

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

KILKA UWAG W KWESTYI

t. zw. torebkowego zapalenia gardzieli (angina follicularis)

ORAZ

jego stosunku do błonicy.

Napisał Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu
Ś-go Ducha w Warszawie.

T. zw. torebkowe zapalenie migdałów jest cierpieniem, z którem nietylko specyjalista chorób gardlanych, lecz i lekarz ogólny niezwykle często ma sposobność się spotykać. Tymczasem zarówno pod względem właściwego rozpoznania, jakoteż racjonalnego leczenia tego cierpienia daje się zauważyć wśród lekarzy niezupełnie jeszcze jasne pojęcie. Tyczy się to przede wszystkim stosunku tego cierpienia do właściwej błonicy gardzieli. W kwestyi więc powyższej, zdaniem mojem, z punktu widzenia praktycznego bardzo ważnej, chciałbym wypowiedzieć uwag kilka, opartych na własnem doświadczeniu klinicznym, oraz odnośnych badaniach bakteryjologicznych.

Pod nazwą angina s. tonsillitis follicularis rozumiemy sprawę ostrą, z mniejszą lub większą gorączką przebiegającą, sprawę niewątpliwie zakaźnej natury, charakteryzującą się występowaniem ograniczonych do krypt migdałków żółtawych lub białoszarych punkcików.

Przedewszystkiem co się tyczy samej nomenklatury, to zauważyć się w niej dają pewne niedokładności. I tak nazwa „an-

gina follicularis“ jest niewłaściwą, gdyż sprawa chorobowa ogranicza się jedynie do migdałków resp. ich krypt. Z drugiej znowu strony określenie „follicularis“ nie jest zgodne z rzeczywistością, gdyż—jak to wykazują odnośne badania anatomo-patologiczne (porównaj doskonałą pracę Sokołowskiego i Dmochowskiego¹⁾—follikuły w tem cierpieniu nie są zajęte sprawą chorobową. Należy więc trzymać się jednej racjonalnej nazwy, jaką jest „tonsillitis lacunaris“ przytem dodawać jednocześnie „acuta“ dla odróżnienia od sprawy przewlekłej, również w kryptach umiejscowionej, znanej pod nazwą „tonsillitis caseosa“, lub właściwiej „tonsillitis lacunaris chronica.“ Tej to więc nazwy będę się stale trzymał w niniejszej pracy, tak również tylko tę sprawę nazywa prof. Jurasz w swoim podręczniku dla chorób gardła²⁾.

Jak już we wstępie wspomniałem tonsillitis lacunaris acuta spotyka się niesłychanie często. Ja przynajmniej, na podstawie własnego materiału klinicznego mogę to stanowczo twierdzić. W ciągu bowiem ostatnich lat 3-ch spostrzegałem 133 przypadki tego cierpienia na ogólną liczbę chorych 3,470, co stanowi około 4⁰/₀ (3,8⁰/₀). Sokołowski i Dmochowski również często spostrzegali to cierpienie, gdyż około 5⁰/₀ (na 3,482 przyp. — 169 razy).

Dziwnem wielce w obec tego wydaje mi się to, że Jurasz w ciągu około 8 lat na ogólną liczbę przeszło 4,000 chorych ambulatoryjnych notował tylko 29 przyp. tonsillitidis lacunaris acutae. Być może, że u nas istnieją jakieś szczególne warunki, sprzyjające rozwojowi tego cierpienia, podobnie, jak to ma miejsce z ropniem naokolomigdałkowym (abscessus peritonsillaris s. peritonsillitis abscedens), które to cierpienie u nas należy do nadzwyczajnie częstych, podczas gdy w innych krajach³⁾ zdarza się ono o wiele rzadziej (tenże Jurasz np. podaje zaledwie 8 przyp. tego cierpienia).

Niezapominajmy jednak, że dokładna statystyka nie jest tu

¹⁾ „Przyczynek do patologii i terapii spraw zapalnych migdałów.“ Gaz. Lek. 1891.

²⁾ Die Krankheiten des oberen Luftwege, II-gi zeszyt; Die Krankheiten des Rachens, 1891, p. 122.

³⁾ Porównaj mój felieton „O stanie laryngologii w Londynie“ Gaz. Lek. 1889.

możliwą, gdyż, jak to później zobaczymy, istnieją sprawy pośrednie między dyfterytem a zapaleniem lakunarnem migdałków, których li tylko na podstawie obrazu klinicznego nie podobna zaliczyć do tej lub owej kategorii; jedyną rozstrzygającą tu rzeczą byłoby badanie bakteryjologiczne, takowe jednak, niestety, nie zawsze przeprowadzone być może ¹⁾.

Co się tyczy kwestyi, czy ta lub owa płęć częściej zapada na to cierpienie, to na zasadzie moich obserwacyj wyraźniejszych pod tym względem różnic nie byłem w stanie zauważyć (na 133 przypadki było mężczyzn 63, kobiet zaś 70). Dr. Jurasz również nie zdaje się przypisywać płci jakiegoś znaczenia, jakkolwiek nieco częściej spostrzegał ostre lakunarne zapalenie migdałków u mężczyzn (17 przyp.), niż u kobiet (12 przyp.).

Odnosnie do wieku jeden tylko przypadek spostrzegałem poniżej roku (6-cio miesięczna dziewczynka), najczęściej zaś to cierpienie występowało w moich przypadkach w 3-m dziesięcioleciu (61 przyp.), również dość często spostrzegałem tonsillitis lacunaris acuta między 10 a 20-m rokiem życia (37 przyp.), następnie kolejno co do częstości idą: okres czasu między 30 a 40 rokiem (18 przyp.), między 5 a 10 rokiem (6 przyp.), 1 a 5 rokiem (3 przyp.), również między 40 a 50 rokiem życia (3 przyp.), wreszcie po 2 przyp. było między 50 a 60 i 60 a 70 rokiem. Najstarsza z moich chorych, cierpieniem tem dotknięta, była 62-letnia chora. I dr. Jurasz najczęściej spostrzegał to cierpienie w 2-im i 3-im dziesiątku lat (20 przyp.).

Co się tyczy etyologii tego cierpienia, to przedewszystkiem nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jest ono natury zakaźnej (Bouchard, Leyden, Semon, Seifert). Za tem przemawia zarówno cały obraz kliniczny: ostry początek, dreszcz, ogólne rozłamanie, gorączka etc., jakoteż występowanie tego cierpienia epidemicznie pod postacią t. zw. epidemij domowych, o których wspominają

¹⁾ Schrank w Wiedniu radzi (Vorschlag betreffend die Anzeigepflicht bei Diphtherie. Allg. med. Zeit. 1893, 34) zaprowadzić obowiązujące od roku w New Yorku próbę bakteryjologiczną: aptekarze mają gotowe epruwetki ze sterylizowaną surowicą krwi Loeffler'a, na którą lekarze w każdym przypadku anginy zaszczepiają nieco nalołu. Epruwetki odsyłają się ponownie do apteki, skąd do pracowni bakteryjologicznej. Po 12-tu godzinach rezultat hodowli wiadomy.

liczni autorowie (B. Fraenkel, Jurasz etc.). Mnie podobnie, jak i Juraszowi, zdarzało się widywać po kilka na raz przypadków tego cierpienia, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, zarówno w praktyce prywatnej, jako też i ambulatoryjnej, co pozwalało przypuszczać epidemiczne występowanie tonsillitis lacunaris acutae w mieście. Oprócz tego przypominam sobie dokładniej 4 epidemie domowe, które tu w krótkości podaję;

I. W czerwcu 1892 roku zostałem wezwany do 34-letniej żony urzędnika, skarżącej się na ból gardła, oraz gorączkę, trwającą od 2-ch dni. Przy badaniu znalazłem co następuje: budowa wątła, ciepłota znacznie podniesiona ($39,0^{\circ}\text{C.}$) obrzmienie i bolesność gruczołów limfatycznych szyjowych. Na zaczerwienionych i obrzękłych migdałkach podniebiennych widać było porożrzucane, ściśle do krypt ograniczone żółtawe punkciki. Na drugi dzień znacznie lepiej (chorej zalecono uprzednio olej rącznikowy, salol do płukania, oraz antypyrinę do wewnątrz) zarówno co do stanu ogólnego, jakoteż i miejscowego. Jednocześnie u 2-ch córeczek chorej (8- i 10-letniej) wystąpiły objawy analogiczne do poprzednich (silna gorączka, ogólne rozłamanie, dreszcze, oraz miejscowo białoszarawe czopki w kryptach), zwłaszcza silnie wyrażone u młodszej, u której poprzednio jeszcze konstatowałem dosyć znacznie powiększone migdały. W końcu zapadła na ostre lakunarne zapalenie migdałków, wprawdzie w bardzo słabym stopniu, ostatnia najmłodsza, 6 miesięcy licząca córeczka, którą matka sama karmiła wówczas. W parę dni zarówno matka, jak i córki zdrowe.

2-gą taką epidemię spostrzeżalem w grudniu tegoż (1892) roku u państwa P. Początek choroby dała służąca 20-kilkoletnia, przebieg dość ciężki, duża gorączka, osłabienie, obrzmienie migdałków wraz z licznymi nalotami, umiejscowionymi w kryptach migdałków (przeważnie w prawym). Od teje służącej zaraża się 8-letni synek gospodarstwa, przebieg jednak o wiele łagodniejszy, zarówno ogólne, jakoteż i miejscowe objawy o wiele mniej wyrażone, wreszcie pielęgnująca go matka zapada znowu na dość silną obustronną typową tonsillitis lacunaris acuta. Epidemia w kilka dni zakończyła się pomyślnie przy zastosowaniu zwykłych środków (salol. etc., vide leczenie tego cierpienia).

3-cią epidemię obserwowałem jeszcze w r. 1890 w miesiącu sierpniu 28-letnia żona komisarza zapadła na dość ciężkie

ostre lakunarne zapalenie obu migdałków, z dużą gorączką ($39,0^{\circ}$), z zajęciem gruczołów limfatycznych etc. Jednocześnie u męża wystąpiły objawy tegoż cierpienia z łagodniejszym nieco przebiegiem (zajęcie przeważnie lewego migdałka, przedstawiającego się zaczerwienionym, oraz obrzmiałym, w kryptach biało-żółtawe punkciki). Gorączka umiarkowana. W parę dni potem ja sam uległem infekcyi, objawy również bardzo słabo wyrażono, gorączka niewielka ($38,2^{\circ}$) lekkie rozłamanie, ból z prawej strony gardła, gdzie też na zaczerwienionym i obrzmiałym migdałku w kryptach zauważyłem parę typowych punkcików (w ogóle migdał ten u mnie częstem jest siedliskiem spraw chorobowych zakaźnych).

Wreszcie 4-tą i ostatnią epidemię domową spostrzegłem na w domu państwa G. 12-letni uczeń gimnazyjum nagle dostał silnych dreszczy, gorączki, dochodzącej do 40° , bólu przy łykaniu; na mocno zaczerwienionych i powiększonych migdałkach (hypertrophia tonsillarum) widać było znaczną ilość białawo-żółtawych punkcików, ściśle do krypt ograniczonych, gruczoły szyjowe powiększone, na ucisk bolesne, ogólne rozłamanie. Jednocześnie 16-letni brat jego zapadł na typową dość ciężką tonsillitis lacunaris acuta, przeważnie po stronie lewej (migdał nieco powiększony, natomiast na prawym migdałku, którego część przed rokiem usunąłem pętłą galwanokaustyczną, zaledwie ślad nalotów). W parę dni obydwu przy zastosowaniu zwykłych środków, najzupełniej zdrowi.

Co się tyczy pytania, czy pora roku ma jakiś wpływ na wystąpienie tego cierpienia, to ja, podobnie jak i Jurasz, nie byłem w stanie tego w swoich obserwacjach stwierdzić. Zdaje się jednak, że wiosna i jesień zwłaszcza późna (Październik, Listopad) usposabia do tego cierpienia. To ostatnie podają również Sokołowski i Dmochowski.

Czy przerost przewlekły migdałków może usposabiać do sprawy lakunarnej zapalnej ostrej—oto kwestyja, co do której niezupełnie jeszcze autorowie się zgadzają. Niektórzy, jak Jurasz, utrzymują, że przerost ten nie gra absolutnie żadnej roli w etyologii tego cierpienia. Ja osobiście jestem wręcz przeciwnego zdania. Stosunkowo często u osób zapadających na tonsillitis lacunaris acuta, konstatowałem jedno, lub obustronny mniej lub więcej znaczny przerost migdałków podniebiennych (na 133

przyp. 36 razy). Dalej niejednokrotnie spostrzegalem takie fakty, że osobniki z przerostem migdałków niezliczoną ilość razy zapadali na to cierpienie (np. u jednej 25-letniej kobiety spostrzegalem tonsillitis lacunaris acuta w ciągu 2 miesięcy ni mniej ni więcej tylko 4 razy). Usposobienie to częstokroć udawało mi się zwalczyć skutecznie przez usunięcie (operacyjnie) przerostów, choć nie zawsze tak bywa, jak tego dowodzi przypadek, opisany powyżej w 4-ej epidemii.

Jeżeli jeszcze wspomnę, że bardzo często widywałem li tylko, lub przynajmniej o wiele silniej zajęty przerosty migdał, to ostatecznie musimy dojść do przekonania, że bądź co bądź przerost migdałków musi stanowić grunt podatny, uspasabiający dla rozwoju sprawy chorobowej, zwanej pod nazwą tonsillitis lacunaris acuta. Wspomnieć tu jeszcze muszę, że raz jeden (u chłopca 10-letniego) widziałem występowanie tej sprawy w tydzień po operacji wycięcia wyrosli adenoidalnych. Dalej jeden przypadek spostrzegalem, w którym tonsillitis acuta lacunaris po stronie prawej wystąpiło w parę dni po ropnem ostrem zajęciu ucha średniego prawego (otitis acuta media dextra suppurativa).

Jak to powyżej wspomniałem, tonsillitis lacunaris acuta jest stanowczo cierpieniem zakaźnej natury, na co prawie wszyscy autorowie się zgadzają. Natomiast co do istoty samego zarazka zdania są jeszcze podzielone.

Niektórzy autorowie, do których u nas zaliczyć należy Sokłowski i Dmochowski, nie uważają tej sprawy za samodzielna, lecz po prostu jako lżejszą odmianę dyfterytu, a więc zależną od lasecznika Klebs-Loefflera. Autorowie ci jednak opierają swój pogląd jedynie na anatomo-patologicznych badaniach.

Z drugiej jednak strony odnośne badania bakteryjologiczne, dokonane przez B. Fraenkla, Seifert'a, Gabbi'ego, Ritter'a, wreszcie Goldscheidera, autora najświeższej pracy z kliniki prof. Leyden'a w Berlinie („Bacterioscopische Untersuchungen bei angina tonsillaris und Diphtherie“ Zeitschr. f. kl. Med. 22 tom 4 i 4 zeszyt p. 534) i innych ¹⁾ stanowczo wykluczają jakikolwiek

¹⁾ D'Espine i Maignac (Genewa). Ueber die Streptokokken der acuten nicht diphtheritischen Anginen (Semon's Centr. 8, 95). Bouengier — Quelques considérations pratiques à propos des angines (Semons Centr. 8, 94).

związek między obiema temi sprawami chorobowemi; że więc t. zw. angina follicularis jest cierpieniem sui generis, nie zależnym od lasecznika błonicowego, którego żaden z powyższych autorów nie był w stanie wykryć w wydzielinie krypt. Ja również w roku zeszłym przeprowadziłem cały szereg badań bakteriologicznych w pracowni D-ra Jakowskiego (hodowle, szczepienia) nad naturą tonsillitidis lacunaris acutae. Szczegółowo będą one ogłoszone wkrótce w specjalnej pracy ¹⁾. Nadmienię tu więc tylko, że zgadzają się one w zupełności z rezultatami powyższych autorów (B. Fraenkel, Goldscheider etc.): ani razu (na 30 przyp. szczegółowo pod tym względem zbadanych przypadków) nie byłem w stanie wykryć pasożytów Klebs-Loefflera, które, jak wiadomo ²⁾, obecnie za przyczynę błonicy powszechnie są przyjmowane, natomiast stale znajdowałem inne drobnoustroje, nie specyficzne dla tego cierpienia, lecz mające cechy zwykłych ropotwórczych (staphylo i streptokoki) oraz t. zw. pseudo-dyfterytyczne laseczniki w kilku przypadkach (7).

Co się tyczy obecnie *anatomii patologicznej*, to takowa doskonale jest opracowaną w obszernej pracy wielokrotnie już cytowanych autorów (Sokołowski i Dmochowski). Autorzy ci na skrawkach, barwionych sposobem Weigerta, znajdowali przede wszystkim mocno rozszerzone krypty, całkowicie wypełnione zawartością, która składała się z wielkiej ilości drobnoustrojów (przeważnie drobniutkie diplokoki) oraz ciałek limfatycznych, leżących pośród drobnej siateczki włóknika, „którego stosunek różnił się nieco od stosunku, jaki zwykle obserwujemy przy błonicy złośliwej. Tam siateczkę włóknikową znajdujemy w samej tkance, i tkanka ta ulega nekrozie. Tu chociaż jedno i drugie daje się spostrzegać, jednak sprawa ta odbywa się bardzo łagodnie, nekrotyczne ogniska spotykamy w wielu miejscach i to tylko w powierzchniowych warstwach tkanek“. Nabłonek, wyściełający krypty, bywa zwykle bardzo mocno nacieczony. Co się zaś tyczy tkanki adenoidalnej, to ta, prócz nacieczenia, żadnych zmian szczególnych nie przedstawia, toż samo i pollikuły

¹⁾ Była ona odczytaną na zjeździe międzynarodowym w Rzymie.

²⁾ Porównaj moją pracę „Krup, czy dyfteryt gardła“ Gaz. Lek. 1892, oraz w Monatschr. p. Ohrenheili, 1893.

(stąd nazwa tonsillitis follicularis, jak to już na wstępie zaznaczyliśmy, jest błędną).

Wreszcie w jednym z 3-ch zbadanych przypadków tego cierpienia autorzy ci znaleźli zmiany, charakteryzujące typową błonicę (błony rzekome, nekroza powierzchniowych warstw). Na zasadzie powyższych badań autorzy wypowiadają pogląd swój co do tożsamości obu tych spraw chorobowych i proponują dla tego cierpienia nazwę tonsillitis lacunaris pseudomembranacea).

Objawy. Choroba zawsze zaczyna się ostro, zwykle dreszczem, poczem następuje mniej lub więcej znaczne podniesienie ciepłoty, ogólne rozłamanie, ból głowy, poczem dopiero dołącza się bolesne połykanie. W przypadkach moich objawy ogólne bywały raz więcej, drugi raz mniej silnie wyrażone. Ciepłota w wielu razach dochodziła do znacznego natężenia (41°C), w niektórych jednak przypadkach bardzo szybko następował spadek ciepłoty, tak że już często na 2-gi lub 3-ci dzień stan bywał bezgorączkowy. W ogóle przebieg cierpienia jest par excellence ostry, rzadko kiedy sprawa przeciąga się do tygodnia lub dłużej. Bóle głowy częste niezbyt ciężkie, natomiast bardzo dokuczliwym bywa ból przy połykaniu, choć to trwa również bardzo krótko. Parę razy chorzy moi narzekali na bóle, promieniujące, w kierunku do uszów, bez zmian jednak w tych ostatnich. Niestychanie często znajdowałem u moich chorych powiększone mniej lub więcej, oraz bolesne na dotyk gruczoły limfatyczne szyjowe. O objawie tym wspomina również, jako o bardzo częstym, Jurasz.

Co się tyczy zmian miejscowych na migdałkach podniebiennych, to takowe podlegają przedewszystkiem na mniejszem lub większem zaczerwienieniu migdałków, oraz nieco i sąsiednich części (luków), następnie zaś na obecności w kryptach w mniejszej lub większej ilości żółtawych, lub białawo-szarawych punkcików, czasami na pierwszy rzut oka zdaje się, że mamy do czynienia z właściwą błonicą, gdyż punkciki te nieco się ze sobą zlewają, tworząc jakby błony rzekome, bliższe jednak przyjrzenie się, przy braku sprawy nalotowej na innych częściach (miękkiego podniebienia), wreszcie dalsza obserwacja, zbadanie błonek pod względem bakteryjologicznym pozwala nam wykluczyć błonicę. Są to w każdym razie przypadki nietypowe, przejściowe; w nich to po większej części znajdowałem obok staphylo lub streptokoków, t. zw. laseczniki pseudodifterytyczne, tj.

twory jedynie z wyglądu zewnętrznego przypominające Klebs-Loefferowskie, nie posiadają one natomiast zupełnie cech tych ostatnich (porównaj najświeższą pracę Escherich'a: „Zur Frage des Pseudodiphthericbacillus und der diagnostischen Bedeutung des Loefflerschen Bacillus.“ Berl. kl. W. 21, 93).

W większości przypadków oba migdałki są dotknięte sprawą chorobową, rzadko przytem w jednakowym stopniu, czasami jednak sprawa umiejscawia się tylko na jednym migdałku, najczęściej wtedy jest on mniej lub więcej przerosły. I tak, na 133 przypadki 24 razy spostrzegalem jednostronne zajęcie (13 razy po lewej, 11 zaś po prawej stronie).

Na szczególną uwagę zasługuje zajęcie migdałka językowego, czyli czwartego (tonsilla lingualis s. quarta).

O takim powikłaniu nie wspomina Jurasz, natomiast znajdujemy o tem wzmianki u Seiferta, autora najnowszej doskonałej monografii o cierpieniach migdałka językowego (Die Pathologie der Zungentonsille. Arch. f. Lar. 1 zeszyt 1883). Autor ten, jakkolwiek sam ani razu nie spostrzegal tego cierpienia, co, bardzo słusznie objaśnia, po prostu nie zwracaniem uwagi w tym kierunku, cytuje jednak Hagen'a, Fleischman'a (16 przyp. glossitis follicularis acutae), Michelson'a, wreszcie Gurowitsch'a. Do tych autorów należy jeszcze dodać u nas kol. Wróblewskiego, który w roku 1892 ogłosił obszerną pracę o migdałku językowym.

Co się mnie osobiście tyczy, to na 133 przypadki tonsillitidis lacunaris acutae spostrzegalem jednocześnie zajęcie tą sprawą migdałka językowego 12 razy. Jestem najmocniej przekonany, że zajęcie to zdarzać się musi o wiele częściej, nie zawsze tylko na to zwraca się uwagę. Powyższe twierdzenie opieram na tem, że dopiero w ostatnich czasach każdego chorego z tonsillitis lacunaris acuta zacząłem badać lusterkiem krtaniowem, od tego czasu stosunkowo często znajduję to powikłanie. Przedewszystkiem zauważyć tu muszę, że we wszystkich 12 przyp. tonsillitis lingualis acutae znajdowałem mniej lub więcej powiększony migdał językowy, co również zdaje się stwierdzać mój pogląd co do usposabiającego czynnika, jaki stanowi przerost migdałów na powstawanie sprawy kryptowej ostrej. Co się tyczy obrazu, jaki przedstawia t. zw. follicularne zapalenie migdałka językowego, to w niczem on nie różni się od tego, jaki opisałem

powyżej dla migdałków podniebiennych. I tak więc nasada języka, t. j. przestrzeń między papillae circumvallatae i nagłośnią (t. zw. valeculae, t. j. jamki, znajdujące się po bokach lig. glossoepiglotticum medium ograniczone lig. glosso-epilot. lateralia zwykle bywają wtedy mniej lub więcej wypełnione przerosłym migdałkiem) przedstawia się zaczerwienioną obrzmiąłą diffus, lub niektóre gruczoły torebkowate więcej prominują, w otworach przewodów wyprowadzających tych gruczołów znajdujemy białawo-szarawe zazwyczaj, rzadziej żółtawe punkciki resp. czopki, analogiczne do tych, jakie jednocześnie lub nieco wcześniej występują na migdałku podniebiennym. Ilość ich różna od paru do kilku, zazwyczaj mniej niż w gardzieli. Przebieg ten sam, po większej części znikają one jednocześnie z ustępowaniem sprawy w gardzieli, a więc w kilka dni, czasami tylko nieco dłużej trwają. Bóle gardła b. silne, zwykle umiejscowione przeważnie w okolicy krtani.

Jako правило należy w tej komplikacji przyjąć sprawę wtórną, zstępującą z migdałków podniebiennych na migdałek językowy. Raz jeden jednak spostrzegłem odwrotnie sprawę ostrą lakunarną, która pierwotnie rozwinęła się na migdałku językowym. Przypadek dotyczył 35-letniego urzędnika, który zasięgał mojej porady w Październiku 1893 r.

Chory skarżył się na silny ból w okolicy krtani, gorączkę, ogólne rozłamanie, w ogóle bardzo silnie wyrażone objawy ogólne. Przy badaniu znalazłem co następuje: t. 39,0, gruczoły szyjowe obrzmięte i bolesne, w gardzieli prócz lekkiego zaczerwienienia isthmi faucium, żadnej sprawy poważniejszej, któraby mi przedewszystkiem tłoczyła owo bolesne polykanie. Natomiast przy badaniu lusterkiem krtaniowym znalazłem wytłomaczenie tego objawu w ostrem zajęciu migdałka językowego (mocne zaczerwienienie i obrzmienie, kilka plamek oddzielnych, białawo-szarawych). Zalecono oleum ricini, antypyrinę do wewnątrz, oraz kompres rozgrzewający na szyję. Na drugi dzień polykanie bez zmiany, objawy ogólne (febris) również in statu quo. Gruczoł podszczękowy, przeważnie prawy, mocno obrzmięły i na dotyk bolesny. Przy badaniu gardzieli spostrzegłem na obu (więcej prawym) migdałkach podniebiennych typowe w kryptach czopki obok mocnego zaczerwienienia i obrzmienia migdałków. Na migdałku językowym stan prawie bez zmiany. Zalecono płukanie z salolu.

Na drugi dzień o wiele lepiej zarówno subiektywnie (połykanie lepsze), jak i obiektywnie (febris mniejsza, sprawa na migdałkach, zwłaszcza językowym, słabsza), po kilku dniach chory zupełnie zdrow; badanie zarówno gardzieli, jako też i lusterkiem krtaniowem nie wykrywa absolutnie zmian żadnych. Przypadek ten jeszcze zasługuje na uwagę z tego względu, że w tydzień potem, jakoby po silnem zaziębieniu, wystąpiły raptownie silne bóle w okolicy zatok czołowych, oraz mocny katar nosa z wydzieliną ropiastą. Badanie wykryło obustronne ostre ropne zapalenie błony śluzowej tych zatok. Przy odpowiedniem leczeniu (katetyzacya), w parę tygodni nastąpiło zupełne wyleczenie.

W obec występowania sprawy zapalnej t. zw. follikularnej na migdałkach podniebiennych, oraz językowem, z samej już analogii zdawało by się, że i t. zw. 3-ci migdałek, tonsilla pharyngealis s. Luschki powinien ulegać tejże sprawie chorobowej. Jakkolwiek nie przypominam sobie, bym w literaturze odnośną wzmiankę znajdował¹⁾, sądzę jednak, że przy tonsillitis lacunaris acuta zdarzać się musi i może nie tak nawet rzadko zajęcie jednoczesne tego migdałka. Wprawdzie brak mi jeszcze dostatecznych dowodów na poparcie tego twierdzenia, gdyż dopiero w ostatnich zupełnie czasach zacząłem badać w tym kierunku jamę nosogardzielową za pomocą lusterka (rhinoscopia posterior), co zresztą nie zawsze, jak wiadomo, jest możliwem. Zaledwie dotąd mam zanotowanych trzy przypadki tego cierpienia, jeden z nich dotyczył 14-letniej dziewczynki, u której obok typowej tonsillitis lacunaris acuta na obu migdałkach jednostronnych, jakoteż mocno przyrosłego migdałka językowego, również z paru typowemi plamkami białawo-szaremi; przy badaniu lusterkiem znalazłem mocne zaczerwienienie i obrzmienie migdałka gardzielowego, na nim zaś kilka (od 4—5) oddzielnych punkcików białawo-szarawych. Przebieg zwykły, przy zastosowaniu zwykłych środków (płukanie salolem, kompres na szyję, wreszcie kąpiele jamy nosogardzielowej—metoda Schmidta), w kilka dni nastąpiło wyzdrowienie. Migdałek Luschki, oprócz umiarkowanego prze-

1) W ostatnich dopiero czasach znalazłem w atlasie chorób gardła i nosa (1894) Grünwalda rysunek i opis: tonsillitidis pharyngea lacunaris (fig. 45)

rostu żadnych zmian nie przedstawiał, toż samo migdałek językowy.

Również interesującym ze względu na zajęcie sprawą chorobową w mowie będącą całego aparatu limfatycznego gardzielowego jest przypadek następujący: 25-letnia żona kupca zasięgała mojej porady w lecznicy w Grudniu roku zeszłego (1893), od kilku dni gorączkuje, skarży się na ostry ból przy połykaniu. Przy badaniu znaleziono: t^o 38,5, gruczoły szyjowe powiększone i bolesne. Na obu migdałkach podniebiennych, silnie zaczerwienionych i obrzmiałych, widać kilka w kryptach umiejscowionych białawo-żółtawych punkcików. Takież plamki więcej białawo-szarawe w ilości 4—5 znajdują się na również zaczerwienionym i mocno powiększonym migdałku językowym. Wreszcie, badając jamę nosogardzielową lusterkiem, spostrzegłem, że i migdałek gardzielowy przedstawia się mocno zaczerwienionym i obrzmiałym, na nim zaś porozrzucane w ilości 3—4 ograniczone wielkości łepka od szpilki białawo-szarawe punkciki.

Przy zastosowaniu zwykłego w tych razach leczenia [porównaj poprzedni przypadek ¹⁾] nastąpiło w ciągu mniej więcej tygodnia zupełne wyleczenie. Z wyjątkiem umiarkowanego przerostu migdałka Luschki, oraz znacznego powiększenia migdałka językowego, zmiany ostre ustąpiły najzupełniej.

W ostatnich czasach spostrzegłem jeszcze 3-ci przypadek jednoczesnego zajęcia migdałków podniebiennych, językowego i gardzielowego u 19-letniego subiekta handlowego. Typowa tonsillitis lacunaris acuta duplex (hypertrophia tonsillarum enormis). Dość silne wyrażone objawy ogólne. Bardzo dokuczliwy ból przy łykaniu. Obrzmienie i zaczerwienienie migdałka językowego, na nim kilka plamek białawo-szarawych. Na obrzmiałym i mocno zaczerwienionym migdałku gardzielowym 2—3 podobnie wyglądających plamek. Przebieg dość ciężki, zwłaszcza bóle przy połykaniu po kilku dniach dopiero ustąpiły przy zwykłym leczeniu.

Dotychczas więc widywałem jedynie wtórne zajęcie migdałka gardzielowego sprawą t. zw. follikularną. Przypadki te t. zw. kombinowane, gdyż jednocześnie i migdałek językowy

¹⁾ Z dodatkiem zasypywania raz na dzień jamy nosogardzieliwej (od strony jam nosowych i jamy ustnej) arystolem.

bywał zajęty, odznaczały się większem natężeniem, oraz dłuższem nieco trwaniem samej choroby, bóle silne przy polykaniu nie charakterystyczne dla tego zajęcia. Bóle głowy w obu przypadkach dość silne, nieco ku tyłowi umiejscowione (cephalalgia occipitalis). Miejscowo sprawa zupełnie identycznie się przedstawiała na migdałku gardzielowym jak i na podniebiennych i językowym, mianowicie mniej lub więcej znaczne zaczerwienienie i obrzmienie (po większej części i tu podobnie, jak na migdałku językowym, istniała sprawa przerostowa przeważnie średniego natężenia). Wreszcie tu i owdzie porozrzucane drobne oddzielne białawo-szarawe punkciki, zazwyczaj w ilości nieznacznej.

