

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## PRZYPADEK OSTREGO WSTĘPUJĄCEGO PORĄŻENIA.

(Paraliż Landry'ego).

PODAŁ

*Dr. Med. S. Trzebiński.*



Piotr J. włościanin 26 lat, zdrów poprzednio, syfilisu nie przechodził, nie alkoholik. W końcu marca st. styl. r. b. zachorował na gorączkę, która rozpoczęła się od ziębienia i trwała 3 dni, potem wstał wprawdzie i odbył 10 wiorstową drogę do kościoła parafialnego pieszo, nie czuł się jednak zupełnie zdrowym.

Widziałem go po raz pierwszy 2-go kwietnia st. styl.: przyszedł wtedy do mnie piechotą (mieszkał w tej samej wsi) i skarżył się na ból głowy, cierpienia w całym ciele, łamanie i osłabienie w nogach. Ciepłotę ciała znalazłem normalną, w płucach i sercu nic nieprawidłowego, mocz bez białka, śledziona niewymacalna. W dwa dni później, to jest 4-go kwietnia, widziałem go już u niego w domu. Dowiedziałem się wtedy, że zaraz po powrocie odemnie uczuł takie osłabienie w nogach, że się na nich utrzymać nie mógł, następnie osłabły mu też ręce. Od wczorajszego dnia nie może nie połykać,

zachłystuje się przy próbie wypicia najmniejszej nawet ilości płynu i ma uczucie „jakby mu język kołem stanął“. Ból głowy już mu nie dokucza, łamanie w nogach prawie zupełnie ustąpiło, natomiast pozostało uczucie cierpienia całego ciała. Mocz oddaje prawidłowo, ostatni stolec wczoraj. Obie nogi chory podnosi nie wyżej jak na  $\frac{1}{2}$  stopy, w górnych kończynach siła mięśniowa również znacznie osłabiona, może on wprawdzie ścisnąć dłoń z niejaką siłą, nie jest jednak w stanie podnieść podramienia wyżej jak na kilka cali, ramię wcale nie podnosi. Siada z wielkim wysiłkiem, a usiadłszy, chwije się na wszystkie strony, głowę za to trzyma prosto i mocno. Mięśnie kończyn zupełnie wiotkie, odruchy ścięgnowe nie dają się wywołać, ze skórnych zachowany odruch mosznowy, podczas gdy odruchu brzuszno-żołądkowego wykazać nie mogę. Czucie dotykowe i bólowe prawidłowe wszędzie, z wyjątkiem palców obu nóg, gdzie nad ostatnimi falangami stwierdzam znaczne, nad środkowymi i podstawowymi mniejsze jego osłabienie. Wszystkie pnie nerwowe oraz większe nerwy kończyn, o ile są dostępne badaniu, *bardzo bolesne* na ucisk, najwięcej oba plex. brachiales i nn. ischiadici, mniej, ale zawsze wybitnie bolesne oba nn. crurales, radiales, mediani, ulnares, peronei. Śledziona daje się teraz wyraźnie wyczuć, jest twarda i wystaje przy silnym wdechu przynajmniej na dwa palce z pod łuku żebrowego.

Temperatura nie podniesiona.

Odąd choroba szybko już postępowała. Następnego dnia chory nie może się odwrócić ani usiąść na łóżku o własnej sile, mowa jeszcze mniej wyraźna, przytem wystąpił bezgłos. Stwierdzam też nierówność źrenic (lewa szersza) oraz leniwą ich reakcję na światło, porażenie lewego nerwu twarzowego, obejmujące także górne jego gałązki (niemożność zmarszczenia lewej strony czoła), oprócz tego zaś silną bolesność na ucisk większej części nerwów czuciowych i mieszanых twarzy, a mianowicie z lewej strony; n. mentalis, n. infra — et supraorbitalis i n. auriculotemporalis, z prawej zaś silnie bolesny był supraorbitalis, podczas, gdy przy ucisku na inne nerwy z tej strony chory zdradzał znacznie mniej bólu. Dalej istniała nadezłość skóry twarzy. Badanie faradyczne mięśni i nerwów wykazywało mniej więcej stosunki normalne, prócz chyba lekkiego zmniejszenia pobudliwości mięśniowej w podudziach. Oddech był dziś płytszy i szybszy, niż dnia poprzedniego, a podczas wizyty wystąpił atak duszności. Po zastosowaniu prądu faradycznego na szyję w okolicy nn. phrenici jednakże, chory wykaszlał śluz, zaczął głębiej oddychać i atak minął. Wtedy wrócił mu też na czas krótki głos.



Po nieznacznem polepszeniu, a przynajmniej wstrzymaniu się dalszego postępu choroby, które miało miejsce nazajutrz, wszystkie wyżej opisane objawy wzmogły się, ataki duszności zaczęły występować coraz częściej i trwać coraz dłużej, nie reagując już bynajmniej na faradyzację nerwów przeponowych i w jednym z nich, dnia 7-go kwietnia chory zakończył życie. Temperatura, mierzona kilkakrotnie, nie przewyższała nigdy 37,5, tętno zawsze było prawidłowe, dopiero na godzinę przed śmiercią zauważyłem lekkie jego zwolnienie (60 na minutę i arytmia). Przytomność aż do ostatnich chwil w pełni zachowana. Pęcherz moczowy do końca funkcyonował prawidłowo. Stolica przez parę ostatnich dni nie była.

Jak widzimy z tej krótkiej historii choroby, człowiek w sile wieku, zupełnie zdrow poprzednio, po 3 dniowej gorączkowej chorobie, przez jakiś czas czuje osłabienie dolnych kończyn i parastezje całego ciała, poczem występują rozległe porażenia mięśniowe, najprzód w dolnych kończynach, później w górnych, w tułowiu, krtani, twarzy, przetyku, aż wreszcie porażenie mięśni oddechowych sprowadza śmierć w kilkanaście dni po rozpoczęciu się owej bliżej nam nieznannej choroby gorączkowej, a w 5 dni po wystąpieniu wyraźnego porażenia dolnych kończyn.

Jest to obraz chorobowy, znany ogólnie pod nazwą ostrego wstępującego porażenia Landry'ego, który to autor pierwszy opisał wyżej wymieniony zbiór objawów w r. 1859.

W ciągu niespełna 40 lat, dzielących nas od tej chwili, spostrzegano to porażenie nieraz, a że kończy się ono najeczęściej śmiercią, więc też niebrak odnośnych obserwacyj anatomopatologicznych. Z tem wszystkiem anatomiczny obraz choroby nie mógł jakoś się ustalić, gdyż wyniki badań pośmiertnych wykazywały bardzo rozmaite zmiany w układzie nerwowym, aż wreszcie zaczęło się ogólnie przyjmować zdanie, że choroba Landry'ego nie jest jednolitem patologicznem pojęciem, lecz tylko zbiorem pewnych klinicznych objawów, mogącym powstać wskutek różnych, tak pod względem etyologicznym jak i anatomicznym procesów.

Usposabiać ma do choroby Landry'ego przebycie wycieńczających chorób np. malarii, alkoholizm chroniczny, nerwowe obciążenie, wreszcie płęć (według Bodin'a (3) mężczyźni częściej na nią zapadają od kobiet), jako momenty etyologiczne bezpośrednie zaś tam, gdzie je w ogóle można wykazać, co niezawsze ma miejsce, wymieniają: zaziębienie, uraz, nadużycia in Venere et in Baccho, stan połogowy, procesy septyczne oraz choroby zakaźne, odgrywające zwłaszcza w nowszych obserwacyach, bardzo wybitną rolę. W niektórych przy-

padkach, odnoszących się do tej ostatniej, kategorii znajdowano też we krwi i w układzie nerwowym mikroorganizmy, tak że zmiany, w tym systemie spostrzegane, można było uważać za bezpośredni skutek ich miejscowego działania. I tak Baumgarten znalazł we krwi i rdzeniu pacierzowym prątki, podobne do prątków czarnej krosty, Curschmann odszukał bacille tyfusowe Eberth'a, Oettinger i Marinesco (4) znaleźli także w rdzeniu kręgowym diplokoki Fränklowskie, Marie i Marinesco (5) znowu bacille podobne do wąglikowych, Remlingen (6) streptokoki, Seitz (7) pneumokoki w hypophysis cerebri.

W innych za to przypadkach drobnoustrojów ani we krwi ani w systemie nerwowym nie było tak, że zmiany, nieraz dość znaczne, w ostatnim należało sobie tłumaczyć, jako skutek działania wytworzonej przez pierwotną chorobę zakaźną i krążącej w organizmie trucizny, czyli jako następstwo intoksykacji. Pomiędzy chorobami zakaźnymi, wskutek których spostrzegano rozwinięcie się zbioru objawów Landry'ego, spotykałem w dostępnej mi, niestety dość szczupłej literaturze z czasów ostatnich, prócz tyfusu brzuszego, ospę, odrę, wściekliznę, zapalenie włóknikowe płuc, gruźlicę, ostry katar nosa, a wreszcie influencję. Według Bodin'a (3) paraliż Landry'ego zresztą zdarzać się ma częściej po lekkich, niż po ciężkich formach chorób zakaźnych.

Już poprzednio wspomnieliśmy, że zmiany anatomiczne, znajdowane przy ostrem porażeniu wstępującem, cechuje wielka różnorodność. Tak więc z początku, jak mówi już sama, przez długi czas ogólnie używana nazwa „paralysis spinalis ascendens acuta“ szukano ich przeważnie w rdzeniu kręgowym, a mianowicie w komórkach nerwowych przednich rogów i całą sprawę uważano jako „poliomyelitis anterior acutissima“. Później zwrócono uwagę na zmiany w przednich korzeniach nerwów rdzeniowych, oraz w samych nerwach obwodowych i zaczęto zapatrywać się na paraliż Landry'ego, jako na „neuritis ascendens“ z następczem rozszerzeniem się sprawy na korzenie nerwowe i komórki przednich rogów, oraz na rdzeń przedłużony. Znajdowano też w niektórych razach mniej lub więcej rozległe sprawy patologiczne na całym przekroju rdzenia, ogólną „myelitis“ — Ballet (8), ostre hemoragiczne zapalenie, z silnem nacieczeniem około ścianek naczyń i następczem rozmiękczeniem rdzenia (Oettinger i Marinesco (4) Marie i Marinesco (5).

Stan, podobny do wyżej opisanego, skonstatował w hypophysis cerebri Seitz (7). Ostre zwyrodnienie rdzenia i nerwów jednocześnie znalazł Krewer (9). Wreszcie nieraz nie znajdowano żadnych zmian



anatomicznych, mogących wytłómaczyć ciężkie objawy chorobowe za życia Westphal (1), Albu (10), co spowodowało drugiego z wyżej wymienionych autorów, do uważania swego przypadku za sprawę funkcyjalną. Co się tyczy innych organów, to prócz często stwierdzanego obrzęku śledziony, nie notowano nieprawidłowości, któreby można uważać za właściwe tej chorobie.

Jedynym stałym objawem klinicznym porażenia Landry'ego w dzisiejszem znaczeniu tej nazwy, pozostał tylko właśnie względnie szybko rozwijający się i znaczną część mięśni ciała obejmujący paraliż. Pojęcie chorobowe z biegiem czasu tak się rozszerzyło, że dziś dawne nazwy, jako obejmujące tylko pewną część przypadków, stanowczo dla niego nie wystarczają. Z poprzedniego krótkiego przeglądu anatomii patologicznej widzieliśmy, że z pierwotnie używanej nazwy „paralysis spinalis ascendens acuta“, należałoby wykluczyć słowo „spinalis, wobec tego, że zmiany w rdzeniu pacierzowym niekoniecznie są potrzebne do wytworzenia odnośnego obrazu klinicznego. Ale i drugie bliższe określenie „ascendens“ także właściwie trzeba by usunąć ze względu na to, że wydarzają się przypadki, zresztą zupełnie podobne, w których porażenia szerzą się nie we wstępującym, lecz odwrotnie w zstępującym porządku — Seitz (7).

Po za tem wszystkie inne symptomy mają mniej lub więcej charakter zmienny, odpowiednio do różnorodności wywołujących je zmian anatomicznych i innych bliżej nam nieznanych warunków.

Tak up., choć w większej liczbie przypadków zupełnie niema porażen pęcherza i odbytu, to przecież znalazłem historye chorób, w których notowano bezwład tych organów (4) (5) — Bodin (3) zaś wspomina w swej pracy wyraźnie, że zwieraczy zachowują się rozmaicie. Zaburzenia czuciowe także nie należały do pierwotnego obrazu chorobowego, później natomiast wspomina się o nich często. Toż samo da się powiedzieć o zmianach pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów; według dawniejszych autorów miała ona pozostawać najczęściej normalną, podczas gdy wyżej cytowany Bodin zaznacza częstość reakcyi zwyrodnienia. O bolesności uciskowej nerwów nie znajduję wzmianki w dostępnej mi literaturze, w niektórych zaś przypadkach powiedziano wyraźnie, że jej nie było, przypuszczam jednakże, że musiano ją spostrzegać i zaznaczyć w opisach neuretycznych form paraliżu Landry'ego, a więc np. w znanej mi tylko z cytata, pracy Leydena (11).

Z ogólnych objawów zauważono często podwyższenie temperatury; przytomność bywała zwykle, choć nie zawsze zachowana, tętno

zachowywało się rozmaicie, ze strony nerek notowano nieraz białkomocz.

Czas trwania choroby chwieje się między kilku dniami, a kilku tygodniami, co się tyczy prognozy, to należy ją uważać raczej za niepomyślną, choć z drugiej strony często zdarzają się przypadki wyzdrowienia. Jako przyczynę śmierci zdaje się, że najczęściej trzeba uważać porażenie mięśni oddechowych.

