptowny datuje się od d. 28 Stycznia. Z początku chory uczuwał nieokreślony ból w dolnej kończynie, bez umiejscowienia w jakimkolwiek stawie, ale ból ten po wcieraniu maści uspakajającej zupełnie ustąpił.

Wyżej wymienione objawy w zupełności wystarczają podług Brun'a do rozpoznania zapalenia stawu rzezączkowego. Na korzyść tegoż rozpoznania przemawia: 1) obecność u chorego rzezączki i 2) umiejscowienie cierpienia w stawie mostko-obojęczkowym, gdyż każde cierpienie w tym stawie, czy ono będzie ostre, czy podostre, czy będą mu towarzyszyły objawy ze strony innych stawów, a tembardziej, jeżeli nie, powinno nasuwać myśl o rzezączce.

Charakter zapalenia stawu u tego chorego mógł być zachwiany przez tę okoliczność, iż na 6 tygodni przed rzezączką przechodził on reumatyzm ostry, a zatem i to cierpienie możnaby uważać za powtórzenie napadu, lecz zestawienie obydwóch tych cierpień stawowych przedstawia rażące różnice, mianowicie: przy napadzie, poprzedzającym rzezączkę, było zajętych wiele stawów dolnej kończyny, a szczególnie kolanowy, występowały silne poty i polepszenie pod wpływem salicylanu sodu po 8 dniach. Drugi napad, występujący jednocześnie z rzezączką,

ograniczał się tylko do jednego stawu mostko-obojęzycznego, poty towarzyszyły mu bardzo umiarkowane i leczenie salicylanem sodu, tak skuteczne w pierwszym przypadku, pozostało bez wpływu w drugim, natomiast unieruchomienie, przypalanie, emp. de Vigo okazały się bardzo skutecznymi.

Gonokokków nikt jeszcze nie wykazał w zawartości stawu i dla tego badanie bakteryjologiczne nie posiada tego znaczenia, co w gruźlicy.

Co się tyczy stosunku zapalenia stawu pochodzenia rzeźączkowego do właściwego gościa stawowego, to z jednej strony przykłady, w których osoby przy każdej rzeźączce miały objawy stawowe, a z drugiej u osób, dotkniętych rzeźączką, nie występowały objawy reumatyzmu ostrego, lecz przed albo po, wymownie dowodzą niezależności obydwu tych cierpień.

Niektóre jednak osoby, dotąd wolne od gościa stawowego ostrego, zapadają podczas rzeźączki; te właśnie przykłady mogą dać powód do przypuszczenia, że rzeźączka była przyczyną wywołującą reumatyzm stawowy, ale są to jeżeli nie wyjątkowe, to w każdym razie rzadkie przypadki i nie wystarczają wobec 2 pierwszych kategorii.

Przypadek, opisany przez autora, najlepiej świadczy, jak u jednego i tego samego osobnika w okresach blizkich od siebie gościec stawowy właściwy i reumatyzm rzeźączkowy wywołują objawy stawowe tak odmienne, a tem samem daje autorowi możność potwierdzenia przyjętego dziś zdania o odrębności gościa rzeźączkowego.

J. Opalski.

IV. Choroby dziecięce.

213. E. IWANOW. **O zasadach dawkowania lekarstw dla dzieci.** (*Wiestn. Obszcz. Hyg. i Medicyny. Grudzień, 1891*).

Autor rozpatruje kolejno zasady dawkowania lekarstw u dzieci, polegające na stosowaniu pewnych stałych tablic, jakie podali: Gaubius, Huffeland, Cottereau, Trapp, Baginsky, Podwysocki i inni. Tablice przyjmują dawkę dla dorosłego za jednostkę, której ułamki, odpowiednie do wieku dziecka, stanowią dawki dziecięce. Dawno już jednak wydatni klinicyści krytykowali te niby normy, a każdy lekarz praktyczny wie, że dawka np. opiatów według tablic stosowana będzie zbyt silną dla dziecka, dawka zaś środka przeczyszczającego o wiele przewyższyc musi wskazaną przez normalne tablice.

Zasadę przy budowie wszystkich prawie wzorów dozowania lekarstw dzieciom stanowił wiek, jako pojęcie astronomiczne, bez uwzględnienia fizjologicznego punktu widzenia. Inną zasadę stanowi wyliczanie dawek w związku z wagą dziecka (ostatnie wydanie Vogel-Biedert'a tę normę poleca). Przeciwnie takiemu kryterjum powiedzieć można, że waga ciała zależy częściowo od okoliczności zupełnie na działanie leków nie wpływających np. od tłuszczu i wody.

Autor, chcąc wejść na racjonalną drogę oznaczania dawek dziecięcych, rozumuje w poniższy sposób. Dziecko nie jest wcale człowiekiem dojrzałym w miniaturze, różniąc się od tego tylko wagą. O poważnej różnicy świadczy choćby przejrzenie tablicy Vierordt'a, w której stosunek wagi pojedynczych narządów do ogólnej wagi ciała u nowonarodzonego i dorosłego wyrażono w odsetkach:

	Nowonarodz.	Dorosły.
Mózgowie	14,34%	2,37
Rdzeń	0,2	0,067
Skóra	11,3	6,3
Wątroba	4,39	2,77
Żołądek i jelita	4,53?	2,34
Nerki	0,84	0,48
Serce	0,89	0,52
Płuca	2,16	2,01
Mięśnie	23,4	43,09
Jądra	0,037	0,08.

Zwróćmy uwagę na potężne rozmiary mózgu, skóry, wątroby, nerek, serca dziecięcego i słaby rozwój mięśni. W energii i szybkości przemiany materii zachodzi też różnica poważna, ponieważ odbywa się ona daleko prędzej i dzielniej w organizmie dziecięcym, aniżeli dorosłym. Po tych uwagach próbuje autor za pomocą przykładów rozpatrzyć trzy skupienia leków: 1) działających miejscowo; 2) działających na cały ustrój; 3) działających na cały ustrój, lecz wywierających jednocześnie szczególnie specyficzny wpływ na pewien narząd lub jego ośrodek.

Jeżeli więc weźmiemy pod uwagę skupienie leków ogólnie działających, np. jod, rtęć, arsenik, wszystkie nutrientia, których wpływ rozdziela się równomiernie na cały ustrój, wtedy słusznie rzadzić się możemy stosunkami wagowymi.

Rtęć znoszą dzieci dobrze, dzięki szybkiej przemianie materii (do saliwacyi trudniej dochodzi, wobec słabego rozwoju ślinianek). Tran znoszą dobrze, dzięki dużej wątrobie. Co do innych leków tego skupienia, praktyka z zadowoleniem stosuje ilości przez tablice podawane.

Zupełnie jednak inaczej się dzieje z lekami, które prócz działania ogólnego, wywierają wpływ specjalny na pojedynczy narząd. Przykładem niech będzie opium. Praktycy już dawno zażywają dawek mniejszych od obliczonych przez tablice i formuły. Na czem jednak polega ta szkodliwość opium u dziecka, nie odpowiadano; wyjaśnienie, że opium ma „wielkie powinowactwo“ do mózgu dziecięcego jest tylko konstatowaniem faktu, nie wyjaśnieniem. Ostatnie znajdziemy, uwzględniając anatomiczne właściwości dziecka. Stosunkowa waga mózgu dziecięcego 7-kroć przewyższa wagę mózgu dorosłego. Jeżeli, dając opium dziecku, przyjmujemy średnią dawkę za 1, to na mózg dorosłego wypadnie $\frac{1}{40}$ — $\frac{1}{45}$ części, a na mózg dziecka $\frac{1}{7}$ dawki, czyli, że dziecko otrzyma 6—7 razy więcej, niż dorosły, jeżeli będziemy dozowali w stosunku do wagi cia-

ła. A więc dawkę opiatów i do ich działania podobnych leków należy obliczać, pamiętając o wagowych stosunkach mózgu. A jednak dawano dzieciom o wiele większe dawki opiatów bez złych następstw. Działo się to dzięki wielkiej wátrobie i energii przemiany materyi u dzieci. Z chwilą jednak, kiedy funkcyje wydzielnicze zmniejszają się w organizmie (opiaty wydzielane bywają przez nerki), np. przy ostrych dyjaryjach, małe dzieci stają się bardzo wrażliwemi na opijum. Z grupy trzeciej, działających miejscowo, za przykład posłużą środki przeczyszczające. Praktyka stale podwyższa dawki przez formuły podane. Oleju rycynowego, którego dawka dla dorosłego wynosi 15,0, wypadnie zgodnie z tablicą dać małemu dziecku 1,0 ($\frac{1}{4}$ łyżeczki małej), dajemy jednak 4,0, t. j. łyżeczkę, a więc dawkę poczwórną. Motywowano to odstępstwo od formuły jakąś wyjątkową nieczułością dzieci na środki przeczyszczające. Rdzeń kwestyi leży jednak w zwykłych anatomicznych własnościach jelit dziecięcych, których ilość u 2—3 letniego dziecka ledwie że dwa razy jest mniejszą od długości jelit dorosłego; różnica szerokości prawie także się zachowuje, a więc w tym wieku powierzchnia jelit stanowi $\frac{1}{4}$ powierzchni jelit dorosłego. Ten więc stosunek stanowić powinien zasadę dozowania leków przeczyszczających dla dzieci. Tak należy dozować lenitiva i laxantia, jako to manna, rheum, calomel, podophyllum i t. p., zarówno jako przeciw czerwiowe i proszki nierozpuszczalne (talk, węgiel, magnezja, sole bizmutu i t. p.).

Większość więc leków należy normować zgodnie z anatomicznymi stosunkami organizmu dziecięcego. Dla określenia dawki pozostałych, należy znać warunki przemiany materyi, wysiania i wydzielania ustroju dziecięcego (alkohol, eter, kamfora, moschus i t. p.). Środki nasercowe i nerkowe możnaby dozować jedynie na zasadzie spostrzeżeń klinicznych.

Znajomość fizjologicznych szczegółów dziecięcego ustroju umożliwia określenie dawki dobowej, często zależnej od szybkości z jaką ustrój wydziela lek z siebie. W tym względzie panuje zwyczaj podawania dzieciom leków daleko częściej, niż dorosłym (rtęć, jako specyficum, żelazo przy niedokrwistości, dzieciom co 2 godziny; to samo czynią niektórzy z arszenikiem, fosforem). Takie postępowanie wywołuje często upośledzenie trawienia wpierv, zanim lek wywarł swe działanie. Ztąd pochodzi często niezgodność co do wartości leczniczej pewnych środków.

Wogóle, zanim można będzie określić stanowczo ilości leków dla dzieci, należy gruntowniej poznać anatomiczno-fizjologiczne własności organizmu dziecięcego. S. Sterling.

214. MITCHEL PRUDDEN (New-York). **Studyja nad etyologiją błonicy.** (Studies on the etiology of Diphtheria). (*Medical Record*, 1891, 18, IV).

Przy badaniach nad etyologiją błonicy uwaga autorów zwrócona jest przeważnie na 2 gatunki bakteryj, które już to oddzielnie, już to razem znajdowano w błonach rzekomych

i uważano za przyczynę tej choroby. Jednym z nich jest t. zw. bacillus diphtheriae Loefflera, drugim zaś streptococcus ¹⁾, który większość autorów uważa za str. pyogenes lub s. erysipelatis. Lasecznik Loefflera znalazł Babés w 42 przypadkach, d'Espine w 14, Ortmann w 15 (z liczby 16), Roux i Yersin w 15, Kolisko i Paltauf w 50, Zarinko w 18 (na 20), Beck w 50 (na 52), Sorensen w 7 (na 10), Escherich w 20 (na 22), Tangl w 18, Brieger i Fraenkel w 22 przypadkach. Z drugiej strony opisano wiele przypadków zapalenia rzekomo błonicowego, w których nie znaleziono wcale lasecznika Loefflera, ale prawie zawsze wzmiankowane paciorkowce (streptococcus). Te postacie błonicy najczęściej były powikłane błonią, odrą, różą i zapaleniem podskórnej tkanki łącznej (phlegmonous inflammation). Autor opisał w r. 1889 ²⁾ wyniki obserwacji nad 24 przypadkami błonicy, w których nie znalazł lasecznika Loefflera, ale w 22 przypadkach paciorkowca pozornie identycznego ze streptococcus pyogenes.

W celu wyjaśnienia tej sprzeczności między wynikami własnych spostrzeżeń i obserwacji badaczy europejskich Prudden rozpoczął nowy szereg badań nad 12 rozpaczliwymi przypadkami błonicy w dwóch przytułkach dla dzieci, w których od wielu miesięcy nie było ani szkarlatyny, ani odry, ani róży, ani plegmone. Na 12 przypadków w 11 znaleziono lasecznika dyfteryi (Loefflera) i to tylko na miejscu chorem, paciorkowca zaś przedstawiającego cechy streptococcus pyogenes w błonach 11, w nerkach 1, w wątrobie i śledzionie 1 raz. Odnośnie do leczenia Prudden jest przekonany o niezmiernej doniosłości miejscowego przeciwpasorzytowego leczenia błonicy bez względu na to, czy przyczynę jej stanowi lasecznik Loefflera, czy wzmiankowany paciorkowiec, czy obydwie rzeczy drobnoustroje.