Przechodzimy obecnie do zejść resp. powikłań tonsillitis lacunaris acutae. O jednym z nich t. j. ropnem zajęciu zatok czołowych wspominałem powyżej. Względnie często spostrzegałem jednoczesne zajęcie dróg oddechowych (laringitis et bronchitis acuta). Jurasz również wspomina o tem powikłaniu. Autor ten w jednym przypadku widywał herpes. W 2-ch przypadkach spostrzegałem zejście w ropienie (tonsillitis abscedens) zawsze jednostronne. Typowa tonsillitis lacunaris acuta unilateralis z gorączką, białawo-szarawymi punkcikami etc.), w parę dni ustąpiła, poczem znowu wystąpiły silne bóle gardła, coraz więcej się wzmagające, po tej samej stronie. Ostatecznie migdał w stanie przerostu będący, uległ zropieniu, (w jednym przypadku zmuszony byłem za pomocą incyzyi wypuścić ropę, w drugim ropień sam pękł).

O takim zejściu nie znajduję wzmianki u Jurasza. W literaturze istnieje opis jedyne go przypadku tonsillitis follicularis, w którym w 72 godziny nastąpiło zejście śmiertelne wskutek ostrej infekcyjnej płegmony gardzieli Kohn ¹⁾. New York Med. Rec. 4/IV. 1893.

Rokowanie przy tonsillitis lacunaris acuta jest absolutnie dobre. Choroba zwykle kończy się pomyślnie w kilka dni, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów (porażeń etc.).

Rozpoznanie tego cierpienia jest po większej części łatwe: cierpienie ostre, gorączkowe, z zajęciem charakterystycznym mi-

¹⁾ „Acute infectious phlegmone of the pharynx following follicular tonsillitis Death in seventy two hours.“

gdałków (białawo-szarawe naloty w kryptach umiejscowione) może być jedynie pomieszane ze sprawą dyfterytyczną. Ta ostatnia jednak różni się zajęciem jednoczesnem innych części gardzieli (uvula, tylna ścianka etc.), naloty same są więcej rozlane niekoniecznie w kryptach, pod postacią mniej lub więcej grubych błon rzekomych, szarawych lub brudnawych. Zajęcie nosa lub krtani w wielu razach, dalej sprawy następce (porażenia etc.) pozwalają nam odróżniać te cierpienia. Objawy ogólne, zajęcie gruczołów typowych chłonnych, wreszcie zakaźny charakter nie mają znaczenia rozpoznawczego, gdyż przy obu sprawach zarówno mogą występować.

Jakkolwiek typowy par excellence wygląd migdałków przy tonsillitis locularis acuta nie pozostawia zazwyczaj najmniejszych wątpliwości co do istoty samej sprawy, to jednak nie można zaprzeczyć, że czasami wygląd ten nie jest tak charakterystyczny, że naloty, jakkolwiek umiejscowiane w kryptach, mają charakter więcej rozlany. Są to t. zw. sprawy przejściowe, nietypowe. O nich już powyżej wspomniałem. Rozpoznanie w tych razach nie jest tak łatwe i tylko na drodze badań bakteryjologicznych rozstrzygnąć się daje. Przypadki takie niejednokrotnie spostrzegałem i w kierunku pasożytniczym badałem.

Leczenie. Należy mi przedewszystkiem rozstrzygnąć tu kwestyę bardzo ważną, co do której dotąd jeszcze wśród lekarzy niema zgody. Chodzi mianowicie o to, czy przy tonsillitis lacunaris acuta należy chorych izolować lub nie, jednym słowem postępować tak, jak to przy błonicy robimy. Rozstrzygnięcie tej kwestyi wypływa już po prostu z wzajemnego stosunku obu tych spraw chorobowych. Gdyby tonsillitis lacunaris acuta była niczem innem, jak poprostu lżejszą postacią dyfterytu, jak to jeszcze niektórzy, nieliczni wprawdzie autorowie utrzymują, to rzecz prosta wszystko to, co obowiązuje przy leczeniu błonicy, powinno również być stosowane i przy sprawie lakunarnej, a więc odłączanie chorych dzieci od zdrowych od najpierwszych chwil zaśląbnienia etc. Ponieważ jednakże, jak to powyżej wspomniałem, tak nie jest, ponieważ badania bakteryjologiczne wykazały, że sprawa ta absolutnie w żadnym nie stoi przyczynowym związku z właściwą błonicy, przeto izolacja, jako metoda profilaktyczna jest najzupełniej zbyteczna ¹⁾. Prawda, że tonsillitis la-

³⁾ Mam tu na myśli izolację w ścisłym znaczeniu tego słowa, t. j. usuwanie zdrowych dzieci (lub chorego) do innego pomieszczenia,

cunaris acuta jest również cierpieniem również zakaźnym, mogącem występować po prostu epidemicznie, jednak: 1) przypadki zarażenia się tą chorobą są stosunkowo rzadkie (widywałem niejednokrotnie, że nawet matki, karmiące dzieci, nie zarażały tych ostatnich, choć i odwrotnie się zdarzało (porównaj jedną z powyżej opisanych epidemij); 2) co jest ważniejszym zarażenie wywołuje *zawsze*, przynajmniej w moich spostrzeżeniach, tą samą typową sprawę chorobową, a więc cierpienie par excellence łagodne, *nigdy* zaś sprawę błonicową i odwrotnie.

Przechodzę obecnie do właściwej terapii: jest ona prosta, polega przedewszystkiem na zwalczeniu ogólnych objawów (gorączki, osłabienia etc.), co osiągamy przez podawanie oleju rącznikowego, następnie antypyryny (chininy lub salolu) do wewnątrz, wino, dieta odżywcza; co się tyczy obecnie leczenia miejscowego, to w moich przypadkach ograniczałem się jedynie na płukaniu salolem (z 5⁰/₀ roztworu alkoholowego łyżeczkę na szklanekę wody letniej ¹) lub mentholem, bardzo zaś rzadko sublimatem lub kreoliną ²), w cięższych przypadkach po prostu kwasem bornym. Dobre bardzo rezultaty, przedewszystkiem dla uśmierzenia bólu, widywałem przy stosowaniu t. zw. rozgrzewających kompresów na szyję, zwłaszcza w przypadkach powikłanych zajęciem migdałka językowego. Będąc w ogóle przeciwnikiem pędzlowań przy błonicy i w tem cierpieniu ich nie stosuję; raz jeden tylko tytułem próby zastosowałem pyoctaninę, bez szczególnego jednak rezultatu. Natomiast Jurasz zaleca bardzo ścieranie czopków co 2—3 godziny 2—5⁰/₀ kwasu karbolowego. W tych rzadkich przypadkach, gdzie jehnocześnie zajęty jest migdałek gardzielowy, stosuję zasypywanie jamy nosogardzielowej środkiem antyseptycznym (najlepiej arystolem), jakoteż t. zw. kąpiele nosowe (z kwasu bornego etc.). Na zakończenie wspomnę tylko nawiasowo, że dwa razy wprowadziłem nie w celach terapeutycznych, lecz dla badań bakteryjologicznych, w acme choroby migdały wyciąłem

co po większej części (zwłaszcza w biedniejszej praktyce) spotyka na poważne trudności. Rozumie się samo przez się, że zwykłe środki ostrożności, jak w każdej chorobie zakaźnej, i tu zastosowaniami być winny.

¹) Po zamieszaniu tworzy się płyn mleczny.

²) Dwa te środki wielce dla chorych są nieprzyjemne.

tonsillotomem, przyczem rękoczyn ten okazał się najzupełniej dla chorych nieszkodliwym, co również przeciwko pochodzenie dyfterytycznemu tego cierpienia by przemawiało.

Sokołowski i Dmochowski również w 3-ch przypadkach bez szkody dla chorych wykonali tonsillotomię (dla badań anatomo-patologicznych).

Jeżeli wycinanie przerosłych migdałków podczas istnienia sprawy chorobowej, bądź co bądź jest przeciwwskazanem ze względu na możliwą infekcję rany, to inna zupełnie jest rzecz z wycinaniem przerosłych migdałków w okresie zdrowym po prostu w celach profilaktycznych. Wprawdzie nie zawsze usunięcie przerosłego migdałka zapobiega ponownemu wystąpieniu sprawy lakunarnej ostrej, jak tego zresztą dowodzi przypadek powyższy w opisie 4-ej epidemii tego cierpienia, nie ulega jednak przy najmniej żadnej wątpliwości, że przerost uspasabia do tego cierpienia i jako taki usuniętym na drodze operacyjnej (czy to tonsillotomem, czy też, gdzie tylko to jest możliwem, najlepiej za pomocą pętli galwanokaustycznej ¹⁾ bezwarunkowo być powinien. W większości moich przypadków usposobienie to znikало, jeżeli zaś i na wyciętych migdałkach występowała czasami ponownie sprawa lakunarna ostra, to zawsze bywała ona wtedy mniejszego natężenia, co najwyraźniej można było stwierdzić w tych przypadkach, w których tylko jeden migdałek był usunięty.

¹⁾ Vide moje „O stosowaniu galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów“ (Kron. Lek. 1892 r.), jakoteż po francusku w Rev. de Laryng. 1893 r.

Obecny stan rzeczy o władzie rdzenia

skreślił

Dr. med. E. Bregman.

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

I. Wład rdzenia i przymiot.

Fournier w r. 1876 i Erb w r. 1879 pierwsi wygłosili zdanie, że wład rdzenia jest następstwem przymiotu. Od tego czasu pogląd ten, początkowo przez większość klinicystów zwalczany, zyskał wielu zwolenników. Ale i dotąd jeszcze poważna liczba uczonych, a między nimi takie autorytety w tych rzeczach jak Leyden zaprzeczają istnienia związku przyczynowego między obydwoma wymienionymi cierpieniami. Przyznając, że między chorymi na wład rdzenia znajduje się pewna liczba, mniejsza lub większa, zarażonych poprzednio przymiotem, autorzy ci sądzą, że ten ostatni w tych razach odgrywa rolę li tylko czynnika osłabiającego ustrój i tem samem ułatwiającego działanie innych, właściwych przyczyn powstawania władu. Leyden przytacza następujące argumenty przeciw twierdzeniu Fourniera i Erba: 1) że statystyczne liczby, podawane przez autorów, nie są dość pewne, 2) że sprawa chorobowa w władzie nie nosi żadnych cech pochodzenia przymiotowego, 3) że leczenie swoiste nie odnosi w tej chorobie żadnego skutku.

Argumenta te i przez innych przeciwników powtarzane zbijają w swoich pracach liczni zwolennicy w kwestyi będącej teoryi. Sam Erb w r. 1891 podał nową statystykę, opartą na 369 nowych przypadkach, w tej liczbie 350 mężczyzn 19 kobiet. Z mężczyzn 300 należało do wyższych warstw społecznych, 50 do niższych. Między pierwszymi było kiłowych 89⁰/₀, między drugimi tylko 76⁰/₀. Większą odsetkę u chorych, należących do wyższych warstw, tłumaczy Erb tem, że chorzy ci lepiej się obserwują, i uważa dla tego tę cyfrę (89⁰/₀) za bliższą prawdziwego stosunku. U 5,500 chorych różnego rodzaju, którzy zasiękali jego rady z wykluczeniem tabetyków i tych, którzy przychodzili z powodu jakiegokolwiek wyraźnych objawów kiłowych, anamneza stwierdziła kiłę tylko w 22,5⁰/₀. A zatem w władzie rdzenia

spotyka się ona prawie 4 razy częściej aniżeli we wszystkich innych chorobach. Gajkiewicz podaje liczbę bardzo zbliżoną do Erba, mianowicie 90% (na 400 przypadków wiaǳu). Mniejszą znacznie cyfrę, bo tylko 54,4% otrzymał Friedrichsen, który zestawiał wszystkie przypadki wiaǳu u kobiet, spostrzeżane na klinice Gerhardta.

Wiadomo, że u żyǳów przymiot spotyka się stosunkowo rzadziej: Na 1,642 chorych nerwowych (759 chrześciǳjan, 882 żyǳów), których leczył Minor, zarażonych przymiotem wypadło żyǳów 4%, chrześciǳjan 21%. Chorych na wiaǳ zaś było między żyǳami 1%, między chrześciǳjanami 4%. Widzimy więc, że stosunek częstości wiaǳu jest bardzo zbliżony do częstości zarażania się przymiotem.

W wiaǳie rdzenia u kobiet i dzieci częściej jeszcze można stwierdzić przymiot w anamnezie, aniżeli u mężczyzn. I tu jednak, wbrew twierdzeniu niektórych zbyt zapalonych zwolenników teorii Founiera, Erba—nie zawsze. Hildebrandt znalazł w literaturze ogłoszonych tylko 9 niewątpliwych przypadków wiaǳu u dzieci. W 5-iu tylko skonstatowano z pewnością przymiot, w jednym przypadku napewno go nie było, pozostałe 3, choć przymiotu nie stwierdzono, są jednak wątpliwe wobec tego, że należały do jednego rodzeństwa, a matka ich cierpiała na niedostateczność zastawek aorty, cierpienie, które się często na tle przymiotu rozwija. Niedostateczność aorty, rzadziej inne wady, spotyka się też stosunkowo często u chorych na wiaǳ; 3 odnośne przypaki podał Goldflam (we wszystkich kiła była pewna), oraz jeden, w którym wiaǳ rdzenia był powikłany stwardnieniem tętnic. Na 33 przypadki wiaǳu, zestawione przez Friedrichsena w 5-ciu znalazły się wady zastawek aorty, w jednym prócz tego tętniak. Niedawno znowu Schultze 2 przypadki ogłosił, w obu u kiłowych. Autor ten sąǳi, również jak i poprzednio wymienieni, że kiła była przyczyną powstania zarówno wiaǳu, jak i wady serca.

Na drugi zarzut Leydena: brak charakterycznych zmian przymiotowych, odpowiada Erb, że możnaby go z równą słusznością zastosować do wielu zaburzeń, powstałych na pewno na tle przymiotu, nie tylko układu nerwowego, ale i innych narządów. Anatomija patologiczna nie udzieliła nam bowiem jeszcze

dotąd zupełnie pewnych danych, na mocy których bylibyśmy w stanie w każdym przypadku odróżniać zmiany przymiotowe od nieprzymiotowych. Że w istocie tak jest, dowodzą już np. badania Oppenheima nad zwyrodnieniem jąder nerwów ruchowych gałki ocznej. W przymiocie układu nerwowego zmiany w tych jądrach są zupełnie identyczne z temi, które tenże sam autor w nich znajdował w wiądzie. Większe jeszcze znaczenie mają dla nas przypadki, w których obok wiądu rdzenia znaleziono w układzie nerwowym lub w innych narządach zmiany niewątpliwie przymiotowe. Przypadki takie dopiero w ostatnich czasach zaczęto ogłaszać (Minor, Eisenlohr, Dinkler i inni). W dawniejszej literaturze Dinkler 2 tylko znaleźć był w stanie (Duplaix, Virchow). Ze względu na ważne znaczenie tego rodzaju przypadków dla obchodzącej nas kwestyi, nie będzie zbyt dłużej przy nich się zatrzymywać.

Przypadek Dinklera dotyczy 44-letniego mężczyzny, który przed 15-tu laty zaraził się przymiotem. Klinicznie rozpoznano *tabes incipiens*; ataksyi nie było, odruchy kolanowe były zachowane, ale z obu stron nierówne. Chory nagle zmarł. Sekcja (i badanie drobnowidzowe) wykazały w rdzeniu zwyrodnienie tylnych pęczków zwłaszcza w części grzbietowej. Różne części tych pęczków nierównomiernie uległy zwyrodnieniu; najbardziej zajęte były te części, w których w wiądzie zazwyczaj sprawa najśmiej się umiejscawia, mianowicie środkowa część pęczka Bourdacha, oraz przednia część pęczka Golla. Histologiczny obraz również odpowiadał w zupełności wiądowi: zanik kompletny pewnej liczby włókien, w innych napełnienie i rozpad otoczki myelinowej lub cylindra osiowego, lub obu tych części, wreszcie zgrubienie *gliae*. Żadnych zmian właściwych przymiotowi w rdzeniu nie znaleziono. Inaczej zupełnie przedstawiała się sprawa w oponach rdzeniowych, tu miała ona charakter czysto swoisty. *Arachnoidea* była zgrubiała wskutek rozlanego drobnokomórkowego nacieczenia (*Arachnitis diffusa*). Oprócz tego znaleziono w niej, w okolicy 5--7-go pnia grzbietowego, prosówkowe i nieco większe gruzelki, które miały wszelkie cechy kilaków (*gummata*): składały się z okrągłych komórek, istoty międzykomórkowej miały mało, w środku niektórych następowało stłuszczenie, komórek olbrzymich w nich nie znajdowano, naczynia były częścią zarosnięte, lub też częścią otwarte jeszcze, ścianki naczyń zgrubiałe, hyalinowo zwyrodniałe. *Pia mater* była zgrubiała, w niej również rozlane i bardziej ogniskowe nacieczenie drobno-komórkowe. W naczyniach opon miękkich znalazły się zmiany właściwe *endarteriitis*. Korzenie nerwowe

zwłaszcza grzbietowe, były zwyrodniałe, otoczki ich, naciezione komórkami, na wewnętrznej powierzchni były miejscami pokryte prosówkowymi kilakami. Naczynia korzeni posiadały warstwę hyalinową między błoną wewnętrzną (endothelium) i zewnętrzną (perithelium). Wreszcie w naczyniach mózgowych (A. basilaris, Aa. fossae Sylvii) stwierdzono również rozlane zmiany przymiotowe, a w prawej A. fossae Sylvii wskutek rozdarcia się podłużne pęknięcie, które spowodowało ogromny wylew krwi pod miękką oponą mózgową—przyczynę śmierci.

Widzimy zatem, że obok niewątpliwych zaburzeń swoistych w oponach i w układzie naczyniowym istnieć może w rdzeniu typowy obraz wiądu, nie zdradzający niczem swego przymiotowego pochodzenia. Jak sobie wytłumaczyć powstanie wiądu w takim przypadku? Można by sądzić, że tak rozległe zmiany w naczyniach oponowych nie mogą nie mieć wpływu na odżywianie rdzenia, że zwyrodnienie zatem jest następstwem zaburzeń w krążeniu. Takiemu pogładowi sprzeciwia się jednak ograniczenie się zwyrodnienia li tylko do tylnych pęczków, kiedy tymczasem zmiany naczyniowe były jednakowe na całym obwodzie rdzenia. Przypuszczenie, że tak blizkie zetknięcie się wiądu z zaburzeniami przymiotowymi jest przypadkowe tylko, a priori musi się wydać nieprawdopodobnem. Opisany przypadek zresztą nie jest pojedynczy. Tenże sam autor (Dinkler) opisał przypadek począającego się wiądu rdzenia w części szyjowej, w którym również stwierdził endoarteriitis gummosa tętnic mózgowych i rdzeniowych oraz torbiele apoplektyczne w mózgu. Kuh podał przypadek wiądu u kiłowego, zakończony nagłą śmiercią. Przy autopsyi oprócz zwyrodnienia tylnych pęczków znaleziono: hyperostosis ossium cranii, meningitis cerebrospinalis syphilitica i endarteriitis. Analogiczne przypadki podali Minor, Sachs i Marinesco. Bardziej jeszcze skomplikowane są przypadki, opisane przez Eisenlohra i Nonnego.

Chory Eisenlohra był to 45-letni robotnik z trzeciorzędniemi objawami kiłowemi: charakterystyczne blizny, defekt w przegródce nosowej, rhagades. Klinicznie przedstawiał on typowy obraz wiądu rdzenia: ataksyja dolnych i górnych kończyn, brak odruchów kolanowych, objaw Argyll-Robertsona, objaw Romberga, strzelające bóle, zaburzenia czuciowe, później niesprawność pęcherza i odbytnicy. Sekeyja wykazała: rozległe zmiany atermatyczne w całym układzie naczyniowym, hepatitis interstitialis,

meningitis spinalis postica; w rdzeniu zaś prócz sklerozy tylnych pęczków znaleziono gliosis w górnej części grzbietowej i części szyjowej z utworzeniem jamy w okolicy nasady tylnego rogu.

Przypadek Nonnego jest bardzo podobny do poprzedniego. I tu również obok zmian kiłowych w naczyniach i oponach rdzeń przedstawiał kombinacją zwyrodnienia tylnych pęczków z gliomatozą. Ta ostatnia była w tym przypadku jeszcze bardziej rozległa, sięgała bowiem od części szyjowej do wysokości 10-go pnia grzbietowego; w części szyjowej nastąpiło w niej rozmięczenie. Opierając się na tem, że w obu przypadkach glioma znajdowała się w bezpośredniej styczności ze zwyrodniałymi tylnymi pęczkami, wnioskują wymienieni autorzy, że była ona wtórna, a mianowicie następstwem rozprzestrzenienia się przerostu gliae, który ma miejsce w zwyrodniałych pęczkach.

Nie możemy w tem miejscu dyskutować nad tą nader ciekawą kombinacją wiądu z gliozą i syringomyelią, ponieważ nie tyczy się to bezpośrednio zajmującej nas kwestyi, stwierdzamy tylko jeszcze raz, że w tych ostatnich przypadkach tak samo jak i w poprzednio wymienionych, wiąd ani pod względem klinicznym, ani pod anatomicznym nie różnił się wcale od innych przypadków, w których mu nie towarzyszą wyraźne zaburzenia kiłowe. Co się tyczy obrazu klinicznego, to Sachs usiłuje odnaleźć pewne oznaki, z którychby można o przymiotowym charakterze wiądu w danym przypadku wnioskować. Jako oznaki tego rodzaju autor ten uważa: 1) porażenie mięśni gałek ocznych w okresie początkowym, 2) nieprawidłowy rozwój objawów, 3) nieprawidłowe zachowanie się źrenic, tak np. równocześnie brak oddziaływania na światło i akkomodację na jednym lub obu oczach. Minor jest tego zdania, że w obrazie klinicznym wiądu rozróżnić trzeba 2 rodzaje objawów: jedne należą do wiądu, drugie do przymiotu. Te ostatnie dają się usunąć przez leczenie swoiste, pierwsze zaś nie. Do objawów kiłowych zalicza on przedewszystkiem wszelkie spotykające się w przebiegu wiądu, haemi—i paraplegije. W 2-ch przypadkach, które autor ten spostrzegał, pod wpływem rtęci paraplegija ustąpiła, podczas gdy objawy wiądu pozostały. Liczniejsze spostrzeżenia i badania, specjalnie na ten punkt skierowane, mogą dopiero pokazać, o ile wywody tych autorów są słuszne i czy w istocie dzięki klinicznej obserwacji będziemy w mocy w każdym pojedynczym przy-

padku wiądu orzec, czy w układzie nerwowym obok sprawy zwyrodnienia, charakterystycznej dla wiądu, istnieje jeszcze sprawa swoista lub nie. Przypadki, powyżej obszerniej streszczone, dowodzą w każdym razie, że kombinacje tych dwóch rodzajów zmian w niektórych razach istnieją. Odnosne spostrzeżenia są dotychczas nieliczne, ale wobec tego, że dopiero w ostatnich czasach zwrócono na nie baczniejszą uwagę, należy oczekiwać, że liczba ich niebawem się powiększy. Czegóż jednak spostrzeżenia te dowodzą dla kwestyi, która nas zajmuje? Powiedzieliśmy już, że nieprawdopodobnem wydawać się musi, ażeby tak blizkie zetknięcie się zwyrodnienia wiądowego i zaburzeń swoistych mogło być rzeczą wypadkową. Zwyrodnienie tylnych pęczków zatem również w jakikolwiek sposób od przymiotu zależnem być musi. Jeżeli tak jest w tych przypadkach skomplikowanych, to należy przypuścić, że i w tej przeważającej dotąd liczbie przypadków, w których wywiady stwierdziły przymiot, a przy sekcyi żadnych swoistych zmian nie znaleziono, między przymiotem i wiądem rdzenia istnieć musi związek przyczynowy. Jakiż jest ten związek? Dla czegóż zaburzenia w rdzeniu nie mają charakteru przymiotowego? Strümpell podał w tej mierze objaśnienie, które przez większość uczonych zostało z uznaniem przyjęte. Autor ten wraz z Charcotem i Pierrettem zalicza wiąd do t. zw. chorób systemowych rdzenia (Systemerkrankungen), t. j. do cierpień, w których pewne grupy włókien, stanowiące jedność pod względem anatomicznym i fizyologicznym, jednocześnie ulegają zwyrodnieniu. Badania Flechsig'a dowiodły, że, przynajmniej co do rozwoju, tylne pęczki nie są jednolitą całością, a składają się z kilku pasów (Zonen), w których nie w jednakowym czasie pojawiają się otoczki myelinowe włókien. Pasy te w wiądzie również niejednocześnie, a w pewnym, stale się powtarzającym porządku, ulegają zwyrodnieniu. Zresztą już różnorodne zaburzenia czynnościowe wskazują na to, że nie jedna, a kilka grup bywa przy wiądzie zajętych, że należy on zatem do chorób systemowych kombinowanych (combinirte Systemerkrankungen). Przyczyną zwyrodnienia włókien mają być toksyny, dotąd nieznanne nam jeszcze istoty chemiczne, które stanowiąc produkt przymiotowego zakażenia, pozostają w ustroju i wywierają szkodliwy wpływ przedewszystkiem na układ nerwowy. W tym względzie przymiot zachowuje się zupełnie tak samo, jak niektóre ostre

zakaźne choroby (dur, błonica), po których również rozwijają się niekiedy następcze choroby układu nerwowego. Podobieństwo to nie powinno nas dziwić wobec tego, że przymiot ma wszelkie cechy choroby zakaźnej; wysypkę, uważaną za pierwszy objaw zakażenia ustroju, poprzedzają, jak pokazały dokładne spostrzeżenia, liczne objawy zwiastunowe, że wymienię tylko: ogólne zmęczenie, brak łaknienia, bóle i zawroty głowy, anemię wskutek zmniejszenia zawartości hemoglobiny we krwi, dreszcze, gorączkę, powiększenie śledziony, białkomocz, a nawet krwawe moczenie.

Zgubne działanie toksyn przymiotowych objąć może różne części układu nerwowego: mózg, rdzeń przedłużony, rdzeń, nerwy mózgowie i obwodowe. Stosownie do tego otrzymujemy różne obrazy chorobowe: paraliż postępujący, wiał rdzenia, przewlekłe porażenie postępujące mięśni gałek ocznych. Różne te części mogą być jednocześnie zajęte, wtedy wymienione choroby, jak się to często zdarza, bywają złączone w jednym i tym samym przypadku. Zwyrrodnieniu pod wpływem toksyn ulegać mogą, zdaniem Stümplla, same tylko komórki nerwowe, albo tylko włókna nerwowe, albo też jedne i drugie. Wiąd zatem, według tej teorii, jest pierwotnem poprzymiotowem (postsyphilitisch) zwyrodnieniem kilku systemów włókien w rdzeniu.

Nowe badania nad ściślejszą anatomiją układu nerwowego a zwłaszcza nad anatomiją patologiczną wiądu doprowadziły do sprostowania kilku ważnych szczegółów wyłuszczonej dopiero teorii. Wynikiem tych badań było przedewszystkiem, że zwyrodnienie tylnych pęczków w wiądzie nie jest niczem innem, jak zwyrodnieniem tylnych korzeni w ich przebiegu wewnątrzrdzeniowym (intramedullär). Tylne pęczki składają się prawie wyłącznie z tych włókien korzeniowych, a nieliczne tylko włókna otrzymują z szarej istoty, które też przy wiądzie, nawet w okresie bardzo posuniętym, bywają zachowane. Tylne korzenie (zewnątrrdzeniowe) również w wiądzie bywają zwyrodniałe, a rozległość ich zwyrodnienia odpowiada mniej więcej rozległości sprawy w rdzeniu. Nie wszystkie jednak korzenie naraz ulegają zwyrodnieniu, skutkiem tego jest, zwłaszcza w okresie początkowym, nierównomierne zwyrodnienie tylnych pęczków w różnych odcinkach rdzenia, oraz różnych części tych pęczków na przekroju poprzecznym. A zatem, zamiast kombinowanych systemów Strümm-

pella i Flechsig, mamy zwyrodnienie systemu tylnych korzeni. Pierwotny charakter tego zwyrodnienia, przyjęty przez Strümpella i innych, również został mocno zakwestyjonowany. Dzięki nowym udoskonalonym metodom badania (Golgi, Ramon y Cajal) zostało dowiedzione, że cały układ nerwowy składa się z odrębnych jednostek nerwowych (Nervenelement, Neuron). Jednostkę taką tworzą: komórka nerwowa z jej wyrostkami protoplazmatycznymi i wyrostkiem nerwowym, włókno nerwowe, które jest przedłużeniem wyrostka nerwowego i ostateczne rozgałęzienia tego włókna. Oddzielne jednostki nie łączą się wcale między sobą przez anastomozy najdrobniejszych gałązek, jak przedtem sądzono. Przenoszenie pobudzeń nerwowych z jednej jednostki na drugą odbywać się może li tylko przez bliskie stykanie się tych gałązek. Każda taka jednostka i pod względem odżywczym stanowi niezależną całość, jej ośrodek odżywczy znajduje się w komórce. Jeżeli więc włókno jakie ulega zwyrodnieniu, to może to nastąpić wskutek dwóch przyczyn: 1) wskutek tego, że odnośna komórka została dotknięta cierpieniem, albo też 2) ponieważ ciągłość związku między włóknem a komórką została przerwana. Obidwie te możliwości zostały przez autorów, badających patogenezę wiału, uwzględnione. Jedni szukają przyczyny zwyrodnienia tylnych korzeni w komórkach, które są dla nich ośrodkiem odżywczym. Komórki te mieszczą się przede wszystkim w zwojach rdzeniowych (ganglia spinalia), ale istnieją dane, które pozwalają przypuszczać, że i na obwodzie ciała znajdują się komórki, których wyrostki, jako tylne korzenie, dochodzą bezpośrednio do rdzenia, nie ulegając, jak inne włókna czuciowe, przerwie w komórkach zwojów rdzeniowych. Które z tych komórek są bardziej winne zwyrodnienia wiałowego, co do tego zdania są podzielone. Marie jest za obwodem, Oppenheim, Darier za zwojami ¹⁾. Jakiegokolwiek bądź są to komórki,

¹⁾ Leyden również jest za obwodem pochodzeniem wiału, ale w innym zupełnie sensie: sądzi on, że cierpienie to zaczyna się od zwyrodnienia ostatecznych rozgałęzień nerwów czuciowych w narządach obwodowych, że ztąd sprawa posuwa się wzdłuż nerwu w kierunku dośrodkowym, przechodzi na komórki zwojów rdzeniowych, a następnie dopiero na włókna tylnych korzeni. Zdaje się jednak, że pogląd ten mało zyska zwolenników. W dyskusji nad odczytem Leydena zbijał go Hitzig.

związek między zaburzeniami w nich zachodzącymi a przymiotem należy sobie tłumaczyć tak samo jak Strümpell, t. j. uważać te zaburzenia za poprzymiotowe, powstałe na skutek działania toksyn przymiotowych. Takie same zaburzenia powstać mogą jednak (wprawdzie w rzadkich przypadkach) wskutek działania innych nieznanymi nam jeszcze dotąd przyczyn. Skutek będzie ten sam, mianowicie, powstanie władu rdzenia, w tych razach nie na tle przymiotu.