Jeżeli teraz spróbujemy zdefiniować paraliż ostry Landry'ego, to powiemy, że jest to zbiór objawów klinicznych, z jednym symptomem stałym, to jest szybko na większość mięśni ciała rozprzestrzeniającem się porażeniem i całym szeregiem symptomów niestałych, zależnych od charakteru i umiejscowienia odnośnych zmian anatomicznych, oraz innych nie zawsze znanych nam warunków. Stosownie zaś do tego, czy na pierwszy plan występują zmiany w rdzeniu i opuszce, czy też w nerwach obwodowych, możemy za Leydenem rozróżniać dwa główne typy: typ spinalno-bulbarny i typ neurytyczny. Różniczkową dyagnozę pomiędzy tymi dwoma głównymi typami będziemy mogli z pewnem prawdopodobieństwem postawić „*intra vitam*“ na podstawie odnośnych objawów klinicznych, pamiętając wszakże o tem, że mogą zdarzyć się przypadki, w których autopsya nie tylko tych zmian, których spodziewaliśmy się, lecz w ogóle żadnych zmian nie wykryje.

A teraz wróćmy do naszego Piotra J. i uprzytomnijmy sobie raz jeszcze bliższe okoliczności jego choroby.

Najprzód w wywiadach mamy kilkudniową gorączkową chorobę. Co to było, tego oczywiście na pewno a posteriori określić nie możemy, wiele jednakże przemawia zatem, że chodziło o influencję. W miejscu jego zamieszkania panowała ona wówczas i panuje jeszcze teraz i to przeważnie w niezwykle ciężkiej formie. Większość osób zachorowuje wśród burzliwych żołądkowo-kiszczkowych objawów (bolesci, wymioty, biegunka). Potem występują ciężkie ogólne symptomy i gorączka z wysokimi temperaturami, suchym językiem, znaczną prostracją, nieprzytomnością i wreszcie ogólny bronchit. Z kilkunastu chorych w ten sposób straciłem trzy osoby w sile wieku. A nie tylko we wsi, lecz także w chacie chorego influenza panowała. Równocześnie prawie z nim zachorował na nią ciężko 10-letni jego pasierb, którego potem często miałem sposobność widywać i który dziś jeszcze to jest 15-go maja niezupełnie wyzdorzał. Wobec tego myślę, że nie zbłądzimy, przypisując grypie powstanie porażenia, które Piotra J. o śmierć przyprowadziło. Po przebyciu influenzy zatem, — wyjątkowo lekkiej, zważywszy złośliwy charakter epidemii —



nastąpił kilkudniowy okres zwiastunów z wyszczególnionymi już powyżej objawami ogólnymi, poczem nader szybko zaczęło się rozwijać porażenie, postępujące od dołu ku górze, które zajęło mięśnie kończyn, mięśnie tułowia, krtani, przełyku i gardzieli, oraz mięśnie, zasilane przez lewy nerw twarzowy i mięsień zwieracz lewej źrenicy. Równocześnie zaznaczył się cały szereg zaburzeń czuciowych, a więc zmiany uczucia skórniego (w twarzy nadczułość, w skórze palców nóg przeciwnie, znaczne obniżenia dotykowego uczucia), wybitna bolesność większości dostępnymi do badania nerwów, obok jeszcze w okresie zwiastunowym przez chorego zauważonych parestezji. Odruchy kolanowe i wogóle ścięgnowe były zmiesione, zaburzeń ze strony pęcherza i kiszki odchodowej nie było.

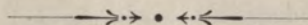
Wszystko to przemawia za tem, że przypadek ten należy zaliczyć do neuryticznego typu porażenia Landry'ego. Nie przesadzając nie o tem, co mogło się dziać w rdzeniu pacyerzowym, przedłużonym lub mózgu, mamy prawo do przypuszczenia z taką dozą prawdopodobieństwa, jaka się wogóle bez autopsji da osiągnąć, że w nerwach obwodowych odbywał się tu jakiś proces patologiczny. Do tego upoważnia nas znaczna bolesność na ucisk ogromnej większości nerwów, a także, choć już nie w tak niedwuznacznym sensie, reszta opisanych wyżej czuciowych zaburzeń, oraz brak odruchów ścięgowych. Brak wyraźnych zmian pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów nie może być użyty jako argument przeciw temu przypuszczeniu, gdyż najprzód choroba trwała za krótko, aby się wybitniejsze zmiany w tym kierunku wytworzyć mogły, następnie zaś badanie wykonane było tylko prądem faradycznym. Do typowego obrazu ostrej „polyneuritis“ niedostaje nam wprawdzie jeszcze silnych samistnych bólów i podwyższenia temperatury, wiemy jednakże, że w praktyce nie wszystkie przypadki przebiegają, trzymając się ściśle szkolnego programu, przytem zaś nie twierdzimy, żeby sprawa, która tu się odbywała miała być koniecznie procesem zapalnym w ścisłym tego słowa znaczeniu. Mogło to być również ostre zwyrodnienie. Ale o rozstrzygnięcie tych wątpliwości nie mam zamiaru się kusić, wiedząc, że w braku anatomicznych dowodów, odnośne teoretyczne spekulacye w żadnym razie nie wyszłyby ze sfery niedostatecznie uzasadnionych domysłów.

---

## L i t e r a t u r a .

---

1. Encyklopedya realna Eulenburga, w rossyjskiem wydaniu. Art. „Spinnomozgowyj paraliż“.
2. Srümpell, Specielle Pathologie und Therapie T. II. (I wydanie).
3. Referat z pracy L. Bodin'a — Journal de Médecine et de Chirurgie pratique T. 68 str. 63 rok 1897.
4. Oethinger et Marinesco: De l'origine infectieuse de la paralysie ascendante aigue. Semaine Médicale. R. 1895 — str. 45.
5. Marie et Marinesco (z posiedzenia Société médicale des Hôpitaux) Semaine Médicale r. 1895 — str. 450.
6. Remlingen (sprawozd. z posiedz. Société de Biologie) Semaine Médicale 1896 — str. 133.
7. J. Seitz. Bulbäre und absteigende Lähmung durch Pilz Einwanderung. Deutsche Med. Wochenschrift 1897 — str. 210.
8. Ballet: (z Société Médicale des Hôpitaux) Semaine Médicale r. 1895 — str. 469.
9. Referat w *Kronice Lekarskiej* r. 1897 — str. 799 z pracy L. R. Krewera.
10. Albu: Etiologie de la paralysie ascendante aigue. Semaine Médicale r. 1894 — str. 56 (Referat).
11. Behrend: Ein Fall von Landry'scher Paralyse mit Ausgang in Genesung. Deutsche Med. Wochenschrift r. 1895 — 775. (W pracy tej autor wspomina o artykule Leydena: Ueber multiple Neuritis und acute aufsteigende Paralyse nach Influenza. Zeitschrift für Klin. Medicin B XXIV Heft I—II).





## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Patologia i Medycyna wewnętrzna.*

223. Basch i Weleminsky. O wydzielaniu drobnoustrojów z mlekiem. (Ueber die Ausscheidung von Krankheitserregern durch die Milch). Jahrb. f. Kinderheilk. T. XLVII. Z. 1.

Do doświadczeń, mających na celu ponowne sprawdzenie wymienionej w tytule kwestyi, użyto morskich świnek. W pierwszej seryi doświadczeń autorowie zastrzykiwali do żył zwierzętom osłabioną nieco hodowlę laseczników węglika, zabijającą zwierzęta w ciągu 2—3 dni. Otóż we wszystkich przypadkach mleko zwierząt pozabawione było zupełnie drobnoustrojów, podczas gdy przedsiębrane dla kontroli badanie krwi zawsze obecność ich wykazywało. Z młodych zwierząt, pozostawionych przy zarażonych samicach, zginęło kilka, że jednak zakażenie odbyło się tu na innej drodze, nie zaś przez mleko, o tem przekonali się autorowie, karmiąc odstrzykniętem mlekiem zarażonych samic młode, umieszczone w oddzielnej klatce. Te ostatnie wszystkie pozostały zdrowe. Przy badaniu mikroskopowem gruczołów piersiowych okazało się, iż obwodowe części gruczołu oraz tkanka okołogruczołowa przepelnione są lasecznikami, podczas gdy w częściach środkowych zaledwie gdzieniegdzie można było rozpoznać nieliczne laseczniki. Robiło to wrażenie, jakgdyby gruczoł, działając na podobieństwo filtru, zatrzymywał laseczniki w częściach obwodowych i nie dopuszczał do części środkowych. Podobny obraz mikroskopowy przedstawiały ślinianki, natomiast wątroba, nerki, gruczoły limfatyczne były gęsto wypełnione lasecznikami. W następnej seryi doświadczeń zastrzykiwano zwierzętom jednodniową hodowlę buljonową laseczników ropy błękitnej. Po 5—8 godzinach już można je było wykazać w mleku, gdzie stale się znajdowały aż do śmierci, która następowała zazwyczaj po upływie 2 dni. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono krwawe nacieczenie w tkance około gruczołowej oraz liczne wynacznienia w samym gruczole piersiowym. Przedstawiało to rażący kontrast w porównaniu z bladym zupełnie gruczolem piersiowym zwierząt, zarażonych węglikiem. W jednym przypadku zastrzyknięto starą hodowlę laseczników ropy błękitnej, a więc obfitującą w toksyny. Zwierzę padło po 7 godzinach. Pomimo, iż we krwi przez cały ten czas były laseczniki, mleko okazało się zupełnie jałowem. Badanie pośmiertne wykazało, iż gruczoł był bladej, jak przy węgliku, i wolny od wynacznień, toksyny widocznie zabiły zwierzę, zanim te ostatnie mogły się pojawić. Fakty te doprowadziły autorów do wniosku, że drobnoustroje wtedy tylko przechodzą do mleka, gdy wywołują w gruczole wynacznienia.

Dalsze badania potwierdziły to spostrzeżenie. Laseczniki tyfusu brzuszego, cholery i błonicy, zastrzyknięte do żył, nie były znajdowane w mleku. Gruczoły piersiowe były blade, bez wynaczynień. Natomiast bacillus bovis morbificans, wywołujący wynaczynienia, stale znajdowany był w mleku. Wobec tych faktów należało oczekiwać, że, jeżeli wywołamy w jakikolwiek sposób wynaczynienia w gruczole piersiowym, otrzymamy w mleku i takie drobnoustroje, które zwykle doń nie przechodzą. Przypuszczenie to sprawdziło się. Zarazając morskie świnki jednocześnie hodowlami bac. bovis. morbific. i węgliką, autorowie otrzymali te ostatnie w mleku. Wreszcie wykonano szereg doświadczeń nad paciorkowcami i gronkowcami, które, jak się okazało, wbrew zdaniu Eschericha, Karlińskiego i in., również do mleka nie przechodzą. Odmiennie wyniki, otrzymane przez wzmiankowanych badaczy przypisać należy temu, iż doświadczenia swe wykonywali w warunkach, nie wykluczających możliwości zanieczyszczenia mleka. Co się tyczy zastosowań praktycznych, to z powyższego wynika, iż dziedzina „zakażeń przez mleko“ powinna być znacznie ograniczona. Nie dotyczy to zresztą sprawy zakażenia wydzielanemi z mlekiem toksynami.

F. S.

224. Prof. v. Basch. **O czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej i o rozpoznawaniu tegoż cierpienia.** („Ueber die funktionelle Mitralinsuffizienz und deren Diagnose“. Wiener Medizinische Presse № 2 i 3. 1898).

Według Jacobson'a szmer skurczowy u zastawki dwudzielnej powstaje: 1) wskutek ruchów wirowych krwi; 2) drgań zastawki, lub 3) drgań mięśnia sercowego. Obecność zatem szmeru skurczowego u zastawki dwudzielnej stwierdza przedewszystkiem, że w danym przypadku zachodzą powyższe zjawiska, zaś co do przyczyny, wywołującej je, możemy czynić li tylko przypuszczenia. Najprawdopodobniem jednak jest przypuszczenie niedomykalności zastawki dwudzielnej, a to dla następujących powodów: 1) ta ostatnia stwarza warunki ku powstawaniu ruchów wirowych krwi i drgań zastawki; 2) świadczą o tem badania pośmiertne, dokonywane u osobników, u których za życia występował szmer skurczowy u zastawki dwudzielnej, w znacznej bowiem większości tych przypadków znajdujemy zastawkę anatomicznie zmienioną; 3) za przypuszczeniem tem przemawiają również doświadczenia, czynione na zwierzętach, u których, po sztucznie wywołanej niedomykalności zastawki dwudzielnej, występuje właściwy jej szmer skurczowy.