B. Polikier.

215. LOUIS FISCHER (New-York). **Wczesne rozpoznawanie błonicy.** (An early method of diagnosis in diphtheria. Rzecz czytana w Akademii Med. w New-Yorku). (*Medical Record* 5 Grudnia 1891).

Po treściwym omówieniu poglądów nowoczesnych uczonych na różniczkową dyagnozę błonicy i tonsillitis follicularis, autor opisuje obserwowany przez siebie (w Kaiser u. Kaiserin-Friedrich Kinderhospital) w Berlinie sposób odróżniania zawczasu obu tych cierpień. Sposób ten polega na oddaleniu (za pomocą sterylizowanych narzędzi) części błony rzekomej i zbadaniu takowej pod mikroskopem, oraz sporządzeniu z niej hodowli lasecznika błonicowego na skośnym agarze lub surowicy krwi w ciepocie 20—42° C. Już po 12 godzinach autor tym sposobem otrzymywał hodowle laseczników, które po zastrzyknięciu pod skórę grzbietu królikom wywoływały u tych ostatnich wysięki surowicze w jamach oplucnej i żółtawo-szare

¹⁾ Baginsky (Lehrbuch d. Kinderkrankheiten, 1887) przypisuje kokkom tylko drugorzędne znaczenie w patogenezie błonicy.

²⁾ The american Journal of the Med. Sciences, Maj 1889.

plaques w krtani. Śmierć zwierzęcia następowala po 18—24 godzinach. *B. Polikier.*

216. CARL STAMM (Berlin). **Etyjologija włóknikowego zapalenia nosa.** (Die Aetiologie der Rhinitis pseudomembranacea. (*Archiv für Kinderheilkunde*, 1892. T. XV. Z. 3 i 4).

Patogeneza rhinitidis pseudomembranaceae s. fibrinosae stosunkowo mało jest znana. Na mocy dotychczasowych opisów (Schuller, Henoeh, Hartmann, Seifert, Moldenhawer, Baumgarten, Bresgen, Bischofswerder, Parter, Raulin, Newcomb, Hunt, Scheimann, Lieven) choroba ta ma powstawać, już to po przyżeganiach błony śluzowej nosa, już to przy niezycie nosa, już to po odrze, już to bez wiadomej przyczyny. W celu wyjaśnienia etyjologii tego cierpienia autor z polecenia Bągińskiego zajął się zbadaniem błon rzekomych w 3 przypadkach, które przedstawiały objawy rhinitidis pseudomembr. u dzieci. Badanie bakteryjologiczne wykazało w błonach rzekomych obecność lasecznika (Loefflera) błonicy, którego hodowle, zastrzyknięte podskórnice królikom, powodowały śmierć tych ostatnich. Tym sposobem autor mniema, że pod względem etyjologicznym rhinitis pseudomembranacea nie różni się od rhin. diphtheritica¹⁾. Zdanie to nie zostaje w sprzeczności ze sprostaczeniami Maggiora i Gradeniego, oraz Lievena, którzy nie napotykali przy błonicy lasecznika L, ale strepto- i staphylococci, gdyż też same kokki napotykał i on sam, ale tylko po przyżeganiach; w pozostałych atoli postaciach rhin. fibr., według S., przyczyną jest stanowczo lasecznik Loefflera. Wykrycie rzeczonego lasecznika w podobnych przypadkach posiada wielką doniosłość, zarówno dla rokowania, jak i dla profilaktyki, gdyż t. zw. lekki przypadek błonicy może być źródłem zarażenia się ciężką postacią tej choroby. *B. Polikier.*

217. FELIX SCHLICHTER (Wiedeń). **Przyczynę do etyjologii zapalenia błonicowego u ssawców.** (Beitrag zur Aetiologie der Säuglingsdiphtheritis). (*Archiv für Kinderheilk.* XIV, 3 i 4, 1892, str. 129—156).

Autor obszernie opisuje i krytycznie omawia historię choroby 24 pacjentów błonicowych, z których 21 było ssawców, 1 dziewczynka 6-letnia i 2 osoby dorosłe (mamki). Tych ostatnich autor nie mógł pominąć ze względu na związek przyczynowy, jaki zachodził między ich zasłabnięciem i niektórymi innymi przypadkami błonicy w przytułku. Wnioski, do których S. dochodzi na mocy szczegółowego roztrząsania momentów etyjologicznych, dotyczących rozpatrywanego materiału, są następujące. „Nie trzeba upatrywać przyczynowego związku między zapaleniem błonicowym u ssawców, a sprawą położową lub jakąkolwiek inną chorobą matki z wyjątkiem błoni-

¹⁾ Luigi Concetti wyhodował również lasecznika błonicowego w jednym przypadku przedstawiającym objawy rhin-fibrin. (*Archivio italiano di Pediatria*, 1892, zesz. 1).

cy; zapalenie błonicowe u ssawców, również jak w późniejszym wieku bywa tylko następstwem (choć niebezpośredniem) poprzedzających przypadków błonicy; bardzo jest prawdopodobnem, że usposobienie osobnika do błonicy w okresie ssania powstaje, dzięki osłabieniu odporności (skutkiem nadmiernej słabości, chorób wyniszczających etc.). W końcu autor przytacza kilka faktów, świadczących o bezsilności profilaktyki wobec szerzenia się błonicy; nie będziemy ich tu powtarzali za autorem, nadmienając, że w tych salach przytułku, gdzie zdarzały się przypadki błonicy, najstaranniejsze zabiegi dezynfekcyjne nie zdołały zapobiedz pojawianiu się świeżych przypadków.

B. Polikier.

218. MAURICE SOUPAULT (Paryż). **Leczenie błonicy kreozotem.** (Diphthérie et créosote. Une médication préventive de la broncho-pneumonie survenant après la trachéotomie. (*Revue mens. des mal. de l'cafance, Wrzesień, 1891*).

Zastanawiając się nad przyczyną śmierci dzieci operowanych z powodu błonicy i dławca, autor dochodzi do wniosku, że najczęściej zgon w takich razach spowodowany bywa broncho-pneumonią, która, albo istniała jeszcze przed operacją (rokowanie względnie dobre), albo wystąpiła po operacji. Otóż w celu zapobieżenia temu powikłaniu, autor, idąc za przykładem i radą Legroux, leczył (w szpitalu Trousseau) dzieci, przeznaczone do tracheotomii, następującym roztworem: 10 części kreozotu, 100 części rumu i 500 cz. gliceryny. Łyżka tego roztworu zawiera około 30 ctgr. (około 5 gran) kreozotu. Z tego roztworu podawał dzieciom 1 do 2 łyżek stołowych (*dziennie? ref.*), zwiększając stopniowo dawkę do 4 łyżek u dzieci 5-letnich i do 5—6 łyżek u starszych. Po tracheotomii przed otworem kaniulki umieszczano kawałek waty, zmoczony w następującym roztworze: creosoti 1, spir. vini 10, glicerini 20. Wynik leczenia: z 45 dzieci operowanych i leczonych kreozotem wyzdrowiało 21, zmarło 24, a więc 46% wyzdrowień.

W końcu autor podaje następującą porównawczą statystykę wyzdrowień po tracheotomii w szpitalu Trousseau.

	operowano wyzdrowiało		
Od roku 1854—1875	2312	509	12%
„ „ 1883—1886	1577	450	28%
„ „ 1890	468	96	21%
3 pierwsze miesiące rok 1891	116	27	26%
Kwiecień—Maj (leczenie kreozotem) 1891	45	21	46%

B. Polikier.

219. Prof. A. SEIBERT (New-York). **Miejscowe leczenie błonicy gardzieli za pomocą wstrzykiwań pod błonę śluzową.** (Submembranous local treatment of thirty five cases of pharyngeal diphtheria. Rzecz czytana na sekcji chorób dzieci w Waszyngtonie). (*Archives of Pediatrics, June, 1891*).

220. A. SEIBERT. **Dalszy ciąg sprawozdań, dotyczących miejscowego leczenia błonicy gardzieli wstrzykiwaniami w błonę śluzową.** (Further report on submembranous local treat-

ment of pharyngeal diphtheria ¹⁾. (*Archives of Pediatrics Februorg, 1892*).

Wychodząc z założenia, że błonica gardzieli z początku jest cierpieniem miejscowem, oraz, że sprawa błonicowa spowodowana jest działaniem laseczników, przedostających się do głębokich warstw śluzowej, autor dowodzi, że leczenie tego cierpienia powinno być miejscowe ²⁾. W tym celu robił on 35 dzieciom wstrzykiwania środków przeciwnięlnych do głębszych warstw błony śluzowej za pomocą strzykawki własnego pomysłu, zakończonej kilkoma igłami, które wciska się jednocześnie w miejsce pokryte błoną rzekomą i przez które (podobnie jak w s. Pravatza) wtlacza się płyn do chorej tkanki migdałków, albo bocznej lub tylnej ścianki gardzieli. W 7 przypadkach do wstrzykiwań używał wody chlorowej, w pozostałych roztworu sublimatu. Tą drogą autor spodziewa się działać bezpośrednio na drobnoustroje. Z 35 pacjentów, leczonych tym sposobem, autor stracił 2. Z pozostałych przy życiu u żadnego nie zauważono porażenia błonicowego.

Do powyższych 35 spostrzeżeń autor dodaje jeszcze 50 przypadków błonicy gardzieli, leczonych proponowanym przezeń sposobem. Z tych 4 przypadki były powikłaniem płonicy. Z 50-ciu wzmiankowanych przypadków 37 obserwowal wspólnie z innymi lekarzami. Co się tyczy wieku pacjentów, to z leczonych 5 liczyło 6 do 12 miesięcy, 15 liczyło 2 do 4 lat, 15 od lat 5 do 7; 2 9 lat, 10 zaś od lat 10 do 13.

Wstrzykiwanie wody chlorowej spowodowało wstrzymanie się (checking) sprawy błonicowej w 42 przypadkach, częściowy skutek w 4, żadnego zaś skutku nie wywołało w 3. Skutek pomyslny w ciągu 6—8 godzin zauważono w 17 przypadkach, w ciągu 12 godzin w 14, w ciągu 24 godz. w 10, nieznaczono czasu w 6, nie było skutku w 3. Całkowite wyzdrowienie (ze zniknięciem błon rzekomych) po iniekcjach nastąpiło w 5 przyp. w ciągu 1 dnia (? spraw.), w 17 przyp. w ciągu 2 dni, w 3 przyp. w ciągu 3—4 dni, w 11 przez 5—8 dni; nie zanotowano w 10 przyp.; śmierć w 4. Skutek pomyslny wyrażał się zniesieniem ciepłoty, poprawą czynności serca i ogólnego stanu, jako też objawów podmiotowych. Woda chlorowa była każdym razem świeżo przyrządzoną i trzymana w chłodnym i ciemnym miejscu.

B. Polikier.

221. M. J. RAKOWITSCH (Kijów). O leczeniu enuresis nocturnae za pomocą rękoczynów zewnętrznych. (Ueber die manuelle Behandlung des nächtlichen Bettpissens. (*Archiv f. Kinderheilk. XIV, 3 i 4, 1892*).

Zachęcony pomyslnemi wynikami J. Csillaga na oddziale Monti'ego w 3 przypadkach enuresis nocturnae, autor stosował metodę Thurn-Brandta w Domu Sierot w Kijowie u 8-ga dzieci w wieku od 1, 7 do 11. Dzieci te trapione były mimo-

¹⁾ Patrz pracę Pruddena, streszczoną wyżej. (*Przyp. red.*).

²⁾ Rzecz czytana w Towarzystwie pedyjatrów amerykańskich w Waszyngtonie 24 Września 1891.

wolnem oddawaniem moczu, wobec którego elektryczność, oraz inne środki lecznicze i higieniczne, zarówno jak i kary okazały się bezsilnemi. Nie wdając się w szczegóły samej manipulacji autor zapewnia, że leczenie odbywało się według opisu Csillaga (Archiv für Kinderh., 1890, T. XII), tylko zamiast ograniczania się od 11 do 13 posiedzeń, jak to czyni C., autor odbywał 14 seansów, w jednym zaś przypadku 12. Omawiając załączone przy opisie 8 historyj chorób, R. dochodzi do wniosku, że, jakkolwiek otrzymał wyniki nie tak świetne jak Csillago, gdyż w 2 przypadkach rezultat nie okazał się pomyslnym, to jednakże metodzie omawianej przyznać musi prawo obywatelstwa w rządzie środków, proponowanych przy enuresis nocturna i że zabieg ten ze względu na swą nieszkodliwość powinien być wcześniej, niż inne stosowany wraz ze środkami ogólnie wzmacniającymi (przy zolzach, niedokrwistości i t. d.).

B. Polikier.

222. BÉCLÈRE. **Gościec rzerzączkowy u dzieci.** (Le rhumatisme blennorrhagique chez l'enfant). (*S. M.*, nr. 21, 1892).

Gościec natury rzerzączkowej jest nieznanym w wieku dziecięcym, tak przynajmniej sądzić należy z powodu braku opisów cierpienia tego w monografiach klasycznych.

Autor w ciągu roku spostrzegł dwa przypadki, jeden u małej dziewczynki lat $5\frac{1}{2}$, drugi u dziewczynki 20-miesięcznej.