Inaczej przedstawia się stosunek władu rdzenia do przymiotu w świetle badań świeżo ogłoszonych przez Obersteina i Redlicha. Autorzy ci przyszli do przekonania, że dotąd za mało zwracano uwagi na zmiany w oponach rdzeniowych, które, choć często nieznaczne, jednak w każdym przypadku władu istnieją. Zaburzenia te, dające się określić jako przewlekłe zapalenie opon miękkich, nie mają wyraźnych cech przymiotowych. Tylnie korzenie, zmuszone w drodze do rdzenia przebić te zgrubiałe opony, doznają w tem miejscu ucisku. Na odpowiednich przekrojach autorzy ci stwierdzili z pewnością, że w miejscu wstępowania pęczków tylnych korzeni do opon, pęczki te zwężają się; zwężenie kończy się dopiero przy opuszczeniu opon. Ucisk, wywierany w tym miejscu, sprowadza we włóknach nerwowych zmiany rozpadowe, które wystarczają w zupełności dla uniemożliwienia i zniesienia wpływów odżywczych, idących od komórki nerwowej ku części włókna, znajdującej się za zwężeniem; a ponieważ ta część tych włókien właśnie stanowi w rdzeniu główną masę tylnych pęczków, więc tym sposobem powstaje ich zwyrodnienie. Oprócz ucisku ze strony opon, wyżej wymienieni autorzy znaleźli w części zwężonej korzeni naczynia ze zgrubiałymi ściankami i przypuszczają, że taka okoliczność musiała rozpad włókien przez ucisk spowodowany przyspieszyć. Zarówno zaburzenia w oponach jak i w naczyniach mogą być i najczęściej są spowodowane przez zarażenie przymiotowe, chociaż nie przedstawiają wcale cech swoistych. Ale te same zaburzenia mogą powstawać i na tle innych jakichkolwiek przyczyn, a zatem i przy tem pojmowaniu rzeczy, również jak i przy pierw wyluszczonej teorii, istnienie przypadków władu bez poprzedniego zarażenia się przymiotem jest wytłumaczone. Takim się przedstawia stosunek władu rdzenia do przymiotu w świetle nowych badań i poglądów na anatomiją patologiczną i patogenezę pierw-

szego. Streściliśmy te ostatnie w tem miejscu w ogólnym zarysie i o tyle tylko, o ile one one się przyczyniły do wyjaśnienia zajmującego nas przedmiotu.

W następującej części naszej pracy zadaniem naszym będzie szczegółowiej wyniki tych badań rozpatrzyć i wykazać, na jakich faktach oparte są poglądy, które tak daleko odbiegają od przyjętych dotąd pojęć, że aż zwyrodnienie tylnych pęczków w wiądzie za sprawę wtórną ogłaszają.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

171. M. LANCEREAUX. **Nerwice odżywcze kończyn czyli akrotrofo-neurozy** (*Des trophonevroses des extremités ou acrotrophonevroses. Semaine Médicale N. 33, 1894.*)

Autor w krótkości skreśla rozmaite formy zaburzeń w odżywianiu tkanek w zależności od systemu nerwowego, następnie przechodzi do poszczególnej formy tych zaburzeń, której daje miano „trophonévrose nécrotique ou gangrène néuropathique..

System nerwowy, jako główny motor wszystkich funkcji żyjącego organizmu, wywiera również kolosalny wpływ i na jego odżywianie; przy zaburzeniach bowiem w jakiegokolwiek części systemu nerwowego stale występują zmiany troficzne już to w oddzielnych tkankach, już to w całych organach. Zaburzenia te polegać mogą na śmierci tkanki lub organu, powodując tak zwaną nekrozę, lub też niekiedy wyrażają się przez nadzwyczajny ich wzrost, sprawę znaną pod nazwą acromegalia. Zjawiają się one w każdym okresie życia, nie wyłączając nawet wewnątrzmacicznego; najczęściej jednak spotykamy je w starości. Zaburzenia te lokalizując się na kończynach, mogą ogarniać część ich niewielką, część palca (trophonévrose partielle), lub też całą kończynę, cały palec, a nawet kilka na raz (trophonévrose totale). Umniejszają się one w naskórku, tkance podnaskórkowej, podskórnej, w naczyniach, mięśniach, nie oszczędzając również kości; we wszystkich tych tkankach przejawiają się pod postacią zgrubień, stwardnień, narostów, lub też w postaci ognisk nekrotycznych.

Przystępując do rozbioru specjalnej kwestyi, dotyczącej gangrène névropathique, autor naprzód przedstawia jej zasadnicze cechy na przykładach, zaczerpniętych z bogatego materiału

klinicznego, aby następnie wyprowadzić ogólne wnioski, dotyczące patologii i terapii tego cierpienia. Oto starzec 65-letni doskonale zbudowany, dobrze odżywiony, z niewielkimi zmianami miażdżycowymi w systemie krwionośnym, od 30 lat co pewien czas cierpi na nadzwyczaj silne uparte bóle w prawej kończynie. Charakterystyczną cechą tych bólów jest uczucie palenia, obejmujące całą zewnętrzną stronę goleni, występuje ono przeważnie nocą. Przed paru laty bóle te rozszerzyły się na stopę, objęły dwa ostatnie palce, które wkrótce zmartwiały i odpadły, poczem bóle ustały na pewien czas, aby znowu po 3-ich latach jeszcze z większą gwałtownością wystąpić. Wtedy dosięgły one drugiego palca, który po pewnym czasie zmartwiał również; co jednak wcale nie zmniejszyło cierpienia chorego, tak że postanowił zdecydować się na amputację goleni, której rzeczywiście dokonano in loco selectionis. Cierpienia zmniejszyły się, lecz nie znikły zupełnie. Zrozpaczony chory szukając ulgi, zapisał się na klinikę autora, będąc przygotowanym nawet na całkowite odjęcie prawej kończyny. W klinice znaleziono: bolesność w okolicy kikutu i w dwóch odpadłych palcach, zmniejszoną wrażliwość na ból na zewnętrznej dolnej części uda. Tętnienie art. femoralis wyraźne na 1 lig. Pouparti. W pierwszej chwili nasuwała się myśl, czy dany przypadek nie należałoby zaliczyć do grupy tak zwanych gangrena spontanea, powstałych wskutek obliteracji naczynia; przyjąwszy jednak pod uwagę ból, trwający od lat 30 na zjawienie się w ostatnich latach gangreny w dwóch ostatnich palcach i znowu po kilku latach gangreny drugiego palca, autor odrzuca tę myśl przyjmując gangrenę jako zaburzenie w odżywianiu, powstałe pod wpływem zaburzeń nerwowych, tembardziej, iż wiadomo, że obliteracja naczynia wskutek miażdżycy lub też zatoru, powoduje natychmiastowy szalony ból, w części leżącej poniżej zamkniętego światła naczynia i szybką gangrenę całej tej okolicy lub też znacznej jej części, oddzielaniu się zgangrenowanych części towarzyszy obfite ropienie, czego w tym przypadku zupełnie nie było. Drugi przypadek dotyczy pewnego Meksykanina, u którego bóle wystąpiły w obu kończynach dolnych, lokalizując się jednak ostatecznie głównie w prawej. Bóle, jak w poprzednim przypadku, były nadzwyczaj gwałtowne, pomimo znacznych dawek morfiny, męczyły go dniem i nocą, po zbawiając zupełnie snu. Po pewnym przeciągu czasu uformował się pęcherz na dużym palcu prawej stopy, który pękł pozostawiając niewielkie owrzodzenie, które wkrótce się zagoiło, tymczasem zaś rozwinęła się gangrena wielkiego palca i dwóch ostatnich prawej stopy. Przy badaniu obiektywnem znaleziono: system krwionośny zmian żadnych nie przedstawia, wrażliwość na temperaturę, dotyk, ból w obu kończynach zniesione; gangrena wielkiego i dwóch ostatnich palców prawej stopy, wyraźna linia demarkacyjna, ropienie nieznaczne; paznogie i skóra pal-

ców lewej stopy przedstawiają zmiany troficzne, wskazujące na zbliżającą się gangrenę. Podobny zupełnie przypadek, zakończony śmiertelnie, dotyczył pewnej 42-letniej damy, u której również rozwinęła się symetryczna gangrena obu kończyn dolnych ze wszystkimi wyżej skreślonymi objawami. Podobny przypadek opisuje Raynaud, Zambac i inni.

Przyjmując pod uwagę tak podmiotowe jak i przedmiotowe objawy, autor cały przebieg choroby dzieli na 3 okresy. Pierwszy jest to okres silnych upartych bólów w dotkniętych cierpieniem kończynach, rwących, palących, występujących przeważnie nocą, odbierających sen i zatruwających życie choremu. Czucie przedmiotowe natomiast zostaje zmniejszone lub nawet znika zupełnie, ginie przytem naprzód wrażliwość na temperaturę, następnie na ból, w końcu na dotyk. W tymże okresie występują zaburzenia cyrkulacyjne z rozszerzeniem lub też zwężeniem naczyń, stosownie do tego w pierwszym przypadku skóra bywa nieco obrzękniętą, błyszczącą, naprężoną, w drugim zaś skóra jest bladą, chłodną, następnie przyjmuje odcień fioletowy lub też staje się marmurową, szczególnie wzdłuż palców i naczyń obocznych. W drugim okresie na końcach palców zjawiają się wypełnione mętnym krwawym płynem pęcherze, po pęknięciu których pozostaje szybko zablizniające się owrzodzenie, jednocześnie paznogie odpadają, naskórek grubieje i nieco twardnieje, skóra staje się ciemniejszą. W innych przypadkach skóra, poprzednio czerwona i nabrzmiąta, żółknie, wysycha, palce stają się wskutek tego cieńsze, lub też formują się na niej mniej lub więcej głęboko idące strzępy, poprzedzane, lub nie, pęcherzem. Ostatecznym rezultatem wszystkich tych zmian bywa zmartwienie całego palca, lub też kilku na raz falang, a nawet części stopy. Przez cały ten okres bóle trwają z poprzednią gwałtownością. W trzecim okresie następuje oddzielenie zmartwiałych części, któremu towarzyszy zazwyczaj niewielkie ropienie. W innych organach zwykle zmian żadnych nie znajdujemy, system krwionośny bywa zazwyczaj zdrowy; apetyt niezły, zaburzeń w trawieniu niema żadnych; chorzy są zmęczeni, przygnębieni wskutek bólu i bezsenności. Ciężota ciała normalna. Puls w czasie napadów dochodzi 100—130 na minutę, mały. *Zmiany anatomiczne:* dotknięte miejsca przedstawiają się na wygląd czarnymi, skurczonymi, suchymi (przy przecięciu czasami tylko pokazuje się kropla krwawego płynu). Wszystkie tkanki na przecięciu mają wygląd jednostajny koloru fioletowego. Pod mikroskopem znajdujemy komórki w stanie ziarninowego i tłuszczowego rozpadu. Serce, tętnice i żyły zazwyczaj nie przedstawiają zmian żadnych. Co się tyczy zmian anatomicznych systemu nerwowego, to Couyba w przypadku powierzchownej gangreny podeszwy znalazł ognisko rozmiękczenia w mleczu pacierzowym, odpowiadające 10 kręgowi grzbietowemu, Pittres i Waillard—periencipha-

litis c. hydrope ventriculari w przypadku polineuritidis wikłanego gangreną stóp. Cóż sami autorowie w innym przypadku gangrenae symetricae znajdowali zanik pierwiastków nerwowych w n. tibialis anticus, posticus et plantaris internus obu kończyn. Przecięcie nerwu kulszowego u zwierząt przez Sequard'a wywoływało również gangrenę, toż samo w podobnych przypadkach autor obserwował u człowieka.

Przyczynami, wywołującymi neuropatyczną gangrenę, mogą być: 1) uraz (obserwacja autora, doświadczenia Brown-Sequard'a) zatrucia substancjami, wywierającymi specjalny wpływ na system nerwowy, jako to: arsenikiem, sporyszem, absyntem i t. p., w tych razach gangreny zazwyczaj bywają symetryczne; 3) niektóre choroby pasożytnicze, jak lepra; 4) choroby konstytucyjne, jak chroniczny gościec, dna, moczówka cukrowa u ludzi z dyjatezą artrytyczną; 5) wpływy fizyczne i fizjologiczne, jak okres dojrzewania, miesiączka, zimno; grają one jednak rolę, zdaniem autora, przyczyn uspasabiających, nie zaś podstawowych, jak to przypuszczał Raynaud.

Gangreny neuropatyczne można zmieszać z gangrenami naczyniowymi, zasadniczymi punktami w różnicowaniu tych dwóch cierpień będzie ból, sposób powstawania i rozwoju gangreny stopień ropienia przy oddzielaniu się zmartwiałych części. Rokowanie fatalne; gangreny takie zwykle kończą się śmiercią, główną przyczyną której stanowi bezsenność i wycieńczenie.

Leczenie w przypadkach gangreny symetrycznej ma zadanie potrójne: 1) usunąć zaburzenia nerwowe, pod wpływem których rozwija się gangrena; 2) stanąć na przeszkodzie rozwojowi sprawy chorobowej; 3) łagodzić objawy chorobowe. Co do pierwszego punktu należy mieć na uwadze leczenie przyczynowe. Ażeby przeszkodzić rozwojowi gangreny autor stosował hydroterapię w postaci zimnych oblewań i pryszniców, wyniki których niejednokrotnie były zadawalniające. Elektryczność w postaci prądu stałego zdaniem autora może być również pożyteczną w tych jednak tylko razach, gdy nie mamy do czynienia ze zmianami anatomicznymi w systemie nerwowym. Wewnętrznie radzi podawać kombinację bromku amonu z jodkiem potasu. W celu łagodzenia bólów autor radzi stosować opium i morfinę, które jednak niejednokrotnie nawet w wielkich dawkach zawożą; z nasennych za najlepszy uważa chlorał. J. Sz.

172. BANHOZER **O zachowaniu się krwi we wrodzonym zwięzieniu zastawek tętnicy płucnej.** (*C. f. Klin. M. 23, 1894.*)

Opisany wypadek zasługuje na uwagę ze względu na wykonaną analizę krwi u chorego, którego historia choroby była opisana w pracy d-ra Leucha (*Z. f. kl. M. 1892, 7*). Powtarzamy ją w krótkości. Chłopiec 10-letni, dobrze odżywiany i zbudowany, sinica twarzy, rąk i nóg, kończyny chłodniejsze niż

całe ciało, tętno małe słabe, granice serca ku stronie prawej rozszerzone, nad tętnicą płucną szmer systoliczny, ton dialistyczny nieco kłapiący, nad tętnicą główną obok pierwszego tonu lekki szmer, u wierzchołka serca i na mostku oba tony czyste. Badanie krwi dało wyniki następujące: ilość hemoglobiny według metody Gowarsa 160% (prawidłowo winno być 100), ilość czerwonych ciałek krwi 9,447,000 w 1 m. sz., stopień alkaliczności według Jaksza 0,928% (prawidłowo 0,25%—0,35%), ciężar gatunkowy 1,0718 (praw. 1,035—1,068), badanie spektralne wykazało odtlenioną hemoglobinę obok oksyhemoglobiny. Ilość części stałych 28,097%, ilość azotu suchej krwi 15,5% w krwi całej 3,7%, postać ciałek krwi bez zmiany. Z powyższych danych widzimy, iż we wzmiankowanym cierpieniu mamy do czynienia z silnem zgęszczeniem krwi. W obu dotąd znanych w piśmiennictwie przypadkach zwięzienia zastawek tętnicy płucnej (Krehl D. arch. f. kl. M. 1889 i Vaquesa „Traité de médecine“ t. V, rozdział VII) zauważono ten sam objaw. Obok tego w drugim przypadku (Vaques'a) znaleziono powiększenie wątroby i śledziony. Z tego względu autor sądzi, iż szmer, występujący przy tem cierpieniu nie tylko na karb zastoju, ale i zwiększonej koncentracji krwi położyć należy. Śmiałą hipotezę Vaques'a, iż w danej chorobie współcześnie cierpią narządy krwiotwórcze dotąd przy najmniej, zdaniem autora, uważać należy za niedowiedzioną.

Józef Zawadzki.

173. KRUSE i PASQUALE **Badania nad dyzenterją i ropniem wątroby.** (*Z. f. Hyg. XVI, 1.*)

Autorzy zajęli się badaniem zarówno przyczyn jak i strony anatomicznej i klinicznej biegunki krwawej w Egipcie, która posiada pewne cechy, odróżniające ją od epidemij w innych krajach.

Jako przyczynę uważają autorzy ameby, spotykane przez nich we Włoszech i Egipcie, ameby te w innych stolcach nie dyzenterycznych spotykają się nader rzadko (na 38 razy 2 przypadki dodatnie, a i w tych razach nie wykluczono możliwości istnienia skrytej dyzenterji). Ameby dyzenterji są wielkości 10—50 M., ciało ich rozdziela się na endo- i ektoplazmę, w środku protoplazmy zawierają jądro, a obok niego często ciała obce (jak czerwone ciała krwi, bakteryje) oraz wakuole. Barwienie dokonywamy zwykłemi sposobami. Rozmnażanie się ameb odbywa się prawdopodobnie przez dzielenie, ruchy za pomocą wyprysków ektoplazmatycznych, odżywianie przez intususcepcyję. Ameby giną szybko w ciepłocie pokojowej; na 0,3% roztwór tanniny lub 1% kwasu bornego zachowują się obojętnie.

Obok poszukiwań ameb autorzy prowadzili poszukiwania w czysto bakteryjologicznym kierunku. Wogóle wyosobnili około 160 rodzajów bakteryj, w połowie przypadków były znajdowane

paciorowce rozmaitego charakteru, w wielu razach spotykano laseczniki podobne do tyfusowych, często spotykano bac. clavatus, ropne gronkowce i t. p.

Badania anatomopatologiczne dowiodły, iż dyzenterya jest cierpieniem kataralnem błony śluzowej z zejściem w owrzodzenia, w tym ostatnim razie pierwotnie dotknięta jest błona podśluzowa, śluzowa zaś cierpi wtórnie, ameba zawsze spotykali autorzy właśnie w błonie podśluzowej, zazwyczaj współcześnie z rozmaitemi rodzajami grzybków rozsączekowych. Co do innych zmian patologicznych w dyzenteryi egipskiej zaznaczyć należy, że krwawienia małe są tam częste, rzadkie natomiast sprawy ropne, zejście w martwicę jest bardzo rzadkie. Jako następstwa dyzenteryi obok miejscowych zapaleń otrzewny występują niezbyt rzadko ropnie wątroby. Ściany ropnia są zazwyczaj twarde, włókniste, rzadziej nekrotyczne, zmieniona tkanka wątroby służy za ścianę ropniom; zawartość ropni zazwyczaj barwy czekoladowej, płynna; umiejscowienie najczęściej ścian na powierzchni narządu. W zawartości znajdowali autorzy liczne kryształki Charcot'a i 6 razy na 15 ameba dyzenteryczne, dodać należy, że według autorów tylko w tych 6 przypadkach dał się wykazać związek między dyzenterją a ropniem wątroby, w pozostałych przyczyny ropnia nie były pewne. Obok ameb znajdowali rozmaite rodzaje bakterij, którym jednak przypisują rolę podrzędną—wtórne zakażenie.

Dalsze badania autorów nad specyficznością ameb dowiodły, iż wprowadzone do kiszki prostej wywołują dyzenterję, z tego też względu autorzy uważają je za specyficzne dla dyzenteryi egipskiej.

W ogóle autorzy na zasadzie ścisłych danych z piśmiennictwa rozróżniają dyzenterję egipską od panującej w Europie, trzecią grupę stanowi opisana niedawno przez Ogatę dyzenterya japońska.

Józef Zawadzki.

174. DETERMANN. **O nerwicach serca i naczyń.** (*Ueber Herz und Gefässneurosen. Sammlung klin. Verträge 96—97, 1894.*)

Nerwice serca i naczyń mogą zarówno dobrze być zaliczane do chorób układu naczyniowego jak i nerwowego. Ze względu jednak na to, że przy wszystkich nerwicach tego rodzaju mamy tyle różnorodnych objawów ze strony układu nerwowego wogóle, że zaburzenia nerwowe ze strony serca tak często zdarzają się u neurasteników, i że wreszcie spotykamy się tu powiększej części z tą samą etyologiją i tem samem tłem (nadczułość, zwiększona pobudliwość i łatwiejsze wyczerpywanie się) logiczniej będzie zaliczać nerwice serca i naczyń do chorób układu nerwowego.

Chociaż wielu autorów wszelkie czynnościowe zaburzenia pojedynczych narządów nazywają zbiorowem mianem neurastenji, to jednak w niektórych razach objawy ze strony serca wystę-

pują tak dalece na pierwszy plan, że przypadki te zarysowują się wyraźnie jako odrębne postacie nerwic, które należy wyróżniać specjalną nazwą jako „sercową neurasteniją” (Selig-Müller) lub „nerwową słabość serca” (Lehr), lub wreszcie „Neurasthenia vasomotoria” (Rosenbach).

Z pomiędzy 241 chorych neurasteników, obserwowanych przez autora w zakładzie St. Blasien w Czarnym lesie (Schwarzwald) było 30 przypadków sercowej neurastenji i 22 sercowo-naczyniowej: Morbus Basedovii (6), otrucie nikotyną (5), wpływ klimatu górskiego (2), przy przewlekłym niezycie żołądka (4), po ostrych gorączkowych chorobach (4), wreszcie 3 czyste nerwice naczyniowe. Liczba mężczyzn przeważała (34) nad liczbę kobiet (20), wiek chorych wahał się od 18 do 55 lat. Niżej i wyżej tego wieku nerwice serca zdarzają się rzadko.

Co się tyczy etjologii, to w wielu razach można było wysledzić dziedziczność, chociaż wyjątkowo tylko jako bezpośrednie odziedziczenie zaburzeń nerwowych w układzie krążenia, i w ogóle nie w wysokim stopniu. Z właściwych przyczyn przede wszystkim uwydatniają się wpływy psychiczne: nadmierne zmęczenia, kłopoty, niepowodzenia, zwłaszcza w związku z przeciążeniem pracą umysłową, przy niehygienicznym trybie życia, bezsensnych nocach i t. p.

Silny przestrasz, gniew często występowały jako czynnik, wywołujący chorobę u ludzi zkadinał do niej skłonnych. Niekiedy przyczyną taką bywał uraz, chociażby sam przez się niewystarczający do wywołania materialnych zmian.

Niektóre forsowne sporty: jazda na kołowcach, wchodzenie na góry i t. p. występują pomiędzy etjologicznymi momentami zauważonemi przez autora. Nadużycia płciowe, a zwłaszcza płciowe pobudzenie bez zadośćuczynienia, t. zw. psychiczny onanizm, bywają notowane przez różnych pisarzy, chociaż tego czynnika właśnie autor prawie nie spotykał u swych chorych, a przynajmniej nie mógł mu przypisać większego znaczenia.

Wyraźny wpływ na powstawanie nerwic serca i naczyń wywierają jeszcze jady, pomiędzy któremi na pierwszym miejscu stoi nikotyna, dalej wyskok, który przy dłuższem działaniu sprwadza zmiany somatyczne, wreszcie herbata i kawa, zwłaszcza w połączeniu z innymi wpływami. Bezpośrednio tutaj należy wymienić i niektóre choroby zakaźne, po których widziano występowanie nerwic układu krwionośnego; czynnikiem wywołującym są tu bowiem najprawdopodobniej toksyny, np. w tyfusie, malarii, influenzy, dyfterycie i t. d.

Jeszcze inna grupa czynników etjologicznych wytwarza się na drodze odruchowej wskutek cierpienia innych narządów, których nerwy znajdują się w wyraźnym związku z nerwami układu krążenia. Przede wszystkim więc choroby przewodu trawienia i narządów płciowych, których wpływ (N. Vagus i N.

sympathicus) odzywa się na sercu nawet i w granicach jeszcze normalnych.

Ze stanów chorobowych na pierwszym miejscu stoją tu sprawy, połączone ze znacznem wytwarzaniem się gazów i rozcięciem lub silnem zaparciem stolca. Wpływ organów płciowych uwydatnia się szczególnie często w okresie ustawiania regularności (climax), i, rzadziej, w porze dojrzewania płciowego. W jednym z przypadków autora nerwica serca i naczyń rozwinęła się u kobiety, cierpiącej na wielki mięśniak macicy, i przeszła po usunięciu tegoż. Z innych chorób, odruchowo mogących wywołać omawiane nerwice, należy uwzględnić jeszcze choroby umysłowe, dalej postaci rdzeniowej neurastenji Lehr'a (być może z powodu blizkiego sąsiedztwa splotów nerwowych), i wreszcie ciężkie nerwobóle, w ciągu których wywiązują się niekiedy nerwice serca.

Dwa razy spostrzegął autor nerwice serca powstałe jedynie pod wpływem pobytu w miejscowości wysoko położonej (Höhenklima), a które przeszły bezpowrotnie, gdy chory zjechał niżej.

Wreszcie nerwice naczyniowe mogą się rozwijać u osób z b. wydelikacną skórą, gdzie najłżejsza zmiana otaczającej atmosfery wywołuje długotrwały skurcz naczyń z następczą podniesioną czynnością serca i rozszerzeniem naczyń skóry.

Co się tyczy symptomatologii nerwic układu naczyniowego, to szmery i powiększenie tępości serca zdarzają się głównie przy chorobie Basedowa, w innych nerwicach znacznie rzadziej; od organicznego pochodzenia szmery tu obserwowane (3 razy na ogół przypadków oprócz choroby Basedowa) różnią się małą wyrazistością i natężeniem. Często tony są niezupełnie wyraźne; dyastoliczne szmery nie zdarzają się; akcentuacja drugiego tonu tętnicy płucnej przemawia raczej za wadą organiczną. Zmęczenie, ruch, mało wpływa na zachowanie się tych objawów, odmiennie niż przy wadach serca. Zdarza się podwójny ton, lekki rytm galopujący. Za to na pulsus bigeminus, hemisystolia, należy patrzeć bardzo podejrzliwie; są tu niezawodnie ukryte wady organiczne. Niektóre objawy powtarzają się w przypadkach jednokowego pochodzenia; tak np. po chorobach zakaźnych najczęściej zdarza się tachykardya (także i zwolnienie według Riegel'a, czego autor nie spostrzegął), po nikotynie bywają niemiarowości; przy zaburzeniach kiszkowych nadzwyczajne przyśpieszenie tętna; ze znacznym spadkiem napięcia.

Według Lehra „neurasthaenia vasomotoria“ jest zjawiskiem odruchowem, w którym biorą udział: sploty nerwów współczulnych, hamujące gałązki n. błędnego, jakoteż ośrodek naczynioruchowy w rdzeniu przedłużonym. Odpowiednio do tego grupują się i objawy, jako objawy okresu pobudzenia i porażenia.

Przy podniesionej pobudzalności wymienionych nerwów ma

miejsce zrazu okres pobudzenia i zwykła czynność serca, 72—84 tętna, przy nieznacznych powodach wzmagą się, występuje bicie serca, a tętno dochodzi 96—120. Niekiedy, jeżeli pobudką do wywiązania zapadu był przestrah—mamy zwolnienie czynności serca, odczuwane niekiedy jako zupełne zatrzymanie się bicia serca; po tem zjawia się przyśpieszenie, strach około serca, bledność lub czerwonosc twarzy i rąk. Im większą jest pobudliwość nerwowego aparatu serca, tem prędzej osłabia się sprawność narządu hamującego i następuje okres porażenia. W tym okresie mamy stale zwiększoną częstość tętna, 96—120, niekiedy 140 i wyżej. Czynność jest słaba, wahadłowa, z czasem napięcie naczyń upada, występuje bledność części obwodowych ciała, odżywianie upada; rozwija się bezsenność, drażliwość, pogńębienie psychiczne.

Pobudki, wywiązujące napady, są często b. blahe, np. nieznaczny ruch, czasem sama myśl o napadzie. Na czczo chorzy są więcej usposobieni do napadów.

W początkach pierwszego okresu objawy są tylko podmiotowe, badanie nie wykrywa nic, coby odpowiadało skargom chorego. Niekiedy występuje obraz, podobny do angina pectoris, nigdy jednak tak silny jak przy prawdziwej dusznicy. Przytem, jak to zauważył Rosenbach, bóle rozszerzają się tu w obie stronach serca, podczas gdy w rzeczywistej angina pectoris bóle promienują w lewą stronę. Objawy te można objaśnić nadczułością czuciowych przewodów serca, wskutek której odczuwane bywają w nieprawidłowej mierze zjawiska normalne (zwykłe uderzenia serca), które u zdrowego człowieka nie przekraczają progu świadomości.

Do pierwszego okresu należy zaliczyć i te przypadki, w których można obiektywnie zauważyć pobudzenie narządu naczyniowego z przyśpieszeniem tętna do 120, uczuciem bicia serca, niepokoju, zawrotu, co jednak po pewnym czasie się uspakaja. Są przypadki przejściowe między jednym i drugim obrazem, gdzie raz występują objawy pobudzenia, to depressyi (np. przy cierpieniach przewodu kiskowego).

Stale porażenie nerwowego aparatu serca należy przyjąć w chorobie Basedowa, przy tachycardia gdzie w ogóle obok przyśpieszenia tętna, mamy i objawy upadku napięcia naczyń.

Czyste nerwice naczyniowe zdarzają się rzadko, stan serca wywiera wpływ na ich przejawy. Można je również dzielić na postacię pobudzeniową i porażeniową.

Tu należą przejściowe stany skurczu naczyń pewnych obwodów cyrkulacyjnych: chłód i bledność kończyn, anemije mózgu. W jednym przypadku autora istniał skurcz naczyń lewej goleni, w innym prawej dłoni i skóra była chłodna, zimna, zresztą żadnych objawów, któreby mogły stan ten objaśnić. Tu też zalicza autor przepełnienie naczyń pewnych obszarów naczyniowych:

występowanie czerwoności twarzy, szyi, uczucie pełności, gorąca, jak i stany anemiczne z uczuciem pustki w głowie, słabości, mdłości, zimna. W ciężkich nerwicach naczyniowych mamy objawy towarzyszące i ze strony innych narządów.

W ciężkich postaciach przyjmuje udział cały organizm; stan ogólny jest zły; sen cierpi, łaknienie upada. Najbardziej uderza wpływ na stan psychiczny i większość chorych jest hypochondrykami; ze strony przewodu trawienia występują nagłe rozwolnienia, których przyczyny należy dopatrywać się w zmiennem ukrwieniu przewodu. Ze strony narządów oddechania zdarza się uczucie braku powietrza, przyśpieszony oddech, często oddech zmieniony, często jęczące westchnienia. Ze strony zmysłów: szum w uszach, mroczyki przed oczami i t. d.