Stwierdzenie przy badaniu pośmiertnem całości zastawki nie przeczy bynajmniej powyższemu przypuszczeniu, świadczy tylko, że szmer miał miejsce u zastawki, anatomicznie niezmienionej, nie wyklucza jednak niedomykalności tejże za życia. Na poparcie istnienia tego rodzaju niedomykalności nieorganicznej przytacza autor następujące dowody: 1) dowód per analogiam, mianowicie fakt, zauwa-



żony pierwotnie przez Gendrin'a, że szmer skurczowy może powstawać u anatomicznie niezmięnionej zastawki trójdzielnej przy istniejącej jednocześnie organicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej. Że tego rodzaju niedomykalności zastawki trójdzielnej w rzeczy samej ma miejsce, wnioskujemy z odbitej fali krwi, którą nie tylko słyszemy, rozpoznając szmer, lecz i widzimy w postaci tętnienia v. jugularis i wątroby. 2) Dowód dedukcyjny, służący za podstawę hipotezy o nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej i polegający na stwierdzeniu przypadków, gdzie, pomimo całości zastawki, miał miejsce za życia niewątpliwie szmer skurczowy. Innych dowodów, przemawiających za istnieniem nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej, nie posiadamy. Co się tyczy hipotezy powstawania szmeru skurczowego bez niedomykalności zastawki, dzięki litylko nadmiernym drganiom tęże lub mięśnia sercowego, to, zdaniem autora, jest ona kwestyą czysto fizycznej natury: samo istnienie podobnych drgań podczas działalności serca może dać powód do powstania szmeru. Hipoteza ta jednak pozbawiona jest wszelkich dowodów: najwyżej w powstawaniu szmeru na v. jugularis, polegającym, prawdopodobnie, na drgawkach ścianki żyłnej, możnaby dopatrywać się pewnej analogii, jest ona wszakże zbyt daleką, by można na niej cokolwiek budować. Następnie dosyć rozpowszechnione nazwy, jako to: szmery *dotatkowe, przypadkowe*, ponieważ same przez się nic nie mówią, mogą służyć na potwierdzenie hipotezy drgań zastawki i mięśnia sercowego. Na korzyść tej hipotezy przemawiają Friedrich i Immermann, większość jednak klinicyistów w tej liczbie i autor otwarcie wypowiada zdanie, że chodzi tu o nieorganiczną niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Dla uzupełnienia hipotezy o nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej autor odróżnia dwie postaci tęże, analogicznie do przyjętego przezeń podziału niedostateczności mięśnia sercowego na niedostateczność pierwotną i wtórną. Cechą wspólną tym ostatnim postaciom jest niedostateczny skurez komórek, natomiast różną bywa przyczyna, wywołująca ową niedostateczność. Przyczyna niedostateczności pierwotnej leży w samym mięśniu sercowym, patologicznie zmienionym, przyczyną zaś niedostateczności wtórnej jest wywołane wzmocnieniem odporności naczyń wysokie ciśnienie w komórkach, a zatem wysokie napięcie ścianek tychże komórek, co może mieć miejsce przy zdrowym mięśniu sercowym. Pierwotną niedostateczność lewej komórki cechuje klinicznie niskie, wtórną zaś wysokie ciśnienie w naczyniach. Podobnie należy rozróżnić dwie postaci nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej: 1) postać przy niskim ciśnieniu krwi występującą przy niedokrwistości, blednicy, po chorobach gorączkowych, osobliwie po tyfusie brzuszny; 2) postać przy wysokim ciśnieniu krwi, która może mieć miejsce przy marskości nerek i niedomykalności zastawek aorty. Wszelako pierwotna niedostateczność mięśnia sercowego nie może być przyczyną powstawania analogicznej postaci nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej, w przeciwnym bowiem razie tę ostatnią musiałby cechować następstwa niedostatecznego skurezu serca, t. j. obrzęk płuc i, co zatem

idzie, duszność, tymczasem to nie zawsze daje się spostrzegać. Pozostaje tedy przyjąć, że przyczyną nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej jest zmieniona kurczliwość tych tylko części mięśnia serca, które warunkują sobą czynność zastawek. Tego rodzaju zaburzenia w czynności serca oznacza autor mianem *parakinezy* komórki, zaś powstała dzięki tymże zaburzeniom niedomykalność nazywa *czynnościową*.

Inaczej rzecz się ma z niedomykalnością zastawki dwudzielnej przy wysokiem ciśnieniu w naczyniach, gdzie lewa komórka pracuje przy wysokiem napięciu swych ścianek: w przypadku tym istnieją, niewątpliwie, warunki ku biernemu rozszerzaniu podstawy serca, a zatem ku względnej niedomykalności, toć i tutaj jednak należy parakinezie przypisać współdziałanie w powstawaniu niedomykalności, inaczej bowiem pozostałoby niezrozumiałem, dlaczego niedomykalność zastawki dwudzielnej nie ma miejsca w każdym poszczególnym przypadku przerostu i rozszerzenia lewej komórki. Autor nie wyklucza jednak istnienia niekiedy kombinacji niedostateczności mięśnia sercowego z czynnościową niedomykalnością zastawki dwudzielnej, czyli parakinezą.

Co się tyczy nakoniec rozpoznania różniczkowego między organiczną i nieorganiczną niedomykalnością zastawki dwudzielnej, to może ono mieć miejsce przy wzmózonej działalności serca. W tym celu zalecamy danemu osobnikowi wykonywanie obszernych ruchów, już to każąc mu biegać, już to pracować na ergostacie: przy nieorganicznej niedomykalności szmeru podczas zwiększonej w ten sposób działalności serca znikają, zaś wzmagają się, jak wiadomo, przy organicznej niedomykalności. Rozpoznanie jednak wtedy jest pewnem, gdy szmer znika, w przeciwnym razie należy starać się zdecydować, czy ma się do czynienia z organiczną czy też nieorganiczną niedomykalnością ale taką, przy której serce już nie reaguje więcej fizjologicznie; rozstrzygnięcie tego ostatniego pytania jest o wiele trudniejsze.

W. Hanicki.

225. W. Jež. **Badanie krwi w chorobach żołądka, zwłaszcza wrzodzie i raku.** (Wien. Med. Woch. № 14, 15. 1898).

Wobec trudności rozpoznawania niektórych chorób żołądka szukano od dawna objawów, które rozstrzygałyby w wątpliwych przypadkach. Między innymi zwrócono się do badania krwi, ponieważ spostrzeżenia, ogłoszone w tej sprawie, były zachęcające. Autor badał krew w 14-u przypadkach ostrego nieżytu żołądka i przyszedł do wniosku, że krew takich chorych nie przedstawia swoistych cech właściwych temu cierpieniu; jedyńie w kilku przypadkach znalazł on powiększenie ilości czerwonych i białych ciałek oraz barwnika, co uważa za skutek zgęszczenia krwi z powodu wymiotów i biegunki. W niezycie przewlekłym zanikowym znalazł autor zmniejszenie ilości krążków czerwonych oraz barwnika i brak leukocytozy trawiennej. (U zdrowego w parę godzin po jedzeniu badanie krwi wskazuje



znaczne powiększenie ilości białych ciałek, które potem wraca do normy). W ośmiu przypadkach raka żołądka znalazł autor za każdym razem krążki czerwone krwi z jądrami oraz zawsze brak leukocytozy trawiennej. W dziewięciu przypadkach wrzodu okrągłego żołądka znajdowano zawsze znaczną leukocytozę trawienną i brak ciałek czerwonych z jądrami (normoblasty); dość często spotykano tu zmniejszenie ilości barwnika.

Ilość krążków czerwonych i barwnika była w raku i wrzodzie żołądka zwykle zmniejszona, a stosunek ilości krążków do ilości barwnika — prawidłowy. Leukocytoza stała nieznacznego stopnia jest częstym objawem raka; zależy ona, prawdopodobnie, od częstych krwawień z guza i od zmian, które w nim zachodzą. We wrzodzie żołądka leukocytozy nie spotykamy, wyjąwszy chwile bezpośrednio po krwotokach. Normoblasty we krwi rakowatych są wyrazem dążności ustroju do odrodzenia (regeneracyi) krwi pod wpływem samozatrucia ustroju; we wrzodzie żołądka normoblastów nie spotykamy. Brak leukocytozy trawiennej w raku zależy prawdopodobnie od zmian błony śluzowej żołądka i od zwykle towarzyszącego temu cierpieniu — niezytu przewlekłego. W jednym przypadku raka żołądka przy obecności kwasu solnego nie było jednak leukocytozy trawiennej. Jeśli ten objaw nie występuje, to nie możemy na jego zasadzie rozpoznawać raka żołądka; jednak w razie obecności leukocytozy trawiennej, możemy wyłączyć przypuszczenie nowotworu złośliwego tego narządu.

*W. Miklaszewski.*

226. Horowitz. **Pilokarpina w zapaleniach włóknikowych.** (Wien. Med. Woch. № 5. 1898).

W czterdziestu przypadkach włóknikowego zapalenia płuc i tyleż krupę gardzieli miał autor szybkie i zupełne wyleczenie przy stosowaniu zastrzykiwań pilokarpiny w dawkach 0,01. Z doświadczeń Glass'a na 18-u chorych na zapalenie płuc wynika, że zastrzyknięcie pilokarpiny w początkowych stadyach choroby (do 9-go dnia choroby) sprowadza szybką poprawę; w pół godziny po zabiegu płwocina staje się krwawą i ciepota szybko spada i wysięk włóknikowy w płucach znacznie się zmniejsza. Trwa to jednak niedługo; dlatego też G., radzi nie przestawać na jednym zastrzyknięciu dziennie. Przy stosowaniu pilokarpiny do wewnątrz działanie jej jest powolniejsze, lecz jednocześnie i dłużej trwające, co zapobiega, podług mniemania autora, odrodzeniu się wysięku włóknikowego. W razie opóźnionego zejścia się wysięku dawki 0,05—0,06 dziennie, dają bardzo dobre wyniki. Przeciwwskazana jest pilokarpina w chorobach serca; jednak obawy, by nie spowodowała upadku działalności serca w niepowikłanych przypadkach zapalenia płuc, są niesłuszne. Galzigna daje pilokarpinę do wewnątrz w dawkach 0,08—0,1 dziennie bez złych następstw; dodaje jednak do mikstury naparstnicę i koniak.

*W. Miklaszewski.*

227. H. Benedikt. **Rozpoznawanie chorób wewnętrznych przy pomocy promieni Roentgena.** (Wien. Med. Presse № 24).

Prof. Benedikt w ciągu 2-ch lat badał kwestyę znaczenia X promieni w dyagnosyce chorób wewnętrznych i spostrzeżenia swoje formuluje w sposób następujący:

I. *Głowa i szyja.* Przy oświetlaniu bocznem czaszki widzimy jasną plamę trójdzielną odpowiadającą jamom czołowym, o czem przekonały doświadczenia Scheiera, na twarzy rozeznąć można jamy oczodołowe, nosowe i Highmora. Zęby z korzeniami i szczęki widoczne są wyraźnie. Autor naprzykład badał 2 przypadki wrodzonego braku 2 zębów siecznych, gdzie nie mógł znaleźć zawiązku zęba. W przypadkach ran postrzałowych otrzymujemy przy badaniu promieniami X dodatnie wyniki. Autor np. znalazł kulę w kanale podoczodołowym w przypadku uporezywego nerwobólu skutkiem 7 lat temu otrzymanego postrzału. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Na szyi można odróżnić przy pomocy X promieni kręgi szyjowe, to też wcześniej rozpoznać tu można stany zapalne (spondylitis). Scheier zajmuje się badaniem głosu i otrzymał bardzo w tym kierunku zadziwiające wyniki.

II. *Klatka piersiowa, płuca, serce.* Najbardziej naukowe wyniki badań otrzymać można przy badaniu zawartości klatki piersiowej. Kościec widać wszędzie dokładnie, choroby więć kośćca są do rozpoznania łatwe na tej drodze. Badanie serca daje wyniki pouczające. Przy prześwietlaniu serce występuje jakby na stole sekeyjnym. Wielkość, położenie, przerost, rodzaj skurczów widzimy dokładnie, badania autora w tym względzie wykazują, iż opukiwanie serca jest metodą niecisłą.

Prześwietlanie z tyłu i z boków daje nam zawsze wyniki pewne. Benedikt jest więc zdania, iż należy w ten sposób badać tych, co pragną ubezpieczyć się na życie, przestrzega również Benedikt przed powierzchownem rozpatrywaniem obrazów, gdyż i tu potrzebne jest doświadczenie i wprawa, jak w innych metodach badania.

Rozszerzenia tętnicy głównej, o ile przechodzą szerokość kręgosłupa są bardzo przy prześwietlaniu widoczne, od guza innego, biorąc pod uwagę rodzaj tętnienia, odróżnić tętniaki łatwo, pierwsze bowiem nie tętnią tylko po brzegach lecz w całości, jak piłka.

Autor przytacza przykład tętniaka tętnicy głównej, w którym, przy stosowaniu iniekcji 2% karbolu i aparatu oziębiającego Leitera, naocznie stwierdzał stopniowe zmniejszenie się tętniaka w ciągu roku.

Również, zdaniem B., łatwo odróżnić zwapnienie naczyń przy prześwietlaniu, zarówno w klatce piersiowej jak i w kończynach. Badanie płuc i opłucny daje również dobre wyniki.

Wysięki do opłucny dają cień i zaciemniają kontury żeber, granice wysięku są zupełnie widoczne. Płuco zdrowe daje jasny cień, ruchomy przy oddychaniu, ruchy normalne lub też utrudnione pozwalają na wykrycie zrostów. Badanie płuc w czasie napadu duszniczy



wykazuje często, że przepona po jednej stronie szybko opuszcza się, poczem ruchy jej ustają i raptem znów unosi się ku górze.

W rozedmie płuc ruchy przepony są nader małe. W gruźlicy płuc, odpowiednio do zajętych sprawą miejsc spotykamy zaciemnienie jasnej plamy płuc, niekiedy cień wyraźny. Rosenfeld na tej zasadzie wykrył ognisko zgorzeli płucnej za pomocą prześwietlania promieniami Roentgena. Co się tyczy nowotworów płuc, widać je wyraźnie i w zestawieniu z badaniem fizykalnym rozpoznanie można postawić pewne. Nowotwory śródpiersia przy prześwietlaniu z tyłu, z przodu i z boków występują dość wyraźnie. Nowotwory przelyku występują dobrze wtedy, gdy wprowadzimy do przelyku zgłębnik żołądkowy wypełniony rtęcią.

III. *Jama brzuszna i miednica.* Przy prześwietlaniu trzewiów brzusznych napotykamy trudności tem większe, im lepiej jest badany odżywiany. U dzieci i wychudzonych chorych widać cień od wątroby, śledziony i nerek.

Granice żołądka oznacza autor przez wprowadzenie doń zgłębnika wypełnionego rtęcią, na tej drodze w kilku przypadkach stwierdził rozszerzenie narządu. Nowotwory żołądka, trzustki i nerek oddawna już fotografowano. Obraz hydronefrozy, otrzymany przez Grunnacha, jest oryginalny. Kamienie żółciowe i nerkowe wychodzą na fotografii doskonale.