Dziewczynkę pierwszą usiłowano zgwałcić; w przebiegu zapalenia rzerzączkowego cewki i pochwy wystąpiło porażenie stawów przedramionio-napięstkowych i błony maziowej ścięgien m. wyprostnych.

W spostrzeżeniu drugim, dotyczącem się dziewczynki 20-miesięcznej, dotkniętej zajęciem stawu golenio-stopowego w przebiegu porażenia rzerzączkowego warg wstydlivych i pochwy, zarażenie zostało spowodowane przypadkowo przez matkę, dotkniętą wpływem rzerzączkowym, w której łóżku dziecko noc przepędzało.

Autor znalazł w piśmiennictwie analogiczne dwa spostrzeżenia, opisane przez Koplik'a; dotyczące dziewczynek jednej pięcioletniej, drugiej trzech i pół letniej, u których w czasie wypływu rzerzączkowego z pochwy rozwinął się gościec wtórny stawów. Dodając do tych spostrzeżeń obserwowane przez Deutschmanna 2 przypadki u dzieci trzy tygodniowych, z porażeniami stawów w czasie przebiegu zapalenia oczu rzerzączkowego, widzimy w rezultacie, że gościec rzerzączkowy, zjawiający się u małych dzieci, powstaje z trzech głównie przyczyn: zapalenia rzerzączkowego oczu, szczególnie u nowonarodzonych dzieci; jako cierpienie następcze, po usiłowaniu zgwałceniu; nakoniec, może najczęstszym czynnikiem przyczynowym, łatwym do przeoczenia, jest zarażenie przypadkowe, familijne, występujące przez zetknięcie się w łóżku, za pośrednictwem odzienia, gąbek, przedmiotów toalety, wody kąpielowej, zupełnie niewinne t. zw. „gonorrhoea infantum”.

Wojciechowski.

223. CAHEN BRACH. **Uplawy u małych dziewcząt.** (*Verhandl. d. IX Versamml. d. Gesellschaft. f. Kinderheilk. in Halle, 1892*).

Badania Steinschneidera (1889), który przy podwójnem barwieniu odnalazł w wydzielinie vulvovaginitis u małych dziewcząt charakterystyczne gonokoki, pobudziły autora do dalszych w tym kierunku badań w klinice szpitala dla dzieci w Gracu. Ogółem badał on 21 dzieci w wieku od 2—10 lat i doszedł do następujących wniosków.

Najczęstszą przyczyną powstawania rzeczzonego cierpienia u dziewcząt są białe upławy matek, sypiających w jednym łóżku z dziećmi. W trzech przypadkach zarażenie nastąpiło w szpitalu.

We wszystkich powyższych przypadkach, oprócz jednego autor znalazł w wydzielinie diplokoki Neisser'a, tem samem przeto upada wszelka wątpliwość co do istoty rzeczzonego cierpienia.

Samo cierpienie rozpoczyna się zwykle nieznanymi objawami ogólnymi, niekiedy gorączką i brakiem łaknienia. Z początku wydziela się z cewki skąpa ilość cieczy śluzowej, zawierającej mało gonokoków, po 1—2 dniach wydzielina staje się obfitszą, zwłaszcza u silniejszych dzieci, przybiera postać ropy, tak, że po upływie krótkiego czasu cała pochwa przeważnie w okolicy lechtaczki pokryta jest żółto-zieloną ropą, która, zasychając w strupy przy niezachowaniu odpowiedniej czystości, wywołuje częstokroć uporczywą pryszczycę. Cierpienie przy odpowiedniem leczeniu trwa zwykle kilka tygodni.

Co się tyczy umiejscowienia, to w 18 na 20 przypadków zajęta była cewka, z kądem sprawa ropna przechodzi na sąsiednie narządy rodne. W dwóch przypadkach rozpoczęło się ono w szyjce macicznej i pochwie, w wydzielinie której znaleziono swoiste gonokoki.

Tak zwaną tryprową charakterystyczną metastazę autor spostrzegł u 6-letniej dziewczynki w 14 dni po wystąpieniu sprawy w cewce, mianowicie przy ciepłocie, dochodzącej do 40° bolesne obrzmienie lewego piąstko-palcowego stawu. W jednym przypadku u 2 letniej dziewczynki wystąpiło ophthalmoblenorrhoea wskutek samozarażenia.

Rokowanie jest w ogóle dobrem. Sprawa cała przy odpowiedniem leczeniu kończy się pomyślnie.

Co się tyczy leczenia, to wewnątrznie autor stosował ol. ligni santali (3×3—5 gtt. p. d.). Przy rozszerzeniu sprawy dobrze działają częste przemywania pochwy, ciepłe kąpiele, oraz zasypywanie pudrem. Dzieci powinny przez cały czas leczenia zachowywać absolutny spokój resp. leżeć w łóżku.

Koral.

224. E. CAHEN. **O pierwotniakach w dziecięcym kale.** (*Deutsche Med. Woch., nr. 27, 1891*).

Autor opisuje nietypowy przypadek cierpienia kiszek u pewnego dziecka, w którym badanie drobnowidzowe kału wykazało obecność w nim pierwotniaków, 2—3 razy większych

od białego ciała krwi, nadzwyczaj ruchliwych, o niewyraźnym jądrze, podobnych pod wszystkimi względami do opisanych przez Kartuliś'a pierwotniaków przy dyzenteryi. Pierwotniaki barwiły się najlepiej błękitem metylowym, przyczem jądro nie występowało wyraźniej, natomiast uwydatniały się znacznie wakuole. Hodowle tego pasorzyta w płynnej pożywce Nägeli'ego, jak również i szczepienia zakażonego niemi kału innym zwierzętom nie udały się. Jednakże wobec tego, iż autor te same twory znajdował, następnie wielokrotnie w kale wszystkich bez wyjątku dzieci chorych na dyzenterję, uważa, iż zdanie Kartuliś'a, co do chorobotwórczości omawianych pierwotniaków jest słusznem, tembardziej, że liczne przedsięwzięte przez autora badania kału w najrozmaitszych innych chorobach kiszek wykazały brak w nich tych pasorzytów. Znajdowanie ich przez Grassi i Cunninghaus'a w kale osobników wrzekomo zdrowych, autor tłumaczy czasowo spokojnym przewlekłym przebiegiem dyzenteryi u tych osobników.

Następnie autor zwraca uwagę na jeszcze jednego pierwotniaka z małym jądrem, ruchliwego, spotykanego u pewnego dziecka, cierpiącego na silną kolkę kiszkiową. Ta ostatnia ustąpiła bezpośrednio po ławatywach sublimatowych. Autor więc stawia pytanie, czy obecność w kale tego pierwotniaka, kolka kiszkiowa i ustąpienie jej tylko pod wpływem sublimatu nie świadczą o związku, zachodzącym między tymi faktami.

W. Janowski.

Wiadomości pomniejsze.

225. Haffa utrzymuje, że szybkość, z jaką powstaje **zanik mięśni** w niektórych przypadkach **zapalenia stawów**, daje się tylko przez odruch z zajętego stawu wytlómaczyć. Szereg doświadczeń na psach potwierdza to przypuszczenie. Po wywołaniu zapalenia w obu kolanach, H. otworzył kręgosłup i wyciął z jednej strony tylne pęczki (racines) mlecza odpowiedniej okolicy; z tej też strony zanik mięśni w następstwie nie powstał, podczas, gdy z drugiej był znaczny. (21 zjazd niemiec. chir., 1892).

J. L.

226. Istnienia samodzielnego **ruchowego graficznego ośrodka** dowodzą obserwacje nad choremi z t. zw. ślepotą słów („cécité verbale“), którzy nie rozumieją tego, co czytają. Aby wywołać w umyśle chorego obraz danego wyrazu, pisze się ręką chorego tenże wyraz w powietrzu, albo każe mu się przejść ołówkiem po napisanym już na papierze wyrazie. Otrzymało tym sposobem wyborne rezultaty. Doświadczenia dokonane zostały (w Salpêtrière) na afazykach, hysterycznych i ludziach zdrowych. (La Sem. M. 31, 1892).

J. L.

227. Ciekawy przypadek **zbożenia w rozwoju serca** demonstrował Jürgens w berlińskim Towarzystwie lekarzy-terapeutów. Lewej komórki, ani aortae ascendentis nie było wcale. Z lewego serca pozostał tylko przedsionek, łączący się za pomocą for. ovale z przedsionkiem prawym. Art. pulmonalis posyłała spory pień do istniejącego łuku aorty. Żywiła więc ona płuca i cały organizm. Pomimo takiego

zbroczenia w rozwoju serca, wielkość jego oraz objętość i rozwój płuc były prawidłowe. Dziecko żyło kilka godzin po urodzeniu. Brak komórki lewej autor tłumaczy, że w najwcześniejszym okresie życia zarodkowego powstało endocarditis parietalis, po którym ściany komórki zlepily się i zrosły.

228. Prof. Livio Vincenzi. **O cholery.** Autor zaznacza, że podczas, gdy zwykle jedna kropla hodowli bulijonowej przecinka cholery zabija w ciągu 20—30 godzin świnki morskie, zarówno przy zastrzyknięciu podskórnym, jak i wewnątrztrzewnowem lub wewnątrzopłucnowem, zastrzykiwania te są bezskuteczne, jeżeli zwierzęciu zastrzyknięć przedtem przefiltrowaną hodowlę bulijonową tegoż pasorzyta. Po zastrzyknięciu następnem żywej jego hodowli występuje tylko w odpowiednim miejscu żywa bardzo fagocytoza. Surowica krwi immunizowanych w ten sposób świnek, zastrzyknięta innym świnkom, udziela im tych samych własności.

229. Dr. Witte znalazł w pewnym przypadku **otoku ropnego jawowodów**, operowanym u Martin'a, pneumokoki Fränkla w samej ropie i w ścianie trąb. Jest to zaledwie trzeci tego rodzaju przypadek, znany w literaturze, tem ciekawszy, że zakażenie płuc nie miało tu miejsca.

230. Adler z Berlina opisuje **przypadek śmierci wskutek krwotoku z gruczoła krokowego.** Chory cierpiał wiele lat na utrudnienie w oddawaniu moczu wskutek przerostu gruczoła krokowego, tak, że sam zakładał sobie cewnik i wypuszczał mocz. Pewnego razu wystąpił przy tym rękoczynnie znaczny krwotok. Cewka moczowa i pęcherz wypełniły się prędko skrzepami, tak, że dla usunięcia ich musiano wykonać cięcie górne. W tydzień potem krwotok powtórzył się przez kilka nocy z rzędu. Złożono dren przez krocie. Krwotoki ustały na 3 tygodnie. Po tym czasie pokazał się przez 3 noce z rzędu olbrzymi krwotok. Ostatni z nich wstrzymano po ponownem otworzeniu pęcherza, przypalając gruczoł krokowy, z którego, jak się to okazało przy operacji, krew sączyła się, jak z gąbki. Jednakże chory zmarł wskutek nadmiernego wycieńczenia. Przy sekcji okazało się, że nadzwyczaj powiększony gruczoł krokowy miał 29 cm. w obwodzie, $4\frac{1}{2}$ cm. długości a $6\frac{1}{2}$ cm. szerokości. Na przekroju przedstawiał widocznie przerost fibromatyczny, oraz mnóstwo ziejących naczyń, widocznych gołym okiem, mimowoli przypominających tkanę jamistą. Najwięcej naczyń znajdowało się w tej części, którą widziano i przypalono podczas operacji.

231. **Drgania mechaniczne w terapii chorób nerwowych** od czasu, kiedy w r. 1878 Vigouroux pierwszy zwrócił uwagę na to, że drgania kamertonu przyczyniają się do uspokojenia bólów i usunięcia zaburzeń czuciowych (anestezyje) myśl tę starano się wyzyskać w celu leczniczym.

Boudet (1880) leczył skutecznie nerwobóle i migreny przy pomocy kamertonu wprawianego w ruch prądem elektrycznym, a Mortimer-Granville (1883) używał w tym celu młoteczka przypominającego budowę dzwonek elektryczny.

W ostatnich czasach kwestyją tą zajął się prof. Charcot i poświęcił jej jedną ze swych lekcyj w Salpêtrière. Zauważywszy już oddawna, że chorzy dotknięci drżączką porażenną doznają znacznej poprawy pod wpływem długotrwałych podróży koleją żelazną, polecił zbudować

wał fotel opatrzony mechanizmem naśladowującym drżenie wagonu, będącego w ruchu.

Przy pomocy takiego fotelu Charcot i Gille de la Tourette uspakajali uporczywe bóle, tak często towarzyszące drżącce porażennej.

- Gille de la Tourette—wymyśli również kask wibrujący wprawiany w ruch przy pomocy prądu elektrycznego. Kask taki u ludzi zdrowych w przeciągu 7—8 minut wywołuje uczucie senności, a w przypadkach bezsenności u neurasteników i hypochondryków daje znakomite rezultaty, usuwając również nerwobóle i migreny.

Zdaniem prof. Charcota zastosowanie drgań mechanicznych do leczenia niektórych chorób układu nerwowego ma przed sobą wielką przyszłość i zasługuje na gorliwe badanie. (*Rivue Scientifique—et l'union Medic.*, nr. 92, 1892). *K. Wisłocki.*

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

HENRYK NUSSBAUM. „**0 natężeniu w zjawiskach patologicznych**”. (Odczyt kliniczny, 1891 r.).