Co się tyczy istoty i natury zmian, będących podstawą omawianych objawów, to nie udało się dotąd ich wykryć (oprócz M. Basedowii, gdzie Mendel znalazł zmiany w rdzeniu przedłużonym). Być może, że odbywają się tu b. delikatne zaburzenia w odżywianiu, zależne od zmienionego układu krwi. Do takiego przypuszczenia upoważnia częstość zaburzeń ze strony serca i naczyń przy blednicy i innych stanach anemicznych.

Siedliskiem zmian musi być aparat nerwowy serca i naczyń. Składa się on z różnorodnych części: n. accelerans (współczulny), n. vagus, włókna czuciowe idące w części z nerwem błędnym, a głównie z współczulnym, własne sploty serca, nerwy naczyń ruchowych (rozszerzające i zwężające), wreszcie ośrodek w rdzeniu przedłużonym.

Rozwiązawszy obszernie na podstawie fizjologii i kliniki udział, jaki mogą tu mieć poszczególne te nerwy, autor przychodzi do następującego wniosku: Przypuszczalne zaburzenia w odżywianiu dotyczą całego aparatu nerwowego serca i układu naczyniowego, głównie zaś rdzenia przedłużonego, jako najwyższego ośrodka odruchowego, w drugim zaś miejscu pozostałych nerwów.

W lżejszych przypadkach obok podrażnienia medulla oblongata mamy zapewne albo samo podrażnienie dróg czuciowych (Hyperaesthesia cordis), albo też pobudzenie N. accelerantis, lub wreszcie N. vagi (zwolnienie, arytmją). W ciężkich przypadkach sumuje się podrażnienie nerwu przyśpieszającego z porażeniem n. błędnego, albo ma miejsce tylko ostatnie; w dalszym ciągu przyłącza się zmęczenie mięśnia sercowego. Udział zaburzeń naczyniowych jest większy w 2-im okresie. Napięcie spada i wytwarza się pewna niestalość (Labilität) w napełnieniu naczyń. Ostatnie zjawiska zależą i od nerwów naczyniowych i od środka naczynioruchowego w mózgu. Nie ma podstawy przyjmować zaburzeń w gangliach serca, ponieważ nowsze badania odmawiają im automatycznej czynności, dawniej im przypisywanej (Krehl i Romberg).

Podobnież można wykluczyć udział cierpień mięśnia sercowego w obec braku zmian anatomo-patologicznych z jednej stro-

ny, a z drugiej możliwości objaśnienia wszystkich zjawisk przez udział nerwów. Arytmie, hemisyistolę objaśnia autor udziałem n. błędnego.

Rozpoznawanie nerwic serca staje się niekiedy b. trudnem, mianowicie gdy istnieje podejrzenie o zmiany w mięśniu sercowym. Wiek chorego, stan naczyń, czynność nerek, niezależność napadów od fizycznych, wysileni niestałość objawów—mogą służyć za punkt oparcia.

Bardzo ostrożnym należy też być przy rozpoznawaniu nerwicy serca po ciężkich chorobach zakaźnych (tyfus, dyfteryt), po których mogą się rozwijać i zmiany w mięśniu.

Co się tyczy możliwości przejścia funkcjonalnych nerwic serca w wady organiczne, to autor tego nie przyjmuje wbrew zdaniu Rosenbacha, cytowane na dowód przypadki mogły być skrycie przebiegającymi wadami, fałszywie rozpoznawanymi jako nerwice.

Prognoza w nerwicach naczyń i serca w ogóle jest dobrą z tem zastrzeżeniem, że wymagają one nieraz długiego leczenia i odpowiedniego po leczeniu trybu życia. Lehr uważa, że leczenie trwa 4—12 tygodni, według autora czas ten nie da się tak prosto określić; w ciężkich przypadkach leczenie może trwać i lata. Z początku poprawia się stan ogólny, apetyt, sen, usposobienie, dalej częstość i natężenie napadów.

W leczeniu należy starać się w zasadzie o zmniejszenie pobudliwości i usunięcie bodźców.

Ważne znaczenie ma leczenie psychiczne (uspokojenie co do wady serca), dalej leczenie chorób podstawowych o ile istnieją (anemija, choroby żołądka, nerwobóle), usunięcie szkodliwych wpływów (nadmierna praca, nikotyna, nadużycia). Poprawa ogólnego odżywiania, przez prawidłowy tryb życia, odpowiednie pożywienie, poprawę snu, umiarkowany ruch ciała.

Ze środków aptecznych stosował autor często żelazo i arsenik, jodek potasu, secale cornutum, brom i walerjanę. Przy objawach osłabienia serca amylnitrit. Niczem nie zastąpionem jest tu jednak leczenie wodą zarówno w leczeniu stanu ogólnego jak i powikłań (np. ze strony żołądka). Powinno być ono ściśle indywidualizowane.

W okresie podrażnienia kojąco działają obmywania letnie 25—18°C., a jeszcze lepiej półkąpiele 30—23°C. w ciągu 2—6 minut codziennie. Dalej zawijania (koce), które znakomicie wpływają na tachykardię. Naprzemian z półkąpielami dawał je autor kilka razy tygodniowo, ciepłoty 20—16°C., trwanie $\frac{3}{4}$ —1— $\frac{1}{2}$ godz., następnie półkąpiel 27—22°C. Częstość tętna zniżyła się o 6—20 uderzeń.

W stadyjach porażenia na pierwszy plan wysuwa się potrzeba wzmocnienia narządu krążenia. Temu celowi odpowiadają chłodniejsze procedury, aby znieść atonię naczyń skóry:

obmywania całego ciała 22—14°C., chłodne pełne kąpiele (16—12°C.) b. krótkie, a właściwie pogrążenie się tylko z następnym silnym rozstarciem. U osłabionych osób dobrze uprzednio skórę ogrzać przez krótką parową kąpiel lub roztarcie.

Wreszcie odpowiednio do danych objawów stosowano miejscowo okłady lub węże wodne na brzuch i serce, nożne kąpiele przy uderzeniach do głowy, gorące okłady przy uczuciu omdlenia i t. p. Jako ważny środek pomocniczy uważa autor pobyt w górach, być może wskutek wpływu górskiego klimatu na zmiany we krwi (przybytek ciałek czerwonych krwi, Egger).

Oprócz tego stosował autor elektryczność we wszystkich postaciach (szczególnie galwanizacja szyi) i masaż serca (pod wpływem którego zmniejszała się także częstość uderzeń tętna), ruch w postaci miarkowanego wchodzenia na góry i szwedzką gimnastykę.

O. H.

175. Dr. Ernest NEISSER. (Królewiec). **O hodowli gonokoków w przypadku zapalenia stawów pochodzenia rzeżączkowego.** (Deut. Med. Woch. Nr. 15. 1894.)

Kwestya patogenezy zapalenia stawów pochodzenia rzeżączkowego nie została jeszcze dotąd ostatecznie rozstrzygnięta. Jedni badacze stawiają omawiane cierpienie w bezpośrednim związku z wtargnięciem gonokoków, drudzy upatrują przyczynę w produktach przemiany materii tych drobnoustrojów, inni znowu przyjmują oba wspomniane poglądy.

Za pewnik jednakże przyjąć można, iż w wysięku obecność gonokoków zajętych stawów w przypadkach natury niewątpliwie rzeżączkowej nie jest obowiązującą.

Przypadek, spostrzegany przez autora, dotyczy 46-letniego mężczyzny, który wstąpił do kliniki z objawami ostrego gościa stawowego. Ponieważ przypadek ten nie przebiegał typowo i salicyl działania żadnego nie wywarł, postanowiono zrobić próbną punkcję stawu dla dokładnego zbadania istoty cierpienia. Ścisłe badanie bakteryjologiczne wywołało w wysięku liczne gonokoki. Hodowle, zaszczerpione na agarze glicerynowym pozostały jałowemi. Natomiast hodowle, zaszczerpione podług metody Wertheim'a na płytkach i probówkach z surowicą krwi agarową (Blutserumagar) dały typowy obraz hodowli gonokoków.

Autor przypuszcza, że w opisanym przypadku była skryta rzeżączka, wycieku z cewki żadnego nie było, i chory stanowczo twierdził, że nigdy trypra nie miał (autor przypuszcza, że pacjent jako żonaty prawdy wyznać nie chciał), prócz tego chory miał stulejkę wysokiego stopnia, mocz wychodził zwykle z domieszką śmęgmy i cząsteczek nabłonka, co znakomicie utrudniało badanie czystości moczu.

Dalszy przebieg choroby przekonywa jeszcze o tryprwym pochodzeniu opisanego gościa. Gdzie obrzmienie stawów w je-

dnakowej się jeszcze mierze trzymało, utworzyło się na jednym z międzyfalangowych stawów prawego palca w 3 tygodnie od początku choroby znaczne sinawe obrzmienie z wyraźnym chębotaniem. Przy incyzji oprócz ciemnej krwi wyszło kilku kropel ropy. Na dnie rany widać było wybujalą ziarninę.

Ropa, otrzymana przy przecięciu i zaszczepiona na surowicy agarowej, dała hodowle drobnoustroju rzeżączkowego. W samej natomiast ropie z trudnością tylko wyszukać można było pod drobnowidzem nieliczne gonokoki, które za to bardzo obficie w skrawkach z pomienionej tkanki ziarninowej wykazać się dały. Być może, że właśnie to odkrycie tłumaczy nam ujemne wyniki, otrzymane przy badaniu zapalenia stawów tryprowego pochodzenia.

Jadassohn niejednokrotnie wyrażał przypuszczenie, że rozwój gonokoków w stawie ogranicza się zwykle jedynie do błony maziowej (Synovialmembran) i tylko w przypadkach obfitszego wysięku w tym ostatnim wykazać się daje.

Opisany przypadek zdaje się potwierdzać mniemanie Jadassohn'a, które obala mało prawdopodobną teorię toksynową (Toxintheorie) powstawania cierpień stawów tryprowej natury.

H. Kucharzewski.

176. Dr. Alfred LANZ. **Nowy sposób barwienia gonokoków.** (*Deut. Med. Woch. Nr. 9, 1894.*)

Ze względu na doniosłe znaczenie, jakie ma badanie drobnowidzowe wydzielin rzeżączki na jej rozpoznanie i leczenie, opisany przez autora sposób przygotowywania i barwienia preparatów przedstawia pewien interes. Szczególniej przypadki prze-wlekle z małą ilością wydzielin dały autorowi dobre rezultaty.

Różnica w przyrządzaniu preparatów od dotychczas używanej polega na przednim traktowaniu preparatu kwasem trójchlorooctowym. Cała manipulacja odbywa się w następującym porządku: na szkiełku przykrywkowym rozprowadza się cienką warstwę wydzielin, suszy się ją i przeprowadza ostrożnie przez płomień. Następnie kładzie się szkiełko na $\frac{1}{2}$ —1 minutę do 25% wodnego roztworu kwasu trójchlorooctowego, skutkiem czego wysuszona wydzielina przyjmuje odrazu biały kolor. Przez lekkie opłukanie w wodzie uwalnia się preparat od nadmiaru kwasu, poczem wysusza się go bibułą, powtórnie przeprowadza przez płomień i następnie zanurza się szkiełko powierzchnią preparatu do roztworu błękitu metylenowego. Roztwór ten należy w następujący sposób przygotować: do 30 cent. wody przekroplonej dodaje się 1—2 kropel 5%-go roztworu ługu potasowego i tyle nasyconego roztworu spirytusowego metylenblau, aby mieszanina była koloru ciemnoniebieskiego.

Rostworem tym należy barwić 2—5 minut (w świeżo przygotowanym barwniku dłużej), następnie postępuje się jak z każdym preparatem.

Na preparatach w powyższy sposób przygotowanych, gonokoki wychodzą wprawdzie cokolwiek mniejsze, lecz ich forma bułeczki wyraźnie się zarysowuje, a ciemno-niebieski ich kolor odróżnia je dokładnie od matowo zabarwionych komórek z jasno-niebieskim jądrem. Technika przedstawia tę dodatnią stronę, iż pod wpływem kwasu trójchloroctowego komórki i jądra zarysowują się wyraźnie i stają się przezroczystymi, co pozwala dokładnie widzieć nie tylko gonokoki, znajdujące się w komórkach w bezpośrednim sąsiedztwie jąder, lecz i te, które są przez jądra przykryte, jak również i te, które pokrywają jądra. Czasami otrzymuje się wrażenie, jak gdyby pasożyty znajdowały się w samych jądrach, co wskazywałoby na czynny udział pasożytów. Obrazy takie otrzymują się w początkowym okresie choroby przed rozpoczęciem leczenia.

Przy tego rodzaju przygotowaniu preparatów można zastosować także podwójne barwienie (podbarwiać można wodnym roztworem eozyny), przyczem gonokoki barwią się ciemno-niebiesko, a elementy komórkowe przyjmują odcień różowy. Do podbarwienia nadaje się szczególnie dobrze bismarkbraun.

Tym samym sposobem po uprzednim traktowaniu kwasem trójchloroctowym barwią się i inne pasożyty (paciorkowce, gronkowce i inne), szczególnie jednak wydzielinę z przewodu moczowego.

O ile sposób ten da się zastosować do barwienia tkanek na gonokoki, co się w ogóle bardzo trudno udaje, nie wiadomo; autor sądzi, iż przy pewnej modyfikacji i to się da osiągnąć.

Jus. S.

II. Choroby weneryczne i skórne.

177. MARKOW. **O zanieczyszczeniu skóry chorych przez mikroby.** (*Wracz. Nr. 13, 1894.*)

Fakt zanieczyszczenia skóry przez mikroby w chwili obecnej przybiera coraz większe znaczenie, stwierdzono bowiem klinicznie i doświadczalnie, że nawet przez skórę nieuszkodzoną, w pewnych warunkach mogą przenikać drobnoustroje i wywoływać odpowiednie choroby (Escherich, Lougard, Bahkard i t. d.).

Prace jednak powyższe, oparte jedynie na badaniach drobnowidzowych, nie mogły wyjaśnić natury bijologicznej odkrytych mikrobów.

Bizzozero, Gesner, Bordani Uffreduzzi i Maggiora pierwsi zbadali mikroby normalnej skóry, robiąc kultury na odżywkach; oni zatem przyczynili się do oznaczenia oddzielnych gatunków, wykazali ich własności biologiczne i wpływ na nasz organizm.

Nikolskij badając warunki i własności zanieczyszczenia skóry mikrobami u chorych, znalazł w liczbie 20 określonych gatunków mikrobów i chorobotwórcze, a mianowicie: złocisty i biały ropotwórcze gronkowce i żółta pleśń. Przyczem zauważył, że ilość drobnoustrojów po kąpielu była znacznie większa, niż na kilka minut przed jej użyciem, na tychże samych miejscach skóry.

Nikolskij przypuszczał, że zjawisko to mogło być w zależności od zanieczyszczenia wody użytej do kąpielu, lub też od rozmnożenia się mikrobów, znajdujących się w wodzie i na skórze i nie zmytych w kąpielu.

Autor badał te same okolice skóry co i Nikolskij, a mianowicie: lewą okolicę klatki piersiowej, na 2 palce powyżej sutki, wewnętrzną pow. biodra w $\frac{1}{3}$ środkowej i okolicę grzbietową, pomiędzy kolumną kręgową i dolnym kątem prawej łopatki.

Przestrzeń ściśle ograniczona za pomocą wyjałowionej blaszki z otworem była wymywana i wycierana w ciągu 5 minut trzema wyjałowionymi gąbkami waty lub gazy, z których jeden był suchy. Gąbki waty po wytarciu skóry były kładzione do próbek, zawierających oznaczoną ilość wody wyjałowionej, zatknięch watą i kłóconych w ciągu minuty. Na każdy centymetr kwadratowy skóry wypadał 1 sz. cent. wody, branej do hodowli na odżywkach.

Na 51 doświadczeń, z których 22 zrobiono po kąpielu, tylko w czterech wypadkach było powiększenie ilości mikrobów, i to nie na wszystkich badanych działkach skóry, na pozostałych ilość mikrobów występowała tylko u tych chorych, którzy po kąpielu nie oblewali się świeżą wodą, lub obcierali się wątpliwej czystości prześcieradłami. Woda, użyta do powyższej kąpielu, wcale nie sprzyjała powiększeniu ilości mikrobów, albowiem ilość ich w 1 kub. cent. wahała się od 30 do 80.

Ilość mikrobów na badanych odcinkach skóry przed użyciem kąpielu była bardzo niejednostajna, np. największa tu liczba na piersiach wynosiła 12,475 na 1 cent. sz., średnia 906, najmniejsza 12, na grzbiecie 4,839, 414 i 15.

Autor wydzielił około 30 gatunków mikrobów, z chorobotwórczych bakterii znalazł złotawy ropotwórczy gronkowiec trzy razy.

Poszukiwania durzycowych i gruźliczych laseczników dały wynik ujemny.

Wstrzykiwanie królikowi w żyłę ucha wody, po obmyciu chorych na różę, opisanym sposobem otrzymanej, wywoływało po upływie tygodnia lub nieco później śmierć.

Z badań swych autor wyrywada następujące wnioski:

Na skórze człowieka w ogóle, a przedewszystkiem na skórze chorego, może znajdować się znaczna ilość drobnoustrojów.

Największa ilość laseczników napotyka się u chorych, ma-

jących skórę nierówną, pokrytą włosami i wydzielającą obficie pot, przedewszystkiem u osób, używających dłuższy czas suchych łaźni rzymskich, bez oblewania się następczego wodą świeżą. Częste zalecanie chorym kąpeli z następnem oblewaniem wodą świeżą jest jednym z bardzo dzielnych i naturalnych środków usuwających zarazki.

J. Wojciechowski.

178. MONCORVO. **Słoniowaczina wrodzona.** (*Sur l'elephantiasis congénital.* (*Annal. de dermat et de Syph. Nr. 3, 1893.*).

Autor spostrzegł trzy przypadki słoniowacziny u małych dzieci, powstałej jeszcze w łonie matki.

Dzieci były urodzone w Rio, pierwsze pochodziło z rodziców rasy białej, dwoje pozostałych z rasy mieszanej. U pierwszego, chłopca, cierpienie zajmowało kończyny dolne; u drugiego, również chłopca, goleń lewą; nakoniec u trzeciego, dziewczynki, była zajęta okolica międzyłopatkowa i kończyny górne, przedewszystkiem prawa.

U pierwszego dziecka słoniowaczina przedstawiała postać sklerotyczną, u dwóch pozostałych mieszaną, luźno-włóknistą, z plamami znamion rodzimych naczyń.

Spostrzeżenia, jakie posiadamy dziś nad przechodzeniem przez łożysko rozmaitych chorób zakaźnych, upoważniają również do przyjęcia faktu analogicznego w powstawaniu słoniowacziny. Streptokokki, znajdujące się we krwi matki, bez względu na to w jaki sposób się tam dostały, nie mogą znaleźć przeszkód w przeniknięciu przez placentę do obiegu krwi płodu, gdzie mogą znaleźć sprzyjające okoliczności do swego rozwoju; wtedy mnożąc się, wywołują sprawy zapalne w naczyniach chłonnych, jak to stwierdził Jordan na dwóch oględzinach pośmiertnych dzieci, dotkniętych słoniowacziną wrodzoną.

Pomimo najszczerzowszych badań drobnowidzowych i odpowiednich hodowli nie udało się autorowi u wspomnianych chorych odkryć *filariae sanguinis hominis*, która była spostrzegana u chorych z słoniowacziną arabską, zamieszkujących kraje gorące.

Wojciechowski.

179. QUINQUENE et NICOLLE. **Spostrzeżenia kliniczne nad powiększeniem śledziony w przymiocie nabytym.** (*An. de dermat. et de Syph. Nr. 12. 1892.*).

Jeszcze dotąd nie zgadzają się badacze na przestrzeń stępienia opukowego, jaką posiada śledziona w stanie prawidłowym. W większej liczbie przypadków okolica śledziony daje odgłos zupełnie jasny. Niekiedy jednakże można stwierdzić istniejące stępienie na szerokości jednego lub dwóch palców bez widocznych do tego przyczyn. Stępienie zatem na przestrzeni 4-ch palców, spostrzegane zazwyczaj w ciągu 6-u pierwszych miesięcy przymiotu), jest pewną wskazówką powiększenia śledziony, jakkolwiek

i mniejsze powinno być uważane za objaw kliniczny powiększenia tego organu.

Śledziona u syfilityków z objawami trzeciorzędnymi, z malmi wyjątkami, bywa taka jak u zdrowych.

Autorzy wykonywali badanie śledziona, opukując po linii pachowej z góry na dół, chorzy znajdowali się w postawie stojącej i lekko nachyleni ku stronie lewej z rękoma podniesionymi. Autorzy przypisują znaczenie tylko stępieniu, znajdującemu się powyżej brzegu żeberowego.

Wszystkie spostrzeżenia dotyczące się osobników cierpiących przedtem na inne choroby, mogące wywołać powiększenie śledziona, były starannie wykluczone.

Z opisanych szczegółowo 85 spostrzeżeń, podzielonych na odpowiednie grupy, autorzy wyprowadzają następujące wnioski:

W przebiegu przymiotu nabytego śledziona bywa stale powiększoną. Powiększenie to zaczyna się w okresie pierwszym, wkrótce po wystąpieniu owrzodzenia i obrzęknięciu odpowiednich gruczołów chłonnych, przed pokazaniem się przypadłości wtórnych.

W pierwszych miesiącach okresu wysypkowego śledziona pozostaje stale powiększoną; stępienie opukowe zajmuje najczęściej przestrzeń czterech palców, niekiedy pięciu, wyjątkowo tylko trzech.

Powiększenie śledziona nie zdaje się być w związku z siłą objawów przymiotowych; nie ulega również zmianie pod wpływem leczenia. Ku końcowi pierwszego roku, powiększenie zaczyna się zmniejszać, przynajmniej u pewnej liczby osób, znika następnie, z wyjątkiem przypadków przymiotu złośliwego, gdzie może trwać przez cały okres trzeciorzędny.

W okresie wtórnym, jeżeli jeszcze nie ma wcale objawów, lub gdy znajdują się objawy podejrzone, istniejące powiększenie śledziona może być wielką pomocą w rozpoznawaniu, albowiem powiększenie to śledziona wraz z obrzękiem gruczołów chłonnych przedstawia stały symptom zakażenia.

Nakoniec, brak stłumienia na miejscu śledziona może być wskazówką do wycięcia owrzodzenia, tymczasem obecność powiększenia tego organu będzie przeciwwskazaniem do wykonania tego rękoczynu.

Wojciechowski.

180. L. MERTENS. **Kilka klinicznych spostrzeżeń nad działaniem alilsulfokarbamiku, czyli tiosinaminy na wilka zwyczajnego i łuszczycę.**
(*Wracz N. 12, 13, 14. 1894.*)

Chcąc sprawdzić wyniki, otrzymane przez Hebrę przy leczeniu tiosinaminą, profesor Trautvetter zaprojektował autorowi przeprowadzenie doświadczeń z omawianym środkiem nad chorymi z wilkiem i łuszczycą, znajdującymi się w klinice.

Z początku był używany ogrzany roztwór tiosinaminy

15⁰/₀ w 38⁰/₀ wyskoku; przyczem jednak łatwo wydzielały się kryształki tego związku. Później wstrzykiwany był roztwór 15⁰/₀ w 60⁰/₀ wyskoku.

Leczonych było 10 chorych z wilkiem (7 kobiet i 3 mężczyzn) i dwie z łuszczycą (kobiety).

Chorym wstrzykiwano w pośladki 0,003 do 0,165 tiosinaminy najpierw co drugi dzień, a później rzadziej.

Z załączonego treściwego opisu spostrzeganych przypadków autor wyprowadza wnioski znacznie mniej obiecujące aniżeli Hebra. I tak, odczyn miejscowy, u chorych, leczonych przez autora, był tem silniejszy, im większą przestrzeń zajmowało cierpienie, Hebra zaś twierdzi, że siła reakcyi jest odwrotnie proporcjonalna do obszaru zajętego.

Po wstrzyknięciu tiosinaminy chorzy niekiedy doznawali uczucia podniesionej temperatury ciała, czasem występowały zawroty głowy. W 5-ciu przypadkach na miejscu wstrzykniętego 60⁰/₀ wysokowego roztworu tiosinaminy, wytworzyły się bolesne nacieki.

Wewnętrznie użycie tiosinaminy nie wywołuje żadnych zaburzeń w kanale pokarmowym, sprowadza jednak odpowiednią miejscową reakcyję.

Związek ten okazał bardzo słabe działanie na wilka; na łuszczycę wpłynął bardzo dodatnio, mała jednak liczba spostrzeżeń zrobionych nie pozwala na wypowiedzenie stanowczego zdania o jego działaniu na to cierpienie.

Owrzodzenia poddawały się leczeniu bardzo wolno i ostatecznie trzeba je było leczyć środkami miejscowemi.

Zdaje się, że pod wpływem tiosinaminy oddzielnie rozrzucone guziczki stosunkowo szybko rozrastały się i ulegały rozpadowi, tworząc owrzodzenia.

Zwiększenia powiększonych gruczołów chłonnych nie dało się zauważyć ani razu.

U jednej z chorej zmętnienie rogowki nieco zmniejszyło się.

Ectropion w jednym przypadku uległ takiej zmianie ku lepszemu, że powieka przyjęła prawie normalne położenie.

U wszystkich chorych zauważono powiększenie się ilości moczu w ciągu doby, przyczem w częściach jej składowych żadnych zmian anormalnych niezauważono.

Trzech chorych straciło na wadze od 1,410 grammów do 2,300, pozostałym przybyło wagi od 340 do 3,700 gramów.

J. Wojciechowski.

181. TAYLOR. **Zmiany jąder i przyjądrzy w przymiocie odziedziczonym.** *Affections des testicules et de leurs annexes dans la syphilis héréditaire. (An. et de dermat. et de Syphil. N. 10, 1893.)*

Autor twierdzi, że porażenia organów płciowych męzkich w przymiocie odziedziczonym najczęściej występują w jądrze i za-

jęcie przyjądrza należy prawie zawsze do powikłań, towarzyszących zmianom w jądrze.

Przewód wyprowadzający rzadko bywa zajęty, a jeżeli bywa dotknięty, to w następstwie cierpienia jądra i przyjądrza. Wogóle cierpienia tego rodzaju nie należą do częstych.

Poszukiwania anatomo-patologiczne dowiodły, że zmiany te mogą już wystąpić w dziewiątym dniu po urodzeniu; klinicznie jednak dają się stwierdzić w 6-ym miesiącu, a nawet po upływie roku; rzadziej spotykamy się z nimi w 2-im i 3-im roku życia, wyjątkowo zaś tylko w wieku późniejszym.

Cierpienie rozwija się bardzo powoli i niepostrzeżenie, przy czem dzieci najmniejszego bólu nie doświadczają. Zmienione jądro bywa wielkości jaja gołębiego, małej bili albo orzecha laskowego, formę posiada owalną. W dotyku jest twarde, nie bolesne i ciężkie. Można w większej liczbie przypadków bywają przekrwione. Zmiany przyjądrza bywają bardzo niestale, porażenie bywa częściowe lub całe.

Zwykłym zejściem omawianych zmian jest zanik, niekiedy powstają owrzodzenia lub rozpad zgorzelinowy jądra.

Leczenie energicznie przeprowadzone może wstrzymać rozwój sprawy.

We wszystkich przypadkach należy próbować leczenia miejscowego i ogólnego, zanim przystąpi się do usunięcia jądra drogą operacyjną.

Przymiot dziedziczny dotyka zazwyczaj obydwu jąder, gruzlica zaś najczęściej tylko jedno; zmiany jednak przymiotowe mogą wystąpić i w jednym tylko jądrze. Przyjądrze i przewód wyprowadzający bywają rzadko zajęte w przymiocie, tymczasem w gruzlicy narządy te można znaleźć często obrzęknięte i guzowate; to samo można powiedzieć o gruczole przyprątym i pęcherzykach nasiennych, dla tego też w tego rodzaju przypadkach należy nie zaniedbywać zbadania chorego przez odbytnicę.

J. Wojciechowski.

182. Dr. LANZ. **Jak często i kiedy ostra rzeżączka przechodzi na tylną część cewki moczowej?** (*Ueber die Häufigkeit und Zeit des Auftretens der Urethritis posterior bei der acuten Gonorrhoe*). *Arch. f. Dermat. und Syphil.* 1894. XXVII Band. 2 Heft.

Wbrew dawniejszym poglądom, które zaliczyły urethritidem posteriozem do względnie rzadkich powikłań, większość specjalistów zwłaszcza w ostatnich czasach uważa przejście rzeżączki na tylną część cewki moczowej za objaw niemal stały w przebiegu tego cierpienia. Znaczne różnice, jakie znajdujemy w odsetkach, podawanych przez różnych autorów, pochodzą stąd, że nie zawsze posługiwano się jednostajnym materiałem; gdy jedni opierali swe obliczenia na wszystkich przypadkach bez względu na to, czy chory miał rzeżączkę pierwszy raz w życiu, czy też

nie, inni brali pod uwagę tylko pewną, ściśle ograniczoną grupę chorych; gdy jedni stosowali swe obliczenia tylko do świeżych przypadków, drudzy brali chorych nieraz z okresu 7—10 tygodni. Rodzaj próby również nie u wszystkich był jednakowy: jedni się posługiwali próbą dwu szklanek, inni wybierali próbę Thompsona.

Dla dania odpowiedzi na pytanie, postawione w nagłówku należy brać chorych z pierwszą w życiu rzeżączką, w przeciwnym razie pozostałości jej w tylnej części cewki z poprzedniego razu mogą być mylnie przyjęte za nowopowstałe; należy wybierać chorych ze świeżym cierpieniem i samemu śledzić za jego przebiegiem. Co się dotyczy samych prób, to każda z nich ma swoje zalety i wady: próba dwóch szklanek, dobra przy obfitej wydzielinie, zawodzi przy miernej, wtedy bowiem nawet mała ilość moczu opłucze dokładnie całą cewkę i w drugiej szklance nic nie dostrzeżemy, pomimo że tylna część cewki będzie zajęta. Próba Thompsona, polegająca na tem, że chory oddaje mocz dopiero po starannem przemyciu przedniej części cewki, może doprowadzić do mylnych wniosków w przypadkach, gdzie m. compressor urethrae daje słaby opór, gdyż wtedy zastrzykiwany płyn nawet przy umiarkowanem parciu, może się przedostać do tylnej części cewki i zawlec tam wydzielinę przedniej części.

Dokładna obserwacja 61 przypadku ostrej rzeżączki u chorych po raz pierwszy tem cierpieniem dotkniętych pozwoliła autorowi przyjść do następujących wniosków:

1) Ostra rzeżączka przechodzi na tylną część cewki w 80⁰/₀ przypadków.

2) Niezwykła częstość urethritidis posterioris dowodzi, że zjawisko to należy przyjmować nie za przypadkowe powikłanie, a raczej za pewien, niemal stały, okres w przebiegu trypra.

3) Ta niezwykła częstość dowodzi również, że przyczyny przejścia rzeżączki na tylną część cewki nie należy szukać wyłącznie w pewnym zbiegu przypadkowych warunków (wrodzona skłonność, współcześnie istniejące inne choroby, gwałtowne ruchy, nadużycia in Baccho et Venere etc.), ale w samej istocie cierpienia. Przyczyny przypadkowe mogą tylko sprawę przyspieszyć.