Ostatnie ulepszenia techniczne pozwoliły na dokładne badanie miednicy, wszelkie zapalenia stawu biodrowego, zmiękczenia i t. p. rozpoznają się z łatwością. Akuszer może z pomocą tej metody bania oznaczyć położenie płodu oraz stosunek główki do wyjścia zwężonej miednicy. W końcu ciąży obrazy dotychczas otrzymane nie są jeszcze dokładne. B. jednak spodziewa się, iż jest to tylko kwestya ulepszenia metody, w każdym jednak razie, nieprawidłowości miednicy występują wyraźniej, niż przy badaniu ręcznym i instrumentalnym.

W końcu Benedikt zaznacza, iż długotrwałe badania za pomocą metody prześwietlania X promieniami, przekonywa każdego lekarza o pożytku metody i jej dalszej przyszłości w dyagnosyce chorób wewnętrznych.

J. Zawadzki.

228. L. R. Regier i M. Otto. *Stosowanie ozonu w higienie publicznej i w higienie żywienia przy pomocy urządzeń specjalnych.* — (Progr. méd. № 23).

Dr. Berigny badał już oddawna wpływ ozonu na ustrój ludzki i na mocy tych badań potwierdził zdanie Boeckel'a, iż epidemie wielkie mają miejsce tylko w razie znacznego zmniejszenia się ilości ozonu w powietrzu. Własności niszczenia zarazków organicznych, a nawet własności przeciwpasorzytnicze ozonu są znane oddawna. Dr. Otto stwierdził, iż spalanie pasorzytów np. w wodzie przez ozon jest tak energiczne, iż w czasie działania zjawia się światło. Wyjaławianie przez ozon powietrza jest znacznie szybsze, niż płynów i, jeśli po pewnym czasie powietrze zawiera jeszcze ozon, jest to dowodem, iż

materye organiczne zostały doszczętnie zniszczone. Takie powietrze znajdujemy na górach wysokich i na brzegu morza, zawiera ono 3,4 mlg. ozonu w 100 m. sz. (Chamounise) — 9,4 mlg. 100 m. sz. (Grande Mulets). Działanie takiego powietrza na strój jest nader dodatnie i właściwa ilość ozonu stanowi o wartości uzdrowiska.

Nie wszyscy jednak chorzy mogą udawać się do tych niezłych uzdrowisk, które posiadają warunki powyższe, z tego powodu oddawna już myślano o sztucznej ozonizacji powietrza dla chorych, istniejące jednak dotąd ozonizatory dawały zbyt małą ilość ozonu dla dezynfekcyi doszczętniej powietrza.

Autorzy postawili sobie za zadanie:

1) znaleźć metodę szybkiego dawkowania ozonu w powietrzu w celu mieszania go z powietrzem w stosunku dowolnym.

2) mieć przyrząd skuteczniejszy mieszanie ozonu z powietrzem przed wpuszczaniem go do inhalatoryum.

3) wytwarzać duże ilości ozonu stężonego (?) w celu mieszania go z powietrzem w stosunku dowolnym.

4) zwracać uwagę na nadmiar saletranów i na ich stosunek do ozonu.

Tym żądaniom odpowiada aparat d-ra Otto, który pozwala na dokładne dawkowanie.

Opis aparatu czytelnik znajdzie w oryginale.

*J. Zawadzki.*

229. Prof. A. Robin. **Puszczanie krwi, środki wymiotne i wezykatorye.** (Klin. Therap. Woch. № 7. 1898).

W obecnej praktyce lekarskiej wymienione zabiegi lecznicze zostały tak dobrze, jak zapomniane; uciekamy się do nich bardzo rzadko, czyli wręcz przeciwnie, niż to czynili dawni lekarze i, jak twierdzi autor, — niesłusznie.

Puszczanie krwi zostało zarzucone, ponieważ dodatnie jego wyniki mają być jedynie przejściowe, gdy ujemne są stałe. Podług badań autora, puszczanie krwi w rozmaitych chorobach (zapalenie płuc, płuc, wada serca, mocznica i t. d.), wywołuje znaczne przyspieszenie przemiany materyi; toż samo ma miejsce przy utracie krwi na innej drodze (miesiączkowanie, wrzód żołądka i dwunastnicy, krwioplucie i t. d.). Prócz tego ciśnienie krwi zmniejsza się przynajmniej chwilowo. Na tej zasadzie autor podaje następujące wskazania do puszczania krwi: 1) przy znacznych zastojach w chorobach serca, przy ostrym obrzęku płuc; 2) we wszystkich cierpieniach z niedostatecznym utlenianiem; 3) w niektórych chorobach zaraźliwych, gdzie ustroj jest zatruty przez wytwory przemiany materyi i wydzieliny drobnoustrojów; 4) w samozatruciach np. mocznicy, gdzie działanie zabiegu polega nie na rozcięczeniu ciał trujących we krwi, lecz na utlenieniu ich i wydaleniu z ustroju w postaci nieszkodliwej. Przy tej sposobności autor robi uwagę, że pogląd, jakoby mocznica zale-



żała od zatrucia potasem, jest niestuszny, ponieważ jego ilość zmniejsza się w krwi w tej chorobie.

Z pośród bardzo licznych dawniejszych wskazań do użycia środków wymiotnych, pozostało obecnie niewiele. Autor podnosi przede wszystkim zapalenie oskrzeli, przy którym środki wymiotne mają wpływać na szybkie oczyszczenie oskrzeli, co dla nich jest o wiele zbawienniejsze, niż bardzo wątpliwe działanie wszelkich środków przeciwnilnych; prócz tego środki wymiotne, mają podnosić znacznie utlenianie, które uwydatnia się w powiększeniu zużycia tlenu i wydzielaniu większych ilości kwasu węglanego. Wskutek tego mają one pośrednio i przeciwgorączkowe działanie, które autor zaznacza w przykładach z praktyki. Nawet wiek nie stanowi dla niego przeciwskazania przy użyciu środków wymiotnych. W ogóle ich działanie tłómaczy tak, jak działanie środków czyszczących w chorobach przewodu pokarmowego.

Podobnież wiernym wyznawcą pozostał autor przy stosowaniu wezykatoryi; podkreśla on ich wpływ odciągający oraz działanie na oddech, który znacznie przyspiesza się i sprawia wzmoczone utlenianie i wydzielanie kwasu węglanego. Nie wiadomo, czy wpływ ten jest odruchowy, czy też polega na działaniu wchłoniętej kantarydny. Fakt jednak przyspieszenia przemiany materii zachęca do użycia wezykatoryi.

W. Miklaszewski.

## II. Choroby nerwowe.

230. Prof. E. Mendel. **O ideach natrętnych.** (Ueber Zwangsvorstellungen). Neurol. Centr. № 1 styczeń. 1898.

W pracy tej Mendel powstaje przeciw zbyt wielkiemu rozpowszechnieniu w ostatnich czasach rozpoznawania „idei natrętnych“. Według pierwotnego określenia, podanego przez *Westphala*, jako idee natrętne pojmować należy, idee, które przy nietkniętej władzy umysłowej, nie będąc następstwem jakiegoś szczególnego stanu uczucia lub patologicznego afektu, wbrew woli chorego zajmują przednie miejsce w jego świadomości, nie dają się z niej wyrugować, krepują i krzyżują prawidłowy bieg myśli i które chory zawsze uważa jako coś obcego, naleciałość, której przeciwstawia swoją zwykłą świadomość“. Zdaniem Mendla, mała część zaledwie stanów patologicznych, opisanych pod tytułem idei natrętnych, odpowiada tej definicyi. Są to mianowicie przypadki, w których w procesie myślenia na pierwszy plan występują asocjacya między przyczyną i skutkiem lub asocjacya kontrastu.

Do pierwszej kategorii należy t. zw. mędrkowanie natrętne (według tłómaczenia Erlickiego, po niemiecku Grüldsucht, Fragesucht). Chory od najprostszycy pytań dochodzi stopniowo do najbardziej niedorzecznych: po co Pan Bóg stworzył człowieka? Z czego stworzony

Pan Bóg, z czego dyabeł? Dlaczego ludzie nie chodzą na głowach? Dlaczego niebo niebieskie, a nie żółte? Jak wyglądają nogi obnażone człowieka, który wszedł do pokoju, czy są myte i t. d.

Assocjacja kontrastu wywołuje u chorego ideę, że zrobił coś wręcz przeciwnego aniżeli zrobić zamierzał: zamiast „tak“ napisał nie, dał fałszywy podpis pod wekslem, zamienił choremu lekarstwo i t. d.

We wszystkich tych przypadkach, zgodnie z definicyą Westphala, ma miejsce assocjacja idei w kierunkach, które w prawidłowym biegu myśli mają znaczenie podrzędne. Morselli nazwał je słusznie „paranoia rudimentaria“, ponieważ i w rozwiniętej paranoia punktem wyjścia sprawy chorobowej są również fałszywe assocjacje idei. Nazwa ta zwrotu i pod innym względem zasługuje na rozpowszechnienie, ponieważ w wielu przypadkach rozwija się w dalszym przebiegu prawdziwa paranoia.

Co się tyczy innych stanów, którym nadawano nazwę idei natrętnych, to M. klasyfikuje je w sposób następujący:

1) Idee, które zjawiać się mogą i u ludzi zdrowych pod wpływem warunków zewnętrznych i powodują bojaźń, lub nawet zmuszają do popełnienia pewnych czynów. Tu M. zalicza bojaźń burzy (Keraunspobia), bojaźń samotności w nocy (Nyctophobia), właściwość niektórych ludzi badania każdej spotykanej gdziekolwiekbądź — na dorożce, wagonie, klasie — cyfry, czy się da podzielić przez 3, 7 lub 13 i t. d. (Arithomania). M. zaprzecza stanowczo, ażeby idee te były wyrazem zwyrodnienia, spotykał je bowiem u ludzi zdrowych zupełnie i sądzi, że są raczej wynikiem złego wychowania lub nawyknięcia.

2) Idee natrętne u chorych umysłowo, które są właściwie ideami niedorzecznymi.

3) Idee powstałe na tle hypochondryi.

Do tej grupy M. zalicza np. bojaźń placów. Bojaźń ta powstaje często w sposób następujący: na pustym placu chory dostaje nagle zawrotu głowy, lub bicia serca lub zemdlenia, równocześnie opanowuje go wielki strach, ponieważ niewidzi w bliskości żadnej dla siebie pomocy. Następnym razem, kiedy się znowu znajduje na wielkim placu, w pamięci jego powstaje żywe wspomnienie przebytej bojaźni, które powoduje „bojaźń bojaźni“ (Angst vor der Angst). Po kilkakrotnem powtórzeniu tego samego procesu, pojedyncze części jego przestają być świadomymi i bojaźń placu staje się czemś pozornie samoistnem. W innych przypadkach znowuż rolę wybitną odgrywa bojaźń nagłego obłędu lub nagłej furji, tak np. u ludzi, którzy się boją stać przy otwartem oknie, lub przejść przez most, lub widoku noża lub nożyczek; chorzy tacy przyznają często, że boją się, iż w razie nagłego obłędu skoczą przez okno, lub rzucą się do wody, lub zarzną swe dzieci. Do idei hypochondrycznych należy również t. zw. „obsession Dentaire“, że zęby wypadną, wykruszą się i t. d.; owa choroba opisana pod nazwą Kōrō (spostrzegana na wyspie Celebes); chorzy w czasie napadu zostają udręczeni ideą, że penis cofnie się do jamy brzusznej i spowoduje śmierć.



4) W historii spotyka się najczęściej idee mające związek z życiem płciowym. Tu również M. zalicza bojaźń wzdęć (przy powikłaniu tympanitem histerycznym) oraz erytrophobia, powstała na tle zaburzeń naczyń odruchowych.

W padaczce idee natrętne zjawić się mogą jako t. zw. równoznaczniki padaczkowe (Aequivalent). Niekiedy poprzedzają one napad padaczkowy, lub też występują w okresie ponapadowym. Spozstrzegać je można wreszcie u chorych, dotkniętych padaczką, między napadami, przeważnie jako idee hypochondryczne.

*Bregman.*

231. Teuscher. O poceniu się jednej połowy ciała. (Hyperhidrosis unilateralis). Neurol. Centr. № 22. 1897.

Nadmierne pocenie się jednej tylko połowy ciała spozstrzegać można w następujących warunkach:

I. W różnych cierpieniach mózgu, mianowicie w paraliżu postępującym, padaczce, hemiplegii, w hyperostozach czaszki. *Adamkiewicz* spozstrzegał po napadzie apoplektycznym bezład korowy jednej kończyny górnej, która stale obłana była potem. To samo widział *Bloch* w przypadku monoplegii kończyny górnej, powstały wskutek uderzenia nożem w przeciwległą połowę czoła, *Hitzig* w przypadkach guza z objawami padaczki Jacksona i niedowładem kończyny górnej, autor zaś w przypadku padaczki wysokokowej, w którym napady zaczynały się stale od prawego ramienia; u chorego pot występował stale najpierw na prawej połowie ciała.

II. W cierpieniach rdzenia kręgowego: w wiaździe rdzenia, w syringomyelii, w zapaleniu rdzenia (myelitis), wreszcie w erytromelalgii. Ośrodki potowe w rdzeniu mieszczą się prawdopodobnie w rogach przednich (*Adamkiewicz*), dlatego w poliomyelitis ant. części porażone tracą zazwyczaj zdolność pocenia się. W wiaździe rdzenia nadmierne pocenie się, zdaniem autora, powstaje zapewne wskutek zmian zapalnych i reperacyjnych w nerwach obwodowych prowadzących również włókna potowe. W erytromelalgii, która najprawdopodobniej jest pochodzenia rdzeniowego i umiejscawia się w pęczkach bocznych i tylnych, pocenie się ustaje po rezekcyi odnośnego nerwu obwodowego (*Dehio*).