Autor w pracy swej zastanawia się nad zjawiskami patologicznymi, nie temi jednak, które są opisane jak najdokładniej w podręcznikach i z którymi anatomo-patolog spotyka się na stole sekcyjnym, lecz temi tylko, które przebiegają o najmniejszym „natężeniu” i przez to samo przez nas, zarówno jak i przez chorych nieraz bywają zupełnie przeoczone.

Podzieliwszy te zjawiska o najmniejszym natężeniu na pięć grup (stany patologiczne, sprawy patologiczne, formy chorobowe poronne, okresy chorób początkowe i końcowe, autor udziela nam filozoficznych swych uwag co do częstości, znaczenia dla rozpoznania, leczenia i rokowania każdej z tych grup, przeplatając swe uwagi praktycznymi wnioskami i przykładami z kazuistyki lekarskiej, które nieraz swą oryginalnością i głębokością dają wiele do myślenia i utrwalają się w pamięci.

Autor, między innymi, w pracy swej zmusza lekarza do zastanawiania się nad każdym, najdrobniejszym nawet objawem życia u człowieka zdrowego na zasadzie, iż objaw ten służyć nam może do wyjaśnienia, czemu u danego osobnika przy sprzyjających warunkach ze strony otoczenia i samego ustroju, powstała w następstwie ta, a nie inna forma chorobowa. Dalej, autor zwraca uwagę na te procesy chorobowe, które przebiegają bardzo szybko i kończą się pomyślnie w tak krótkim przeciągu czasu, iż nie zdążymy nawet pomyśleć o ich terapii, a zatem i o rozpoznawaniu; a jednakże warte są one głębszego zastanowienia i określenia ich powstania i tego lub innego przebiegu. W dalszym zaś ciągu autor robi uwagi co do znaczenia form chorobowych poronnych, których my często ściśle określić nie możemy, które jednak jakościowo nie odróżniają się od tychże form średniego lub większego natężenia i powinny być traktowane na równi z temi ostatnimi. Słusznie również autor mówi o okresie zdrowienia, iż zasługuje, jako okres przejściowy między zdrowiem i chorobą, jako proces chorobowy o mi-

nimalnem napięciu, pozwalający nam dokonać wielu cennych spostrzeżeń w zakresie patologii i terapii, na największą naszą uwagę.

Słowem, z całej tej pracy przegląda dawno znana, jednak nigdy nie nazbyt często powtarzana idea traktowania chorych nie jako szematów chorobowych, jak je przedstawiają podręczniki, lecz jako oddzielnych osobników, z których każdy ma swe indywidualne właściwości i „indyjosynkrazyje” (o których obszerniej mówi kol. N.), zmieniające obraz chorobowy. Ja o dewizę pracy autora możnaby przyjąć: „unikajcie rutyny!”

Jedno zarzucić można autorowi: zbytnią pobieżność w obrobieniu przedmiotu. Gdy czyta się ostatnią stronicę, żaluje się, że to już koniec, że autor nie powiększył rozmiarów swego odczytu, który uważam i rekomenduję kolegom do przeczytania, jako wysoce filozoficzny traktat z dziedziny patologii ogólnej.

F. Wychowski (z Dobrzynia nad Drwęcą).

Czwarty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w r. 1892 ¹⁾.

Doroczny zjazd chirurgów polskich zgrupował w Lipcu roku bieżącego przeszło czterdziestu uczestników na wspólne obrady w Krakowie. Pod względem liczebnym zjazd tegoroczny ustępuje nieco poprzednim, głównie zaś w porównaniu z licznym zeszłorocznym, który odbył się razem ze zjazdem ogólnym lekarzy i przyrodników. Pomimo to, co się tyczy ilości wygłoszonych odczytów i ożywienia obrad, zaznaczył się on nader dodatnio: potrzeba było znacznej pilności ze strony uczestników, aby przy wielkim pośpiechu wyczerpać cały program trzydniowych obrad. Tak więc zjazd tegoroczny powinien raz jeszcze przekonać sceptyków, twierdzących, iż „nas nie stać” na coroczne zjazdy chirurgiczne, że zjazdy te nietylko mają zupełną racyję bytu, nietylko pomimo trudnych warunków mają zapewnioną przyszłość przed sobą, ale z czasem stać się powinny potrzebą umysłową każdego chirurga polskiego.

Dnia 12 Lipca uczestnicy Zjazdu, zgromadzeni w klinice chirurgicznej, zwiedzili ją pod przewodnictwem prof. Rydygiera, oglądając znajdujące się tam przypadki chorobowe, poczem udali się do oddziału chirurgicznego w szpitalu dziecięcym św. Ludwika. Tam przedstawił dr. R a c z y ũ s k i dziewczynkę chorą na krup, której dnia poprzedniego wykonano z tego powodu intubację krtani według O'Dwyera, i mówił o postępowaniu przy wykonywaniu tego zabiegu. Prof. J a k u b o w s k i dołączył kilka uwag co do wskazań do intubacji i postępowania późniejszego po zabiegu według zasad przyjętych u niego w klinice dziecinnej.

O godzinie 10 w wielkiej Sali operacyjnej kliniki chirurgicznej otworzył prof. Rydygier, jako przewodniczący, pierwsze posiedzenie Zjazdu, dziękując zebranych za przybycie. Na wiceprezesów zaproszono d-ra Dembowskiego z Wilna i d-ra Schramma ze Lwowa.

¹⁾ Sprawozdanie niniejsze drukujemy dopiero w numerze bieżącym, gdyż zeszyły numer całkowicie musieliśmy poświęcić cholercze.
(Przyp. red.).

Przewodniczący przedstawił sprawę wydawnictwa Pamiętnika zjazdu chirurgów, pociągającego za sobą znaczne koszty i mającego obecnie już koło 500 zlr. deficytu; wobec tego konieczną jest pewna reforma, której odpowiednie obmyślenie i przeprowadzenie porucił Zjazd po dyskusji Komitetowi redakcyjnemu. Po krótkiej rozprawie co do terminu zjazdu w roku przyszłym, co do którego uchwalono utrzymać porę tę samą (Lipiec), przystąpiono do wykładów.

I. Pierwszy odczyt wygłosił prof. O b a l i Ń s k i (Kraków) „O leczeniu gruźlicy stawów i kości”. Na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie przemawiał König w tej samej kwestyi, przechylając się na stronę leczenia konserwatywnego i porzucając dotychczas cieszące się największem uznaniem postępowanie operacyjne—resekcycje i artrektomije. Do zdania jego przyłączyli głosy swe i niektórzy inni poważni chirurgowie. W dotychczasowych sposobach leczniczych odróżnić można trzy główne okresy. W czasach dawniejszych, kiedy nie zdawano sobie należyte sprawy z istoty gruźlicy, metody lecznicze były wyłącznie konserwatywne; w dalszym ciągu, wobec bardzo niepomyślnych wyników takiej terapii, przerzucono się do sposobów wręcz przeciwnych i, w celu radykalnego leczenia, amputowano na szeroką skalę chore członki. Dopiero od czasu rozpowszechnienia antyseptyki, a później aseptyki, wybrano drogę pośrednią pomiędzy temi krańcami, mającą na celu usunięcie operacyjne części chorych a nie sprawiającą tak znacznych okaleczeń—resekcycje, artro- i artrektomije. W ostatnich dopiero czasach daje się zauważyć zwrot znów ku postępowaniu bardziej konserwatywnemu, lecz na innych oparciu zasadach, a mianowicie za pomocą stosowania miejscowego rozmaitych środków, starają się oddziaływać bezpośrednio na miejsca dotknięte gruźlicą bez interwencji noża.

Na podstawie wyników, otrzymywanych po leczeniu operacyjnym w ciągu ostatnich lat kilkunastu w oddziale chirurgicznym szpitala św. Kazarza, mówca oświadcza się za tem leczeniem. Wyniki po różnych operacjach, zestawiane na oddzielnej tablicy, przedstawiają się wcale pomyślnie i zachęcająco. Z poszczególnych operacyj najlepsze rezultaty dały resekcycje w stawie barkowym, dalej łokciowym i nadgarstkowym; gorzej przedstawiają się resekcycje w kolanie i biodrze; ten ostatni staw dał największą odsetkę śmiertelności. Nieszczęśliwie przedstawiają się też artrektomije. Mówca zaznacza, że przekonał się wielokrotnie, iż wynik operacji nie jest bynajmniej w prostym stosunku do stopnia zajęcia kości: nieraz w przypadkach o zmianach chorobowych stosunkowo bardzo niewielkich, gdzie wykonano z tego powodu artrektomije, trzeba było później robić amputacje, co pomimo to, nie zawsze kończyło się pomyślnie, podczas, gdy czasem przypadki ciężkie, z rozległym zajęciem stawów i kości dają wyniki pooperacyjne bardzo dobre. Dla tego też przypuszcza prelegent, iż nie wszystko to jest gruźlicą, co dziś jako taką rozpoznajemy; muszą istnieć dwie sprawy chorobowe o podobnych na oko objawach: jedna z nich prawdziwa gruźlica kości o przebiegu ciężkim, druga—łagodna, innej, nieznannej obecnie natury, podobną do tej, jaką opisują u zwierząt (pseudotuberculosis).

Ponieważ obecnie dalecy jesteśmy od wypowiedzenia stanowczego słowa w sprawie leczenia gruźlicy kości, do czego koniecznymi są jak

najliczniejsze obserwacje i dane statystyczne, wyraża więc prelegent życzenie, aby wszyscy koledzy, posiadający odpowiedni materiał, zechcieli przeprowadzić jaknajdokładniejsze badania; na podstawie dopiero zebranych danych sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej stanowić będzie temat na jednym z przyszłych Zjazdów.

Przewodniczący wstrzymuje dyskusję aż do drugiego wykładu, dotyczącego tej samej kwestyi, który wygłosił.

II. Śmiechowski (Kraków). „O leczeniu gruźlicy stawów i kości kwasem cynamonowym” według Landerer'a. Mówca stosował iniekcje kwasu cynamonowego w kilku przypadkach gruźlicy stawów w klinice prof. Rydygiera; jeden tylko z nich stanowi obserwację „czystą”, gdyż oprócz tego kwasu nie używano tu żadnych innych środków leczniczych. W przypadku tym u dziewczyny 20-letniej, cierpiącej na gonitis tuberculosa ze znacznym przykurczeniem i nieruchomością stawu, po 3-tygodniowej kuracji za pomocą wstrzykiwań wewnątrzstawowych emulsji kwasu cynamonowego, stan poprawił się o tyle, że ruchomość powiększyła się i można było kończynę wyprostować. W innych przypadkach, gdzie poprzednio stosowano jodoform lub inne środki, mówca po kwasie cynamonowym żadnych zmian dodatnich nie widział.

Dyskusję nad sprawą leczenia gruźlicy chirurgicznej rozpoczął prof. Rydygier. Pod względem wartości leczenia konserwatywnego mówca wyraża zdanie, przeciwne zapatrywaniom Königa, jakie wygłosił on na tegorocznym zjeździe berlińskim, a według których, jakoby leczenie konserwatywne dawało do 50% wyleczeń gruźlicy stawów i kości. Nie tyle w klinice, ile w oddziale chirurgicznym szpitala dzieciennego św. Ludwika, mówca stosował dość obszernie terapię zachowawczą, która jednak w bardzo nielicznych tylko przypadkach prowadziła do celu. Zwykle pomimo wielomiesięcznego stosowania ekstensyj trzeba było w końcu przystępować do operacji, spotykając już wtedy zmiany chorobowe wybitniejsze, niż poprzednio.

Owe „świetne” wyniki niektórych chirurgów pochodzą zdaniem mówcy ztąd, iż zaliczają oni do rubryki „wyleczonych” wszystkich tych chorych, którzy po kuracji wygojeni usuwają się z pod ich obserwacji; tymczasem zaś inne, prawdopodobnie, byłyby wyniki, gdyby zadać sobie pracę i dowiadywać się o dalszych losach tych chorych, czy i przez jak długo nie występuje recydywa, gdyż zwykłą jest rzeczą, iż chory, dostawszy nawrotu choroby, nie wraca do tego samego lekarza czy zakładu, gdzie leczono go uprzednio, lecz szuka pomocy gdzieindziej. Z tego powodu prelegent zwraca się z prośbą do kolegów, aby, notując obserwacje swe w tej kwestyi, uwzględniali zawsze czas, który upłynął pomiędzy operacją resp. postępowaniem leczniczem a wyzdrowieniem i o ile możliwości starali się dowiedzieć o późniejszym (w rok lub kilka lat) stanie zdrowia pacjenta. Co się tyczy wyników pooperacyjnych w gruźlicy stawów, to, pomijając inne warunki, stoją one w związku z rodzajem operowanego stawu: najlepsze wyniki mamy po wycięciu stawu kolanowego, gdzie od razu dążymy do ankiлоzy, podczas, gdy w stawie biodrowym, gdzie staramy się utrzymać możliwą ruchomość, rezultaty są najgorsze; względnie nieźle wcale, pomimo utrzymywania ruchomości, pod tym względem przedstawia się staw łokciowy.