4) Zarzut, jakoby posuwaniu się rzeżączki sprzyjały sprycowania do cewki, niema słusznej podstawy; również często spostrzegamy urethritidem posteriozem przy leczeniu środkami wewnętrznymi.

5) Rzeżączka przechodzi na tylną część cewki wcześniej, niż dotąd sądzono, a mianowicie; w pierwszym tygodniu w 20⁰/₀ przypadków, w drugim w 30⁰/₀, w trzecim wreszcie w 12⁰/₀. Połowa zatem przypada na pierwsze dwa tygodnie.

6) Powstanie urethritidis posterioris nie wywołuje nieraz żadnych subiektywnych objawów, przeto tylko stałe badanie moczu, chroni nas od przeoczenia tego zjawiska.

Fr. G-yć.

183. ROLLET. **Patologija i leczenie rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy.** (*Sem. Méd. 29, 1894.*)

Zbijając poprzednie zapatrywania co do przyczyn powstawania zapalenia przyjądrzy przy tryprze, autor przechodzi do nowszych praw w tym kierunku Hugonneng'a i Erand'a. Autorowie ci wykryli w cewce moczowej, już to zupełnie zdrowej, już to uległej zapaleniu swoisty dwuziarniak, *orchiococcus* przez nich nazwany. Dwuziarniak ten ma taki sam wygląd co i ziarniak Neisser'a i odbarwia się również tą samą metodą Gram'a, jest jednak od niego większy i różni się od swoistego grzybka tryprowego następującymi cechami: podczas kiedy Neisserowski ziarniak hoduje się na glebie w ludzkiej surowicy, a żywotność jego nawet w tych dogodnych warunkach jest niedługa, bo zaledwie 2—3 dni wynosząca, *orchiococcus* hoduje się łatwo na żelatynie, peptonie, zwyczajnym buljonie, w alkalicznych roztworach kazeiny i morfiny, a żywotność jego trwa rok i dłużej. Następnie ciż sami autorowie wykryli, że przy polarymetrycznym badaniu moczu osobnika z niepowikłaną rzeżączką płaszczyna polaryzacyjna odchyła się na $0,02$ — $0,04$, podczas kiedy przy zapaleniu przyjądrzy odchylenia nie są mniejsze nad $0,010$.

Z powyższego przypuścić można, że zapalenie przyjądrzy wikła się zakażeniem ogólnem, powodującym nienormalne wydzielenie substancji diałkowatych, i co zatem idzie, odpowiedniem odchyleniem płaszczyny polaryzacyjnej.

Rasożyt ten, *orchiococcus*, znajdując się w cewce, może wywołać przy pewnych sprzyjających warunkach w ogóle, a przy rzeżączce w szczególe, zapalenie przyjądrzy, co zresztą nie zawsze bywa; jeśli jednak grzybek ten w cewce nie został wykryty, zapalenie przyjądrzy nawet przy najwięcej ku temu sprzyjających warunkach rozwinąć się nie może. Teoryja ta zgadza się zupełnie z tymi empirycznymi wszystkim syfilidologom znanymi faktami, że częstokroć pomimo zachowania wszelkich ostrożności i zastosowania zapobiegawczych środków rozwija się silne zapalenie przyjądrzy u jednych chorych i, vice versa, drudzy, pomimo nadużyć in Baccho et Venere tego nieprzyjemnego powikłania nie mają.

Co do leczenia autor radzi nie przerywać leczenia miejscowego zapalenia cewki moczowej; do zewnątrz dawać salicylan sodu w dawkach 6 gramów pro die, a uległe cierpienie przyjądrze smarować gwajakolem co dzień, w ilości jednak nie większej nad jeden gramm.

E. Kurella.

III. Choroby oczu.

184. MANZ. **Jednostronne zaburzenia wzrokowe i ich stosunek do histeryi.** (*Die einseitigen centralen Sehstörungen und deren Beziehungen zur Hysterie. Neur. Centr. 17. 1893*).

Jednostronne zaburzenia wzrokowe spotykają się dość często w histeryi. Ostrość wzroku jednego oka bywa mniej lub więcej zmniejszona, zupełna ślepotą przytrafia się jednak rzadko. Pole widzenia bywa koncentrycznie ograniczone. Stopień tego ograniczenia nie koniecznie odpowiada osłabieniu ostrości wzroku, pierwsze może być bardzo znaczne, kiedy druga jest jeszcze dość wielka i naodwrot. Odruch źrenicy na światło bywa zachowany nawet przy zupełnej ślepotcie. Obraz wziernikowy pozostaje normalny. Pole widzenia różnych barw bywa również ograniczone, przedewszystkiem co się tyczy barw: zielonej i czerwonej, później zaś niebieskiej i żółtej. W przypadkach bardziej posuniętych macula lutea nawet poznaje tylko kolor żółty i niebieski, albo też żadnego zgoła koloru nie poznaje.

Że zaburzenia te są pochodzenia ośrodkowego, dowodzą okoliczności wśród których powstają, zwykle po silnych wzruszeniach. Łączą się one z innymi objawami również ośrodkowego pochodzenia, jak np. znieczulenie połowiczne, porażenie innych zmysłów. Stopień ich rozwoju zmienia się często pod wpływem stanu psychicznego chorej; przez hypnozę, przez przyłożenie metali można je często usuwać lub przenieść na przeciwną stronę. Pomimo ogromnego ograniczenia pola widzenia chorey oryjentuje się dobrze, bez pomocy. Wszystkie te okoliczności wskazują na ośrodkowe siedlisko tych jednostronnych zaburzeń. Z drugiej strony jednak anatomiczne i patologiczne badania, oraz fizjologiczne doświadczenia wykazały, że przy wszystkich cierpieniach mózgowych, przy których tory wzrokowe bywają dotknięte bardziej ośrodkowo od chiasma i pierwotnych zwojów wzrokowych (primäre Hirnganglien) zaburzenia wzrokowe są obustronne hemianopiczne. Przypuszczenie zrobione przez Charcota, że niekrzyżujące się w chiasma włókna n. opticus, krzyżują się bardziej dośrodkowo (tylna chiazma) nie została dotąd niczem potwierdzona. Zdaniem autora, opisane jednostronne zaburzenia wzrokowe są tylko pozornie pochodzenia ośrodkowego, prawdziwe siedlisko ich znajduje się w foramen opticum, przyczyną ich jest ściśnięcie nerwu wzrokowego w tem miejscu.

Ucisk wystarcza dla utrudnienia przewodnictwa wzrokowego, nie sprowadza jednak zaniku nerwu, dla tego obraz wziernikowy pozostaje normalny. Przewodnictwo jest tylko utrudnione, a nie zniesione, podrażnienie doprowadzone wystarcza

dla wywołania odruchu ze strony niższych ośrodków ruchowych (odrch żrenicy), nie wystarcza jednak dla wywołania obrazu wzrokowego. Obwodowe włókna nerwu, idące ku obwódce siatkówki, ulegają uciskowi najsampierw, zresztą są cieńsze od innych, dla tego ograniczenie pola widzenia.

Że opisane zaburzenia mają charakter ośrodkowy objaśnia autor w ten sposób, iż przyczyna ucisku leży w ośrodku. Przy historyi, zdaniem jego, mamy do czynienia przedewszystkiem z zaburzeniami w unerwieniu naczynio-ruchowem. Kiedy unerwienie to jest słabsze, aniżeli normalnie, naczynia się rozszerzają i tam gdzie nerwy przechodzą przez wązkie kanały (foramen opticum, foramina intervertebralia) wywołują objawy uciskowe. Unerwienie to jednak zmienia się pod wpływem różnych stanów psychicznych, dla tego i stopień ucisku i zaburzeń wyżej opisanych, jest zmienny. Nerwy ruchowe gałki ocznej nie potrzebują przechodzić przez wązkie kanały, dla tego nigdy w historyi nie bywają porażone. Kiedy osłabienie unerwienia jest jednostronne, to i objawy będą także same. Hemianaesthesia tłómaczy się uciskiem nerwów w foramina intervertebralia. Czuciowe włókna są cieńsze dla tego pierwsze cierpią od ucisku. W miejscu ucisku włókna są jeszcze ugrupowane tak samo jak w narządzie ośrodkowym, a nie według oddzielnych obwodowych nerwów, dla tego i anaesthesia dotyka całych członków lub ich części (odgraniczenie w kształcie pierścienia). Obok zaburzeń unerwienia naczynio-ruchowego mogą istnieć w historyi anomalije ogólne unerwienia mózgowego, które nam objaśniają inne objawy tej skomplikowanej i pod wieloma względami jeszcze zagadkowej choroby.

E. Bregman.

185. BERGES EMILE. **Nerwice wydzielinowe gruczołu łzowego. Łzawienie i suchość łącznicy w chorobie Basedowa.** (*Nevroses de sécrétion de la glande lacrymale. Larmoiment et sécheresse de la conjonctive dans le goître ophthalmique. Archives d'ophtalmologie. Tome XIV, 1894, Février pp. 101—110.*)

Zaburzenia w sferze wydzielania się łez zdają się być badanemi mniej starannie, niż na to zasługują, tembardziej, że dokładna w tym względzie znajomość rzeczy ma bezsprzecznie wielkie znaczenie praktyczne. Nadmierne łzawienie, o ile ono ma związek z chorobami nosa, zostało względnie jeszcze najlepiej zbadane, gdy tymczasem zaburzenia zwrotne, pochodzenia nerwowego, traktowane były dotychczas po macoszemu. A jednak z poprzednich prac autora widzimy, do jakiego stopnia ważną rolę odgrywa w interesującej nas sprawie nerw trójdzielny. Do działu powiększonej wydzieliny łzawej pochodzenia zwrotnego zaliczyć należy łzawienia, rozwijające się na tle zaburzeń płciowych i łzawienia, pojawiające się niekiedy podczas ciąży. Ale są też i takie postaci powiększenia wydzieliny gruczołu łzo-

wego, dla których bardzo trudno postawić rozpoznanie ich przyrody etiologicznej.

Przechodząc do choroby Basedow'a, autor, na zasadzie swych spostrzeżeń (4 własne obserwacje), dochodzi do wniosku, że przyczyną łzawienia nie jest żadną miarą ani wysadzanie gałki ocznej, ani niedomykalność powiek: łzawienie może występować na kilka lat przed zjawieniem się innych oznak choroby Basedow'a, i może trwać jeszcze lat kilka po zniknięciu objawu wysadzenia oka; że wreszcie suchość łącznicy może wypaść w okresie zmniejszania się wypukłości oka. Powyższe twierdzenia autora przemawiają za tem, że łzawienie w chorobie Basedow'a zależy od usilnej produkcji gruczołu łzowego, spowodowanej stanem podrażnienia nerwów wydzielniczych. W późniejszym jednak okresie tej choroby stan podrażnienia odnośnych nerwów może przejść w okres paretyczny, powodujący zmniejszenie wydzielania się łez i, co za tem następuje, suchość łącznicy. W końcu autor zachęca do dalszych badań w tym kierunku, mających pewną wartość dla patologicznej fizjologii choroby Basedow'a (pod wieloma jeszcze względami zagadkowej), w której nerwice wydzielinowe i nerwice naczynioruchowe odgrywają tak ważną rolę.

W. Garliński.

186. A. SANTOS FERNANDES. **Leczenie wrostu rzęs za pomocą przesunięcia górnej powieki.** (*Traitement du trichiasis et du distichiasis par avancement de la paupière supérieure. Archives d'ophtalmologie. Tom XIV, 1894, Février, pp. 96—101.*)

Podczas swej bytności w Lyonie autor miał sposobność poznać metodę prof. Gayet, polegającą na leczeniu podwinięcia powieki górnej za pomocą tarsoplastyki, czyli płatowej autoplastyki chrząstki powiekowej. Jednakże pomieniony rękoczyn przedstawiał wiele trudności technicznych i pomimo to kończył się niejednokrotnie zesunięciem się płatu podchrząstkowego, lub częściowem jego zmartwieniem. Chcąc ulepszyć metodę Gayet'a, autor zmodyfikował ją w następujący sposób: nadcinał on spojenie zewnętrzne powiek, oddzielał górną powiekę na wysokości 1 ctm., i wstawiał pod nią krótki płat, wycięty ze skroni, wreszcie nacięty kąt powiek zeszywał. Według F. powyższy sposób ma za podstawę anatomiję mięśnia okrężnego powiek, posiadającego przyczepy stałe i ruchome. Pierwsze z nich idą ku podstawie oczodołu, będąc zebrane w cztery wiązki, które obejmują worek łzowy; ostatnie zaś łączą się z głębokimi warstwami skóry, pokrywającej część zewnętrzną okolicy czołowej, resp. okolicę, leżącą nazewnątrz od spojenia powiek. Tym sposobem włókna okrężne przyczepiają się nawewnątrz do kości, a nazewnątrz giną w głębokich warstwach skóry, wskutek czego, przy oddzieleniu i podniesieniu zewnętrznej części mięśnia okrężnego, nie zmniej-

szają się jego własności, jako zwieracza powiek (facultés sphinctériennes).
W. Garliński.

187. GAŁĘZOWSKI. **O oddzieleniu siatkówki pochodzenia kitowego i o sposobie leczenia.** (*Recueil d'ophthalmologie. 3 Serie. 15 Année Nr. 8 Aout 1893*).

Zapoznawszy czytelnika z objawami oddzielenia siatkówki na tle kły, których siedliskiem jest prawie zawsze okolica brzegu ząbkowatego (ora serrata), — autor przytacza kilka nadzwyczaj pouczających przypadków, leczonych z dobrym skutkiem za pomocą wcierań merkurialnych (zastrzykiwania pod skórę i pod łącznicę oka rozczynów sublimatu nie odniosły żadnych rezultatów). Znane już z poprzednich prac G. energiczne stosowanie szaruchy polega na wcieraniu jej po 2,0 dziennie w ciągu 2¹/₂, z małemi przerwami (10 — 15 dni) wrazie obrzmienia dziąseł i saliwacyi. Autor zaleca wcierać maść tylko w stawy. Objawów następczych, spowodowanych, forsownym leczeniem rtęcią, jak drzenie kończyn i t. p. nie spostrzegął.

W. Garliński

188. ŁOŻECZNIKOW S. N. **Przyczynek do nauki o spóczesnem zapaleniu oka.** (*Materyjały k uczeniu o soczuwstwiennoj oftalmii. Wiestnik oftalmologii. T. X. Kniżka I. 1893*).

Na samym wstępie autor zaznacza, że nie jest stronnikiem teoryi o zakaźnem pochodzeniu współczulnego zapalenia oka. Hypoteza Deutschmana znalazła, jak wiadomo, zwolenników w klinice D-ra Abadiego, gdzie też poczęto robić próby z zastrzykiwaniami sublimatu wewnątrz oka. Ł. przytacza wypadek, kiedy, wskutek urazu prawego oka, u 37-letniej kobiety po upływie 7 tygodni rozwinęło się współczulne zapalenie lewego oka, które ustąpiło po 5 miesiącach przy stosunkowo niezbyt energicznym leczeniu, ograniczającym się na wkraplaniu atropiny, nałożeniu antyseptycznej opaski i zastrzykiwaniu pilokarpiny (¹/₈ grana) pod skórę. Według zdania Ł., powyższy wypadek każe wątpić o świetnych rezultatach, jaki otrzymywali Abadie i Darrier przy leczeniu współczulnego zapalenia oka za pomocą sublimatowych wstrzykiwań, tembardziej, że trudno uwierzyć, żeby parę kropli ¹/₅₀₀ rozczyntu dwuchorku rtęci, (które łącząc się z białkami ciała szklatego, tworzą osad, zamknięty w sformowanej po zastrzyknięciu torebce), mogło zniszczyć zarazek, który stosownie do teoryi Deutschman'a, powinien ogarnąć nie tylko gałkę oczną, ale i nerw wzrokowy i miejsce skrzyżowania włókien (chiasm a).

W. Garliński.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

189. Sławny chirurg angielski Horsley zwraca uwagę na to, że **kula, przenikając do wewnątrz czaszki, wywołuje zatrzymanie się oddechania**, co staje się właściwą przyczyną śmierci, nie zaś choc albo syncope, jak to zwykle się przyjmuje. Wynika ztąd, że pierwszą rzeczą, jaką należy w podobnych przypadkach zarządzić, jest sztuczne oddychanie, najlepiej według metody Laborde'a (patrz Kr. Lek. № 5, str. 342). (Przeł. Med. 26.) H.

190. Dr. L. Bianchi ogłasza **doświadczenia swoje nad funkcją zrazów czołowych**. Autor wyluszczał małpom i psom zrazy czołowe i spostrzegł, że wskutek tego czynności psychiczne uciertały. Małpy, pozbawione tej części mózgu, zdradzały: pobudzenie, niepokój, oraz ciągle bezcelowe bieganie tam i napowrót, prócz tego brak ciekawości oraz obojętność na wszystko co się koło nich działo, osłabienie popędu płciowego, niesłychaną lekliwość i bojaźń na widok innego zwierzęcia, np. psa.

191. Gradle zwraca uwagę, iż **częstą przyczyną migreny są sprawy z po za mózgowia płynące**, częstą np. przyczyną jest astygmazm i inne choroby oczu, często cierpienia w jamie nosowej są powodem migreny, a jeszcze częściej cierpienia żołądka i kiszek. Leczenie, skierowane ku głównej przyczynie usuwa cierpienie. (Med. news 1894, 9. C. f. kl. M. 24, 1894.) J. Z.

192. Dr. D. Kaufman, asystent prof. Grubera, obserwował przez dłuższy czas czteroletniego chłopca, u którego przedmiotowo stwierdzić się dawał **szmer w obu uszach**. Szmer ten zbliżony najbardziej do prztykania paznokciami, słyszalny był w odległości pół metra od uszu chorego. Rytm, siła i częstość szmerów były zmienne. Na błonie bębenkowej żadnych ruchów widać nie było, natomiast niejednokrotnie widział K. ruchy podniebienia miękiego i łuków podniebiennych izochroniczne ze szmerem w uszach.

Oto—i rhinoskopia nie szczegółowego nie wykazały. Ciekawem jeszcze jest, że chory, nie wiedząc sam, w jaki sposób, mógł dowolnie wywoływać i zagłuszać owe szmery. Kaufman sądzi, że w danym przypadku istniał skurcz kloniczny musc. tensoris palati mollis, wskutek czego błoniasta część trąbki Eustachiusa unosiła się miarowo nad chrząstkową, co powodowało owe szmery. (W kl. W. 19.) W. Z.

193. Dr. L. Vorstädtter z Białegostoku podaje (Nr. 26 Centr. bl. f. inn. Med. z r. b.) nową metodę leczniczą, nazwaną przez niego „**pneumothermomassage**”. Autor badał wpływ prądu powietrza w rozmaitych cierpieniach, o rozmaitej ciepłocie i ciśnieniu. W tym celu używa przyrządu, którego na tem miejscu nie opisuje. Obok czystego powietrza tą drogą stosuje rozpylone olejki eteryczne. U neurastników przy stosowaniu zimnego prądu na kręgosłup, otrzymał

wyniki dodatnie, także wyniki miał w podostrem zapaleniu okostny, nerwoból międzyżebrowym i bólach głowy. Kwestyja badań jest jeszcze w toku. J. Z.

194. Dr. Walter Carr z Londynu badał **drogi, jakimi jad gruźlicy rozchodzi się w ustroju ludzkim** i jaki jest tu punkt jej wyjścia. Na podstawie 120 sekcyi dzieci zmarłych z gruźlicy autor przyszedł do następujących wniosków: 1) Zwykle gruźlica rozpoczyna się od gruczołów chłonnych; największą do niej skłonność widać w niemowlęctwie i wczesnem dzieciństwie; w następnych latach usposobienie to szybko się zmniejsza. Z 120 przypadków w 70 (61,30%) choroba „prawie na pewno” rozpoczęła się w gruczołach chłonnych, a w 17 (14,20%) z wielkiem prawdopodobieństwem. Wogóle gruczoły były punktem wyjścia choroby w 61,50% u dzieci poniżej 5 lat i w 370% starszych. 2) W gruczołach szyjowych gruźlica może rozwijać się przez zarażenie drogą krwi (z kąd? R.). Pierwotne zaś zachorowanie gruczołów oskrzelowych i krezkowych następuje zwykle, jeżeli nie zawsze, przez bezpośrednie zarażenie od narządu z którym się styka. Autor uważa za dowiedzioną możność przechodzenia laseczników Kocha przez płuca, przez ściany kiszek, bez uszkodzenia ich, z następczem przenikaniem ich do dróg chłonnych (nie zaś naczyń krwionośnych). 3) Gruźlica daleko częściej powstaje w klatce piersiowej niż w jamie brzusznej, a niewątpliwie częściej w gruczołach oskrzelowych niż krezkowych. W 120 przypadkach 77 było gruźlicy pierwszych, a 20 drugich. Gruczoły szyjowe były źródłem zarazy zaledwie w 2 przypadkach. Tak więc zarażenie się przez powietrze daleko łatwiej może powstać niż przez pokarmy. 4) Gruźlica wewnętrznych gruczołów chłonnych często pozostaje odosobnioną, nie przechodząc na inne narządy i może przeto być nierozpoznaną za życia. (The British. Med. J. 12 Mai. Wracz 21.) O. H.

195. Dr. Mays podnosi dostatnie działanie **leczenia lodem zapalenia płuc włóknikowego**. Według niego ciepota opada, wysięk ogranicza się na ból i kaszel jest łagodniejszy; komplikacyi nie widział. (C. f. kl. Med. 24, 1894.) J. Z.

196. Fischl badał **skład krwi u dzieci zdrowych i chorych**. Z powodu tych ostatnich zanotujemy tu, że autor nie mógł znaleźć żadnych cech, wyróżniających dla anemji bez obrzmienia śledziony, ani dla różnych postaci tej choroby, którym obrzmienie to towarzyszy, a więc dla anemii w przymocie dziedzicznym, przy krzywicy, przy anaemia splenica, oraz przy pseudoleukemii. Przy purpura haemorrhagica znalazł we krwi wiele czerwonych ciałek krwi z jądrami, oraz stosunkowo wiele mikrocytów. (C. f. allg. Path. 11, 1894.) W. J.

197. Badając 16 przypadków **dziedzicznego przymiotu** u dzieci Loos doszedł do następujących wniosków **co do składu krwi**. Ilość hemoglobiny waha się między 75—200% według Fleischla. Ilość czerwonych krążków krwi bywa w przypadkach lżejszych mało co mniejsza od normalnej, w cięższych zaś spada nawet poniżej połowy nor-

my. W przypadkach ciężkich występują makro- i mikrocyty w tak znacznej ilości, jak to widywano dotąd tylko przy anaemia perniciosae, oraz erytroblasty, również dość liczne. Ilość białych ciałek krwi wzrastała się w przypadkach cięższych do tego stopnia, że stosunek ich do czerwonych był jak 1:35. Z pomiędzy nich ilość komórek eozynofilowych była zniesiona, a wielkich leukocytów jednojądrowych znaczna. Raz znalazł autor nawet leukocyty bazofilowe. Analogiczne do wyżej opisanych zmiany znajdują się u dzieci, zdaniem autora, przy anaemia splenica i w cięższych formach krzywicy. (W. kl. W. 20, 1892.)

W. J.

198. Fischel i Adler spostrzegali przypadek **przewlekłej posocznicy**, przebiegający pod postacią anemiae perniciosae. Wyhodowawszy z krwi chorego paciorkowce ropotwórcze, autorowie zastrzykiwali wielokrotnie wyjałowione ich hodowle królikom i przekonali się, że można tą drogą wywołać z nich obraz ostrej niedokrwistości. W przypadkach więc anemii, podejrzanych o pochodzenie zakaźne, autorowie radzą badać krew bakteryjologicznie. (C. f. allg. Path. 1894, Nr. 11.)

W. J.

199. Na posiedzeniu (4 Czerwca r. b.) Tow. lek. berlińskiego Rosenheim przedstawił chorą, której przed $3\frac{1}{2}$ laty zrobiono **wycięcie odźwiernika z powodu raka**. Chora czuje się dobrze, czynność ruchowa żołądka prawidłowa, czynność wydzielnicza nie wróciła do stanu normalnego, kwasu solnego bowiem w zawartości nie było. To ostatnie zjawisko uważać należy za prawidłowe, choć R. cytuje przypadek, w którym po operacji wycięcia odźwiernika skutkiem raka czynność chemiczna żołądka wróciła do normalnego stanu. W przedstawionym na posiedzeniu przypadku rozpoznanie raka było zrobione przed operacją, a wynik, jak widzimy, był świetny. Przypadek ten dał autorowi punkt do wypowiedzenia szeregu uwag nad rakiem żołądka. Umiejscowienie guza np. nie zawsze z pewnością udaje się nam oznaczyć. Za umiejscowieniem u odźwiernika przemawiają przede wszystkim objawy rozszerzenia żołądka, chociaż ostatni ten objaw niejednokrotnie występuje odruchowo przy umiejscowieniu nowotworu w innych miejscach, skutkiem spastycznego zwężenia odźwiernika. Rozdęcie gazem żołądka również ułatwia rozpoznanie; ten ostatni w przypadkach raka odźwiernika otrzymuje formę splaszczonego od dołu trapezoidu, u którego w prawym górnym kącie umiejscawia się nowotwór; ale i tu zdarzają się wyjątki. W jednym z operowanych przypadków na wyżej wzmiankowanej zasadzie rozpoznawano raka odźwiernika, tymczasem po otwarciu jamy otrzewny stwierdzono, że rak umiejscawiał się po środku dna i tworzył przewężenie, nadające żołądkowi postać klepsydry; zrobiono wtedy z dobrym skutkiem gastroenterostomię. Zrosty nowotworu z wątrobą trudno rozpoznać zazwyczaj przed otwarciem jamy otrzewny, zachowanie się guza przy ruchach oddechowych, jeżeli guz staramy się utrzymać przez ucisk ten objaw jednak nie zawsze pewne daje wyniki. Samo wymacywanie guza jest łatwiejsze przy zmianie położenia żołądka, trudne w jego

położeniu prawidłowem, stąd też łatwiejsze u kobiet, niż u mężczyzn. W ogóle jednak nawet brak tego objawu wcale nie odstrasza autora od operacji, owszem jeśli tylko inne objawy przemawiają za rakiem, wcześniej operować należy. (C. f. Klin. Med. N. 24.) J. Z.

200. Według Epsteina w wielu przypadkach cierpień żołądka i kiszek ostrych i przewlekłych **przemywanie u dzieci żołądka** daje dobre wyniki. Toż samo stwierdza obecnie Tuley, który metodę tą stosował u dzieci kilkomiesięcznych. Najlepsze wyniki otrzymał w ostrej niestrawności z gorączką lub bez. W ostrym niezycie żołądka i kiszek wystarczyły do wyleczenia 2 przemywania, w innych razach również widział dobre wyniki. (Med. news. 43, 1. Centr. f. Klin. Med. 24, 1894.) J. Z.

201. Capparoni w ciągu 4-ch lat badał **właściwości przeciwnie sacharyny w przewodzie pokarmowym**. W durze brzuszny nie widział on żadnego działania, natomiast w zaburzeniach gastrycznych, połączonych z gorączką w t. zw. febris gastrica—febricola, jaką autor nazywa, widział znakomite działanie. Dawka dzienna u dorosłych wynosiła 2—3 grm. pro die, u dzieci 1,0 grm. Sacharyna przechodzi do moczu bez rozkładu, na nerki nawet w razie ich zapalenia nie działa. Nadto autor w kilku przypadkach przewlekłego niezytu nosa z dobrym skutkiem stosował 1^o/₀₀ roztwór sacharyny do pędzlowań. (Centr. f. Klin. Med. 24.) J. Z.

202. Na jednym z ostatnich posiedzeń Tow. lek. berlińskiego Klemperer pokazywał pacjenta z **uchyłkiem przełyku** w górnej części. Z tego powodu wypowiedział kilka uwag o pochodzeniu tego rodzaju uchyłków. Zwykle uchyłki powstają w górnej części dzięki niezupełnemu zrośnięciu łuków okrzewowych w życiu wewnątrzmacicznym, skutkiem tego odporność danego miejsca jest mniejszą i przy ruchach połykowych same skurcze mięśnia przełyku zdolne są wytworzyć uchylek, który w miarę przyjmowania pokarmów zwiększa się ciągle, zewężając tem samem światło przełyku. Rokowanie jest złe, rozpoznanie niezbyt trudne. Chorzy czują zatrzymanie kęsa w danej części szyi i dopiero po długotrwałym kaszlu są w możności go przełknąć. Jeżeli choremu podamy wodę do picia pod odnośnym mięśniem mostko-obojczykowym stwierdzamy wystąpienie kuli, która znika wśród wyraźnie słyszalnego szmeru, oddalenie zewężenia od zębów wynosi 14 ctm. W dyskusji Landgraf przytoczył 2 przypadki w jednej rodzinie, gdzie uchylek trwa bardzo długo i z tego względu skłania się do postawienia względnie dobrego rokowania w tem cierpieniu, na co Klemperer i Leyden nie zgadzają się, gdyż cierpienie musi doprowadzić do upośledzenia odżywiania. Ten ostatni w dyskusji zaznacza nadto, że kaszel, występujący w tem cierpieniu, jest pochodzenia przełykowego i jest zdania, iż nie tylko krtani może być źródłem kaszlu ale i każdy narząd unerwiony przez nerw błędny, a więc serce, żołądek i przełyk, gdzie podrażnienie odruchowo wywołuje kaszel. (C. f. kl. Med. 26.) J. Z.

203. Dr. Aussilloux wychodząc z założenia, że oliwa doskonale działa w kolce wątrobianej, zastosował ją w kolce nerkowej i u 2-ch chorych otrzymał dobre wyniki. Dawka wynosiła 3 łyżki od razu i co kwadrans po 2 łyżki. Dla poprawienia smaku radzi płókać usta wodą miętową. (Bull. gen. de therap. 1893.) J. Z.

204. Dr. Bela Bathory idąc z radą Ströll'a wypróbował w 34 przypadkach **dyfterytu tincturam myrrhae**. Przepisuje ją on w następującej postaci:

Tt. myrrhae	4,0
Glicerini	8,0
Aq. distill.	200,0

tęgo dzieciom niżej 2 lat co $\frac{1}{2}$ —2 godz. łyżeczkę od kawy, od 3 do 15 lat łyżeczkę deserową, powyżej 15 lat po stołowej łyżce. Leczenie trwało 3—10 dni. Stan miejscowy i ogólny poprawia się szybko. Procent śmierci był nieco większy nad 15. (Wręcz 22.)

205. Dr. A. C. Du et zachwala przy śluzowych **polipach nosa** pędzlowania nalewką Teucrum marum verum rano i wieczorem obok jednocześnie do wewnątrz tego samego środka 3 razy dziennie po parę kropli. Obrzmienie błony śluzowej i polipów szybko spada i oddech staje się wolnym. (Br. med Jour. 19 Maja; Wr. 22.)

206. Niekiedy po ciepłych ławatywach zjawia się silna **czerwona wysypka podobna do szkarłatyny**. Pokrywa ona cały tułów i kończyny, a najbardziej wydatnie występuje na twarzy. Niekiedy bywa zajęte gardło. Wysypka ta zdarza się częściej u dzieci, niż u dorosłych. Zależy zapewne od wessania części kału, rozprowadzonego przez ciepłą wodę. Ponieważ niekiedy wysypce towarzyszy gorączka, należy być ostrożnym, aby nie wziąć jej za szkarlatynę. (Br. Med. J. 2 cz. Wr. 22.) H.