III. W cierpieniach nerwu współczulnego. Tu również należą przypadki tętniaka aorty, przerostu gruczołu tarczowego, zakrzepu zatoki bocznej, w których sąsiadujący blisko nerw współczulny łatwo mógł być dotknięty. W przypadku *Wooda* chory pociał się na całym ciele lub tylko na jednej połowie, zależnie od tego, czy leżał na wznak lub też na boku; przy autopsyi znaleziono guzy uciskające na plexus solaris. W cukrzycy moczowej wreszcie również spozstrzegano jednostronne pocenie się, które niektórzy autorzy przypisują cierpieniu nerwu współczulnego.

IV. W cierpieniach nerwów twarzowego i trójdzielnego oraz innych nerwów obwodowych.

V. W następstwie neuro- lub psychopatycznego zwyrodnienia (*Hyperidrosis unilaturalis degerativa*). Do tej grupy autor zalicza wszystkie przypadki nie dające się odnieść do żadnej z poprzednich; a mianowicie:

a) jednostronne nadmierne pocenie się spotykane w różnych nerwicach — histeryi, *Morbus Basedowii*, *neurasthenii*, *hypochondryi*, zwykłej migrenie i t. d.

b) przypadki, w których objaw ten występuje samoistnie, bez innych objawów cierpienia układu nerwowego, będąc zdaniem autora, wprost objawem zwyrodnienia na równi z innymi, anatomicznymi lub fizyologicznymi odznakami degeneracyi. Tu odnieść należy również przypadki pocenia się dziedzicznego: t. np. w przypadku *Olliviera* u chorego, jego siostry oraz u trojga jej dzieci spostrzegano *hyperhidrosis unilaterialis faciei*. Podobne 3 przypadki u ojca i 2-ch synów — opisuje szczegółowo autor: u wszystkich 3-ch wskutek jakiegokolwiek wysiłku, gorąca, wzruszenia, a zwłaszcza przy użyciu pewnych potraw, kompotu na occie, kapusty i t. p. (niekiedy już zapach tych potraw był wystarczający) występował pot na prawej połowie twarzy. Wszyscy trzej odznaczali się wielkimi zdolnościami umysłowymi lub artystycznymi, a równocześnie i wyraźnymi oznakami degeneracyjnemi: u ojca — *folie de doute*, u jednego syna — peryodyczna zmiana usposobienia, w młodości kleptomania, u drugiego, matematyka, brak wszelkiego zmysłu praktycznego, a morfologicznie — wielka nieprawidłowość zębów (o 2 zęby za wiele). Pod względem dziedzicznym silne obarczenie psychopatyczne. *Bregman.*

232. J. K. A. Wertheim Salomonson. **Przyczynę do elektrodiagnostyki porażen nerwu gałkoruchowego.** (*Neurologisches Centralblatt. № 2. 1898*).

W dziedzinie mięśni poruszających gałki oczne badanie prądem elektrycznym nie dało dotąd dodatnich wyników. *Ziemssen* dowiódł wprawdzie doświadczalnie, że u zwierząt otrzymać można za pomocą prądu elektrycznego skurcz zwieracza źrenicy, atoli u człowieka doświadczeń podobnych jeszcze nie zrobiono. Stosując na gałce ocznej prądy silniejsze (więcej niż 1,4 MA. według *Duchenna*) narażamy na niebezpieczeństwo siatkówkę, słabszy zaś prąd nie jest w stanie pobudzić do skurczu mięśni ocznych, tembardziej, że są one gorszymi znacznie przewodnikami elektryczności, aniżeli sama gałka oczna. *M. levator palbrae* zachowuje się w tym względzie nie inaczej, niż inne mięśnie oczne: u osobnika zdrowego nie reaguje on ani na prąd galwaniczny, ani na faradyczny.

W pewnych jednakże postaciach porażenia nerwu gałkoruchowego otrzymać można skurcz tego mięśnia. Punkt ruchowy znajduje się według autora w odległości kilku mm. od górnego brzegu oczo-



dołu, pod samym środkiem, t. j. pod najwyższym punktem tego ostatniego. W porażeniach pochodzenia jądrowego lub korzeniowego skurczu się nie otrzymuje; z pomiędzy porażień obwodowych dają reakcyę tylko przypadki cięższe lub średnie, z reakcyą zwyrodnienia, w przypadkach lżejszych (wyzdrowienie w ciągu 6-ciu tygodni), również jak w porażeniach nawrotnych (recidivirende) skurczu nie ma. Przy reakcyi zwyrodnienia pobudliwość galwaniczna mięśni bywa, jak wiadomo, zwiększona i tem się tłómaczy łatwość otrzymania skurczu w wyżej wymienionym mięśniu. Siła prądu dla celu tego wymagana wynosi w początku 1,2 mm., później spada do 0,03 mm. Autor otrzymywał reakcyę najwcześniej w 16-tym dniu po wystąpieniu paraliżu, skurcz jest powolny, nie w tym stopniu jednak jak w innych porażeniach obwodowych. W początku jest on tak słaby, że podnoszenie się powieki górnej jest zaledwie dostrzegalne, w późniejszym okresie wynosić ono może około 3 mm. Z biegiem czasu skurcz znowuż staje się słabszy, jednakże po 8-u miesiącach jeszcze otrzymywany być może.

*Bregman.*

### *III. Choroby dzieci.*

233. Dr. Moizard. **Leczenie przestrchu nocnego.** (Traitement des terreurs nocturnes). La médecine infantile. № 5. 1898.

Rozpoznanie danej choroby nie przedstawia zazwyczaj żadnych trudności; jedną tylko padaczkę należy mieć na uwadze. Przy przestrchu nocnym nie ma drgawek, skaleczeń języka, bezwiednego oddawania moczu i tego zmęczenia tak fizycznego, jak i umysłowego, jakie zazwyczaj bywa po padaczce. Pomimo to jednak zdarzają się niekiedy przypadki, w których jest niezmiernie trudno orzec, z czem mamy do czynienia — z przestrchem nocnym, czy z padaczką? — M. Jules Simon, naprzykład, obserwował przypadki, gdzie padaczka początkowo występowała pod postacią halucynacji lub przestrchu nocnego.

Debacher cytuje przypadek, gdzie padaczka rozwijała się w następującym porządku: przestrch nocny, halucynacje, sonnambulizm i ostatecznie padaczka. Mając tego rodzaju fakta na uwadze, należy zawsze w każdym przypadku przestrchu nocnego zwrócić staranną uwagę na dane dziedziczne, gdyż wtedy tylko możemy do pewnego stopnia uniknąć fałszywego rozpoznania. Oczywiście, w ogromnej większości przypadków jesteśmy w możności postawić rozpoznanie z całą pewnością i ścisłością.

Co się tyczy prognozy, to jest ona najeczęściej — dobrą, choć nieraz przestrch nocny przejść może w chorobę bardzo ciężką i poważną, — zależnie od przyczyn, które go powodują. Z tego też względu należy w każdym przypadku bacznie zwrócić uwagę na przyczynę danej choroby.

Co się tyczy leczenia, to w każdym przypadku należy przede wszystkim zalecić spokój umysłowy i fizyczny. Dziecko powinno unikać podrażnienia mózgu; czytanie książek, zbyt długa praca umysłowa, opowiadania przestraszające, nie powinny mieć miejsca. Dziecko nie powinno samo pozostawać w ciemnym pokoju, zaraz po pójściu spać. Ponieważ dzieci, cierpiące na przestkach nocny, są najczęściej budowy delikatnej, należy też unikać u nich zmęczenia fizycznego, gdyż każde przemęczenie fizyczne zanadto będzie rozdrażniać.

Wielka zależność przestachu nocnego od trawienia wymaga szczególnej uwagi i pieczy o przewodzie pokarmowym i wogóle o odżywianiu. Pożywienie powinno być częste, ale nie obfite. Dziecko nie powinno jadać zbyt późno i zbyt dużo na noc. Alkoholu pod żadną postacią dawać nie należy. Przy zbyt trudnym wyrzynaniu się zębów robić nacięcia dziąseł. Zaburzenia żołądkowe należy leczyć według wskazań (według autora — podawać kwas solny, zasady, pepsynę i t. p.).

Nalepiej zaczynać kurację od środków przeczyszczających (Kalomel) a następnie przejść do środków uspokajających (KBr. Chloral i t. d.). Brom podawać w roztworze zaraz po lekkiej wieszce od 0,25 do 1,00, jedną lub dwie łyżki dziennie, zależnie od wieku chorego i natężenia sprawy. Środek ten (KBr.) należy podawać z pewnemi przerwami w przeciągu kilku tygodni, aż do zupełnego wyleczenia. West chwali bardzo połączenie bromu z chlorałem, gdyż wtedy działanie jest szybkie i poważniejsze. Makowiec nie powinien być stosowany, gdyż najczęściej źle bywa znoszony przez żołądek i wywołuje zaparcie stolca. Stosowanie preparatów chininy może być bardzo pożyteczne w tych przypadkach, gdzie wyżej wspomniane środki nie działają.

Jeżeli powyżej przytoczona kuracja zawodzi, autor radzi uciec się w takich razach do wpływu muzyki, powołując się na obserwację Bertchinski'ego (?) (Petersburg). Trzyletnie dziecko cierpiało na przestkach nocny od dłuższego czasu, gdzie brom, chloral i inne środki pozostawały bez żadnego skutku. Wtedy to B., opierając się na zdaniu M. Ferrand'a o wpływie fizyologicznym muzyki i o możliwym wskutek tego jej wpływie leczniczym, uciekł się do tego środka w swoim przypadku. Wybrano walca Chopin'a. Rezultat był bardzo zadawalający: po pierwszym zaraz posiedzeniu (muzyka przy układaniu chorego do snu) dziecko spało noc całą spokojnie. Po kilku dniach, w celu zdania sobie sprawy z wpływu muzyki, zaniechano stosowania ostatniej. Dziecko tej nocy miało jeden atak, względnie lekki. Wtedy to zaczęto stosować muzykę dalej (z początku codziennie a potem co drugi dzień), i po miesiącu podobnej kuracji, dziecko zostało kompletnie wyleczone. Jest to obserwacja bardzo ciekawa i, jak dotąd, jedyna; — dobrze przypomnieć sobie o niej w przypadkach, gdzie zwykle środki nie działają. W końcu autor wspomina, że ataki zawsze się zjawiają w pierwszej połowie nocy i że uprzedzić je można, zapewniwszy choremu sen w przeciągu pierwszych 3—4 godzin.

*E. Dytel.*



234. M. Sebileau. **Ciężkie zarażenia ze strony zębów.** (Infections graves d'origine dentaire). La médecine infantile. № 5. 1898.

Fakt to powszechnie znany, jak dalece zaniedbywana bywa czystość jamy ustnej resp. zębów u dzieci. W dużych miastach, jak twierdzi autor, stosunki pod tym względem, dzięki specjalnej pomocy lekarskiej, są już cokolwiek lepsze, ale wiele jeszcze pozostawiają do życzenia. Zazwyczaj dziecko wzrasta do zupełnej dojrzałości a nawet i dalej z próchniejącymi zębami, gdzie się hodują przeróżne pasorzyty chorobotwórcze, wyczekujące tylko okazji do zmanifestowania swojej obecności. Na szczęście, jesteśmy do pewnego stopnia strzeżeni od przeróżnych zarażeń ze strony pasorzytów, gnieźdzących się w jamie ustnej, szczególnie przy zepsutych zębach, przez 1) ślinę, powstrzymującą poniekąd jadowitość pasorzytów; 2) błony śluzowe i 3) fagocytozę wewnątrz jamy ustnej, gdzie się odbywa prawdziwy cykl walk pomiędzy pasorzytami. Dzięki tej to obronie, duża ilość osobników unika zarażenia, pomimo wielkiej możliwości z powodu takich przyczyn, jak rozkład produktów pokarmowych, odkładanie się soli, skaleczenia błony śluzowej, nędzia fizyologiczna i t. p. Najważniejszą jednak rolę pod tym względem odgrywa, według autora, caries dentium, jest to źródło wszelkich możliwych zarażeń, ponieważ, tam się najwięcej hoduje pasorzytów chorobotwórczych.

Z tego to źródła powstają zazwyczaj ropnie okołozębowe, zapalenia okostny, zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, zapalenia gardzieli, oka, a nawet i płuc. Są to rzeczy dobrze znane i daleko częściej zdarzające się, niż powszechnie przypuszczają. Nieraz zdarzają się zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, które prowadzą do rozlanej gangreny, do zropienia naczyń i gruczołów chłonnych. W ten sam sposób najczęściej powstaje angina Loudovici, zapalenia septyczne żył szyjowych, ze wszystkimi konsekwencjami, jak zapalenie s. cavernosi, żył orbitalnych i t. p. Czasami zdarza się nawet porażenie oddalonych organów od zęba próchniejącego, jak np. ropne zapalenie stawów.

Przez wzgląd na wyżej przytoczone fakta, autor przychodzi do wniosku, że pod żadnym pozorem nie należy pozostawiać bez należytego leczenia próchniejącego zęba przy jednoczesnem zachowaniu dbałości wielkiej o czystość zębów i w ogóle jamy ustnej u dzieci (płukanie, czyszczenie kredą i t. d.). Podobne komplikacje zdarzają się i u dorosłych, z tą tylko różnicą, że najczęściej komplikacje owe bywają jeszcze złośliwsze.