Schramm (Lwów) podziela zupełnie zdanie poprzedniego

mówcy co do względnej wartości ogłaszanej statystyki wyleczonych przypadków. Mówca, zestawiając swoje przypadki, starał się dowiedzieć o jaknajwiększej ilości dawnych swych pacjentów i przekonał się tą drogą, że bardzo wielu z nich, którzy odjechali do domu jako wyleczeni, po krótszym lub dłuższym czasie dostali recydywy i przebieg jej zazwyczaj bywał bardzo niepomyślny. Zarówno też i dobre wyniki, jakie podał prof. Obaliński, z pewnością należałoby znacznie zmodyfikować, gdybyśmy dowiedzieli się o późniejszym stanie zdrowia chorych. Co się tyczy wyboru pomiędzy leczeniem zachowawczem a operacyjnym, to żadnemu z nich nie można dawać pierwszeństwa: decydującą tu rzeczą jest indywidualność przypadku. Przy wyczekującej terapii w stawie biodrowym mówca miał lepsze wyniki niż po resekcji; zarówno zadowolony jest z działania mieszaneki jodoformowej, wstrzykiwanej wewnątrz stawów. Pod względem rokowania pooperacyjnego daleko pomyślniej przedstawia się wiek dorosły, niż dziecienny, w którym recydywy w miejscu operowanym lub innych zdarzają się bardzo często.

G a b r y s z e w s k i (Kraków) zaznacza trudność, jaką przedstawia dowiadywanie się o dalszych losach chorych, wyszłych z kliniki. Sam przekonał się, chcąc zestawić wyniki pooperacyjne kliniki chirurgicznej, iż w połowie przypadków jest to niemożliwe. Z zebranych danych wynika, że procent recydyw jest ogromny (prawie połowa „wyleczonych”). Najlepsze wyniki po resekcji dał staw kolanowy, najgorsze—biodrowy; niepomyślnie także przedstawia się staw skokowy i kości stopy. Terapija zachowawcza dobrych rezultatów nie dała; z używanych tu leków najodpowiedniejszą jest mieszanka jodoformowa.

D r o b n i k (Poznań). Znaną i niewątpliwą rzeczą jest rozmaita złośliwość przebiegu gruźlicy, nie pochodzi to jednak ztąd, iżby natura cierpienia, jak chce prof. Obaliński, w różnych przypadkach była zupełnie odmienna, lecz zależy to od różnych warunków wewnętrznych organizmu, dotkniętego gruźlicą, jak też i zewnętrznych, w jakich on się znajduje. Tak rozmaite dane statystyczne wyników pooperacyjnych różnych autorów tłumaczą się i tem, że złośliwość gruźlicy ogromne przedstawia różnice w rozmaitych miejscowościach. Dobre warunki życiowe i klimatyczne wpływają dodatnio na przebieg choroby; wobec tego dziwnem i niezrozumiałem jest zjawisko, że przebieg gruźlicy stawów i kości bywa znacznie złośliwszy u chorych z klasy zamężnej, żyjących w warunkach higienicznych dobrych, niż u biedaków.

Z i e m b i c k i (Lwów). Obiedwie metody lecznicze, operacyjna i konserwatywna, posiadają swoje wskazania i w rozmaitych przypadkach z powodzeniem stosowane być mogą. Z warunków zewnętrznych do najkorzystniejszych zaliczyć należy wpływ klimatu, o tem w 2-ch przypadkach ze swej praktyki mówca przekonał się wybitnie.

K r y ś k i (Kraków). Rozmaitość przebiegu i różny stopień złośliwości gruźlicy stawów nie przemawia bynajmniej przeciwko tożsamości natury choroby w poszczególnych przypadkach. To, że w jednym przypadku gruźlica ustępuje po jakiejś lżejszej operacji lub nawet po leczeniu konserwatywnem, podczas, gdy w innym, pomimo najradykałniejszego operowania, następują recydywy, nie upoważnia nas

do twierdzenia, że ta ostatnia jest „prawdziwą” gruźlicą, podczas, gdy pierwsza tylko „pseudotuberculosis” — chorobą natury zupełnie odmiennej. Analogicznych przykładów mamy dużo w innych sprawach patologicznych. Same czyste hodowle bakterij częstokroć, pomimo zupełnie jednakowych warunków hodowania, przedstawiają ogromne wahania w działaniu chorobotwórczym na zwierzętach, tembardziej zaś rozwijając się w skomplikowanych warunkach, w zależności od tyłu wpływów wewnętrznych i zewnętrznych, jak to ma miejsce w organizmie ludzkim. Zresztą, jeżeli można mieć często wątpliwości co do dyjagnozy klinicznej danej postaci chorobowej, to czynnikiem rozstrzygającym jest tu badanie anatomo-patologiczne i bakteryjologiczne.

Co się tyczy przypadku gonitis tuberculosa, leczonego przez kol. Śmiechowskiego kwasem cynamonowym, to mówca zapatruje się inaczej na zaszłą tam „poprawę”: zwiększona ruchomość w stawie powstała tam przez rozluźnienie więzów stawowych wskutek obfitego nagromadzenia się ropy, której przed iniekcjami było bardzo mało, obecnie zaś w ogromnej ilości wypełnia staw cały; wobec tego trudno zgodzić się na działanie dodatnie stosowanego w tym przypadku środka.

D e m b o w s k i (Wilno). Niepodobieństwem jest rozstrzygnąć kwestyję ogólnikowo, czy lepiej jest operować, czy też leczyć zachowawczo, lecz należy indywidualizować. W sprawie leczenia konserwatywnego znaczne usługi oddaje kreozot.

Prof. B r o w i c z (Kraków) popiera zdanie, wypowiedziane przez Obalińskiego, iż należy przypuścić istnienie dwóch lub więcej zupełnie oddzielnych postaci chorobowych, które klinicznie przedstawiają się jako gruźlica stawów i kości, a z których jedna tylko jest tą prawdziwą, typową gruźlicą. Przemawia za tem fakt, iż często w przypadkach dyjagnozowanych, jako gruźlica, pomimo najszczegółowszego badania mikroskopowego nie można znaleźć laseczników gruźliczych Kocha. Ważny bardzo dowód dodatni w tym względzie zakomunikował na zjeździe internistów w Wiedniu Eppinger: w przypadku, przedstawiającym się klinicznie jako gruźlica, preparaty mikroskopowe i szczepienia na pożywkach wykazały obecność nie lasecznika Kocha, lecz grzybka *Cladothrix asteroides*; szczepienia hodowli tych u zwierząt wywoływały taki sam obraz patologiczny. Dla tego też, wobec rozmaitej natury pasorzytniczej cierpień, które obejmujemy nazwą kliniczną „gruźlicy”, zrozumiałym będzie tak różny przebieg i rozmaita złośliwość oddzielnych przypadków.

K a d e r (Wrocław). Że nieznanie w tkankach laseczników gruźliczych, ani nawet typowej zupełnie budowy mikroskopowej nie przemawia jeszcze przeciw naturze gruźliczej tych tkanek, dowodzą badania, przeprowadzone w klinice wrocławskiej prof. Mikulicza: w wielu wątpliwych przypadkach, gdzie badanie dało takie mianowicie wyniki, szczepienie wytworów chorobowych zwierzętom dawało zawsze najzupełniej typową gruźlicę.

O d e r f e l d (Warszawa) zaznacza dobre wyniki, jakie widział po codziennem stosowaniu kąpieeli w słabych rozczynach sublimatu.

S a w i c k i (Warszawa). Rzeczą, na którą zawsze zwracać należy uwagę, jest stan innych organów, przedewszystkiem zaś zajęcie gruźlicze płuc. W 2 przypadkach, gdzie oprócz niewielkich zmian w płucach, istniała gruźlica kości, leczenie zachowawcze nie dawało

wyników dodatnich; po operacji zaś nietylko nastąpiło wygojenie kości, ale znikły i zmiany w płucach.

Prof. Obaliński w odpowiedzi na niektóre kwestyje, poruszone w dyskusyi, kładzie nacisk na konieczność indywidualizacji przypadków i sam zazwyczaj zaczyna od leczenia wstrzykiwaniami jodoformu, kwasu cynamonowego, przed przystąpieniem do operacji. Istnieją i inne dowody oprócz przytoczonych powyżej, że gruźlica obejmuje choroby, różniące się etjologicznie. Niepodobna jest przypuścić, ażeby peritonitis tuberculosa, która może być wyleczoną przez samo otwarcie jamy brzusznej, była także zależną od działania lasecznika Kocha. Dla tego też należy spodziewać się, że powoli z ogólnej nazwy „gruźlica” wydzielone zostaną te postacie chorobowe, których tło stanowią inne indywidua pasorzytnicze.

III. K o z ł o w s k i (Kraków) wypowiedział wykład „O reseceji stawu kolanowego sposobem Helfericha”, demonstrując kilku chorych z kliniki prof. Rydygiera tą metodą operowanych. Sposób ten, podany na 19 zjeździe chirurgów niemieckich, polega na wypiłowaniu z kości kulistego klina i na przecięciu ścięgien tylniej powierzchni kolana. W ten sposób unikamy znaczniejszego skrócenia kończyny, która z łatwością daje się wyprostować i utrzymać w tem położeniu.

Po krótkiej dyskusyi, w której brali udział Drobnik i prof. Rydygier nastąpił wykład:

IV. K r y ś k i e g o (Kraków). „O leczeniu wrodzonych zwichnięć stawu biodrowego sposobem Königa”. Przy leczeniu zwichnięć wrodzonych w stawie biodrowym główną trudność stanowi brak zupełny lub zaczątkowy stan panewki stawowej, w której możnaby było ustalić główkę kości udowej po odpowiednim odprowadzeniu z nieprawidłowej jej pozycji. Dotychczas używane metody operacyjne w różnym sposób starały się osiągnąć utrzymanie główki w panewce, to przez zmniejszenie jej objętości, to przez zupełną jej resekcję, już to wreszcie za pomocą przyszycia lub przybicia jej ćwiekami do ściany miednicy. König w metodzie swej, którą demonstrował w roku zeszłym na zjeździe chirurgów w Berlinie, poszedł drogą przeciwną wymienionym powyżej, mając na celu utworzenie nowej, względnie powiększenie istniejącej panewki. W tym celu robi on cięcie łukowate długości 5—6 ctm. zaraz po nad trochanter maj., przecina mięśnie i okostną aż do kości. W cięciu okostnej szerokiem dłutem odbija wachlarzowato powierzchnią blaszkę kości wraz z okostną i w miejscu, gdzie ma być panewka, odwija ku dołowi utworzony płat okostno-kostny tak, iż okostna jego styka się z powierzchnią stawową główki udowej. Wtedy brzegi okostnej zeszywa catgutem z torebką stawową, po nad tym szyje przecięte mięśnie i skórę.

Prelegent przedstawił 5-letnią dziewczynkę z kliniki prof. Rydygiera, operowaną tą metodą w skutek prawostronnego zwichnięcia stawu biodrowego. Od operacji upłynęło 3 miesiące: główka udowa mocno osadzona w nowem miejscu; ruchy zupełnie wolne; istniejące przed tym skrócenie chorej kończyny ($3\frac{1}{2}$ ctm.) wyrównane. Przy chodzeniu bez aparatu, w którym od kilku tygodni uczy się chodzić, dziecko jeszcze utyka, co przy odpowiednich ćwiczeniach niezadługo ustąpić powinno.

Wykład ten zakończył poranne posiedzenie, które zamknął prze-

wodniczący prof. Rydygier, prosząc o zebranie się za 2 godziny na posiedzenie popołudniowe. (D. c. n.)

Kronika miesięczna.

— Cholera.

Nie jesteśmy w możności służyć jeszcze czytelnikom cyframi ofiar cholery, gdyż o zsumowaniu ich wobec nowych miejscowości ulegających zarazie nie może być mowy. Zaznaczymy tylko, iż według urzędowych danych z dni ostatnich cholera szerzy się w następujących gubernijach Cesarstwa: petersburskiej, moskiewskiej, astrachańskiej, wladimirskiej, woronezkiej, wiackiej, jekaterynosławskiej, kazańskiej, kostromskiej, niżnie-nowogrodzkiej, orenburskiej, penzeńskiej, permskiej, poławskiej, riazańskiej, samarskiej, saratowskiej, symbirskiej, twerskiej, tambowskiej, ufimskiej, czernigowskiej, chersońskiej, jarosławskiej, bakińskiej, Dagiestanie, Zakatalu, Karsie, elizawetpolskiej, kutaiskiej, oraz zachodniej Syberyi. W wielu z tych miejscowości cholera słabnie, a według cyfr podanych do 13 Sierpnia zmarło na cholere około 100,000 ludzi.

U nas w Królestwie epidemija szerzy się tylko w Lubelskiem, mianowicie w samym Lublinie, gdzie średnio codziennie zapada po 50 osób i w powiecie lubelskim w osadzie Biskupice, oraz wsiach okolicznych. Na Zachodzie również szerzy się epidemija, nie mówiąc o Paryżu i Hawrze, gdzie ustaje już od miesiąca, w ostatnich tygodniach zeszłego miesiąca wybuchła z wielką gwałtownością w Hamburgu (do tej pory zachorowało 7,000 osób) i zaczęła się szerzyć po całych Niemczech. Notowano przypadki w Berlinie, Altonie, Bremie, Lubece, Kielu, Wrocławiu i t. d.