207. Jako **środek przeciwko gruźlicy płuc** zaleca M. Cohn:

Ichthyoli

Aq. destill. aa 20,0

3 razy dziennie po 4 krople dochodząc stopniowo do 40 kropel. Jako corrigens zaleca autor czarną kawę. Środek ten ma, podług autora, znakomicie podnosić odżywianie suchotników. (Deut. Med. Woch. 14, 1894.) H. K.

208. Bossi zaleca **cukier jako środek, wywołujący bóle porodowe** przy długotrwałych porodach. Z jedenastu przypadków, w których środek ten stosował w dziesięciu, miał dobre wyniki. Jako dawkę jednorazową zaleca autor 30,0 miążkiego cukru rozpuszczonego w 250 C.C. wody. W razie powolnego działania w dwie godziny stosuje się taką dawkę. We wszystkich przypadkach skurcze macicy były silne, nie przechodziły jednakże nigdy w tetaniczne. Środek ten ma jeszcze tą ważną zaletę, że zawsze jest pod ręką co szczególnie w praktyce wiejskiej nie jest bez znaczenia. (Gaz. degli. ospit. Nr. 2, 1894.) H. K.

209. Dr. Kronthal ogłasza **przypadek choroby Basedowa u 12-letniej dziewczynki**. Cierpienie to u dzieci spotyka się bardzo rzadko. 3 głównie objawy tej choroby: exophthalmus, wole i przy-

śpieszone bicie serca występowały w powyższym przypadku nader wyraźnie, prócz tego były tu jeszcze pewne zaburzenia ze strony układu nerwowego: bóle głowy, zawroty, szum w uszach, mrowienie w członkach, a także śmiech lub płacz bez usprawiedliwionej przyczyny. Matka tego dziecka miała również chorobę Basedowa choć w nieznacznym stopniu. Jako terapię stosował autor arsenik i preparaty żelaza, oraz galwanizację nerwu współczulnego (sympathicus). (Berlin. Klin. Wochen. 27, 1893.) H. K.

210. Dr. Sutton ogłasza **przypadek wycięcia śledziony** u młodej kobiety, która od pewnego czasu zauważyła obecność guza w jamie brzusznej i nagle dostała wymiotów, biegunki i silnych bólów, rozpoznanie wahało się pomiędzy hydronephrozą, nerką i śledzioną wędrującą i guzem sieci. Po dokonaniu próbnego cięcia przekonano się, że powodem choroby była obrzmiała śledziona ze skręconemi naczyniami. Śledzionę odprowadzono, sznurek naczyniowy odkręcono i brzuch zaszyto. Po trzech miesiącach nastąpiła recydywa. Wtedy autor dokonał wycięcia śledziony z dobrem zajęciem. Śledziona ważyła 480 gramów. (Lancet 1893.) H. K.

211. Massen przytacza nader rzadko spotykany **przypadek wrodzonego braku obydwóch gałek ocznych** u noworodka. Matka zupełnie zdrowa, 10-ty raz rodziła; dziecko dobrze i prawidłowo wogóle zbudowane. Powieki twarde i zawinięte do wewnątrz. 2-go miesiąca zmarło z ostrego zapalenia przewodu pokarmowego. Sekcji nie było. Rozpatrując zapatrywania na tę sprawę rozmaitych autorów, M. uważa za najprawdopodobniejsze: anophtalmia congenita jest następstwem sprawy zanikowej za życia wewnątrzmacicznego, i z tego powodu według niego powinna zmienić nazwę na atrophia oculorum foetus. (Żurn. akusz. i żensk. bol. N. 4, 1894.) Wl. Stan.

212. W berlińskim towarzystwie lekarskiem przedstawiał A. Blaschko jedyny może w swoim rodzaju przypadek **Xanthomatis tuberosi multiplicis**. Przed 8 miesiącami zauważono u pięcioletniego chłopca mały guziczek u wejścia do prawego przewodu słuchowego; wkrótce potem także guziczki zjawiły się symetrycznie pod pachami, w pachwinach oraz po obu stronach szyi; wówczas zaczęto stosować arsenik i jodek potasu do wewnątrz, zaś pędzlowania kolodyonem sublimatowym miejscowo; i rzeczywiście, pod wpływem tego ostatniego środka, guziczki nikły lecz na ich miejsce zjawiły się nowe w dziesięćkroć większej ilości, tak że po upływie kilku miesięcy stan chorego przedstawiał się jak następuje: żółtawo-brunatne guziki, wielkości łąpka od szpilki—do ziarenka grochu, tworzą na szyi prawdziwy pierścień; także masy guzików widać w dołach pachowych po obu stronach klatki piersiowej w kierunku ku dołowi aż do fałd pachwinowych; dalej, na głowie, w dołkach podkolanowych, na podeszwach i dłoniach, na powiekach, w kątach ust, w mięszu języka, na podniebieniu miękkim i na tylnej ścianie gardzieli. Stan ogólny młodego pacyenta—pomyślny; ani żółtaczki, ani moczowki cukrowej nie ma. Wypadek powyższy zasługuje na uwagę po pierwsze ze względu na wiek cho-

rego, powtóre ze względu na ostry przebieg i rozprzestrzenienie się nowotworu. Ciemną również jest etylogja; trudno bowiem przyjąć w danym przypadku teorią Cohnheima o powstawaniu nowotworów z pozostałych szczątków tkanki embryonalnej. W. Z.

213. Thérésé **zastrzykiwał** zwierzętom **osłabione hodowle paciorkowców, gronkowców** oraz laseczników błonicy i przekonał się, że w **naczyniach** rozwijały się przytem różne stopnie spraw **śródmiaższowych zapalnych**. Zapalenie zaczynało się stale od tkanki łącznej, otaczającej naczynia, a nie od błony wewnętrznej. W zapaleniu adventitiae widzi więc autor pierwsze początki stwardnienia tętnic. (C. f. allg. Path. 1894, Nr. 11.) W. J.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Roman Jasiński. **Dyagnostyka Chirurgiczna**. Wyd. Gaz. Lekarskiej. Warszawa, 1894, str. VII, 485.

Gazeta Lekarska wzbogaciła już literaturę naszą kilku pożytecznymi oryginalnymi, bądź tłómaczonymi podręcznikami, wspomnimy tylko: Farmakologiję—Rossbacha, Grzybki Chorobotwórcze—Jakowskiego, Terapię Ogólną—Hoffmana, Dyagnostykę—Biegańskiego i t. d., dla tego też ucieszyliśmy się bardzo, otrzymawszy świeżo przez tęż Gazetę wydaną Dyagnostykę Chirurgiczną—Jasińskiego. Zarówno znane w literaturze nazwisko Jasińskiego, jak działalność poprzednia wydawnicza Gazety Lekarskiej zdawały się jak najlepsze co do dobroci dzieła rokować nadzieje. Niestety, nadzieje nasze uległy tym razem najzupełniejszemu rozczarowaniu.

W *przedmowie* zaznacza Jasiński, że książkę swą przeznacza dla *studentów*, specjalnie dla przechodzących z kursu trzeciego na czwarty, jako *podręcznik* przygotowawczy przed wstąpieniem do kliniki chirurgicznej; wyjaśnia dalej, że czyni to z tego powodu, iż dyagnostyka chirurgiczna nie jest w uniwersytecie w postaci oddzielnego kursu wykładana, jak to się dzieje z dyagnostyką chorób wewnętrznych, skutkiem czego studenci nie są dostatecznie do korzystania z materiału w klinice chirurgicznej przygotowani. Miał to jakoby okazyję stwierdzić niejednokrotnie Jasiński, będąc asystentem przy ś. p. prof. Girsztowie. Tuszy sobie też autor, że książka jego będzie pożądanym tomikiem w księgozbiórce *lekarza*, przynajmniej nie specjalisty, jako *poradnik* w rozwiązywaniu codziennie napotykaných zagadnień.

Zamiary te, wyrażone na wstępie, dla tego tu zaznaczamy, że one to właśnie zniewalają nas do stawiania książce pewnych wymagań, o ile zaś autor wymaganiom tym zadośćuczynił, zechce czytelnik sam już łaskawie osądzić.

Książką swą rozdzielił Jasiński na 2 części: *ogólną* i *szczególą*. W *pierwszej* usiłuje pouczać czytelnika o sposobach badania

chirurgicznego w ogóle i o cechach rozpoznawczych chorób chirurgicznych różnym okolicom ciała wspólnych, w *drugiej* omawia dyagnostykę poszczególnych chorób oddzielnych okolic i narządów ciała.

Część pierwsza jest oryginalną, ale tylko o tyle, że najogólniejsze sposoby badania chirurgicznego, jak również dyagnostyka elementarnych spraw chorobowych, chirurga obchodzących, oddzielnie od patogenezy, anatomii patologicznej etc., przez nikogo (o ile nam wiadomo) jeszcze opisane nie zostały, a rozpatrywane są zwykle w podręcznikach chirurgii ogólnej. Dzieje się to zapewne dla tego, że prostota najogólniejszych sposobów badania chirurgicznego, jakimi są oglądanie i dotykanie, nie potrzebuje specjalnych traktatów, takich jak np. auskultacja lub perkusja. Zabiegi zaś chirurgiczno-dyagnostyczne więcej złożone dla różnych narządów ciała są różne, są więc zwykle w podręcznikach chirurgii szczegółowej lub operacyjnej wykładane. O wielu, atoli, i z tych specjalnych *chirurgiczno-dyagnostycznych* zabiegów można powiedzieć coś ogólnego, obok należytego, ma się rozumieć, ich uwzględnienia w części specjalnej. Wspomnimy jako przykład tylko *przekłucia rozpoznawcze*. W części ogólnej byłoby na miejscu powiedzieć, jakie narzędzia w tym celu są używane, ogólne prawidła, jakich przy dokonywaniu wszelkich punkcyj trzymać się należy, rozebrać powody błędnych wniosków, do jakich przekłucia próbne doprowadzić mogą i t. d. Podobnie wiele rzeczy ogólnych można by powiedzieć o sondowaniu, o zastosowaniu światła elektrycznego w celach dyagnostycznych etc. W podręczniku dyagnostyki, w którym na naukę *metod badania chirurgicznego* specjalny nacisk się kładzie, pogląd ogólny na te specjalne zabiegi byłby bardzo na miejscu. Jasiński pomija tę stronę rzeczy zupełnie; wykład jego w części ogólnej co do metod badania ogranicza się, można powiedzieć, na prostym oglądaniu i dotykanu. Musimy tu nadmienić, że i w części szczegółowej specjalne metody badania nie zostały opisane należyście, wspomniemy tylko brak dokładniejszych wskazówek co do przekłucia próbnego stawów, klatki piersiowej, lub też zupełny brak informacji co do wykonania cystoskopii; do rozdziału, traktującego o ostatniej, niejednokrotnie jeszcze powrócimy.

Przystępując do poparcia faktami, wygłoszonych już apriorystycznie o wartości dzieła Jasińskiego sądów, zastrzedz się przede wszystkim musimy, że *nie chcemy i nie możemy być tu w żaden sposób wyczerpującymi*. W książce Jasińskiego tyle znajdujemy usterek, że chcąc je wymienić i wyświetlić wszystkie, cały nieomal numer Kroniki poświęcić na to bylibyśmy zmuszeni. Byłaby to robota wcale nie interesująca i zupełnie bezcelowa. Zgóry więc się zastrzegamy, że za zasadę sobie bierzemy nie robić więcej Jasińskiemu wyrzutów za to, czego nie pomieścić.

Ograniczywszy w ten sposób nasze zadanie zaznaczamy, że nie będziemy wytykać usterek drobniejszych, jak np. nieściśłe definicje, niedokładne klasyfikacje, korektorskie błędy, które zaznaczeniu nie

uległy (a dołączona jest tablica z omyłkami) etc., pominiemy również te wszystkie kwestyje, w których pogląd autora, aczkolwiek nie zupełnie zgodny z rzeczywistością, może być jednak przedmiotem dyskusyi. W podręczniku dla studentów i takie usterki zasługują na wytknięcie, pomijamy je jednak milczeniem choćby i dla tego, że nie chcemy być posądzeni o drobnostkowe przyczepki. Wymieniając pozostałe wady, również zastrzegamy się, że i w tem nie będziemy wyczerpującymi, na poparcie jednak każdego zarzutu przytoczymy przykłady, ażeby żadne z twierdzeń naszych nie było gołosłowne.

Nie mówiąc tedy o powyższych, inne wady w książce Jasińskiego możemy rozklasyfikować w sposób następujący:

1) *Chaotyczność wykładu.* Chaos jest w książce Jasińskiego od początku do końca; widać to zaraz z pierwszego rozdziału, który nie jest zatytułowany jak się należy. Tytuł tam brzmi: *Badanie wstępne*, tymczasem w rozdziale tym Jasiński mówi *nie tylko o badaniu wstępnem, ale wygłasza kilka uwag o badaniu chirurgicznym w ogóle*, co, ma się rozumieć, i w tytule rozdziału zaznaczone być powinno. Usterki tej kategorii zaznaczyć jeszcze musimy w rozdziałach o zapaleniu okostnej i kości, przewlekłem zapaleniu okostnej i wielu innych, a nawet w najogólniejszym *podziale książki* na dwie tylko części, gdyż jest ich de facto trzy: 1) o sposobach badania chirurgicznego; 2) dyagnoza elementarnych spraw chorobowych różnym okolicom ciała wspólnych; 3) dyagnostyka szczegółowa.

W rozdziale o badaniu „ogólnem“ znajdujemy opis diafanoskopii; że diafanoskopia jest tu wcale nie na miejscu, dowodzić nie trzeba.

Wprawdzie badanie „ogólne“ składa się z poszczególnych badań miejscowych, z rezultatów tych dopiero urabiamy sobie pojęcie o ogólnym stanie chorego, to w każdym razie diafanoskopia nie należy do tych miejscowych zabiegów, jakie się zwykle w celu zbadania stanu ogólnego stosują. Jest ona zawsze badaniem czysto miejscowem, więcej na miejscu byłaby przy badaniu ostatniej kategorii, np. przy badaniu za pomocą zmysłów uzbrojonych.

W rozdziale o chorobach mózgowia objawy wstrząśnienia mózgu nie zostały dostatecznie wyodrębnione, ani przeciwstawione objawom ucisku w tym stopniu, jak być powinno. Dodamy do tego, że ani jedno ani drugie nie zostało porządnie, nie mówimy już wyczerpująco, opisane.

W rozdziale o zapaleniu chaos wyraża się pomiędzy innemi i tem, że pojedyncze części tego rozdziału nie są równomiernie zaznaczone. Badanie podmiotowe ma swój tytuł, przy badaniu przedmiotowem napisanie tytułu pominięto. Zmiany barwy zaakcentowano grubszym drukiem, zmiany objętości mniej na tym punkcie względów znalazły.

Klasyczny pod tym względem jest rozdział, zatytułowany „Zagląkanie do pęcherza (Cystoskopia).“ Potępia tu autor najprzód w trzech wierszach cystoskopiję, później zaleca próbną cystotomiję, dalej w kilku najogólniejszych słowach (trzy i pół wiersza) wzmiankuje, jak się „głębiej pęcherza“ oświetla, mówi potem o bólu, jaki towarzy-

szy nowotworom złośliwym, następnie o innych jeszcze rzeczach, a wreszcie raz jeszcze wysławia rozpoznawczą cystotomię. Jednym słowem w rozdziale, zatytułowanym „Cystoscopia” mówi o bardzo wielu rzeczach, a najmniej o cystoskopii.

Nie potrzebujemy dodawać, jak wielką wadą w podręczniku jest chaotyczny i nieusystematyzowany należyście układ. Utrudnia to czytanie i oryjentowanie się, następnie zaś w podręczniku dyagnostyki specjalnie jest szkodliwy, ponieważ taki układ podręcznika nie wdraża do systematycznego postępowania przy badaniu.

2) *Niedomówienia*. Wobec uczynionego powyżej zastrzeżenia nie będziemy tu wypominać Jasińskiemu, że obrazów pewnych form chorobowych nie pomieścił. Wytkniemy mu tylko to, że używając pewnych *terminów* znaczenia ich *nie wyjaśnił*, wskutek czego dla czytelnika muszą być one zupełnie niezrozumiałe. Taki np. termin jak *granica respiracyjna ściany brzusznej*, jako mający specjalnie i li tylko dyagnostyczne znaczenie, powinien w podręczniku dyagnostyki być określony. Terminu *cunilingus* (powinno być cunnilingus) student trzeciego kursu, nawet promowany, zrozumieć nie może, ponieważ nie słuchał jeszcze wykładu syfilidologii ani medycyny sądowej.

Do kategorii niedomówień zaliczyć musimy zaniechanie wyjaśnienia, *co jest anatomiczna*, a *co chirurgiczna szyjka łopatki*, a to ze względu na to, że o dwóch tych rodzajach szyjek nie wspomina żaden z więcej znanych podręczników anatomii, bądź opisowej, bądź chirurgicznej (Hirsfeld, Sappey, Henle, Hyrtl, Tillaux, Paultet etc.). Choć więc rozróżnianie tych dwóch szyjek na łopatce dogodne jest ze względów praktycznych i zarzutów Jasińskiemu z podziału takiego robić nie możemy, to jednakże powinien był on podział ten uzasadnić, z zacytowaniem autorów, od których to zapożyczył.

3) *Zawiłość stylu, miejsca trudno lub wręcz niezrozumiałe* możemy wytknąć na str. 10-tej, gdy mówi o pożytku ze stwierdzenia osobistości chorego, na str. 11-ej gdy mówi o wpływie wieku na różnorodność objawów chorobowych, na str. 267-ej gdy mówi o badaniu złamań żeber i w wielu innych miejscach.

Co znaczy „Porażenia niektórych nerwów czaszkowych przy objawach wstrząśnienia mózgu nie dowodzą wcale konieczności pęknięcia czaszki, gdyż mogą zdarzyć się *przy prostym ucisku od stłuczenia zależnym*“ (str. 144) w żaden sposób zrozumieć nie możemy.

4) *Za niekonsekwencyję* musimy uważać opisywanie wyglądu streptococci erysipielatis lub barwienia laseczników czarnej krosty (zresztą błędne, o czem patrz niżej) skoro się to pominęło przy opowiadaniu o staphylococcus albus, citreus i ruber (sic). *Niekonsekwencyjną* też również nazwiemy opowiadanie o zastosowaniu strumienia elektrycznego do otrzymywania osadów z moczu, skoro się zastrzegło ograniczenie swego wykładu do przypomnienia tylko tych danych, które przy łóżku chorego chirurg sam zebrać może (str. 369, 371). Nie każdy lekarz wie, że elektroliza w tym celu może być zastosowana, erudycja więc autora na tym punkcie bardzo jest chwalebna;

dla czego jednak autor upodobał sobie elektrolizę, a nie, na ten przykład, centryfugę, tego już absolutnie nie rozumiemy. Chyba dla tego, że centryfuga jest metodą praktyczną i codziennie w tym celu używaną, a elektroliza nie.

5) *Poświęcanie treści dla słów efektywnych.* Tu zaliczyć musimy wyrażenie o *przepaściach metody antyseptycznej i aseptycznej*. Przepaścistą można by nazwać rzecz taką, której zgłębić niepodobna, czego Jasiński o metodzie antyseptycznej i aseptycznej nie trzyma, skoro o wiersz dalej żąda od czytelnika, aby nie śmiał przystąpić do badania chorego, skoro „przepaści tej nie zbadał tak głęboko, jak ona dotąd zbadaną została“ (str. 8).

Do tej kategorii zaliczyć musimy użycie wyszukanego, a nie stosownego terminu w ustępie następującym: „nowotwory mocno unaczyniowe i miękkie ze względów *hemostatycznych*, sprawią więcej zaburzeń uciskowych i podrażnień, niż guzy twarde i ubogie w naczynia“ (str. 154). Można było rzecz tę wyrazić prościej, bez użycia tego terminu „hemostatyczny“ choćby ze względu na to, że termin taki w codziennej praktyce chirurgicznej do innego stosuje się przedmiotu. Wyraz „hemodynamiczny“ lub nawet „hydrostatyczny“ byłyby tu więcej na miejscu.

Tu też musimy wytknąć *trywialną aluzję* do długości włosów kobiecych (str. 142). Jest to rzecz w książce naukowej zupełnie niestosowna.

6) *Dowolność terminologii.* Terminologia polska anatomiczna jest już ustalona, wspomniemy tylko o podręcznikach anatomii Natanson, Hirszfelda etc. Wyrażenia więc takie, jak: *guziki bicypitalne* (str. 459), *główka obojczyka* (str. 448), *gruczoły Morgagniego* (str. 356), wyrostek *kruczy żuchwy* (str. 257) są dowodem, co najmniej, wielkiej ze strony autora opieszałości. Jeszcze więcej naganem jest nadużywanie w takich razach imienia Hirszfelda. Tablicę synoptyczną ruchów szkieletu z wykazem mięśni odpowiednich robił autor „trochę podług Roblot'a, trochę podług Hirszfelda“. *Mięsień kapturowy*) m. cucullaris s. trapezius) nazywa tu stale Jasiński *ramiennym*; o kilka wierszy dalej tem samym mianem (tym razem słusznie) nazywa *deltoideus*. Czyżby i Hirszfeld tak pisał?

7) *Poglądami z gruntu błędnymi* nazwiemy poglądy w rodzaju następującym: „nie mamy dostatecznej liczby faktów, któreby *teorii unitarnej* (co do etjologii szankra miękkiego i przymiotu, przypisek sprawozdawcy) bezwarunkową przyznały *przewagę* nad teorią dualistyczną“ (str. 62). Teoryja unitarna dawno już porzeczona została, mamy już dostateczną ilość faktów do twierdzenia, że możliwą jest tylko teoria dualistyczna. O teorii unitarnej lepiej było nie wspominać wcale, aniżeli w wątpliwem świetle stawiać fakty, które już dawno ustalone zostały. Nadewszystko zaś *nienależało wynosić się nad Billrotha i imputować temu, jakoby*

on wrzody wiewiórowe miękkie¹⁾ do przymiotowych owrzodzeń zaliczał, gdyż Billroth wcale tego nie mówi. Billroth doskonale różnił trypra, szankra miękkiego i przymiot, akcentując ostatniego ogólny, a pierwszych dwóch względnie miejscowy charakter. Cała niedokładność Billrotha polega na tem, że zamiast przymiotnika „weneryczny“ używał wyrazu „przymiotowy, syfilityczny“. Wówczas słowa „lues, syphilis“ nie miały jeszcze tego specjalnego znaczenia co dzisiaj. Billroth wyraźnie to zaznacza, że pod słowem *przymiot w ogólności trojakiemu rodzajowi* przyjmujemy zwykle choroby: 1) tryper, 2) szankier miękki, 3) właściwy wrzód przymiotowy—twardy szankier. Gdyby autor nie ograniczył się na powierzchownem przejrzeniu Chirurgii Ogólnej Billroth'a (Warszawa 1876, tłóm. Aksamitowskiego, Pawińskiego i Schreibera str. 494, 518) a uważnie ją przeczytał, nie byłby popełnił tego błędu.

Zbiorem wielkich niedokładności są także początkowe wiersze na str. 63, gdzie autor leczenie miejscowe uważa za rzecz wystarczającą do rozpoznania, czy dane owrzodzenie jest objawem przymiotu, czy też nie; gdzie ropne zapalenie gruczołów chłonnych w pachwinach kwalifikuje do objawów przymiotu, gdzie owrzodzeń typu „rupia“ radzi poszukiwać na błonach śluzowych.

Brzmi ten ustęp dosłownie w sposób następujący: „W takich podejrzanych przypadkach kilkakrotne zastosowanie miejscowych środków, rtęć zawierających, spowodzi widoczne polepszenie i wątpliwe rozpoznanie rozstrzygnie na korzyść przymiotu, będzie to t. zw. *diagnosis ex juvantibus et nocentibus*. Tutaj należą także przymiotowe gruczołowe wrzody, rozwijające się nad gruczołami, zniszczonemi przez ropnie i rozpad; zdarzają się najczęściej w pachwinach jako zejście tak zwanych dymienic, czyli bubonów. Wspomnieć też należy o płaskich wrzodach przymiotowych wtórnych, powstających na skórze po przymiotowinach, do typu rupia należących. Nagromadzenie twardych, warstwowato ułożonych grubych skorup i strupów stanowi pokrycie takich wrzodów, a opisanie ich bliższe wchodzi w zakres specjalnej syfilidologii. Takie same wrzody spotykamy na błonach śluzowych, migdałach, podniebieniu i t. d.“ Przyzna czytelnik, że ustęp ten trudno zrozumieć inaczej, jak wyżej zaznaczyliśmy.

Oprócz anachronicznych i błędnych poglądów jest tu i nie konsekwencja. Na 62-iej str. wymawia autor Billrothowi, że ten wrzody wiewiórowe (szankrowe miękkie, przyp. spraw.) zalicza do przymiotu. Na 63-iej str. ropne bubony sam do przymiotu kwalifikuje.

Gdyby autor zadał sobie trud przeczytania jakiegoś nowszego podręcznika, a nie ograniczył się na zacytowanym wyżej podręczniku Billroth'a z r. 1876 i O. Webera z r. 1865, rozdział ten za-

1) Wiewiórem nazywa Jasiński szankra miękkiego. Według Krówezyńskiego (*Syfilidologia*, Kraków 1883) i Słownika Terminologii Lek. Polskiej (Kraków, 1881) wiewiórem nazywa się tryper, a nie szankier miękki.

pewne wypadłby inaczej. *Weber mógł mieć 30 lat temu chwiejne poglądy o etyologii i istocie szankra miękkiego i przymiotu, dziś one nie uchodzą.*

Wyrażenie, że *przetoka może mieć jeden otwór* (str. 65) jest co najmniej nie ścisłe, a studenta, chcącego sobie wytworzyć pojęcie o tem, co nazywamy przetoką, przeczytanie tego określenia na zupełnie fałszywą może naprowadzić drogę. Jeżeli już przetoka jest cewkowo-pochwową, to musi mieć dwa otwory, jeden w cewce, drugi w pochwie, a pomiędzy niemi kanał.

Na str. 12-iej pisze Jasiński, że *kominiarze mają często raka kiszki prostej*. Sprawiedliwość nakazuje dodać, że na str. 384 przenosi już Jasiński tego raka na miejsce właściwe, t. j. na mosznę, jednak i tutaj od początku do końca informuje błędnie. Rak na mosznę nie zdarza się wprawdzie często, ale nie u nas, tylko w Anglii, co należało zaznaczyć, i nie u ludzi „mających do czynienia z lotnymi kwasami tłuszczowymi“ a ze smołą z węgla kamiennego, co jest wielka różnica. Jeżeli już smoła węgla kamiennego zawiera w sobie coś wspólnego z tłuszczami, to chyba węglowodory szeregu tłuszczowego, a nie lotne kwasy tłuszczowe; choćby nawet ślady tych kwasów w smole się znajdowały, to raka u kominiarzy w każdym razie wywołują nie one. Z octem (a jest to lotny kwas tłuszczowy) mamy wszyscy do czynienia nieomal codzień, na raka moszny jednak nie chorujemy; nie słyszeliśmy również nigdy, aby choć jeden wypadek raka moszny u kominiarza był wiadomy u nas.

Zalecanie *cystotomii próbnej jako najlepszego zabiegu* w celu *rozpoznawania guzów pęcherza*, przy zupełnem ignorowaniu cystoskopi, musimy uważać również za informację z gruntu błędną (str. 376). Cystoskopia jest już dzisiaj metodą wyrobioną i powszechnie w tym celu stosowaną. Należało tedy starać się ją poznać i porządnie opisać, zwłaszcza że robi to autor z mniej wyrobioną i rzadziej stosowaną diafanoskopią, której „bardzo piękną“ rokuje przyszłość. Rozdział ten o cystoskopii jest w ogóle cały, od początku do końca, zbiorem *mylnych poglądów i chaosu*, jak już wyżej nadmieniliśmy. Ażeby to wszystko wykazać, musielibyśmy rozdział ten przytoczyć w całości, czem nie warto utrudzać uwagi czytelnika.

Pominiemy już dalej te błędy anatomiczne, jakie autor popełnia przy opisanu cierpień pochwy maziowej dłoniowej (str. 466), że puls z 70—80 uderzeniami uważa za zwolniony (str. 143), pominiemy te anachroniczne bajki, jakie powtarza o funkcjach mięśnia krawieckiego (str. 407) i wiele innych błędów, a przejdziemy wprost do tego, że również jak w improwizacjach, niefortunny jest i w tych razach, gdy się na innych autorów powołuje.

Sposób barwienia laseczników czarnej krosty (str. 84) podany jest niby według Jakowskiego. Radzi tu Jasiński preparat pokryć szkiełkiem, a potem dopiero zabarwić. Błąd ten popełnił autor prawdopodobnie w skutek tego, że przeglądając pobieżnie pracę Jakowskiego pomijał to, co Jakowski mówi o oglądaniu preparatów niebarwionych

z tem, co podaje o barwieniu tychże (porównaj „Grzybki Chorobowótórcze“ Gaz. Lek. z r. 1885 str. 369 i 370).

Ustęp o rozpoznawaniu zapaleń stawu biodrowego autor podaje podług Hütera, są tu nawet ustępy całe, dosłownie z podręcznika Chirurgii szczegółowej Hütera przetłumaczone. I tego jednak autor nie starał się zrobić dokładnie. Nie mówiąc już o tem, że ustawienie *ksobne* podaje jako charakterystyczne dla swojego okresu drugiego (odpowiadającego „erstes Floreszenzstadium“ Hütera) co możemy uważać za lapsus calami, zapewne myśl Hütera przekręca w innym miejscu, gdy mówi o tem, że okres jego (Jasińskiego) 3-ci (Hütera drugi okres florescencyi) zależy od przejścia sprawy zapalnej z kości na torebkę maziową. Według Hütera ten okres (gdy kończyzna jest w położeniu zgiętem, ksobnem i wykręconem ku wewnątrz, zweise Floreszenzstadium) jest już objawem przejścia zapalenia nie z kości na torebkę maziową, bo to już było w pierwszym stadyjum florescencyi, lecz objawem przejścia zapalenia ze stawu na części otaczające (paranosynovitis) co jest bardzo poważną, zasadniczą różnicą. Wyżej już nadmieniliśmy, że i z Hirszfelda terminologii mięśni nie starał się autor dokładnie przepisać.

Sądźmy, że dosyć ma już czytelnik próbek wartości książki Jasińskiego. Moglibyśmy tu podobnych przykładów zacytować więcej, ale uważamy to za zupełnie już zbyt wiele. Nie wątpimy, że czytelnik urobił sobie wystarczające pojęcie o dokładności danych, w podręczniku Jasińskiego zawartych. Zbytecznem jest dowodzić, jak szkodliwym może on być dla studenta. Lekarz łatwiej się w tych niedokładnościach zorientuje. Student, gdyby zechciał uczyć się z podręcznika Jasińskiego, mógłby się narazić na bardzo nieprzyjemny zawód przy egzaminie.