E. Dytel.

235. Dr. E. Fronz. **Rozpoznawanie ciał obcych w drogach oddechowych.** (Jahrb. für Kinderheilk. T. XLVII. Z. 1).

Do dróg oddechowych ciała obce dostają się najczęściej podczas jedzenia lub gdy trzymane są w ustach w chwili nagłego, silniejszego nieco wdechu (przy śmiechu, kaszlu, przestradchu lub uderzeniu

w plecy). Rzadziej zdarza się to podczas snu lub narkozy. Objawy zależą od natury i formy ciała obcego, od miejsca, w którym utkwilo, oraz od zaburzeń następujących i powikłań, które ono wywołało. Objawy te podzielić można na wczesne, t. j. takie, które występują bezpośrednio po aspiracji ciała obcego, oraz późne, występujące dopiero po pewnym czasie. W niektórych razach następuje natychmiast śmierć wskutek wstrząsu, w innych wskutek uduszenia, wywołanego zupełnem zamknięciem dróg oddechowych. Częściej jednak po początkowych, bardzo burzliwych objawach następuje okres względnego spokoju. Jeżeli ciało obce utkwilo w *krtani*, powoduje ono chrypkę, niekiedy nawet bezgłos, silną duszność, szczekający, jak przy dławcu, kaszel, oddech stenotyczny zwłaszcza podczas snu. Duszność może być wdechowa, wydechowa lub mieszana. Jeżeli ciało obce jest ostre i wywołuje obrażenia błony śluzowej, natenczas przy kaszlu pojawia się krwawa płwocina. Ból przy polykaniu bywa wtedy, gdy ciało obce znajduje się u wejścia do krtani. Nie należy jednak przypuszczać, by istniała jakaś równoległość pomiędzy natężeniem objawów, a rozmiarami lub kształtem ciała obcego. Zdarza się, iż ciało obce przebywa długi czas w krtani, nie wywołując żadnych dolegliwości. Są to jednak wyjątki. Najsilniejsze podrażnienie widzujemy wtedy, gdy ciało obce znajduje się tuż pod głośnią. Niezmiernie wysoka pobudliwość odruchowa strun głosowych, odpowiadających na podrażnienie silnym skurczem, uniemożliwia wydalenie ciała obcego. Ten sam więc mechanizm, który chroni drogi oddechowe od wtargnięcia czynników szkodliwych, teraz, gdy przeszły one przez szczelinę głosową, zwraca się przeciwko organizmowi.

W *tchawicy* ciało obce, zależnie od swych rozmiarów, wywołuje mniejszą lub większą stenozę, natomiast podrażnienie jest bardzo nieznaczne, chyba, że ciało obce, będąc ruchomem, zostanie przez prąd wydechanego powietrza uniesione ku krtani, gdzie wywoła opisane wyżej objawy. Ruchy ciała obcego w tchawicy wywołują charakterystyczny szmer, słyszalny przy kaszlu nawet z oddalenia. Gdy ciało obce znajduje się w *oskrzeli*, widzimy, iż ruchy odpowiedniej połowy klatki piersiowej są niedostateczne, oddech pęcherzykowy osłabiony lub też brak go zupełnie; przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos normalny (o ile niema atelektazy); drżenie głosowe zmniejszone. Po stronie zdrowej odgłos wypukowy przybiera nieraz charakter bębenkowy. Chorego trapi duszność, niekiedy napady konwulsyjnego kaszlu. Leży przeważnie na chorym boku. Oczywiście obraz choroby zmienia się w razie powikłania lub cierpienia wtórnego. Przy podniesionej cieplotcie występują wtedy objawy ropnego zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, opłucny, ropnia płuc, gruźlicy i t. d. W takich razach przy braku dokładnej anamnezy przyczyna cierpienia może długi czas pozostać niewyjaśnioną.

Rozpoznawanie nie przedstawia trudności, gdy mamy wyraźną anamnezę. Charakterystyczny jest nagły początek u osobnika, ciężącego się najlepszym zdrowiem. W braku anamnezy badanie wznikiem (u dzieci często niewykonalne) i roentgenografia mogą nam wyjaśnić sprawę. Od krupu cierpienie opisywane różni się nagłym



początkiem, dusznością przeważnie wydechową, długim trwaniem stenozy i kaszlu. W jednym spostrzeganym przez autora przypadku stenoza trwała 6 tygodni. Kaszel nie jest przemijający, jak przy krupie, lecz staje się uporczywym i trwa, dopóki nie przestanie działać wywołująca go przyczyna. Nowotwory krtani łatwo odróżnić od ciała obcego ze względu na ich powolny początek. W ogóle przy rozpoznawaniu należy brać pod uwagę następujące objawy: 1) dobry wygląd chorych; 2) nagły początek; 3) kaszel uporczywszy, niż przy krupie; 4) długie trwanie stenozy; 5) duszność wydechowa.

Przy powikłaniach rozpoznanie staje się trudniejszym. Niekiedy badanie wypluwanych cząsteczek daje pewne wskazówki. Badanie drobnowidzowe i chemiczne płwociny oraz płynu, wydobytego za pomocą przekłucia próbnego, rzadko ma wartość. Często w tem samym miejscu powtarzające się zapalenia płuc wzbudzają podejrzenie na ciało obce.

236. J. Comby. **Gruźlica płuc u dzieci.** (Archives de médecine des enfans. № 5. 1898).

Badania autora stwierdzają znany już fakt, iż częstość gruźlicy płuc wzrasta z wiekiem. Nie spotykana wcale przed 3-cim miesiącem życia, dochodzi ona do  $7\frac{1}{2}\%$  między trzecim a szóstym miesiącem, do  $22\frac{1}{2}\%$  między szóstym a dwunastym, wreszcie między pierwszym a drugim rokiem życia na 100 zmarłych u 38 znaleźć można zmiany gruźlicze w płucach. U dzieci starszych stosunki niewiele się różnią od spostrzeganych u dorosłych. Cyfry powyższe zdają się dowodzić, iż gruźlica, jako taka, nie jest dziedziczna. Dziecko, trzymane na rękach lub w kołysce, ma mniej szans zapadnięcia na gruźlicę, niż dziecko, które już zaczyna chodzić i które przeto wystawione jest na zetknięcie z brudem, pokrywającym ziemię, podłogę, sprzęty zwłaszcza, gdy wśród otoczenia znajduje się chory na gruźlicę. Zakażenie odbywa się prawie wyłącznie przez drogi oddechowe. Ognisko pierwotne znajdujemy w gruczołach oskrzelowych, zmiany zaś w płucach zazwyczaj są wtórne. Laseczniki zatem, przeszedłszy przez nieuszkodzone ściany pęcherzyków płucnych, zostają zatrzymane przez gruczoły, w których przebywać mogą czas nieokreślony, nie tracąc swej jadowitości. Gruźlica ta może skończyć się pomyślnie dzięki zwąpieniu gruczołów.

Często jednak kolonie laseczników rozchodzą się dalej, i wywołują zmiany swoiste w najrozmaitszych organach. U ssawców przebieg jest bardzo szybki; zejście stale jest niepomyślne. Zwykle gruźlica nie zostaje u nich rozpoznana za życia. Na fizykalne metody badania liczyć bardzo nie można. Gruźlica przebiega u ssawców bądź to przy ciepłocie normalnej, najczęściej pod postacią cierpień narządów trawienia, bądź przy ciepłocie podniesionej wśród objawów zapalenia oskrzeli lub płuc, duru brzuszego i t. d. Na 24 przypadki gruźlicy u ssawców, stwierdzonej na sekyi, autor tylko w 2 przy-

padkach mógł stwierdzić za życia zmiany gruźlicze w płucach. U dzieci starszych trudności te znikają. Rokowanie też staje się u nich lepszem. Na zaznaczenie zasługuje gruźlica, przebiegająca pod postacią tyfusu brzuszego, w której, jak wykazuje badanie pośmiertne, narządy trawienia mogą być zupełnie niezajęte. Niektóre choroby, jak odra, krztusiec, błonica, grupa, zapalenie płuc i t. d. przyspieszają rozwój utajonej gruźlicy i znacznie pogarszają rokowanie.

F. S.

237. Dr. Robert Behla. **W kwestyi etyologii krztuśca.** (Zur Aetiologie der Tussis Convulsiva). Deut. Med. Woch. № 19. 1898.

Mineły już te czasy, kiedy krztusiec uważano za zwykły nieżyt, za nerwicę i t. d. Wszystko wskazuje nam na to, że jest to choroba zakaźna, przemawia zatem łatwość zarażenia się i epidemiczny charakter tego cierpienia. Zarazek chorobotwórczy tkwi zapewne w wydzielinie, tu też poszukiwano go zwykle. Jedni badacze zaliczają go do grupy hyphomycetów i schizomycetów, inni znowu do protozoów. Autor przyłącza się do zdania Deichler'a i Kurloff'a, którzy utrzymują, że drobnoustrój, wywołujący krztusiec nie jest bakterją, lecz należy do pierwotniaków. Nie znajdowano go we krwi, ani w nabłonku. Wszystko przemawia za tem, że jest to ameba, która tworzy zarodniki, dlatego tu autor radzi ją nazwać amoeba sporipara.

Co się tyczy obecności pasorzytów w oddzielnych okresach krztuśca, to w pierwszym kataralnym okresie występują one jeszcze bardzo skąpo. Tu spostrzegać się dają przeważnie ameboidne formy. W okresie konwulsyjnym obok form wykształconych, spotyka się sporą ilość okrągłych, owalnych, błyszczących ciałek (zarodniki). W ostatnim okresie ilość pasorzytów znowu się zmniejsza. Wyniki badania bakteriologicznego odpowiadają zatem przebiegowi klinicznemu. Robi to takie wrażenie jakby ciało obce, które się na błonach śluzowych dróg oddechowych usadowiło, wywoływało napad kaszlu. Trzeba również przyjąć, że żyjątka te wytwarzają jad chemiczny, który przenika do ustroju, wywołuje wzmożenie czynności oddechowej mlecza przedłużonego.

Co się tyczy techniki badania tych pasorzytów, to przedewszystkiem, brać trzeba płwocinę świeżą, ciepłą, nie barwiąc jej zupełnie. Zabarwienie fuksyną, sinkiem metylu nie daje nam żadnych oznak różniczkowych. Warunki będą najkorzystniejsze wtedy, gdy złapiemy płwocinę przezroczystą — śluzową, z pierwszego okresu choroby do naczynia ogrzanego i bezpośrednio potem rozpatrywać będziemy na ogrzanem szkiełku przedmiotowem w drobnovidzu ogrzewanym. Na ogrzanym stoliku przedmiotowym można śledzić ruchy żyjatek przez długi przeciąg czasu, nawet przez dzień cały. Przy ciepłocie pokojowej ruchy te trwają nie długo, w gorące dni letnie nieco dłużej. Roztwór chininy 1 : 3000, wprowadzony pod szkiełko pokrywkowe, tamuje przemianę kształtów pasorzytów i zabija je.



Schizomycety, które dotąd były hodowane z plwociny krztuścowej, uważa autor za zakażenie wtórne. W początkowych okresach choroby jest ich bardzo mało, dopiero później, gdy plwocina przyjmuje wygląd śluzowo-ropny, ilość bakterij znacznie się zwiększa.

Ponieważ nie udało się dotąd otrzymać hodowli owych swoistych pasorzytów krztuśca, radzi autor wynaleść zwierzę, któreby na cierpienie to było wrażliwe, w ten sposób możnaby zdobyć żywy odczynnik. Wielu autorów wskazuje na to, że u psów można jakoby wywołać napad kaszlu krztuścowego, szczepiając mu plwocinę chorych. Badania te jednakże potrzebują jeszcze sprawdzenia.

*H. Kucharzewski.*

238. **Miwa i Stoeltzner. Czy leczenie krzywicy fosforem jest naukowo uzasadnione?** (Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 47).

By odpowiedzieć na pytanie powyższe, autorzy przedsięwzięli szereg doświadczeń na królikach i kurach, które przez czas dłuższy żywione były małymi dawkami fosforu. Badanie zmian zaszłych w układzie kostnym pod wpływem fosforu dało wyniki, nie zgadzające się z otrzymanymi przez Kassowitza. Według tego ostatniego, jak wiadomo, małe dawki fosforu wywołują zwężenie naczyń, co pociąga za sobą zmniejszenie wessania istoty kostnej, a w następstwie sklerotyzację tęże. Sklerotyzacja ta jednak (że pominiemy sporną kwestję, w jaki sposób przychodzi ona do skutku) nie jest, według autorów, jednoznaczna z tworzeniem się normalnej istoty kostnej. Mamy tu do czynienia tylko z niezwykle zbitą tkanką osteoidalną.

Doświadczenia Wegnera wykazały, iż skład chemiczny kości pod wpływem fosforu nie ulega żadnej zmianie, że więc fosfor nie spowodował zwapnienia. Całe jego działanie polega na tem, iż tworzy się więcej, niż poprzednio, tkanki bezwapiennej, zaś mniej się wysysa. Ta zaś tkanka kostna, która pozbawiona była soli wapiennych przed rozpoczęciem leczenia, pozostaje bez zmiany bez względu na fosfor, o ile, naturalnie, tymczasem nie nastąpiło samoistne wyzdrowienie. Natomiast w tych przypadkach, w których zmianom krzywicowym w kości towarzyszy osteoporoza, działanie fosforu nie da się zaprzeczyć. Wydaje nam się wtedy, jakoby krzywica została wyleczoną, w rzeczywistości jednak ma tu miejsce sklerotyzacja tkanki osteoporotycznej, zmiany zaś krzywicowe pozostają po dawnemu.

Osteoporoza nie zawsze jednak towarzyszy zmianom krzywicowym. Fakt ten tłómaczy nam, dlaczego teraz po kilkunastu latach wciąż jeszcze panuje niezgodność pomiędzy lekarzami co do działania fosforu. Jedni widują krzywicę powikłaną osteoporozą, drudzy zaś nie. Zależy to prawdopodobnie od warunków miejscowych. Tak np. w Wiedniu wyniki leczenia fosforem o wiele są lepsze, niż w Berlinie. Zasluguje na uwagę, iż Kassowitz (w Wiedniu) stale znajdował w krzywicy zmiany osteoporotyczne. Z tych samych względów wyniki leczenia fosforem osteomalacji są tak pomysłne.