Wskutek tego zaprowadzono u nas rewizyje i dezynfekcyję nie tylko na kolei Nadwiślańskiej, ale i we wszystkich pogranicznych miejscowościach.

Do chwili, kiedy kresimy te słowa, Warszawa nie została dotkniętą przez epidemiję, natomiast otrzymujemy wiadomość, iż zaczyna się ona szerzyć w Kijowie.

— Z powodu zbliżającej się epidemij na kolejach tutejszych urządzono apteczki na stacyjach i w każdym oddzielnym pociągu, nadto w każdym pociągu ma być wagon sanitarny dla chorych i felcer. Na stacyjach kolei wybudowano kotły, zawierające wodę gorącą dnem i nocą, a w bufetach zawsze jest gotowa woda przegotowana. Co do tej ostatniej sądziliśmy, iż lepiej byłoby osłodzić ją nieco i dodać kwasu cytrynowego lub mlecznego. Z chwilą wybuchu epidemii u nas wszelkie owoce będą usunięte z bufetów kolejowych. Tu nadmienić musimy, iż na każdej kolei został delegowany lekarz do obznajmienia służby z dezynfekcyją i ratowaniem chorych.

— Dowiadujemy się, iż broszurkę popularną, wydaną w r. 1855 o cholercie, jej zapobieganiu i leczeniu przez władze, na żądanie Rady miejskiej Dobroczynności publicznej opracowali na nowo: prof. Czau-sow, naczelny lekarz szpitala św. Ducha S. Zaleski, oraz kol. Pawiński i Nencki. Broszurkę rozdawać będą darmo ubogiej ludności.

— Na przypadek cholery utworzono w Warszawie oddziały dla cholerycznych w szpitalu Praskim, Dzieciątka Jezus, Wolskim, Zapasowym, Żydowskim i świętego Łazarza. Ordynatorzy oddziałów

z liczby kandydatów, którzy się podali, wybrani będą przez inspektora szpitali Warszawskich, głównie lekarze szpitalni. Wynagrodzenie dla etatowych wynosić ma rs. 3, dla nadetatowych 5 rs. dziennie.

— W rządzie środków przeciw cholercie miasto postanowiono rozdzielić na 90 rewirów i mianować z liczby kandydatów lekarzy rewirowych, którzy mieliby nadzór sanitarny nad miastem.

— Każdy z zakładów przemysłowych, zatrudniający więcej nad 10 robotników, obowiązany jest na czas cholery mieć swego lekarza.

— Nowe nominacje na drodze żelaznej Nadwiślańskiej wywołały niemiłe wrażenie w tutejszych kołach lekarskich: zamianowani mianowicie, zostali lekarze, którzy dotąd z kolejowymi zajęciami nie mieli styczności a pominięci kandydaci, że tak powiemy, naturalni, którzy, obowiązki te pełnili od dłuższego czasu na tejsze kolei bezpłatnie i mogli mieć przeto słuszne szanse na otrzymanie nowo otwartych wakansów.

— Na żądanie departamentu lekarskiego w ostatnich czasach zarządzono spis lekarzy, aptekarzy, felczerów etc. w Warszawie. Ze spisu tego okazuje się, iż Warszawa liczy 515 lekarzy (razem z wojskowymi), 6 lekarzy kobiet, 43 dentystów, 442 felczerów, 349 akuszerki, 32 weterynarzy i 44 aptek, z tych 43 allopatyczne i 1 homeopatyczną.

— W n-rze 28 „Gazety Lekarskiej”, kol. Wł. Biegański ponownie podnosi kwestyję systematycznego pomijania piśmiennictwa polskiego przez naszych autorów, godząc się w zupełności na zdanie artykułu kol. Sawickiego, umieszczonego w tej kwestyi w n-rze 1 „Kroniki”.

— W mieście naszym kol. Wł. Oltuszewski otworzył przy swoim domu zdrowia pierwszy zakład dla leczenia zbroceń mowy (jąkania i belkotania).

— W Nałęczowie w r. b. otworzono stacyję meteorologiczną pod zarządem kol. Sacewicza. W chwili obecnej, pórcz dyrektora Chmielewskiego praktykują tu koledzy: Sacewicz, Rembieliński, Chełchowski, Nussbaum i Doliński. Zjazd chorych w roku b. był znacznie większy, niż lat poprzednich.

— Inspektorem lekarskim gub. Lubelskiej po ustąpieniu d-ra J. Kwaśniewskiego, mianowany został dr. med. Skabczewskij.

— W szpitalu Szarytek w Lublinie wybudowano nowy oddział dla położnic. Oddział jest zupełnie oddzielony od szpitala i posiada wejście oddzielne. Obok salek dla chorych znajduje się salka operacyjna. Szkoda, iż zamiast przebudowywać stare cele klasztorne nie postawiono raczej nowego pawilonu, koszt nie wiele byłby większy, a dałoby się zastosować wszelkie nowoczesne wymagania, nie uwzględnione w przerobionej budowlu należycie. Tembardziej na to nastajemy, iż szpital wzmiankowany jest co do dochodów jednym z najbogatszych w kraju. Przy sposobności nadmieniamy, iż szpital cały utrzymanie jest nader czysto i starannie.

— „Przezorność” i lekarze.

W Lutym r. b. wielu lekarzy tutejszych otrzymało następującą odezwę:

„Do W-go Doktora medycyny N. N. w miejsku”.

„Dyrekcya Towarzystwa Ubezpieczeń na życie i od wypadków nie-
szczęśliwych p. t. „Przezorność” zaleciła podpisaniem, jako lekarzowi głó-

wnemu, przedstawienie kandydatów na lekarzy Towarzystwa, spełniając to zlecenie Dyrekcyi, mam zaszczyt udać się do Szanownego Pana i Kolegi z uprzejmem zapytaniem, czy życzy sobie zostać lekarzem przy Towarzystwie „Przezorność”, a jeśli tak, upraszam o łaskawe, dokładne wypełnienie załączonego przy niniejszem szeniu i zwrócenie go pod adresem podpisanego dla przedstawienia Dyrekcyi, która o decyzji swej zawiadomii Szanownego Kolegi nie omieszką.

Za wystawienie świadectwa o stanie zdrowia osoby, przystępującej do ubezpieczenia z zastosowaniem się do instrukcyi dla lekarzy i do wzoru przez Towarzystwo przyjętego, każdy lekarz otrzyma wynagrodzenie rs. 5, za oddzielne badania (chemiczne, mikroskopowe, ginekologiczne, oftalmoskopem, laryngoskopem i t. p.), o ile lekarz Towarzystwa sam dokonać nie może, wyznacza się wynagrodzenie po rubli trzy.

W oczekiwaniu łaskawej odpowiedzi, łączę wyrazy wysokiego poważania (podpisano) Kourad Dobrski”.

Wobec powyższej odezwy adresatowi nie pozostawało nic innego, jak przesłać odpowiedź twierdzącą, słusznie bowiem mógł uważać, iż jest to grzeczna forma zaproszenia na lekarza Towarzystwa, tembardziej, iż stosunkowo niewielka liczba lekarzy otrzymała odezwę i że nie sam starał się o nominację, lecz Towarzystwo pierwsze zwróciło się do niego. Tymczasem minęło od tego czasu już 7 miesięcy, a interesowani nie mogą doczekać się odpowiedzi, choć Towarzystwo funkcjonuje już od dawna, a pono i lekarze zostali już mianowani.

Pytamy co ma znaczyć podobna mistyfikacja i jaki cel mieć może ten żart niesmaczny, jakiego ośmielił się dopuścić przedstawiciel lekarski „Przezorności” wobec kilkudziesięciu ludzi, zasługujących na szacunek, których narażono na wysyłanie ofert, chyba po to jedynie, aby ich nazwiskami pokryć improwizowany konkurs, gdzie zwyciężyć miał nepotyzm lub inne nie mniej chwalebne względy.

Pomijając już jednak ten wzgląd, iż każdy powyższą ofertę uważać miał prawo za zaproszenie, pytamy, jak się zdoła usprawiedliwić Towarzystwo, iż dotąd, mimo wyraźnego przyrzeczenia, nie raczyło nawet zawiadomić, iż są zbyteczni, tych, których tak uprzejmie zapraszało. Tego rodzaju postępowanie świadczy o braku elementarnych zasad wychowania u kierowników „Przezorności”.

Nie wątpimy, iż interesowani w odpowiedni sposób sami poszukiwać będą satysfakcyi za obrazę, jakiej na nich dopuściła się Dyrekcyja Towarzystwa, my ze swej strony, jako pismo, które stać powinno na straży godności naszego stanu, czuliśmy się w obowiązku napiętnować podobne postępowanie, któremu, sądzimy, nierychło znajdziemy podobne w naszych stosunkach; tembardziej zaś te ostre słowa prawdy wypowiedzieć byliśmy zmuszeni, iż odpowiedzialność za postępowanie Towarzystwa pod tym względem spada na podpisanego pod odezwą przedstawiciela naszego stanu.

— W Sierpniowym numerze tutejszego miesięcznika „Ateneum” pojawił się artykuł pod tytułem: „Stan społeczny polskiego piśmiennictwa lekarskiego”. Autor tego luźnego szkicu ma na celu zaznajomienie z naszym życiem umysłowym szerszych kół publiki, która poza belletrystyką literatury nie widzi i nie uznaje i wogóle mało co wie, czy i co się u nas robi w dziedzinach specjalnego piśmiennictwa. Autor sądzi, że ogół słusznie ma prawo wymagać, aby specjaliści od czasu do czasu dawali mu przystępne sprawozdania o rozwoju wiedzy. O ile

nam się zdaje z niektórych zdań i poglądów omawianego artykułu jego autor (anonim) nie należy chyba do specjalistów, a więc lekarzy w danym razie, i informacyjny jego szkic należy uważać zatem za pośrednie wezwanie ogółu do lekarzy — o przedstawienie mu należytego obrazu naszego piśmiennictwa lekarskiego. Jeżeli znajdzie się powołany, będzie miał wdzięczne, ale nie łatwe zadanie.

„Autor“ przegląd swój prowadzi w ten sposób, że z kolei rozpatruje wszystkie pisma i wydawnictwa lekarskie polskie, dodając przy każdym po parę sylwek więcej znanych lekarzy. Na ogólną charakterystykę redakcyjną można się z niektórymi zastrzeżeniami zgodzić z autorem, za to za zupełnie chybione uważamy notatki, dotyczące osobistości, luźne pochwytnane, więcej zapewne oparte na „opiniji“ bieżącej, niż na wcytaniu się w prace i artykuły tych osób.

Wprawdzie znać w autorze staranie się o bezstronność, o oddanie „*sum cuique*“ — trudno jednak jest wogóle pozbyć się swych osobistych sympatii i izolować się zupełnie od wpływu mniej lub więcej rozpozszerechnionych opinii.

Nie pojmujemy za to zupełnie, dla czego autor skrywa swe nazwisko, czy przez skromność, czy przez brak odwagi cywilnej? „*Faut avoir courage des ses opinions*“.

Powiedzieliśmy wyżej, że autor chyba nie jest lekarzem, jeżeli nim jest, to w każdym razie trzyma się trochę zadaleko od tętna naszego życia umysłowego.

— Ziemstwo Serdobskie w gub. Saratowskiej zabezpieczyło swoją służbę sanitarną na przypadek śmierci z cholery (5 lekarzy i 6 felczerów po 10,000 rs. na osobę). Przykład zaiste godny naśladowania. Takie zachowanie się przedstawicieli ziemstwa Serdobskiego, dowodzące jego dojrzałości w ocenie działalności lekarza w ciężkiej walce z zarazą, zasługuje na prawdziwe uznanie. Na ostatniem zebraniu przedstawicieli ziemstw moskiewskiej gubernii, postanowiono wydawać rodzinom lekarzy i innych urzędników zdrowia zmarłych w walce z cholerą wsparcia, wysokość których będzie niebawem oznaczoną. Proponowano roczną pensyję. Czy nie lepiej byłoby pójść za przykładem ziemstwa Serdobskiego?

— Dr. Kostanecki zamianowany został nadwyzczajnym profesorem anatomji porównawczej na Wszechnicy Jagiellońskiej.

— Redaktor „Przeglądu Lekarskiego” w Krakowie profesor Leon Blumenstok zmienił nazwisko na „Halban”.

— W Wiedniu ma powstać klinika wodolecznicza pod kierunkiem Winternitza. Koszta ponosi niestrudzony hydroterapeuta.

— Kraft-Ebing ma objąć katedrę po niedawno zmarłym Meynercie.

— Dr. M. Schmidt z Frankfurtu a/m. otrzymał tytuł prof. laryngologii.

— 5—10 b. m. odbył się kongres międzynarodowy dermatologów w Wiedniu. Ogłoszono następujące tematy: „*Choroby naczyń limfatycznych skóry z punktu widzenia anatomii patologicznej*“ (profesor Paltauf z Wiednia). „*O obecnym stanie trądu w Europie*“ (Arning z Hamburga i Petersen z Petersburga). „*O późnych okresach przymiotu*“ (prof. Neuman z Wiednia). „*O mykozach skórnych z uwzględnieniem stosunków francuzkich*“ (Feulard z Paryża). „*Ana-*

tomija i rozwój barwnika w górnych warstwach skóry" (prof. Jarisch z Gracu). „*Psorospermia*” (prof. Bock z Chrystyjani i prof. Neisser z Wrocławia). „*Zasady leczenia rzerzyczki*” (prof. Neisser z Wrocławia). „*O różyczce wilkowej*” (Malcolm Merris z Londynu i Veil z Canstata). Obok tych referatów złożono przeszło 100 oddzielnych odczytów.