Gdyby usterki, jakie znajdujemy w tej książce znalazły się w jakimś artykule w piśmie bieżącym, moglibyśmy je jeszcze pominąć milczeniem; nie możemy nie zaprotestować, gdy się je podaje w podręczniku, przeznaczonym dla młodzieży. W naszych warunkach, gdzie starsza generacja ma tak rzadko okazyję przemawiania do młodszej, podobne rzeczy są specjalnie szkodliwe, ponieważ mogą osłabić u młodzieży wiarę w powagę starszych. O szkodliwości tego nie potrzebujemy się chyba rozwodzić. W obec tego spełnienie przykrego dzisiejszego zadania uważaliśmy za obywatelską powinność.

Po tak surowych sądach o złych stronach książki Jasińskiego, zapyta czytelnik: a dobre, czyż ich wcale nie ma? Na to odpowiemy: są, ale giną zupełnie w niesystematycznym układzie i po za wyżej wyluszczone mi zlemi. Do stron dobrych zaliczylibyśmy przestrzeganie zasad antyseptyki przy wszelkich zabiegach dyagnostycznych, następnie pełne miłości bliźniego starania o nierobienie choremu zbytecznych cierpień źle kierowanemi lub niepotrzebnemi dyagnostycznemi manipulacyjami. Z pojedynczych rozdziałów są naturalnie w książce Jasińskiego jedne mniej, inne więcej starannie obrobione. Do ostatnich zaliczylibyśmy może o rozdział badaniu brzucha, o chorobach kręgosłupa, dyffe-

rencyjalno dyagnostyczne tablice, jakich jest w książce Jasińskiego kilka etc. Jednakże w obec tylu i tak rażących, nawet w rzeczach elementarnych precedensów, prawdopodobnem jest przypuszczenie, że nie każdy czytelnik, zwłaszcza mniej doświadczony, będzie umiał się oprzeć pewnym wątpliwościom i co do lepszych rozdziałów książki. Narzuci mu się mimowoli zadanie: trzeba by jednakże zobaczyć, co inni o tem piszą. Niezaprzeczoną ozdobą książki jest rozdział o astazy i abazyi. Przypadek sam, jaki tu opisuje autor, jest bardzo interesujący, interesujący jest również cały proces myślowy, jaki autora w tym przypadku na dobrą dyagnozę i odpowiednie leczenie naprowadził, godna jest zaznaczenia staranność, z jaką to wszystko opisał. Dla tego też nie robimy autorowi wymówek, że w rozdział ten pomieścił cały prawie artykuł swój, w przedmiocie tym przed kilku laty w Gaz. Lekarskiej wydrukowany, choć takie obszernie rozwodzenie się o tej kwestyi w podręczniku dyagnostyki jest nie na miejscu.

Prof. Oppenheim. **Lehrbuch der Nervenkrankheiten.** (Berlin 1894 u. S. Kargera str. 862.)

Książka dzieli się na część ogólną, obejmującą sposób badania i ogólną symptomatologię i część szczegółową, omawiającą w 7 rozdziałach choroby rdzenia, porażenia obwodowe i nerwobóle, choroby mózgu, nerwice ogólne, choroby n. sympatycznego, Angio i trophonerwice (ostry ograniczony obrzęk skórny, hydrops articolorum intermittens., naczynioruchowe nerwice kończyn, acroparaesthesia, symetryczna zgorzel, erythromelalgia), zatrucia z przeważnym udziałem układu nerwowego (alkoholizm i morfinizm) i wreszcie nie sklasyfikowane ostatecznie stany chorobowe (Tetanus, myotonia congenita, polyomyositis acuta et chronica, myxoedema, akromegalia).

Książka, mając względy praktyczne na celu, uwzględnia przede wszystkim symptomatologiją, rozpoznanie i rokowanie, anatomiją zaś patologiczną o tyle, o ile jej znajomość ściślej wiąże się z istotą objawów i rozpoznaniem. Na początku głównych rozdziałów pomieszczone są ważniejsze wiadomości z anatomii i fizjologii normalnej i patologii doświadczalnej. W tekście sporo rysunków. Książka dla studentów i lekarzy niespecjalistów użyteczna. *Rzeczniowski.*

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Odczyty zapowiedziane na VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie (23—26 Lipca).

I. Sekcja medycyny teoretycznej.

Dr. J. Fajersztajn: Przyczynek do nauki o zwyrodnieniu rdzenia pacierzowego.

H. Kadyi: O zastosowaniu parafiny do sporządzania trwałych preparatów anatomicznych.

Tenże: O grzebieniu biodrowym u zwierząt domowych.

Tenże: Zasady rozróżniania kości wchodzących w skład głowy u człowieka i zwierząt.

Tenże: Błona sprężysta brzucha u człowieka.

Tenże: Os trigonum tarsi u konia.

E. Kozierowski: O kwasach urowych.

Wł. Kulezycki: Mięśnie i nerwy skórne u psa.

Niemiłowicz: O toksalbuminach.

Tenże: O kurołach t. j. nowych związkach działających na ustrój na sposób kurary.

W. Wehr: O własnościach formaldehydu.

Mag. H. Wińcza z Dorpatu: O rozwoju głowy u ssawców.

Prof. Cybulski: Przyczynek do zmian elektrycznych w mięśniu podczas tęcza.

Tenże: Oznaczenie ilości ciepła w mięśniach podczas tęcza za pomocą mikrokalorymetru.

Tenże i Dr. J. Zanietowski: Demonstracje nowego przyrządu do podrażnienia nerwów i mięśni (ekscytator absolutny).

Zanietowski: O sumowaniu podniet w rdzeniu pacierzowym i mózgu.

Czapliński i Szymonowicz: Resorpcya tłuszczu w jelicie grubym.

Szymonowicz: Przyczynek do budowy zębiny.

Dr. Beck i B. Czapliński: O zmianach pobudliwości sfery psychomotorycznej pod względem morfiny i atropiny u psów.

II. Sekcja medycyny wewnętrznej.

Ludwik: O występowaniu czerwonych ciałek z jądrami w krwi obwodowej.

Olejnik: Dwa przypadki syringomyelji.

Tenże: Przyczynek do etyologii t. zw. aphtae Bednari.

Tenże i Dr. Ludwik: Zachowanie się krwi w kilku przypadkach raka.

Wernicki: Występowanie leukocytozy eosynofilnej, znaczenie jej patologiczne, wpływ na rozpoznanie i rokowanie w chorobach.

Wiczkowski: O znaczeniu ciałek eozynowych we krwi, w płwocinach, w moczu.

Rosenblatt i Szydłowski: Dyetyka i terapia ostrego i przewłocznego niezytu kiszki u dzieci.

Dunin i Biernacki: Niedokrewność i blednica.

Krajewski i Rejzhan: O zapaleniu kiszki ślepej i tkanek sąsiednich.

J. Sędziak: O rozpoznawaniu oraz leczeniu nowotworów złośliwych krtani.

T. Stachiewicz: W sprawie krwotoków płucnych.

Prof. Pieniążek: Przyczynek do leczenia niektórych form zwężenia krtani.

Guranowski: Gruźlica ucha.

Jaruntowski: Przyczynek do badania krwi w górach mianowicie u chorych piersiowych.

III. Sekcja Chirurgiczna.

Prof. Rydygier: 1) o leczeniu gruźlicy stawów 2) o leczeniu włókniaków macicy 3) Doświadczenia dalsze z własnym sposobem tymczasowego wypłowania kości krzyżowej celem usunięcia raka odbytnicy.

L. Szuman (Toruń): O narkozie eterowej. Ziembicki: 1) Przyczynek do techniki wycięcia macicy 2) wady siarczane w chorobach kości i ich zastosowanie po zabiegach operacyjnych 3) Niezwykłe okazy nowotworów.

Krajewski (Warszawa): Peri et paratyphlitis.

Kryński (Kraków): O leczeniu chirurgicznym zapaleń otrzewny.

Bogdanik (Biała): O pierwszej pomocy udzielić się mającej rannym w przyszłej wojnie 2) o przysyciu wypadającej odbytnicy do ściany brzusznej.

Drobnik (Poznań): O leczeniu porażen dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni. O zależności niektórych postaci wilka od zachorzeń gruźliczych gruczołów i kości.

Niewiadomski: Ropnica pochodzenia usznego bez zakrzepu zatoki poprzecznej.

Prof. Obaliński: O wyłuszczeniu włókniaków macicy.

Sekcja ginekologiczna.

Cercha: O zachowaniu się błony śluzowej ciała macicy w przypadkach złośliwych nowotworów części pochwowej i szyi macicznej.

Prof. Jordan: Uwagi nad operacyjnym leczeniem opadu jajników.

Prof. Mars i D. Nowak: Wyniki badań nad ludzkim łożyskiem.

Kotz: Ścieśnienie macicy o zakładach położniczych krakowskich w ostatnich 10 latach.

A. Rosner: Kilka uwag o zaśnieżeniu graniastym.

Neugebauer (Warszawa): O wrodzonych i nabytych zwężeniach pochwy i ich znaczeniu w położnictwie z kazuistyką 35 cięć

cesarskich z ich powodu dokonanych; 2) Wycinanie macicy—rzut oka na historję i kazuistykę; 3) Najciekawsze spostrzeżenie z kazuistyki wrzekomego obojactwa.

H. Świącicki (Poznań): Jakie ma znaczenie badanie krwi w chorobach kobiecych; 2) w sprawie etyologii mięśniaków.

Jerzykowski: O niepłodności wskutek utajonej rzeźączki.

Dr. Sołowij (z Preszborga): Dwadzieścia laparotomii.

T. Borysowicz: Zabiegi ułatwiające pochwowe wycięcie macicy, zajętej przez złośliwe nowotwory.

Tenże: O szwie powłok brzusznych.

Tenże: Okazanie preparatów ciąży pozamacicznej.

V. *Sekcya psychologii i psychiatrii.*

Kohlberger: (Kulparków): Zarys dziejów nauki o chorobach umysłowych ze szczególnem uwzględnieniem ich podziału.

VI. *Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.*

Misiewicz: Anatomija i patologia bezpłodności mężczyzn.

Szadek: O wynikach leczenia kily głębokiej wstrzykiwaniami salicylanu i tymolocyanu rtęciowego.

Wroszyński: Przyczynę do kazuistyki późnej kily.

VII. *Sekcya higieny i medycyny sądowej.*

Krokiewicz: Teorja kontagionistyczna o powstawaniu i szerzeniu się cholery azjatyckiej wobec doświadczeń poczynionych w Galicyi w czasie cholery w r. 1892 i 1893.

Krzyżanowski: Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych epidemiczne w Galicyi w r. 1893.

Obtułowicz: O znaczeniu gonokoków Neusserowskich pod względem sądowo-lekarskim (referat).

Dr. Wachholz: O oznaczeniu wieku ze zwłok z przebiegu kostnienia główki kości ramieniowej.

Tenże: Nieco o istocie stężenia pośmiertnego i o wpływie niektórych alkaloidów roślinnych na czas jego wystąpienia i przebieg.

Tenże: o zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kw. karbolowym.

Tenże i Dr. hr. Tyszkiewicz: O zmianach włosów ludzkich i zwierzęcych pod wpływem istot żrących i wysokiej ciepłoty.

Tenże i H. Kowalski: O potrzebie utworzenia stałych posad lekarzy sądowych (referat).

Prof. Bujwid: O potrzebie urządzenia zakładu szczepień leczniczo-ochronnych wścieklizny.

Tenże: Ważny a dotąd należycie nieuwzględniony brak w oświeceniu sztucznem przy pracy wieczornej.

J. Polak: O mieszkaniach dla robotników i o łaźniach ludowych z zastosowaniem do naszych potrzeb.

Tenże: Praktyka zapobiegania chorobom zaraźliwym.

W. Włodzimirski (Lwow): Praktyczne kwógi nad ustawą o fałszowaniu pokarmów i napojów w celu wykazania, w jaki sposób należałoby najodpowiedniej przeprowadzić kontrolę. (Przeg. Lek.)

— Kol. Garliński, współpracownik naszego pisma, został mianowany ordynatorem chorób ocznych w warszawskim szpitalu dla dzieci.

— Kol. Sadowski został mianowany ordynatorem szpitala Dz. Jezus.

— Współpracownik nasz, kol. B. Dzierżawski zaproszony został do wykładów Patologii i Terapii szczegółowej zębów i na zarządzającego kliniką w tutejszej Szkole Dentystycznej.

— Na wystawie międzynarodowej w Wenecyi, jaka miała miejsce na wiosnę r. b. kol. L. Nencki otrzymał dyplom honorowy za przedstawiony przyrząd do sterylizacji mleka.

— Rektorem Uniwersytetu Jagiell. na przyszły rok szkolny wybrany został profesor anatomii patologicznej, obecnie dziekan wydziału lekarskiego, dr. Tadeusz Browicz (Przeg. Lek. 24.)

— „Zdrowie“ warszawskie wydawnictwo kol. Polaka otrzymało na wystawie higienicznej w Petersburgu złoty medal.

— Warszawski Urząd Lekarski nagrodzony został przez komitet wystawy higienicznej w Petersburgu wielkim złotym medalem. Miasto zaś nasze nagrodzone zostało najwyższą nagrodą „dyplomu uznania“ za urządzenia wodociągowe.

— Kol. Polak organizuje w roku przyszłym wystawę higieniczną. Pozwolenie już nadeszło i prace przedwstępne zostały rozpoczęte. Prezesem wystawy będzie prof. Brodowski, wiceprezesami: prof. dr. Przewoski i dr. Troickij; inżynierowie: pp. Mościcki i Grotowski. Sekretarzem głównym kol. Polak. Dotąd przyszłość wystawy nie ma jeszcze pewnego gruntu pod nogami ze względu, że w kwestyi placu następują się trudności.

— Dyrektorem zakładu leczniczego Busko, który, jak wiadomo, przeszedł pod administrację rządową, został Dr. S. N. Isajew, dotychczasowy dyrektor zakładu wód mineralnych w Lipecku.

— Prof. Uniwersytetu Tomskiego St. Szcz. Zaleski został delegowany do kraju Zabajkalskiego w celu zbadania tamtejszych mineralnych wód i błot.

— Według „Nowosti“ minister dóbr państwa polecił zniżyć cenę sprzedażną wód kaukaskich, które dotąd były zbyt wysokie. (St. P. 25)

— Wwóz sacharyny w celach technicznych (wódki, likiery) został do Rosyi wzbroniony. (St. P. 25.)

— W szpitalu Dz. Jezus będzie urządzony 3-ci oddział chirurgiczny. Posada ordynatora będzie obsadzoną z konkursu, ogłoszonego na 6 września r. b.

— Trzeci oddział chirurgiczny utworzono w tutejszym szpitalu dla starozakonnych. Oddział składa się z 24 łóżek, w połowie mężczyzn w połowie kobiecych i posiada dobrze urządzonej salę operacyjną. Ordynatorem oddziału mianowany został kolega Hipolit Oderfeld, były asystent szpitala Dzieciątka Jezus. Spostrzegliśmy wszakże na tym oddziale jedną wielką anomaliję. Oto na sali kobiecej są pomieszczone

łożka dla dzieci z krupem i dyfterytem. Sądźmy, że byłyby one więcej na miejscu w oddziale chorób zaraźliwych; nie śmiemy wątpić, że zarząd szpitala w krótkim czasie postara się tę anomalję usunąć.

— Wyszedł z druku *czwarty zeszyt Przeglądu Chirurgicznego*, wydawanego przez kol. Krajewskiego. Zeszyt ten poświęcony jest prof. Obalińskiemu z powodu jego 25-letniego jubileuszu. Do zeszytu dołączony jest portret czcigodnego Profesora, w odezwie zaś redaktora znalazła należyta ocenę płodna i pożyteczna działalność jubilata. Dalej zawiera zeszyt ten in extenso pracę Trzebieckiego p. t. „Ile jelita cienkiego wolno rezekować“ (treść pracy tej znaną jest czytelnikom kroniki z referatu, jaki umieściliśmy w jednym z poprzednich numeów kroniki, podług której notatki Trzebieckiego w tej samej kwestyi, wydrukowanej w *Przeglądzie Lekarskim*); pracę Matlakowskiego p. t. „Przyczynę do kazuistyki wycięcia odbytnicy z powodu raka“; Baracza „Przypadek całkowitego wykluczenia jelita ślepego, zastosowanie płytek brukwiowych przy ileokolostomii sposobem Senna; wyleczenie“; Pieniązka „O zapaleniu ochrzestnej krtani i zwężeniu po niem pozostającym, oraz o sposobach usuwania tegoż ostatniego“; Sędziaka „Przyczynę do etiologii t. zw. czarnego języka“, Marsa „Przypadek sztucznego odklejenia łożyska wraz z warstwą mięśni macicy“, Szumana „Z dziedziny coeliotomii. Dwa przypadki doszczętnego wycięcia macicy mięśniakowatej, wykonane z powodu wywoływanych przez guz objawów ostrego zapalenia otrzewny“, Szadka „Pierwotne stwardnienia i owrzodzenia przymiotowe migdałów i przelyku“, oraz samego redaktora „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“. Ostatni artykuł jest niejako odpowiedzią na artykuł Dunina w tej samej kwestyi, umieszczony w pierwszym zeszycie *Przeglądu*.

Czwarty zeszyt *Przeglądu Chirurgicznego* zamyka pierwszy tom tego wydawnictwa, które i nadal w tym samym programie i kształcie wychodzić będzie.

— Na posiedzeniu 21 czerwca Towarzystwa antropologicznego w Paryżu prof. Dybowski został wybrany na członka korespondenta za pracę o rasie karłów w Kongo. (*Przegl. Med.* 26.)

— Profesor Madelung przyjął zaproszenie na katedrę chirurgii w Strasburgu, osieroconą przez Lucke'go.

— Sierpniu r. b. odbędzie się doroczny zjazd niemieckich psychiatrów w Dreźnie. Na referentów zaproszeni zostali: Sommer z Würzburga, Biswanger z Jeny i Mendel z Berlina.

— Prof. Escherich z Grazu odmówił przyjęcia katedry chorób dziecięcych w Lipsku po Heubner'ze.

— Następcą Billroth'a na katedrze chirurgii w uniwersytecie wiedeńskim został mianowany prof. Karol Gussenbaur z Pragi, dawny asystent zmarłego. Powołany na tę katedrę uprzednio prof. Czerny wezwania nie przyjął.

— Liczba lekarzy wojskowych w armii austriackiej w czasie

pokoju wynosi 1,236. Stanowisko lekarzy w armji austryjackiej w ich stosunku do ciała oficerskiego jest nader upośledzone, znajduje się ono na stopie przedawnienia, jakiego nie spotykamy już w armjach: angielskiej, włoskiej, a nawet niemieckiej, w których różnica pomiędzy oficerem-lekarzem i oficerem siły zbrojnej została zniesioną. Obecnie dopiero zostało wprowadzone w austrii prawo, że w oddziałach sanitarnych i szpitalach dowództwo sprawować ma lekarz i jemu również w ręce oddano prawo dyscyplinarne. „Der Militararzt” (N. 26) organ spraw sanitarnych armji, wita tą reformę jako nową erę i początek zrównania praw oficerów i lekarzy, którzy jednakowe ponoszą trudy na wojnie, jednakowo narażają swe życie, a przytem ostatni pod względem wykształcenia stoją wyżej od oficerów.

— Według korespondencyi z Hong-Konga do pisma angielskiego „Lancet” (23 czerwca) zaraza od początku jej istnienia do 14 czerwca zabrała 1,703 osób, w tem tylko 10 europejczyków, z liczby żołnierzy, użytych do utrzymania porządku w zarażonych dzielnicach. Ofiarą plagi padają głównie Mongołowie i Chińscy kulisowie, żyjący w fatalnych pod względem higienicznym warunkach. Jakoby prof. Kitasato miał odnaleźć pasożyta, stanowiącego przyczynę „Czarnej śmierci”. W ostatnim czasie liczba przypadków choroby zmniejsza się dzięki energicznym środkom, przedsięwziętym przez rząd. Podobno zarażone dzielnice, zaludnione przez miejscową ludność, mają być zniszczone; byłby to środek bardzo radykalny ale i pożądany zę względu na możliwość rozszerzenia zarazy.

— Wkrótce po śmierci prof. Charcota zawiązał się w Paryżu komitet w celu postawienia sławnemu uczonemu pomnika drogą składek publicznych. Ze względu na wszechświatowe znaczenie Charcota postanowiono nie ograniczać się na udziale lekarzy francuskich, ale dać możliwość uczczenia wielkiego męża jego uczniom i wielbicielom innych narodowości. Potworzyły się niebawem komitety w Petersburgu (Bechterew, Mierzejewski, Moczutkowski), w Wiedniu (Nothnagel), a ostatnio i w Niemczech pod przewodnictwem prof. Erba, Joly i Hoffmanna. Może wiadomość ta pobudzi neuropatologów naszych z których wielu nawet osobiście słuchało Charcota, do podjęcia starań, aby i od nas grosz dostał się tam, gdzie go składa wdzięczność i uznanie prawie całej uczonej Europy.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Czerwcu 1894 r.

1. *L. Korczyński*. Przyczynek do etyologii wad sercowych. Przegl. Lek. 22, 23.

2. *Br. Skalkowski*. Macica jednoróżna z krwistkiem w rogu szczytkowym i trąbce. *Przeł. Lek.* 22, 23, 24.
3. *K. Szadek*. Kiła dziedziczna i wrodzona (nieskoń.).
4. *Salo Rossberger*. O swoistem działaniu kokainy i jego zastosowaniu w terapii. *Przeł. Lek.* 23, 25.
5. *L. Wachholz*. O zmianach narządów oddechowych w przyp. otrucia kw. karbolowym. (*Przeł. Lek.* 21, 23, 24).
6. *I. Lachowicz*. O bakteryjach w worku spojówkowym oka zdrowego. (*Przeł. Lek.* 18—21).
7. *W. Biegański*. Porażenie połowicze postępujące nerwów mózgowych. (*Przeł. Lek.* 25).
8. *I. Ulanowski*. Przyczynek do terapii cholery azjatyckiej. (*Przeł. Lek.* 25 nieskoń.).
9. *A. Rosner*. O powikłaniu ciąży guzami jajnika. (*Przeł. Lek.* 26) (nieskończ.).
10. *Z. Pelcza*. Osteomalacya z uwzględnieniem leczenia jej kąpielami słonemi. (*Przeł. Lek.* 26) (nieskończ.).
11. *I. W. Grabowski*. Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpeli siarczanych. (*Med.* 22, 23, 24).
12. *B. R. Gepner*. Formaldehyd w chorobach oczu. (*Med.* 22).
13. *E. Sonnenberg*. Ichtyol w leczeniu zapalenia nieżytego gardzieli. (*Med.* 23).
14. *Z. Bychowski*. O chorobie Parkinson'a. (*Med.* 25, niesk.).
15. *Z. Srebrny*. Spostrzeżenia ryno-laryngologiczne. (*Med.* 25)
16. *Dr. med. W. Sobierański*. O leczeniu cholery. (*Now. Lek.* 6). (nieskoń.).
17. *Wicherkiewicz*. O nowym skutecznym sposobie leczenia ostrej jaglicy. (*Now. Lek.* 6).
18. *A. Jaruntowski*. O nowym sposobie zadmuchiwania proszków do krtani. (*Now. Lek.* 6).
19. *S. Goldflam*. O chromaniu przestankowem. (*Med.* 23, 24).
20. *E. W. Zieliński, L. Nencki i J. Karpiński*. Tenonitis, czyli zapalenie torebki Tenona, a tak zw. nosacizna psów. (*Gaz. Lek.* 22, 23).
21. *Dr. med. St. Ronthaler*. Porównawcze bakteryologiczno-chemiczne badania nad stosunkiem lasecznika cholery Massawskiej do wibryona ptasiego Miecznikowa i przecinkowca Koch'a. (*Gaz. Lek.* 21, 22).
22. *Dr. med. M. Sokołowski*. Przyczynek do patol. i terapii przewł. zapalenia przerostowego krtani. (*Gaz. Lek.* 21, 22, 23).
23. *Prof. M. Nencki*. O kwasie soku żołądkowego i rola soli nieorganicznych w ustroju. (*Gaz. Lek.* 23).
24. *E. Gliksmann*. W sprawie doszczętnego operowania przepuklin pachwinowych sposobem Bassini'ego. (*Gaz. Lek.* 24, 25).
25. *K. Kraków*. Przypadek ostrej rzeżączki w połogu. (*Gaz. Lek.* 24).

26. *B. Korybut-Daszkiewicz.* przyczynek do kwestyi leczenia miąższowego zapalenia gardła. (Gaz. Lek. 24).
27. *S. Goldbaum.* Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka. (Gaz. Lek. 25).
28. *Spira.* O patologii i leczeniu nieżytu przewlekłego ucha średniego. (Gaz. Lek. 25, 26).
29. *Dr. med. A. Elsenberg.* Gumat oczodołu. (Gaz. L. 26).
30. *I. Halpern.* O zależności przebiegu syfilisu od źródeł zakażenia. (Gaz. Lek. 26).
31. *H. Higier.* Polyneuritis et polioencephalomyelitis anterior. (Gaz. Lek. 17, 20).
32. *Wł. Palmirski.* Kilka słów w sprawie zaopatrywania miast w wodę zdatną do picia. (Med. 21).

1. **Ludomił Korczyński. Przyczynek do etyologii wad sercowych.** Oprócz chorób zakaźnych, w których następstwie występuje często zapalenie śródsierdza, również i zmiana funkcji układu nerwowego, usposabia, zdaniem autora, do zapaleń śródsierdza, a tem samem do powstawania wad sercowych. Na poparcie tego twierdzenia przytacza autor przypadek choroby Basedowa, spostrzegany przez siebie w klinice Prof. Korczyńskiego; dotyczył on 28-letniej chorej u której za życia rozpoznano: Morbus Basedowii in stadio incompenstationis (degeneratio musculi cordis, dilatatio cordis) cum infarctibus pulmonis utriusque subsequente pleuritide dextra. Badanie pośmiertne potwierdziło powyższe rozpoznanie, lecz obok tego wykazała sekcycja także zmiany na zastawce dwudzielnej, wskazujące na przebycie zapalenia śródsierdza zastawkowego, a więc cechy wady zastawkowej w lewym ujściu żylnem. Autor wyraża przypuszczenie, że dłuższy czas trwająca nerwica ruchowa serca była sprawą pierwotną, wada zaś zastawkowa—zmianą następczą. J. W.

2. **Dr. B. Skałkowski. Macica jednoróżna z krwistkiem w rogu szczytkowym i w trąbce.** Autor przytacza operowany przez siebie przypadek, w którym rozpoznanie postawiono przed zabiegiem; guz z prawej strony macicy składał się z 2 części: górnej kiełbasowatej z przewężeniami i dolnej w postaci gruszki, konsystencyja obydwóch guzów elastyczna. Przez coeliatomią dokonano wycięcia trąbki i jajnika, gruszkowaty guz — krwistek w szczytkowym rogu macicy przekłuto od strony pochwy, przebieg pooperacyjny pomyślny. Przy badaniu wyczuwał się z prawej strony niebolesny twardy nieruchomy guz, do którego z prawej strony pochwy szło zbite pasemko-nerozwinięty początkowy przewód Millera. Wł. Stan.

4. **Dr. Salo Rossberger. O swoistem działaniu kokainy i jego zastosowaniu w terapii.** Autor, krytykując pracę Gabrysiewicza o „wartości kokainy w chirurgii”, stawia następujące wnioski co do działania i stosowania tego środka: a) do znieczulenia miejscowego należy stosować 10⁰/₀ roztwór do smarowań i pędzlowań—do zastrzyknięć $\frac{1}{2}$ ⁰/₀ z karbolem; b) swoiste działanie kokainy polega głównie na jej działaniu zwężającym naczynia, a zniesienie pobudliwości

i zakończeń nerwów uczuciowych jest dopiero następcze. Z tego wypływa, że znieczulenie jest tem większe, im wybitniejsze są objawy miejscowej niedokrewności, oraz że tam, gdzie ze względów miejscowych lub patologicznych trudno o nagłą niedokrewność miejscową, tam też trudno o znieczulenie. Objawy zatrucia polegają w pierwszym rzędzie na zmianie krwi w sąsiedztwie. Co zaś do idiosynkrazy względem kokainy, to autor uważa za racjonalniejsze mówić o tolerancji względem tego środka niektórych osób, ponieważ dla większości kokaina nawet w małych dawkach jest silną trucizną. *H.K.*

5. Dr. Leon Wachholz. **O zmianach narządów oddechowych w przypadkach otrucia kwasem karbolowym.** W pracy swojej podaje autor dwa przypadki rozmyslnego otrucia się kwasem karbolowym, w których badanie pośmiertne wykazało pomiędzy innymi zmiany w narządach oddechowych. Że kwas karbolowy wywołuje pewne zmiany anatomiczne w narządach oddechowych, o tem już oddawna wiadano; tłumaczenie jednakże powstawania tych zmian było błędne. Dla wyjaśnienia tej kwestyi podjął autor szereg doświadczeń na zwierzętach, z których następujące wnioski wyciąga.

1) Karbol, wchłonięty do ustroju, znajduje się we krwi i wydziela się z niej głównie przez nerki, wywołując w nich zmiany nekrobiotyczne.

2) Karbol wtórzędnie i zdala od miejsca zastosowania narusza narządy oddechowe, podobnie jak to robią przetwory rtęci w kiszkach.

3) Przebieg otrucia u człowieka i zwierząt ciepłokrwistych różni się tem, iż u tych przerwała okres podniesienia, gdy tymczasem u ludzi od samego początku występuje śpiączka i porażenia. *H. K.*

6. S. Lachowicz z Wilna. **O bakteryjach w worku spojówkowym oka zdrowego.** Autor na 63 zdrowych worków spojówkowych zbadanych przez siebie, w 31% znalazł drobnoustroje, przeważnie ziarniaki, na 4 tylko prątki, przyczem wartościami znajdowanych drobnoustrojów należy uważać już to za powietrzne, już to za wodne, a niektóre wprost za saprofity (*micrococcus candidans*, *micr. coronatus*, *sarcina lutea*, *micr. cercus albus*). Z pośród ziarniaków, zwracających większą uwagę, w 8 workach znalazł autor *staphylococcus pyogenes albus*, w jednym *steptococcus pyogenes*, z prątków w jednym przypadku *bacillus xerosis coninuctivae* (?). Po przeprowadzeniu czystych doświadczeń z wprowadzeniem hodowli znajdujących drobnoustrojów do własnych, uznanych za zdrowe, worków spojówkowych (trzykrotne poprzednie badanie nie wykryło w workach autora drobnoustrojów), autor daje następujące wnioski: 1) W przeciwieństwie do innych błon śluzowych worków spojówkowy oka zdrowego u człowieka nie jest stałym siedliskiem zwyczajnych, znanych nam drobnoustrojów, zaczem przemawia nieobecność ich w bardzo przeważnej liczbie zdrowych worków spojówkowych (96%). 2) Drobnoustroje, znajdujące się niekiedy w zdrowych workach spojówkowych są przeważnie z powietrza, przytem w niewielkiej ilości i prawdopodobnie czasowo tylko w nich przebywają, czego są dowodem zarówno nieliczne zwykle hodowle drobnoustrojów od zaszczepienia

z oka, mniejsza znacznie ilość worków spojówkowych zawierających bakteryje (31⁰/_o), jak również szybkie zmniejszanie się ilości i ewentualne znikanie z worka spojówkowego bakteryj sztucznie doń wprowadzonych. 3) Rozmaite drobnoustroje znikają z worka spojówkowego prawdopodobnie nie z jednakową szybkością. 4) Znalezione przez autora w workach spojówkowych drobnoustroje nawet takie jak staphylococcus pyogenes wprowadzone do oka zdrowego nie wywołują w tem ostatniem najmniejszego zadrażnienia. Podając wniosek ostatni autor zastrzega się co do streptococcus pyogenes i bacillus xerosis. conjunctivae, gdyż doświadczeń z tymi drobnoustrojami na razie nie przeprowadził.