*F. S.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

239. Prof. Lemoine stosuje korę condurango w **bólach żołądka** wszelkiego rodzaju. Od lat wielu podawał on 5—8 pigułek zawierających po 0,1 pulv. condurango i otrzymywał dobre wyniki nie tylko w raku żołądka, ale i w innych cierpieniach, skoro nawet zawiodyły go wszelkie środki. W przypadku np. wrzodu żołądka, gdy kokaina nie wywierała żadnego skutku, a wymioty nie ustawały, 4 pigułki po 0,15 grm. usunęły bóle i wymioty. L. przypisuje te własności jakiemuś alkaloidowi, który, zapewne, zawiera kora condurango.

(Klin. Ther. Woch. № 24. 1898).

J. Z.

240. Ramsay i Travers nadesłali Akademii nauk w Paryżu wiadomość o nowym składniku powietrza **pierwiastku kryptonie**, który jest cięższy od argonu i mniej lotny niż azot, tlen i argon, posiada on widmo odmienne od argonu, niezupełnie jednak wyosobnione przez autorów.

(Sem. med. № 33).

J. Z.

241. Mavrojanis na posiedzeniu Tow. biolog. w Paryżu (11 z. m.) zdawał sprawę z doświadczeń nad wpływem **wstrzykiwań moczu na wydzielanie śliny**. Substancje, rozpuszczalne w wysokoku, wywoływały silny ślinotok, autor wywoływał ślinotok wstrzykując moczu chorego na zadumę, zawierający małą ilość mocznika. Charrin toż samo otrzymywał przy wstrzykiwaniu moczu nowonarodzonych.

(La Sem. méd. № 33).

J. Z.

242. Dr. L. Rénon na posiedzeniu lekarzy szpitalnych w Paryżu (27/V r. b.) przedstawił referat o ciekawym przypadku **ślinotoku w przebiegu mocznicy przewlekłej**.

Ślinotok zjawiał się tylko podczas czynności mięśniowej (praca fizyczna, chodzenie), w stanie spokoju ustawał zupełnie. Ilość śliny, wynosiła 100 grm. w ciągu 10 minut. Slina zawierała 0,059% mocznika; podówczas ilość moczu ulegała zmniejszeniu, jak również odsetka zawartego w nim mocznika; między wydzielaniem śliny i moczu można było przeprowadzić ścisły związek. Rzecz dziwna, iż ślinotok nie był wynikiem zapalenia jamy ustnej, a ze strony narządów trawienia również brakło objawów w postaci wymiotów lub biegunki. R. przypisuje powstanie ślinotoku działaniu na ślinianki lub układ nerwowy toksyny we krwi zawartej i wyraża przypuszczenie, że stan ten podobny jest do opisanych świeżo przez Klippel'a i Lefas'a spostrzeżeń. R. przemawia przeciw usuwaniu tego objawu, jako wyrazu vis mediatrix naturae.

J. Z.

243. Flatau poleca **pastę airolową** dla pokrywania zaszytych świeżych pęknięć kroczca.

244. Hensen w artykule: Ueber den Einfluss des Morphiums und des Wehentätigkeit des Uterus — Archif für Gynäkolo-



gie Bd. 55 H. I. dochodzi do następujących praktycznych wniosków: 1) morfina w dawkach 0,5 do 2 cgrm., pozostaje bez wpływu na bóle porodowe i ciśnienie brzuszne; 2) eter wywołuje po 1—2 minutach wyraźne osłabienie czynności macicy; 3) ciśnienie brzuszne ustaje w narkozie eterem. S.

245. Thomalla radzi pograżać **jedwab' dla dokładnej antyseptyki do żelatyny formalinowej**. Żelatyna przy szwach rozpuszcza się w żyjących komórkach, a uwolniona formalina działa antyseptycznie. W 100. przypadkach operacyjnych metoda ta nie dała ropienia na miejscu szwów.

(Berl. Kl. Woch. № 15 1898).

S.

246. J. Ronsse poddał nowym badaniom **terapeutyczne i fizjologiczne działanie hydrastyniny** i dochodzi do wniosku, że hydrastynina działa skutecznie w krwawieniach macicznych wskutek przekrwienia, nie okazuje działania w guzach macicy (carcinoma, myoma), pomaga w potach nocnych u suchotników. U ciężarnych nigdy nie wywołuje poronienia. Dawka dla dorosłych 0,3 do 0,35.

(Belgique médicale 17/III. 1898).

S.

247. Jacobson zachwala **różne przybory higieniczne** sprowadzane z Japonii i wyrabiane z papieru ryżowego. Szczególniej wygodne okazały się **poduszki** wypełniane powietrzem. Dla powietrza zupełnie są nieprzepuszczalne, bardzo lekkie, trwałe i tanie. Mogą w zupełności zastąpić gumowe. Po wypuszczeniu powietrza poduszki takie zajmują bardzo mało miejsca i mogą się składać. Bardzo wygodne w podróży.

(Verein für innere Medicin. in Berlin 7/III. 1898).

S.

248. Schlossman podaje nową metodę **odkażania mieszków**, formaldehydem. Do formaldehydu dla skutecznego działania należy dodać gliceryny, która przeskadza polimeryzacji formaldehydu. Łącznie z fabrykantem z Drezna autor wymyślił przyrząd dla wytwarzania pary formaldehydowej. Działanie odkażające bardzo silne — para zabija drobnoustroje w przeciągu najwyżej 3-ch godzin. Nieprzyjemny zapach pary znika po amoniaku. Materiały i kolory pozostają bez zmiany.

(Berliner medicinische Gesellschaft 9 März 1898).

S.

249. Schottländer badał **jajniki**, otrzymane w trzech przypadkach **kastracyi**, wykonanej przez Kehera dwa z powodu osteomalaciae. Główne cierpienie częściowo usunięte zostało. W jajnikach skonstatowano oophoritis chronica interstitialis. Główne zmiany zachodzą w naczyniach. Autor stawia następującą hypotetyczną przyczynę rozmiękczenia kości: Jajniki wytwarzają w stanie patologicznym ciało chemiczne, które, przechodząc stopniowo do krwi, rozpuszcza połączenia fosforowe i węglanowe kości. Hypotetyczne to ciało wydziela się w małej ilości i w prawidłowym stanie jajników — obficie przy rozmiękczeniu kości. W warunkach normalnych ciało to reguluje hamująco nowowytworzenie się kości. Wskutek czego szkielet kobiecy jest cieńszy i smuklejszy, niż męzki.

Osteomalacia więc jest hyperseratio owego ciała.

(Zeitsch. v. für Geb. und Gm. XXXVII—3).

S.

250. Dr. Rosenbaum z Tyflisu zachwala **naphtalon** jako środek działający wybitnie antyseptycznie przy zewnętrznem stosowaniu w zgorzelach obok działania znieczulającego i usuwającego przykry zapach-

(D. M. W. Ther. Beilage 41)

251. Dr. Oscar Werler poleca w **cierpieniach dróg moczowych** Salosantal v. oleum. Salosantali jako antisepticum i antigonorrhoeicum. Podaje do wewnątrz kroplami lub w kapsułkach żelatynowych, dodatki łatwo poprawiają smak. Środek ten jest daleko tańszy od ol. Santali ostindicum, nadaje się przeto dla biednych. Składowe części (Salol + ol. santali) przechodząc przez organizm, wywierają działanie dopiero w drogach moczowych, rozszczepiając się na kwas salicylowy, fenol, i olejek sandalinowy. *D. M. W. 41.*

252. L v o f f na zasadzie spostrzeżeń klinicznych i jednego badania pośmiertnego dochodzi do wniosku, że **powiększenie stopienia serca w czasie ciąży** nie jest następstwem przerostu, lecz rozszerzenia komórki. Serce kobiet, nawet zdrowych, okazuje w czasie ciąży objawy wyczerpania (szmery i powolny, arytmiczny puls ciężarnych). Tem prędzej wyczerpuje się serce chore nawet przy zrównoważonej wadzie. Wogóle wszelkie cierpienia serca w czasie ciąży i porodu należą do komplikacyj poważnych, nawet przy zrównoważonej wadzie. L. radzi w tych razach przerywać ciążę, wywołując poród przedwczesny, najlepiej przy pomocy przekłucia błon lub wcześniej nakładać kleszcze. Niedostateczność zastawek jest mniej niebezpieczna niż cierpienie zastawki dwudzielnej, gdyż w czasie tej ostatniej mały obieg krwi bywa przeciążony.

(Annales de Gynecologie 1897 Decembre).

S.

## V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go listopada 1897 r.

(*Ciąg dalszy*).

Przewodniczący: — Prezes **Janiszewski**.

Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

I. **Jaczewski** przedstawia chorego, dotkniętego kiłą drugorzędna, którego demonstrował na poprzedzającym posiedzeniu, i mówi o metodzie leczenia syfilisu metodą Welandera, którą stosuje w praktyce szpitalnej od czasu jej ogłoszenia. W przypadku Jaczewskiego, traktowanym tą metodą, już od miesiąca czasu wysypka kiłowa o tyle się zmieniła na lepsze, iż grudki soczewicowate uległy wessaniu, pozostało tylko charakterystyczne zabarwienie; powierzchnia grudek drobnych pokryta jest bądź na całej powierzchni, bądź też tylko na obwodzie, bardzo powierzchowna, skąpa, matową łuską, pod którą widać błyszczącą sinoczerwoną powierzchnię wykwit. Owrzodzenie migdałka zagojone doszczętnie, toż samo i kłykciny. Mimo, że wy-



sypka tego rodzaju należy do najbardziej uporeczywych, widać niewątpliwie, że ulega ona zmianie wstecznej, a że chory inną drogą ręki nie otrzymuje, przeto względnie szybkie ustępowanie objawów przypisać należy ręki, dostającej się do ustroju drogą wdechania jej, jak to przypuszcza Welander.

II. **Jaczewski** przedstawia chorego z niezwykle wyłysieniem głowy, powstałym na tle zarażenia kilowego bez widocznych zmian w skórze. Największe łysiny, bo mające do 6 cm. średnicy znajdują się na tyłogłowi. I ten chory również jest leczony metodą Welandera.

**Jaczewski** przedstawia chłopca lat 14, dotkniętego niezwykle postacią łuszczycy, a mianowicie *Psoriasis miliaris*, rozrzuconą na całej powierzchni ciała.

III. **Majewski** mówi o zabiegu doszczętnym przepukliny pachwino-mosznowej wolnej u małego dziecka, które jednocześnie demonstruje. Jan Z. wieśniak, lat 2 miesięcy 9. W 5 tygodniu po urodzeniu utworzyła mu się przepuklina pachwinowa lewostronna. W wieku lat 2 zaczął nosić pasek; przepuklina jednak mimo to stale się powiększała, aż stała się tak wielką, że przy założonym pasku występowała z poza jego brzegów. W mosznie z lewej strony był guz wielkości pięści męskiej; skóra nad nim ruchoma, koloru normalnego; w miejscu zastosowania bracherium blizny powierzchowne po dawniejszych owrzodzeniach: ton wypukowy bębnowy; przy ucisku na guz znikał on z charakterystycznym szumem w otrzewnie; po usunięciu jednak ręki napowrót występował. Pierścień pachwinowy przepuszczał z łatwością palec. Jądro dobrze rozwinięte, na swoim miejscu. W wywiadach częste rozwolnienie. Pozatem dziecko zdrowe, ale jednak z żółtawym odcieniem cery.

Dnia 16-go października Majewski wykonał mu pod chloroformem zabieg doszczętny sposobem Bassiniego. Worek przepuklinowy był bardzo cienki, sznurek nasienny płaski, na szerokiej przestrzeni do worka surowiczego przylegający, miejscami doń przyrosły, tak że oddzielenie go przedstawiało wiele trudności. Treścią przepukliny było jelito cienkie. Rana zagoiła się przez rychłozrost; na 16-ty dzień po operacji otworzyła się przetoczka, przez którą wydzielily się nitki jedwabne. Przy macaniu pod blizną operacyjną — płaski, dość twardy wałek; przy kaszlu ściany brzucha nigdzie nie ustępują kieszkom.

Poczem zaznaczywszy, że Malgaine zwlekał z operacją do roku życia 35-go, że Nussbaum za linię graniczną uważa lat 20, Berger lat 15, a Rothmund lat 7 i, że dopiero Bassini w r. 1890 i Karewski r. 1891 poczęli dokonywać doszczętnego zabiegu u małych dzieci, **Majewski** przytacza za Bossowskim, że na 142 przypadki zabiegu doszczętnego u dzieci do lat 5, procent śmierci było 0, a nawrotów 1,4% (2 przypadki). W niektórych wprawdzie przypadkach, w miarę rozwoju ciała, przepuklina pachwinowa pod paskiem ustępuje. Przy wrodzonych jednak niedokształceniach kanału pachwinowego lub przy nadmiernem rozszerzeniu pierścienia, rezultatu pomyślnego pasek nie daje. Podług Broca na 232 dzieci u 69 pasek mimo kilkuletniego noszenia okazał się bezskutecznym. Zważywszy dalej na trudności

ściśłego stosowania paska u dzieci, na grożące im przytem niebezpieczeństwo uwieżgnięcia przepukliny, *Majewski* przychodzi do wniosku, że z zabiegiem doszętym zwlekać nie należy, i że za linię graniczną między konserwatywnym sposobem leczenia, a zabiegiem krwawym uważać należy wiek roku do dwóch.