— Według wniesionego do sejmu holenderskiego prawa, cudzoziemscy lekarze mogą praktykować w Holandyi po złożeniu egzaminu z wiadomości praktycznych, jeżeli posiadają dyplom zagranicznego uniwersytetu.

— W d. 9 Sierpnia r. b. znakomity fizyolog prof. J. Moleschott obchodził 70-letnią rocznicę urodzin w Rzymie.

— Od 1 Lipca zaczął wychodzić nowy miesięcznik chirurgiczny: „*Archives provinciales de chirurgie*”, pod redakcją M. Baudouin'a.

— Na ogólnem zebraniu lekarzy niemieckich w Lipsku 27—28 Czerwca r. b. omawiano między innymi i kwestyję nadmiernego zwiększania się liczby lekarzy. Dr. Martin z Berlina podał wnioszek, aby corocznie w okresie zdawania egzaminów dojrzałości w gimnazyjach przedstawiono w prassie z całą otwartością warunki bytu stanu lekarskiego, aby kandydaci, którzy wybór fakultetu medycznego robią tylko w widokach zarobkowych nie łudzili się darmo fałszywemi pojęciami o dobrocyce lekarzy, jakie jeszcze panują pomiędzy publiką. Według wykazu podatkowego (który należy uważać za dokładny) w Berlinie jest 1,615 lekarzy i 132 dentystów, z tych 855 nie zarabia 3,000 marek rocznie, tylko 250 wykazało dochody wyżej 8,000 marek, a 170 wyżej 10,000 marek. Po debatach większością tylko jednego głosu wnioszek Martina upadł, zjazd zaś wyraził swą opinię w sposób następujący: Warunki bytu stanu lekarskiego są niezaprzeczenie ciężkie. Wzrost liczby lekarzy nie znajduje się w żadnym stosunku do wzrostu ludności. (W. Pr.).

— Położenie materyjalne lekarzy włoskich b. wiele pozostawia do życzenia i bywa powodem częstych skarg w prasie. Większość praktyków włoskich stanowią tak zwani medici Condotti, płatni przez rząd, jako lekarze gmin, stowarzyszeń, kas i t. p. Posady te są b. zależne, a zajmujący je cierpią wiele ze strony administracji, dopuszczającej się samowoli i szykan. Ostatnio lekarze północnych Włoszech złączyli się w stowarzyszenie (ligę) pod nazwą: „*lega di previdenza e resistenza*”, do którego dopuszczeni są: oprócz lekarzy, aptekarze, weterynarze i nawet akuszerki. Celem ligi jest: przezorność i obrona wspólna, w postaci zakładania Kas oszczędnościowych na przypadek choroby, śmierci. Liga będzie prowadziła procesy zawodowe stowarzyszonych (szczególniej przeciw władzom administracyjnym) i rozstrzygała drogą sądu honorowego sprawy między członkami. Liga ma też dbać o wybór takich deputowanych, którzyby bronili spraw zawodowych w parlamencie. Wreszcie liga będzie rozdawać lekarzom zasłużonym, bądź to w nauce, bądź w praktyce (np. w czasie epidemji) medale honorowe (złote), zasługi bowiem takie nie bywają dotąd wcale uwzględniane.

— Dr. Böhm napisał broszurkę o leczeniu wodami mineralnemi, która wielu zainteresowanym krwi nie mało napsuje. B. sądzi, „że re-

zultaty, otrzymywane po leczeniu u wód są: nieznaczne, przejściowe, a zwłaszcza za kosztowne w porównaniu ze swą realną wartością. Przytem głównym pomagającym czynnikiem jest prawidłowy sposób życia, oderwanie się od zajęć i dobre powietrze. Niewątpliwy pożytek odnoszą matki, jeżeli im uda się u wód znaleźć mężów dla córek. Właściciele wód nie dbają wcale o pożytek z leczenia. Chodzi im o to, aby jaknajwięcej osób zjechało do wód, i jak najwięcej butelek wody sprzedać.

A lekarze, praktykujący u wód, czyż odznaczają się swemi pracami i zdolnościami? Przeciwnie, jeżeli zaś są tacy, to nie mają zwykle powodzenia u publiki. Są to przeważnie panowie, nie chcący dzielić wszystkich trudów naszego zawodu, a dążący do szybkiego i łatwego wzbogacenia się. Napisawszy broszurkę bardzo wątpliwej wartości, albo sprawozdanie zaledwie, o tych mineralnych wodach, gdzie praktykują, chwala ją jako środek przeciw wszystkim chorobom. Zimą zaś rozjeżdżają z miasta do miasta, aby złożyć swe uszanowanie i przypomnieć się wybitniejszym praktykom”.

— Z powodu bezcelnych napaści, jakich dopuszczają się zwolennicy „metody“ Mattei, w Anglii zawiązał się w roku przeszłym specjalny Komitet w celu zbadania okrzykanego sposobu „leczenia raka bez noża“ za pomocą elektryczności Mattei’ego. W skład Komitetu weszli: dr. Potler, Lawson Tait, M. Mackenzie, Hopkins i inni. Wybrano do obserwacji 5 kobiet, którym zresztą Komitet z góry zapowiedział, że nie wierzy w możliwość wyleczenia środkami Mattei’ego. Obserwacja ciągnęła się więcej niż rok; leczenie prowadzili sami „Mateiści“, co tydzień chore oglądali członkowie Komitetu i jeden lekarz z Cambridge. Wyleczenia nie było, guzy rozrastały się, jakby nieleczone. W jednym przypadku sami Mateiści przyznali, że stan pogorszył się. Koniec był taki, że Mateiści widząc, iż rzecz bierze zły obrót, odstąpili, pomimo nawoływań i protestów p. Stead redaktora „Review of Reviews“, gorącego dotąd zwolennika metody, a który wreszcie przekonał się, że, zgodnie z orzeczeniem komisyi: metoda Mattei’ego jest tylko zwyczajną szarlataneryją. Pan Stead chce naprawić swe uprzednie błędy, prześladuje teraz ile i gdzie może Mattei’ego i wykazuje całą blagę i oszukaństwo tego przedsięwzięcia. Więcej takich „nawróconych“ redaktorów a możeby się udało ograniczyć wyzyskiwanie łatwowiernej publiki, niedowierzającej ostrzeżeniom, płynącym ze strony lekarzy i chemików (dr. Stokes, zaprzysiężony chemik londyński, nie mógł, oprócz wody nie wykryć w płynach elektrycznych Mattei’ego). Ale widocznie: „mundus vult decipi“ i to w sposób grubo mu uwłaczający, bo dowodzący, że ów „mundus“, mający pretensję do należenia do klas oświeconych, nie myśli, nie zastanawia się i nie ma pojęcia o fizyce, chemji i medycynie, którą z taką łatwością krytykuje. Czyż bo sobie nie wystawi każdy „testimonium paupertatis“ kto da się wziąć na takie zalecenie, wzięte z reklamy Mattei’ego: „z elektryczności roślinnych najczęściej używa się: żółta, biała i czerwona. Należy ich unikać u chorych, cierpiących na angivitis (?), bicie serca, aneurysmat, drgawki, za to można ich używać przy dnie, gościecu, częściowym paraliżu. Jeśli trzeba pobudzić nadwątlone siły i usunąć odurzenie, dosyć dotknąć sympatycznego nerwu—ulga nastąpi natychmiast! Elektryczności używają do znieczulenia bólu i zatrzymania krwawienia! Czyż można się dziwić, że prosty „mundus“ z Biskupic z podszeptem fel-

czera Mendela Kona i jemu podobnych wierzy, że lekarze rozszerzają cholereę i trują chorych!

NEKROLOGIJA.

- Prof. uniwersytetu w Kazaniu *Walery Podwysocki* w 70 roku życia.
 — *Frankowski*, lekarz miejscowy szpitala Zapasowego w Warszawie.

Przegląd prac oryginalnych, pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu SIERPNIU 1892 r.

- 1) *Prof. W. Jaworski*. Zestawienie szczegółowej profilaktyki i terapii cholery. (Prz. Lek. 32, 33).
- 2) *J. Opiński i J. Rosenzweig*. Kilka uwag o metodach oznaczenia ilościowego kw. solnego w treści żołądkowej. (Przeg. Lek. 35.)
- 3) *Dr. A. Sokółowski*. Kilka uwag o róży krtani. (G. L. 32).
- 4) *Dr. med. L. Wolberg*. Erythema nadosum u dzieci. (Gaz. Lek. 32).
- 5) *S. Kamiński*. Początki histeryi u dziecka. (G. L. 31, 32, 33, 34). niedok.
- 6) *Z. Kramsztyk*. Zakończenie jaskry przez pęknięcie gałki ocznej. (Gaz. Lek. 33).
- 7) *W. Matlakowski*. O wycięciu kiszki ślepej wobec zwięzienia rakowego i bliźnowatego. (Przegł. Lek., nr. 14—27). w przyszł. N-rze.
- 8) *J. Sędziak*. Krup czy dyfteryt nosa. (G. L. 34, 35).
- 9) *Dr. med. B. Chrostowski i K. Wislocki*. O stosowaniu kreozotu w ławatywach u suchotników. (G. L. 35). niedok.
- 10) *O. Bujwid*. Bakteryjologiczne badanie epidemii cholery w Biskupicach. (G. L. 35). niedok.
- 11) *O. Bujwid*. Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery. (Med. 32).
- 12) *W. Oltuszewski*. O zboczeniach mowy, jąkanii i bełkotaniu. (Med. 31, 32).
- 13) *Dr. T. Heryng*. Gruźlica błony śluzowej nosa. (Med. 33).
- 14) *J. Czarnocki*. O znaczeniu praktycznem limanów i morza Czarnego w lecznictwie. (Med. 32, 33, 34). niedok.
- 15) *Dr. med. Fr. Neugebauer*. Kilka słów o wskrzeszeniu ciężca łonowego czyli symfyseotomii przez szkołę położniczą Neapolitańską. (Med. 34, 35). niedok.
- 16) *J. Kramsztyk*. Tężyczka samoistna u dzieci. (Med. 35).
- 17) *O. Krefft*. O niedorozwoju przewodu rodneg. (Nowiny Lekar. 6-7).
- 18) *Dr. med. K. Klecki*. O połączeniach protoplasmatycznych między komórkami mięśniowemi przewodu pokarmowego. (N. L. 8, 9).
- 19) *Dr. Wicherkiewicz*. Przyczynek do znamień ścian oczodołowych. (Now. Lek. 8, 9). w przyszł. N-rze.

20) *Prof. Rydygier*. O leczeniu wysiękowego zapalenia płucnej. (Now. Lek. 8, 9). w przyszł. N-rze.

21) *J. Sędziak*. Drugi przypadek t. zw. „anginae ulcerosae benignae“. (N. L. 8, 9).

22) *Fr. Strojnowski*. Przypadek utraty mowy wraz z porażeniem górnej kończyny. (N. L. 8, 9). w przyszł. N-rze.

23) *St. Szukulski*. Przypadek niedorozwoju ucha. (G. L. 8, 9).

1) *W. Jaworski*. **Zestawienie szczegółowej profilaktyki i terapii cholery**. Pracę omawianą autor ułożył według wskazówek komisji cholerycznej Tow. lek. krakowskiego i zawarł w niej obok profilaktyki i terapii liczne wiadomości z biologii lasecznika, co mu służyło za nieprzewodnią przy układaniu zapobiegania i leczenia. Ponieważ praca ta nie nadaje się do szczegółowego streszczenia, podamy tylko nader ciekawe dane autora co do środków anti-cholerycznych zapobiegawczych. Autor słusznie zaznacza, iż zalecanie sumaryczne np. kwasu solnego nie ma celu; przy nadmiernej kwaśności środek byłby szkodliwym, a przy braku kwasu solnego w żołądku dla stałego utrzymania treści na 0,5^o/_o kwaśności należałoby wprowadzać codziennie 27 grm., ilość oczywiście niemożliwą, dla tego kwas solny radzi podawać tylko przy niedomodze wydzielniczej po 2 grm. dziennie; w innych razach zastępować go kwasami roślinnymi 5—10 grm. dziennie, w przypadkach braku kwasu solnego w żołądku zastępować go lepiej innymi antyseptykami.