S. Cetnarowicz.

7. Wł. Biegański. **Porażenie połowiczne postępujące nerwów mózgowych.** Autor opisuje 2 własne spostrzeżenia, w których obserwował porażenie połowiczne kilku nerwów mózgowych. W 1-ym przypadku mięsak na podstawie czaszki u 40-letniego osobnika wywołał porażenie nn. okoruchowego, błoczkowego, rozocznego, wzrokowego, słuchowego i językogardłowego, w drugim — próchnienie kości podstawy kości w średnim dole czaszkowym u 32-letn. osobnika wywołało porażenie nn. twarzowego, słuchowego trójdzielnego, językowego i rozocznego. Porażenie o którym mowa postępuje wciąż, zależy najczęściej od sprawy nowotworowej na podstawie czaszki i różni się znacznie od t. zw. poliomyelitis ant. sup. i ant. inf. v. bulbaris.

K. R.

11. I. D. Grabowski. **Kilka słów i doświadczeń w sprawie jednoczesnego stosowania szaruchy i kąpeli siarczanych.** Kąpiele siarczane zaliczano dawniej do środków swoistych w leczeniu przymiotu, przypisywano im również własność wywoływania objawów tej choroby będącej w ukryciu, dziś większość specjalistów widzi w nich tylko dzielny środek pomocniczy. Znaleźli się wszakże w ostatnich czasach tacy, którzy odmawiają kąpielom i tej wartości, dowodząc, że przy jednoczesnem stosowaniu wcierań i kąpeli siarczanych pod wpływem zawartego w wodzie siarkowodoru tworzy się w powierzchownych warstwach naskórka i w przewodach gruczołów nierozpuszczalny i nie działający siarek rtęci, czyli, że rtęć zostaje zobojętniona, a przeto samo leczenie, prowadzone w tych warunkach, nie tylko nie przynosi choremu korzyści, ale może nadto wprost wyrządzić mu krzywdę. Praca autora jest właśnie przyczynkiem do wyjaśnienia, o ile zarzut ten jest słuszny. Wychodząc z zasady, że gdyby nawet całkowita ilość rtęci, użyta do wcierania, przeszła pod wpływem kąpeli w siarek, to wtedy z nierozpuszczalności jego nie możnaby jeszcze stanowczo wnioskować o braku działania; autor przeprowadził szereg badań na chorych i samym sobie, wcierając maść, która zawierała w sobie właśnie siarek rtęci. Występowanie objawów rtęciocy oraz wykazanie rtęci w moczu u wszystkich, poddanych doświadczeniu, dowiodło, że rtęć stosowana jako wcieranie siarku stanowczo może się dostać do krwiobiegu, a więc i leczyć. Drugi szereg doświadczeń przeprowadzony był na kotach, którym autor zastrzykiwał w mięśnie zawieszinę siarku rtęci w oliwie. Te doświadczenia wykazały również, że siarek

rtęci ulega wchłonięciu i wywołuje swoiste zmiany prawdopodobnie dzięki temu, że żyjąca komórka rozkłada go pomалу i pozwala na wytworzenie nowych połączeń organicznych, w postaci których może on krążyć w ustroju i być z niego wydalany. Porównaweże doświadczenia przekonały autora, że działanie siarku rtęci jest łagodniejsze, niż szaruchy, kalomelu i żółtego tlenku, że przeto kąpiele siarczane mogłyby istotnie osłabiać działanie szaruchy (nie zaś zupełnie niszczyć), ale tylko w takim razie, gdyby zamiana rtęci metalicznej na jej siarek odbywała się całkowicie, t. j. dotyczyła całej ilości użytej rtęci, czego nie mamy w rzeczywistości. Przytoczywszy następnie w streszczeniu zdania w roztrząsanej kwestyi piętnastu specjalistów, podane przez D-ra Elsenberga (Gaz. Lek. 1893), autor kończy swą interesującą pracę uwagami o korzyści leczenia przymiotu wcieraniem w połączeniu z kąpielami siarczanemi.¹⁾ *Fr. G—yć.*

13. E. Sonnenberg. **Ichtyol w leczeniu zapalenia nieżyłowego gardzieli.** Autor opisuje 4 przypadki ostrego zapalenia gardzieli w których stosował z powodzeniem roztwór 2—3⁰/₀ ichtyolu,—i na podstawie ich oraz całego szeregu (40) innych, niepodanych, przypadków zaleca w omaw. chorobie stosowanie 2—3⁰/₀ roztworów ichtyolu do płukania co 10—15 minut. *H.*

17. Bol. Wicherkiewicz. **O nowym skutecznym sposobie leczenia ostrej jaglicy.** Autor leczy ostrą postać jaglicy w ten sposób, że choremu przewraca silnie powieki i opłukuje spojówkę przeciągłym strumieniem 3⁰/₀ kwasu borowego; potem zakłada maść sublimatową (1:500 albo 1:1000) do worka spojówkowego, a następnie nakłada osuszającą opaskę. Tę ostatnim W. stosuje w następujący sposób: dość dużym pokładem gazy, napojonej glicerynowym roztworem taniny (Acidi tannici 10,0, Glycerini 100,0) pokrywa powieki, na gazę kładzie stosowną warstwę waty, którą pokrywa papierem gumowym, a to wszystko przykrywa stosownie szeroką wstęgą flaneli. Jeżeli chory obydwa oczy ma zajęte, W. nakłada opaskę na przemian na jedno i na drugie oko. Opaska pozostaje na oku kilka, lub kilkanaście godzin. *W. Garliński.*

18. O. Jaruntowski. **O nowym sposobie zadmuchiwania przesków do krtani.** Przyrząd składa się z gumowej rurki, której tylny koniec połączony jest za pomocą 40 ctm. długiego węża gumowego z podwójnym mieszkem. Sposób zadmuchiwania streścić się nie da, interesujących się więc odsyłamy do oryginalnego artykułu. *S. I.*

19. S. Goldflam. **O chromaniu przestankowem.** Autor najpierw w ogólnych zarysach omawia istotę cierpienia i przytacza poglądy autorów na przyczynę, wywołującą to mało znane cierpienie. Na

¹⁾ Pomimo że autor „recydywy przymiotu (po leczeniu w Busku) nie widział ani razu, od kolegów nie miał też o nawrotach wiadomości“, nie można jeszcze wnosić, że powrotów tych istotnie nie było już wcale—*przyp. Sprawozdawczy.*

zasadzie szczegółowego badania kilku przypadków chromania przestankowego, jakie miał sposobność sam autor dokonać, przychodzi do tego przekonania, że cierpienie to nie jest tak rzadkie, jak utrzymywał Charcot, że nie tylko arteriosceros, wywołana cukrzycą, wywołuje to cierpienie, lecz i zmiany w ścianach naczyń pochodzenia przymiotowego mogą wywołać chromanie przestankowe. Wskazówki jak trzeba leczyć i jakich danych trzymać się, by rozpoznać to cierpienie wypełnia ciekawie napisany artykuł kol. Goldflama. K. R.

20. Edward W. Zieliński, Leon Nencki i Józef Karpiński, **Tenonitis, czyli zapalenie torebki Tenona, a tak zwana nosacizna psów.** Zieliński Ed. obserwował 6 przypadków zapalenia torebki Tenona, jakie wystąpiło u członków rodziny B. jednocześnie. Cierpienie to miało charakter sprawy zakaźnej całego ustroju; oprócz wypuklenia gałki ocznej, obrzmienia powiek i fałdy przejściowej spojówki—występowały zaburzenia ze strony kanału pokarmowego (wymioty, zaparcie stolca, brak łaknienia), dróg oddechowych (zapalenie oskrzeli, płuc i gardzieli), systemu nerwowego (ból głowy, osłabienie ogólne, apatya); we wszystkich przypadkach towarzyszyło temu wzniesienie się ciepłoty, trwające od 3-ch do 12 dni. Badanie bakteriologiczne wydzielin z łącznicy oczu u 3-ch chorych wykazało u wszystkich jeden i ten sam rodzaj gronkowca, ostatni przeto zdawał się być przyczyną zakażenia. To że znajoma, goszcząca u owej rodziny po wyjeździe do Gostynina, zapadła na takież cierpienie i udzieliła je ojcu swemu i psu pozwoliło wnioskować o zaraźliwości całej sprawy. Przypuszczenia te znalazły poparcie w zachowaniu I., który później mieszkał w pokoju B. i sypiał w łóżku chorego przedtem B. Choroba miała ten sam przebieg, a otrzymany drobnoustrój okazał się identycznym z wychodowanymi z przed 9 miesięcy. Zapadnięcie mopsa w roku następnym u pp. B. i otrzymanie od niego hodowli takich samych jak od ludzi, pozwalało zapatrywać się na całą sprawę, jako na nieznaną dotychczas zoonozę. Choroba mopsa rozpoznaną została (prof. Żurawski) jako nosacizna psów, ustanowienie zaś obrazu chorobowego u psów, podanego w weterynaryi Friedbergera i Foernera, z takimże obrazem u obserwowanych chorych Zielińskiego wykazało identyczność objawów chorobowych i t. d. Otrzymany mikroorganizm przedstawił się jako gronkowiec, zbliżony wyglądem morfologicznym do *staphylococcus albus*, lecz rozkładający energicznie cukier i peptonizujący białko; zdaje się on być identycznym zatrzymanym przez Marconi'ego i Meloni'ego od psów. Szczepione w worek łącznicowy mopsom małym wywoływało u nich cierpienie identyczne z nosacizną psów i z chorobą, obserwowaną u ludzi. Jednym słowem na mocy otrzymanych danych można przyjąć, że: 1) Tak zwana nosacizna psów może przenosić się na ludzi i odwrotnie. 2) Drobnoustrój, wywołujący nosaciznę u psów i u ludzi, jest jeden i ten sam podobny jest bardzo do gronkowca Rosenbacha, i różni się głównie zdolnością rozkładania cukru gronowego. 3) Tak zwane *Tenonitis* może być jednym tylko z objawów zakażenia nosacizną psów.

Z.

21. Dr. Med. Ronthaler. **Porównawcze Bakteryologiczno-Chemiczne badania nad stosunkiem lasecznika cholery Massawskiej (cholera Massava) do wibryona ptasiego Miecznikowa i przecinkowca Koch'a.** Autor posiłkując się metodą prof. M. Nenckiego, badał produkty rozkładu białka i cukru, wytworzone przez dwa najbardziej podobne do przecinkowca Koch'a laseczniki, mianowicie wibryon ptasi i lasecznik cholery Massawskiej. Wibryon ptasi został wykryty w czasie pewnej epidemii kur przez Gamaleję i nazwany przez tegoż „vibrio Metschnikowi“. Gamaleja, zbadawszy morfologiczne i biologiczne własności wibryona ptasiego doszedł do przekonania, że przecinkowiec Koch'a i wibryon ptasi przedstawiają dwie odmiany fizyologiczne tegoż samego gatunku. Przypuszczenie to poparte przez jednych, obalane przez innych, pozostało niedowiedzione. Podobnie stała kwestya i z lasecznikiem, wykrytym przez Pasqual'a w czasie epidemii cholery w końcu roku 1890 w Massawie i nazwanym „bacillus cholerae Massavae“. Vincenzi, przeprowadziwszy badania nad hodowlami, otrzymanymi od Pasqual'a, wypowiedział przypuszczenie, że lasecznik cholery Massawskiej jest przecinkowcem Koch'a, odznaczającym się wielką zakaźnością; przypuszczenie to nie potwierdzone przez innych badaczy dało jedynie pole do dalszych poszukiwań w tym kierunku. Kwestyą tą zajął się autor i w tym celu zbadał produkty rozkładu białka i cukru trzech zakwestyonowanych laseczników. Metody i sposobów badania, szczegółowo opisanych przez autora, dla braku miejsca nie podaje, zaznaczą tylko, że badano produkty, wytwarzane przy i bez dostępu powietrza. Rezultat badania następujący: z produktów rozkładu białka znaleziono indol i skatol, wytwarzane w dużych ilościach przez lasecznik cholery Massawskiej, w mniejszych ilościach przez przecinkowiec Koch'a i w znacznie mniejszych przez wibryon ptasi; lasecznik cholery Massawskiej wytwarzał przytem kwas octowy wibryon ptasi kwas masłowy, przecinkowiec Koch'a zaledwie ślady kwasów tłuszczowych. Zbadawszy produkty rozkładu cukru znalazł autor, że lasecznik ch. M. i przecinkowiec K. wytwarzają optycznie nieczynny kwas mleczny; wibryon ptasi kwasu mlecznego wcale nie wytworzył, a natomiast znaczne ilości kwasów tłuszczowych. W celu przekonania się o zakaźności hodowli po ukończeniu sprawy fermentacyjnej przeprowadzano szczepienia na świnkach morskich i gołębiach. Hodowle aërobiotyczne las. ch. M. i wibryona ptasiego okazały się zabójcze dla świnek (wstrzykiwania podskórne i do jamy otrzewny) i dla gołębi; po wstrzykiwaniach hodowli anërobiotycznych świnki i gołębie pozostały żywymi; wstrzykiwania hodowli aërobiotycznych przecinkowca K. gołębie znosiły dobrze, a szczepienia hodowli anërobiotycznych żadnego wpływu na gołębie nie wywierały szczepienia aëro i anaërobiotycznych hodowli na cukrze las. ch. M. i wib. pt. gołębi nie zabijały. Wreszcie zauważył autor, że gleby, na których rozwija się las. ch. M. rozkładają się prędzej, aniżeli gleby służące dla l. Koch'a. Na podstawie badań i rezultatów doświadczeń wyprowadza autor następujące wnioski: Wibryon ptasi niema nic wspólnego ani

z przecinkowcem Koch'a ani z las. ch. M.; las. ch. M. i przecin. K. bardzo się do siebie zbliżają; kwestyi jednak spornej co do ich identyczności kategoriycznie rozstrzygnąć nie można z powodu pewnych różnic w ilości wytwarzanych produktów i różnic w zakaźności dla świńek i gołębi.

Swiężyński.

22. Sokołowski. **Przyczynę do patologii zapalenia przerosłego krtani.** Autor opisuje 6 przypadków wzmiankowanego cierpienia, spostrzeganych na swym oddziale. Prócz obrazu klinicznego podaje szczegółowe badania anatomo-patologiczne i stosowaną terapię. Wnioski wyprowadza autor następujące: Laryngitis subglottica spotyka się w naszym kraju dość często, przeważnie u ludności wiejskiej. W anamnezie chorych zanotowany był tyfus, który zgodnie ze spostrzeżenia Schretter'a zdaje się odgrywać pewną rolę etyologiczną. Na zasadzie badań anatomo-patologicznych powiedzieć można, iż omawiana sprawa chorobowa jest to przewlekłe rozrostowe zapalenie, kończące się wstworzeniem tkanki bliznowatej. W pewnych przypadkach za bodziec zapalny uważać należy bacillus rhinoscleromatosis. Jako jedynie racjonalną terapię autor uważa laryngofissurę z wycięciem głębokiem przerosłych części krtani. *S. Iwanicki.*

24. Gliksman Edward. **W sprawie doszczętnego operowania przepuklin pachwinowych.** G. L. Nr. 24 i 25. Opisuje tu Gliksman 6 przypadków przepuklin, operowanych sposobem Bassini'ego z których w 5 osiągnięto zupełne i trwałe wyleczenie, w jednym zaś tylko przyszło do recydywy, a to wskutek tego, że indywidualności tego przypadku (zrost kiszki z workiem w okolicy szyjki) nie pozwoliły na podwiązanie worka powyżej szyjki, co jest jednym z zasadniczych momentów operacji Bassini'ego. Ponieważ o sposobie Bassini'ego w Kronice dotychczas nie referowaliśmy, pozwolimy tu sobie w krótkości sposób ten według Gliksmana opisać: cięcie skórne należy zrobić na całej długości kanału pachwinowego w głąb do samego rościęna mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha. Ściągnęto następnie na całej długości kanału ulega rozcięciu, poczem następuje wypreparowanie worka, co musi być zrobione wysoko i ponad wrotami przepuklinowemi. Następnie trzeba oddzielić sznurek nasienny od worka i ostatni, po przekonaniu się o dokładnem odprowadzeniu zawartości do jamy brzusznej, o ile można jaknajwyżej za pomocą wklutej ligatury podwiązać. Potem oddzielony już sznurek odciąga się na zewnątrz i ku górze, a brzegi mięśnia prostego brzucha i potrójnej warstwy, złożonej z mięśnia skośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi prostopadłej Cooper'a (tak Gliksman za Bassinim nazywa powięź poprzeczną) przyszywa się jedwabnym szwem węzełkowym do więzcu Poupert'a, pozostawiając w górze małą tylko szczelinę dla sznurka nasiennego. Otrzymujemy w ten sposób jakoby nowo odtworzoną tylną ścianę kanału pachwinowego, na którą teraz kładziemy sznurek nasienny i ponad nim przecięte poprzecznie rościęno mięśnia skośnego brzucha zeszywamy. W ten sposób odbudowujemy zupełnie prawie fizjologiczny kanał pachwinowy o skośnym przebiegu i o dwóch moc-

nych ściankach, wzajemnie się podtrzymujących. Modyfikacyjom pewnym, które z góry zresztą przewidzieć można, ulega operacja Bassini'ego przy przepuklinie pachwinowej wrodzonej i przy przepuklinie prostej. W przypadku pierwszym sznurka od worka odpreparować nie można; należy obciąć tylko część worka wolną przyrośniętą zaś do sznurka i jądra na miejscu pozostawić. W przypadku drugim, przy przepuklinie prostej (Hesselbacha) wrota przepuklinowe są duże, szyja krótka, trudno jest uformować dogodną do podwiązania szypułę. Należy wtedy przed obcięciem worka otworzyć i po odprowadzeniu zawartości otrzewną worka po za wrotami przepuklinowymi zeszyć, poniżej zaś szwu worka obciąć i wyłuszczyć. Jeżeli na worku przepukliny wewnętrznej znajdują się naczynia podbrzuszne to należy je uprzednio podwiązać i pomiędzy podwiązkami przeciąć. Paska po operacji Bassini'ego chory nosić nie potrzebuje. Bassini sam operował swoim sposobem 251 przypadków, z których w 7 tylko stwierdzono recydywę; zejście śmiertelne miał Bassini raz tylko, i to wskutek przyczyn od operacji nie zależnych (zapalenie płuc). *Dz.*

26. B. Korybut-Daszkiewicz: **Przyczynę do kwestyi leczenia miąższowego zapalenia gardła.** Autor proponuje wykonywać we wspomnianej sprawie skaryfikacye końcem zwykłego bistouri (okrećciwszy go nitką)—w ilości 10—12 nakłóć. Nieraz wypada je wykonywać 2—3 razy w ciągu przebiegu choroby. Następnie autor radzi łykanie lodu i płukanie kwasem bornym. Przy takim postępowaniu na 50 przypadków ani razu nie doszło do wytworzenia się ropnia. *H.*

27. Józef Goldbaum. **Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka.** Autor opisuje przypadek cierpienia żołądka, dotyczący 42-letniego mężczyzny; zasługujący na wzmiankę ze względu na zmienność w czynności wydzielniczej, oraz w położeniu żołądka. Treść żołądkowa badaną była naczem po wypiciu 200 ctm. wody przekroplonej, w kilku przypadkach po spożyciu śniadania próbnego. Wyniki analizy chemicznej podaje autor w oddzielnych tablicach, w których widać, że wahania w ogólnej kwaśności, zarówno jak i w ilości wolnego kwasu solnego są bardzo znaczne. Na podstawie swego przypadku przypuszcza autor, że obok stałych zboczeń w wydzielaniu soku żołądkowego istnieją formy niestrawności, przebiegające ze znacznymi czasowymi wahaniami czynności wydzielniczej żołądka. *H. K.*

29. Elsenberg Ant. **Gumat oczodołu.** Autor, przytoższy w krótkich, lecz treściwych słowach uwagi, dotyczące gumat oczodołu, podaje skrzętnie notowany przypadek tego cierpienia. Rozpoznanie swe E. oparł z jednej strony na zjawiskach, towarzyszących zwykle wszystkim sprawom nowotworowym, rozwijającym się w oczodole, a z drugiej na wywiadach i istniejących współcześnie innych objawach syfilisu, mianowicie gumatach nosa i czoła. Po zastosowaniu specyficznego leczenia (mieszana kuracya jodo-rteciowa), przeprowadzonego dość energicznie i po ustąpieniu objawów otrucia

merkuryalnego E. zauważył, że exophthalmus znacznie się zmniejszył, obrzęk powiek i przekrwienie łącznicy znikły zupełnie, natomiast pozostało rozszerzenie źrenicy, brak odczynu tejże na światło i ograniczenie ruchu gałki ocznej na zewnątrz. Powyższy stan E. tłumaczy sobie bliznowatym zwyrodnieniem włókien nerwowych zwoju rzęskowego (rozszerzenie źrenicy) i włókien nerwu okoruchowego, idących do mięśnia prostego zewnętrznego, który również, po uprzednim wessaniu gumatu, podległ zwyrodnieniu bliznowatemu (zez rozbieżny).

W. Garliński.

30. I. Halpern. **O zależności przebiegu przymiotu od źródeł zakażenia.** Na zasadzie dwóch własnych obserwacji, jak również opierając się na pracach Roger'a, Diday'a, Boeck'a, Kassowitz'a, Bassereau, Zeissla, Fournière, Neumann'a i innych, autor przychodzi do wniosku że przy przenoszeniu przymiotu, czy to drogą zetknięcia, czy to drogą dziedziczenia istnieje, zdaje się, fakt, że przebieg przymiotu zależny jest między innymi warunkami także od tego, czy zakażenie nastąpiło od osobnika z mniej lub więcej irytacyjno-zapalną formą przymiotu. Pierwszy przypadek autora dotyczy 32 letniego mężczyzny, który zaraził się przymiotem na 14 lat przed ślubem, a w 7 miesięcy po ślubie przyszedł do autora z objawami Syphilis cutanea ulcerosa serpiginosa na prawem udzie. W 10 miesięcy po ślubie żona, która żadnych objawów przymiotu nie przedstawiała, urodziła mu zdrowe na pozór dziecko, które jednak w 6 miesięcy po urodzeniu zmarło na „konwulsje“. U kobiety tej badanej wtedy autor znalazł bliznowate już zanikłe gummata cutanea. W drugim przypadku do autora zgłosił się 35 letni mężczyzna z trwającym około 3 tygodni płasko owrzodzonym, bardzo wyraźnie ograniczonym, twardym nasiękiem wewnętrznego listka napletka. Jak się okazało przy konfrontacji, zakażenie nastąpiło od osoby już dłuższy czas cierpiącej na przymiot, a powstała tą drogą u mężczyzny przymiot ograniczył się tylko pierwotnym objawem bez żadnych zmian ogólnych, których autor nie mógł przeoczyć, mając chorego w ciągu 18 miesięcy pod ścisłą obserwacją. Chory ten zaraził swoją żonę, w której we właściwym czasie wystąpiły typowe ogólne objawy. Trzeciej obserwacji możnaby zrobić zarzut, że autor nie zaznacza wyraźnie tego, że chory przymiotu nie przechodził.

E. K.

31. Higier H. **Polyneuritis et poioencephalomyelitis anterior.** Autor opisuje jeden z tych ciekawych wypadków, w których w danym ustroju występują jednocześnie dwa niezależne od siebie cierpienia układu nerwowego. U 26-cio-letniej kobiety, nie obciążonej dziedzicznie, obserwować się daje następujący obraz choroby: porażenie zewnętrznych mięśni oczu (ophtalmoplegia externa) unieruchomienie twarzy, utrudnione polykanie i mowa, zmęczenie przy żuciu, chryпка i niemożność kaszłania, dość wyraźny zanik języka, osłabienie siły kończyn górnych, a ze strony kończyn dolnych: bóle świdrujące, anaesthesia dolorosa, bolesność mięśni i nerwów przy ucisku, lekki obrzęk stóp; niemożność chodzenia wskutek nadwrażliwości podszew, odruchy ścię-

gniste wzmożone, porażen i zaników niema. Choroba rozpoczęła się przed 17 laty (po ciężkim tyfusie) osłabieniem powiek, do którego powoli przyłączyły się zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych (natury ruchowej), osłabienie kończyn górnych, a w końcu cały szereg objawów ze sfery przeważnie czuciowej w kończynach dolnych. Zajęcie kończyn dolnych wystąpiło nagle po ciężkim poronieniu przed kilkoma tygodniami. Analizując po kolei oddzielne objawy, i wykluczwszy te formy chorobowe, z którymi dany wypadek można by było zmieszać (Neuritis multiplex z zajęciem nerwów czaszkowych, nekrotabes peripherica, uleczalne porażenie opuszkowe) autor dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z dwoma oddzielnymi postaciami chorobowymi. Pierwsze z nich przedstawia się jako postępowe zstępujące zwyrodnienie jąder nerwów ruchomych. Rozpoczęło się ono od zajęcia gałązek wewnętrznych nerwu okoruchowego, (oftalmoplegija externa, polioencephalitis superior), do czego przyłączyły się powoli zaburzenia opuszkowe (polioencephalitis superior) i osłabienie siły kończyn górnych, zależne od zajęcia prawdopodobnie komórek zwojowych rogów przednich rdzenia (poliomyelitis superior). Czyli, że mamy tu obraz polioencephalomyelitidis chronicae progressivae. Zaburzenia czuciowe w kończynach dolnych występują niezależnie od głównego cierpienia i z uwagi na swój charakter jak i warunki powstania winny być postawione w zależności od polineuritis multiplex, który się rozwinął na skutek procesu zakaźnego, związanego z poronieniem. Obserwowany przez autora wypadek dał mu sposobność do wyrażenia w swej pracy kilku uwag w kwestyi „uleczalnego porażenia opuszkowego“ jak również patogenезy wieloogniskowego zapalenia nerwów.

K. Wisłocki.

32. Wł. Palmirski. **Kilka słów w sprawie zaopatrywania miast w wodę zdatną do picia.** Obecnie uważamy taką wodę za dobrą, która obok niezbyt wielkiej twardości, nieznacznej ilości chlorków i części organicznych, zawiera mniej niż 100 bakteryi w 1 ctm. sz.

Warszawa posiada względnie dobrą wodę filtrowaną. Woda wiślana filtrowana od 12-go Marca do 12-go Maja r. b., zawierała od 10 do 40 bakteryi w 1 ctm. sz., wprost z filtrów i od 15 do 50 w rurach wodociągowych. Liczby te ulegają wahaniom jedynie przez czas przyboru Wisły. Ilość bakteryi wtedy w 1 ctm. sz. wody filtrowanej bywa większa, niż 270, 400, a nawet 800; w wodzie zaś niefiltrowanej doszła liczby 31,300.

Praga i inne przedmieścia m. Warszawy w braku wody wiślanej filtrowanej, muszą się posiłkować wodą studzienną lub wiślaną, niefiltrowaną.

Ilość bakteryi w 1 ctm. sz. wód studziennych wynosiła od 400 do 15,000 (według badań autora, Karpińskiego i Nenckiego).

Chemiczne badanie wody z rur wodociągowych na Pradze wykryło ślady kwasu azotowego i azotowego. Obecność tych związków w wodzie objaśnia się sąsiedztwem rzeźni, znajdującej się w niedalekiej odległości od smoka Praskiego przy wale.

Ze względu na powyższe okoliczności, pożądanem jest bardzo wykonanie projektu, mającego na celu zaopatrzenie mieszkańców Pragi w wodę wiślaną filtrowaną.

J. W.

Nadesłano do Redakcyi.

Jakób Halpern: Ueber die Abhängigkeit d. Verlaufes d. Syphilis von der Infectionsquelle. Odb. z Arch. f. Derm. m. Syphilis.

Dr. W. J. Abel: O leczebnoj griazi zagraniczej i u nas. Odesa 1894.

B. Wicherkiewicz: Zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu w zapaleniach sympatycznych. Odb. z Now. Lek.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz: Rakowy kilak tęczówki w podstawie wiązowej. Odb. z Now. Lek.

Ludomił Korczyński: Przyczynek do etyologii wad sercowych. Odb. z Przegl. Lek.

Dr. H. Higier: Ueber Unilaterale Hallucinationen. Wiener. Klinik. 1894.

Dr. med. H. Higier: Polyneuritis et polienccephalomyelitis auterin. Odb. z Gaz. Lek.

Tenże: Beitrag zur hysterischen Apoplexie. Odb. z Wien. Kl. Wochen.

Tenże: Dystrophia musculorum progressiva. Odb. z Bibl. der med. Wissenschaften.

SPROSTOWANIE.

W zeszytcie V-ym:

Str. 329 w wierszu 8-ym od dołu zamiast „w literaturze podręczników“ powinno być „w literaturze naszej podręczników“, w wierszu 3-im od dołu zamiast „tą podał“ powinno być „tę pisał“.

Str. 330 w wierszu 12 od góry zamiast „stapylococcus“ czytaj „staphylococcus; w wierszu 23-im zamiast „zarażanego“ czytaj „zakazanego“.

Str. 336 w wierszu 30 zamiast „Flark i Laur“ czytaj „Flach i Lanz“.

W zeszytcie VI-ym:

Str. 373 i nast. zamiast „Siegiel“ czytaj „Siegel“.


Str. 374 wiersz 1-szy od góry zamiast „zreformować“ czytaj „zreferować“.

St. 336 wiersz 12-ty od dołu zamiast „częste“ czytaj „czyste“.

Str. 380 i nast. zamiast „Phoras“ czytaj „Phocas“, wiersz 15 od dołu zamiast „ziemne“ czytaj „zimną“.

Str. 387 wiersz 16-ty od góry zamiast „Abawana“ czytaj „Albarrana“.

Str. 404 wiersz 8-my od góry zamiast „Grubower“ czytaj „Grabower“.

 Do niniejszego zeszytu dołącza się tablica do artykułu D-ra J. Sędziaka p. t. „Przyczynek do kazuistyki guzów w jamie nosogardzielowej“, pomieszczonego w 6-ym zeszycie „Kroniki Lek.“

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Ogłoszenia.

NOWE DZIEŁO

wyszło staraniem i nakładem

WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH

W KRAKOWIE

pod tytułem

NAUKA O CHOROBAH KOBIECYCH

(Ginekologja).

OPRACOWAŁ

Dr. Władysław Bylicki.

(z 131 rycinami w tekście.)

Cena 6 złr. 40 kr. w. a.

Nabyć można we wszystkich księgarniach krajowych oraz zagranicznych, jak również w Administracyi Wydawnictwa w Krakowie, ul. Floryjańska 13.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiorów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.

Ulica Wspólna Nr. 42.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w KARLSBADZIE

mieszka Kreuzgasse Insel Rügen.