Przy leczeniu cholery autor trzyma się metody Cantani'ego (entero i hypodermoclysm), nie zaniedbując jednak innych zwykle dawniej używanych środków, między innymi przy napadzie dla wywołania potów poleca do wypróbowania pilocarpinum muriat (0,02—0,04) w postaci wstrzykiwań podskórnych; co do makowca prof. J. jest przeciwny jego stosowaniu, a w początkach napadu jest za wywołaniem wymiotów, ale drogą mechaniczną, np. drażnieniem podniebienia piórkami i t. p. Z wielką wstrzeźliwością odzywa się nadto o innych metodach, jak np. o zabiegach wodoleczniczych. *J. Z.*

2) *Opieński i Rozenzweig*. **Kilka uwag o metodach oznaczania ilościowego kwasu solnego w treści żołądkowej**. Autorzy na zasadzie badań porównawczych dochodzą do wniosku, iż najmniejsze błędy przy oznaczaniu daje metoda Hehner-Seeman'a, dla ścisłego oznaczenia odczynu końcowego należy jednak używać nie roztworu lakmusu, ale papierków lakmusowych (czemu nie fenoltaleiny? (*Przyp. spraw.*)). Metoda Sjöquista jest skomplikowaną i również niezbyt ścisłą, metoda Mintza nie ma według autorów żadnego rozpoznawczego znaczenia, ostatecznie więc zalecają tylko metodę Seeman'a, która w jednej i tej samej próbce daje nam możność oznaczenia ogólnej kwaśności, kwasu solnego i kwasów tłuszczowych. *J. Z.*

3) *A Sokołowski*. **Kilka uwag o róży krtani**.

Autor podaje opis czterech przypadków róży krtani: pierwszy, zakończony pomyślnie, rozpoczął się jako lakunarne zapalenie gardła, przy którym to cierpienie Sendter wykazał obecność gronkowca ropnego i gronkowca róży; możliwym jest przeto, że sprawa z migdała drogą naczyń chłonnych przeszła na krtani i wywołała tam omawiane cierpienia.

W drugim przypadku, z zejściem śmiertelnym, badanie pośmier-

tne wykazało ropny naciek krtani, który, prawdopodobnie, spowodował zakażenie ogólne.

W dwóch ostatnich przypadkach z przebiegiem łagodnym sprawa zaczęła się także na migdałach w postaci zapalenia lakunarnego, poczem w następstwie wystąpił nieznaczny obrzęk krtani. Autor jest zdania, że i ten obrzęk zależnym był od gronkowca róży, co, naturalnie, potwierdzić mogą tylko badania bakteryjologiczne. *W. Sz.*

4) L. Wolberg. **Kilka słów o erythema nodosum u dzieci.**

Taki tytuł nosi krótki opis 2 przypadków erythematis nodosi, spostrzeganych przez autora u dzieci, z dodaniem obrazu klinicznego i etyologii tej choroby podług rozmaitych autorów. Cierpienie to autor uważa za względnie rzadkie, gdyż w praktyce swojej napotkał tylko 2 przypadki. Przy leczeniu zaleca spokój, lekką dyjetę, natr. salicyl. i wcieranie obojętnego tłuszczu z narkotykiem. *B. P.*

6) Kramsztyk. **Zakończenie jaskry przez pęknięcie gałki ocznej.**

W oczach pozostających w stanie jaskry absolutnej wytwarza się często wrzód rogówki, który rozpoczyna się zawsze w jej środku, ma charakter pelzający, jest natury mikotycznej. Podczas napadu jaskry, w jej okresie „zapalnym”, nabłonek rogówki zawsze jest zmieniony. Pod wpływem bardzo znacznego, długotrwałego ucisku od wewnątrz komórki nabłonka łatwo rozstąpić się mogą i w ten sposób wytworzyć powierzchowny brak substancji, przez który wnikają mikroby. Wrzód postępuje zwolna i nie pokazuje wcale skłonności do zagojenia. Przez cały czas rozwijania się wrzodu chory cierpi niezmiernie. Wreszcie wrzód pęka, zawartość gałki ocznej wydostaje się na zewnątrz, przy czem ma miejsce obfity krwotok. Pod mocną opaską krwotok ustaje, ale ponawia się zwykle wiele razy; cały ten okres krwawienia trwać może tydzień albo i parę tygodni. Krwotoki, zdaje się, nigdy nie bywają śmiertelne i ostatecznie dobrowolnie się zatrzymują, poczem następuje zanik gałki ocznej. K. miał sposobność badać anatomicznie dwie gałki, wyluszczone w okresie krwawienia. Po przecięciu jednej z tych gałek całe jej wnętrze okazało się wypełnionem jednostajnym skrzepem, który bezpośrednio dotykał błony twardej; siatkówka z naczyńówką były od ścian oderwane i przebiegały prawie środkiem gałki w postaci sznurka płaskiego; ciałka szklistego nie było. W miejscu, odpowiadającym rogówce, widać stożkową wyniosłość—skrzep sterzący. Druga gałka przedstawiała się na przekroju mniej więcej tak samo. Wyluszczenie wskazane jest w każdym okresie. *Z. H.*

8) Sędziak. **Krup czy dyfteryt nosa?**

Chory 31-letni przy goleniu skaleczony został brzytwą w brodę z prawej strony; w kilka dni wystąpiły objawy ogólne (gorączka, rozłamanie), ranka pokryła się brudnym nalotem, gruczoł limfatyczny szyjowy po stronie odpowiedniej powiększył się i stwardniał; w tydzień po skaleczeniu wystąpił w prawej połowie nosa ostry niezyt z następczem wytwarzaniem się błon, które później przy stanie prawie bezgorączkowym tworzyły się w ciągu dwóch tygodni. Po upływie tego czasu chory powrócił w zupełności do zdrowia, powikłań w okresie zdrowienia nie było żadnych, z otoczenia nikt nie zachorował. Badanie bakteryjologiczne błon wykazało obecność li tylko gronkowca ropotwórczego złocistego; szczepienie zarazka świnicy morskiej dało wynik ujemny, t. j. nie wywołało objawów błonicy. Na zasadzie wszyst-

kich powyższych danych, autor pytanie postawione w nagłówku rozstrzyga na korzyść krupu. W. Sz.

10) O. Bujwid. **Bakteryjologiczne badanie epidemii cholery w Biskupicach.** Autor podaje wyniki badań wypróżnień i zbrukananej bielizny chorych z Biskupiec; na zasadzie hodowli, badania mikroskopowego i obecności odczynu z kwasem solnym, autor wyraża zdanie, iż przypadki są cholerą azyjatycką, potwierdzają to dane epidemiologiczne. Choroba trwa 12—24 godzin, z 43 chorych zmarło 18, początek epidemii datuje od dni 20, a jako źródło zarazy notuje przyjazd p. X. z Rostowa, gdzie epidemia grasowała podówczas. J. Z.

11) O. Bujwid, **Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery.**

Autor, powtarzając doświadczenia Riedlin'a i Neisser'a, doszedł do następujących wniosków. Jodoform w nader małej ilości, zawieszony nad hodowlą żelatynową, wywołuje wstrzymanie rozwoju lasecznika na powierzchni żelatynowej, działając w postaci pary, podczas, gdy inne środki, np. tymol, fenol, naftalina nie posiadają powyższego działania. Z dalszych badań wynika, iż 1:1000 zabija laseczniki w ciągu 1 minuty 1:10000 po upływie 24 godzin, 1:80000 wstrzymuje rozwój laseczników. Z tego względu autor poleca jodoform, jako środek zapobiegawczy w roztworze eterowym w kapsułkach po 0,02—0,03 na dawkę 2—3 razy dziennie. W czasie choroby radzi podawać jodoform w proszkach lub zawiesinie. J. Z.

12) Oltuszewski. **O zбоченiach mowy: jakanii i belkotaniu.**

Autor zapoznaje przedewszystkiem czytelnika z teorią jakanii według poglądów szkół wiedeńskiej i berlińskiej: pierwsza z Coenem na czele czyni jakanie zależnem od zaburzeń w oddechaniu, mianowicie od niedostatecznego ciśnienia powietrza w płucach i nieregularności oddechu; przedstawiciel zaś szkoły berlińskiej Gutzmann uważa jakanie za neurozę funkcjonalną, spastyczną i koordynacyjną. Wobec tak różnorodnych poglądów, każda z tych szkół stosuje odmienne leczenie, w którego szczegóły wdawać się tutaj nie możemy.

Belkotanie polega na niemożności wymawiania jednej lub wielu, lub nawet wszystkich głosek; bywa ono ogólne lub częściowe. Ogólne może być ośrodkowe (bardzo rzadko) i obwodowe; belkotanie częściowe dzieli się na następujące grupy: 1) seplenie, 2) charchenie, 3) belkotanie gardlane i 4) lambdacismus (l. stammeln).

W końcu podaje autor cenne wskazówki, dotyczące higieny mowy i zapobiegania jakanii. W. Sz.

17) Otomar Krefft. **O niedorozwoju przewodu rodneg.**

Skresliwszy w kilku słowach embryjologiczny rozwój przewodu rodneg, autor opisuje rozmaite postacie zrośnięć, ilustrując opis przykładami, zaczerpniętymi z rozlicznych źródeł. Z praktyki d-ra Święcickiego przytacza autor dotychczas nieogłoszony przypadek zupełnego braku przewodu rodneg, zaś z praktyki prof. Henniga podaje opis zrośnięcia w górnej części pochwy. Omawiając zrośnięcia w dolnym odcinku przewodu rodneg, wspomina autor o rozwoju krwiaków, podaje sposoby ich operowania i zaznacza możliwe niebezpieczeństwa. Z pracy Weissa autor zapożycza parę przykładów nabytego zrośnięcia pochwy, mianowicie przypadek zrośnięcia w następstwie błonicy oraz zrośnięcia, powstałego skutkiem urazu przy spółkowaniu. Wspomniawszy o rozwoju błony dziewiczej, w powstawaniu której, zdaniem autora,

przyjmuje udział omocznia, przytacza przypadek niepełnego zrośnięcia błony dziewiczej, spostrzegany w klinice prof. Henniga. W końcu autor omawia w krótkości zrośnięcia całkowite i częściowe warg sromnych i wrodzone zwężenia pochwy. *A. K.*

21) Sędziak. **Drugi przypadek t. zw. anginae ulcerosae benignae.**

U chorego 30-letniego znaleziono na łukach przednich w okolicy migdałków podniebiennych dwa symetryczne, podłużne owrzodzenia, płaskie, pokryte szarawo-białym nalotem; przy płukaniu roztworem salolu nastąpiło w ciągu kilku dni zagojenie. Badanie bakteryjologiczne nie wykryło drobnoustrojów, charakterystycznych dla omawianego cierpienia. (*Streptococcus monomorphus et variegatus*). *W. Sz.*

Nadesłano do Redakcyi.

J. Winiarski. Blutuntersuchungen b. anämisch. u. kachekt. Zuständen insbes. b. d. Lepra. Dorpat 1892. Dyss. na st. dr. med.

L. Loewenfeld. O chorobach nerwowych na tle zaburzeń płciowych powstałych. Odcz. klin. S. IV, nr. 6—7.

Fr. Chłapowski. W sprawie opieki nad obłąkanymi. Odbitka z Now. Lek.

L. Fürst. Behandlung d. Skrophuloze u. Chorea minor b. anäm. Kindern. Odb. Deut. Med. Ztg. 1892.

C. Schimmelbusch. Przewodnik do aseptycznego leczenia ran, przełożył dr. L. Guranowski. Wydawnictwo „Medycyny“.

Dr. W. Jaworski. Zestawienie krytyczne szczegółowej profilaktyki i terapii cholery. Odb. z Przeg. Lek.

Prof. W. Jaworski. Cholera, pouczenie dla nielekarzy. Odb. z „Krynicy“.

Dr. J. F. Rapczewskij. Ob azijatskoj cholerie. St.-Peterburg, 1892.

Dr. J. Kramsztyk. Ueber eine Epidemie von unmittelbar nacheinander folg. Rötheln und Masern. Odb. z Jahrb. f. Kinderheilk.

OGŁOSZENIA.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiorów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych. Ulica Wspólna Nr. 42.

Potrzebny jest LEKARZ do jednego z ziemstw gub. Twer-skiej. Pensja 1000 rs. rocznie, z ewentualnem powiększeniem do 1200 i 1500. Mieszkanie przy szpitalu. Bliższych szczegółów udzieli kol. Dzierżawski, Aleja Jerozolimska 25, od 4 do 6 po południu.

BUSKO

Dr. DYMNICKI, lekarz zdrojowy, stale w Busku zamieszkały, ordynuje jak zwykle w domu własnym.
(3845) 5—5

Dr. St. Bulikowski

ordynuje podczas sezonu bieżącego tak jak poprzednich lat
w GLEICHENBERGU. 5—5

Doktór A. Podolski

DENTYSTA

Marszałkowska Nr. 136.

Przyjmuje od 10 rano do 5 po południu. 24—20

Gilliard, P. Monnet et Cartier w Lyonie

CHLOREK ETYLU

doskonały środek znieczulający

DO UŻYTKU CHIRURGÓW i DENTYSTÓW

Reprezentacja na Królestwo Polskie i skład w Aptecę

WENDY I WIOROGÓRSKIEGO

w WARSZAWIE. (1) 0—2

WYDAWNICTWO MEDYCYNY.

Opuściło prasę dzieło pod tytułem

PRZEWODNIK

DO ASEPTYCZNEGO LECZENIA RAN

przez

D-ra C. Schimmelbusch'a

z przedmową prof. Bergmann'a

w przekładzie D-ra L. Guranowskiego.

Cena dzieła wynosi rs. 1, z przesyłką rs. 1 kop. 25, a zatem jest o połowę tańszą od oryginału niemieckiego.

Nabywać można w Redakeyi Medycyny Obożna 5, oraz we wszystkich księgarniach.