IV. **Biernacki** zdaje sprawozdanie z sekcji, dokonanej na chorym, przedstawianym na posiedzeniu z d. 4 października r. b. Przypomina objawy, które doprowadzić mogły do rozpoznania guza w śródpiersiu (mediastinum anterius). Guz ten mógł być albo tętniakiem aorty, albo nowotworem złośliwym. Rozpoznanie różniczkowe w tych przypadkach jest niemożliwe, chyba za pomocą ekranu przy świetle Roentgena. Objawy były następujące: Paralysis nervi laryngei inferioris sinistri, osłabienie oddechu w lewej klatce piersiowej, trudność połykania, puls na a. radialis z prawej strony osłabiony i to o 2 cm. ręki w porównaniu z lewą, mierzone zapomocą sphygmomanometru Potin'a. Krwotoki krwi arteryjalnej przez usta. Wobec krwotoków zaniechano badania zapomocą sondy. Na sekcji znaleziono: całe mediastinum anterius wypełnione guzem twardym wielkości pięści. Guz obejmuje bardzo ściśle oskrzele, szczególnie lewy, tchawicę i przełyk. Przy przecięciu przełyku (oesophagus) na wysokości guza widzimy okrągły, pierścieniowaty rak przełyku. Zauważamy następnie małą przetokę, która prowadzi od przełyku do aorta descendens. W tej przetoce znaleziono skrzepy krwi. Cały arcus aortae leży na guzie i jest bezpośrednio z nim zrośnięty. Dagnoza anatomiczna: Carcinoma oesophagi, lymphadenitis bronchialis carcinomatosa, która właściwie utworzyła wyżej wspomniany guz.

V. **Doliński** odczytuje rzecz, mającą być drukowaną w jednym z pism peryodycznych, o wodociągach w Lublinie, obszernie i z uwzględnieniem historii traktującą przedmiot, a przytem rozbierającą całą sprawę wodociągów lubelskich w najobszerniejszym zakresie.

VI. **Dobrucki** proponuje, aby ze względu na liczny materiał naukowy i społeczny, jak również na okazaną zwiększoną chęć do pracy członków, odbywać zwyczajne posiedzenia Towarzystwa 2 razy na miesiąc: d. 4 i 18-go każdego miesiąca, gdyby zaś w dniu tym przypadło święto, to dzień później, zawsze o godz. 6-tej wieczorem. Towarzystwo wniosek przyjmuje i zawiadomić o tem zamiejscowych członków poleca.

VII. **Jarnuszkiewicz** odczytuje artykuł, zamieszczony w *Wiek*u z d. 3 listopada r. b. № 250 o Towarzystwie lekarskim lubelskim, jego pracach i wpływie na społeczeństwo miejscowe i dodaje, że życzeniem jest JW. Gubernatora Lubelskiego, aby Towarzystwo Lekarskie w tym przedmiocie dezyderaty swoje przedstawić mu zechciało. Towarzystwo postanawia z łona swego wybrać komisję dla opracowania wyżej wspomnianych dezyderatów i prosi, aby przedstawione zostały na najbliższem posiedzeniu, t. j. d. 18-go listopada r. b. dla ostatecznego ich opracowania. Do komisji wyznacza pod przewodnictwem wice-prezesa Olechnowicza: kolegów Biernackiego, Dolińskiego, Jarnuszkiewicza, Jankowskiego i Radomyskiego.



VIII. **Jarnuszkiewicz**, lekarz miasta, przedstawia statystykę przypadków śmierci za miesiąc wrzesień r. b. w Lublinie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *A. Janiszewski.*

Sekretarz: *St. Radomycki.*

Posiedzenie zwyczajne z d. 18-go listopada r. 1897.

Przewodniczący: — Prezes **Janiszewski.**

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. **Dziewiszek** przedstawia dwóch chorych na wątrobę obserwowanych przez siebie w szpitalu Ś-go Wincentego. Przypadek I-szy. Józef G., włościanin lat 28, przybył do szpitala Ś-go Wincentego 7-go października r. 1896. Pochodzi z okolic Tomaszowa lubelskiego. Przed 3-ma laty zachorował na żółtaczkę, którą poprzedzały silne bóle w prawem podżebrzu. Będąc dzieckiem, chorował przez rok cały na zimnicę, która i przed ostatnią chorobą w ciągu 2 tygodni występowała. Przed chorobą miał zmartwienia wskutek strat materialnych. Wysokoku nie nadużywał, przymiotu nie przechodził. Na początku obecnej choroby miewał krwotoki nosowe. Odżywianie łyche, skóra ma zabarwienie żółto-zielone, tętno 96—100 uderzeń. Tętno serca czyste. W dolnym zrazie lewego płuca rżenia wilgotne. Objętość brzucha na wysokości pępka 85 cm. Wątroba znacznie powiększona; górna granica na 6-tem żebrze, brzeg dolny na środkowej linii ciała na 2 cm. powyżej pępka; powierzchnia wątroby gładka, konsystencya twarda, jak chrząstka; brzeg ostry, pęcherzyka żółciowego wymacać nie można. Sledziona znacznie powiększona, twarda, chrząstkowata, sięga prawie do linii pępkowej. Na brzuchu odgłos bębenkowy, tylko w bocznych i dolnych częściach bardzo nieznacznie stłumiony. Stolec koloru jasno-żółtego. Mocz białka nie zawiera, reakcyi Gmelina nie daje. Badanie krwi nie wykazało powiększenia ilości białych ciałek krwi. Mamy więc przed sobą chorego, który od 3 lat ma żółtaczkę, znacznie powiększoną i twardą wątrobę, również dużą i chrząstkowatej konsystencyi śledzionę, niema zaś objawów zastojów w żyłach wrotnej, a mianowicie puchliny brzusznej i rozszerzenia żył na ścianie brzucha. Powyższe objawy charakteryzują t. zw. marskość przerostową Hanot'a. Zanim przejdziemy do szczegółowego omówienia rozmaitych rodzajów marskości wątroby, przeprowadzimy dyagnozę różniczkową. Otóż w naszym przypadku możnaby myśleć o raku wątroby, lecz nie znajdujemy żadnych nierówności i guzowatości na powierzchni wątroby; choroba zadługo trwa, aby można przyjąć raka, — zresztą rak wątroby zwykle jest wtórnym, pierwotny zaś ma siedlisko gdzieindziej, czego tutaj ani wywiady, ani dokładne badanie wcale nie wykazują. Drugą chorobą, którą możnaby wziąć za marskość przerostową, jest zwyrodnienie skrobiowate wątroby, lecz w tej chorobie żółtaczki nie bywa, brzeg wątroby jest więcej zaokrąglony, zresztą białkomocz i wywołujące amyloid choroby wyniszczające stanowczo odróżniają to cierpienie od choroby Hanot'a. Następnie można myśleć o białowcu

wątroby, który jednakowoż wyróżnia się guzami na powierzchni wątroby, które z biegiem czasu stają się miękkimi. Należy jeszcze wyłączyć wątrobę żółtaczkową, powstającą wskutek długotrwałego zamknięcia dróg żółciowych; przeciw temu przemawia trzyletni przebieg w naszym przypadku bez zmniejszenia wymiarów wątroby, co jest zwykłym zejściem przy wątrobie żółtaczkowej. Białaczkę wyłączamy na podstawie badania krwi. Można by jeszcze myśleć o pierwszym okresie marskości zanikowej, lecz cały przebieg tej marskości trwa 2—3 lat najwyżej. O wątrobie syfilitycznej pomówimy przy drugim przedstawianym przypadku.

Laennec w r. 1819 z pośród chorób wątroby wydzielił marskość (cirrhosis), lecz nierówności na powierzchni wątroby uważał za nowotwory. Przeciwko temu pogładowi wystąpili Boullaud i Andral. Bright zaś cierpienie to postawił w zależności od zatkania rozgałęzień żyły wrotnej i zauważył, iż niekiedy wątroba pozostaje powiększona i nie przechodzi w zanik ziarnisty. Na początku 4-go dziesiątka bieżącego stulecia badania wykazały, że w marskości mamy do czynienia z rozrostem tkanki łącznej, towarzyszącej rozgałęzieniom żyły wrotnej; tkanka ta kureczy się, uciska treść wątroby, powoduje jej zanik; puchlinę brzuszną, powiększenie śledziony i rozszerzenie żył przyjęto za następstwo zastoju w żyłe wrotnej. Wtedy już obserwowano przypadki powiększenia wątroby z żółtaczką, w których zanik wątroby nie ustępował. W r. 1857 Teld pierwszy dopuszczał istnienie innych postaci zapaleń wątroby oprócz marskości Laennec'a, w których niema zaniku i puchliny brzusznej. Później Olivier, Hayem, Cornil, Hanot badali histologicznie formę przerostową, aż wreszcie w r. 1876 Charcot i Gombault na skutek swych poszukiwań sformułowali, że istnieją dwa rodzaje marskości: 1) popolita marskość zanikowa Laennec'a i 2) marskość, której punktem wyjścia są drogi żółciowe (periangiocholitis): jest to właściwa marskość przerostowa Hanot'a. W ostatnich czasach odróżniono jeszcze 3-ci rodzaj marskości, również żółciowej z następczym zanikiem wątroby, powstający wskutek długotrwałego zamknięcia przewodów żółciowych. Forma ta charakteryzuje się początkowym powiększeniem wątroby, odbarwionymi stolcami, końcowym zanikiem narządu bez powiększenia śledziony i bez zastojów w żyłe wrotnej; mocż zawiera bilirubinę. W naszym przypadku za przyczyną marskości przerostowej należy uznać zimnicę, na którą, jak wiemy z wywiadów, chory dość długo chorował.

II-gi przypadek Hepatitis syfilitica. Walenty N., włościanin lat 47, przybył do szpitala S-go Wincentego d. 9 listopada r. b. Przed 14 miesiącami dostał żółtaczki, która z różnemi zmianami trwa po dzień dzisiejszy. W kwietniu r. b. na lewym brzegu manubrii sterni zaczął wyrastać guzik, początkowo wielkości orzecha laskowego, twardy jak jak kość, ostatnio doszedł do wielkości jaja kurzego i rozmiękł w pośrodku. Zaprzecza, aby kiedykolwiek chorował na przymiot, zimnicę przechodził, lecz krótko; napojów wysokokowych nie nadużywał. Odżywianie mierne, skóra zabarwiona na żółto-zielonkawy kolor. Tętno 84 uderzeń na minutę. Tony serca czyste. W dolnej



części prawego płaca od tyłu rzerzenia wilgotne. Tępość wątroby in linea mamillari pod 6 żebrem, wątroba wyczuwa się na 2 poprzeczne palce pod łukiem żebrowym, przeważnie na linii środkowej ciała; powierzchnia jej cokolwiek chropawa. Sledzona powiększona ku górze, pod łukiem żebrowym wyczuć jej nie można. Objętość brzucha na wysokości pępka 91 cm.; w jamie brzusznej badanie wykazuje obecność wolnego płynu, lekki obrzęk kończyn dolnych. Zalecono choremu jodek potasu do 2,0 dziennie. W danym przypadku kol. *Dziewiszek* rozpoznaje cierpienie wątroby pochodzenia syfilitycznego, jakkolwiek chory przeczy, aby kiedykolwiek przymiot przebywał, jednak bardzo charakterystyczny kilak (gummat) na mostku wszelkie wątpliwości odnośnie do etyologii zupełnie wyjaśnia. U tego chorego mamy cierpienie wątroby więcej rozlanego charakteru, guzów na powierzchni nie znajdujemy. Żółtaczka się objaśnia przez periangiocholitis luetica, puchlina brzuszna zaś przez peripylephlebitis syphilit.; żółtaczka zdarza się w  $\frac{1}{3}$  części przypadków. Zastosowana od samego początku pobytu chorego w szpitalu terapia wpłynęła pomyślnie na gummat na mostku, który zmniejszył się o połowę.

W dyskusyi *Biernacki* opowiada o przypadku przymiotu wątroby, obserwowanym przez siebie, gdzie tylko prawy płąt wątroby był nadzwyczajnie powiększony; na nim można było wyczuć guzowatości; prócz tego był ogromny ascites, sledzona zaś wcale powiększona nie była. Wywiady wskazywały na kilkakrotne poronienia i śmierci pierwszych dzieci. Co zaś do przerostowej marskości wątroby Hanot'a, *B.* radzi zrobić poszukiwania co do sprawności samych komórek wątroby, a to na podstawie analizy moczu. Takowa mogłaby wykazać: a) powiększenie lub zmniejszenie mocznika; b) obecność lub nieobecność urobiliny i c) obecność lub nieobecność cukru po wprowadzeniu do ustroju większych ilości takowego. Te wszystkie poszukiwania dają nam wyobrażenie o życiu komórki wątrobowej i uzupełniają dawną metodę dyagnostyczną, opartą na fizykalnych objawach.

III. *Majewski* wygłasza odczyt o złamaniu kręgosłupa i zmiążdżeniu trzonów 4, 5, 6-go kręgów grzbietowych. Obserwacya szpitalna. Sekcyja. Opis preparatu złamanej części kręgosłupa z dołączeniem rysunków. Zaznaczenie osobliwości przypadku: 1) małe zmiany zewnętrzne i 2) brak odruchów w ciągu całej choroby (*Bastian*).

Teza: przyczyną częstoci ciężkich obrażeń rdzenia przy zmiążdżeniu kręgów jest to, że więz podłużny tylny jest o wiele słabszy od przedniego, skutkiem czego ustępuje on i zgnieciony krąg, z przodu silnie powstrzymywany przez więz przedni, wtlacza się mniej lub więcej do kanału rdzeniowego. Odczyt w całości wydrukowany został w *Gazecie lekarskiej* z d. 19 marca 1898 № 12. *Majewski* dobrze zachowany preparat złożył w muzeum Towarzystwa.

IV. *Biernacki* odczytuje po polsku, a sekretarz po rosyjsku, memoriał w kwestyi sanitarno-hygienicznych urządzeń miasta, fabryk i szkół oraz niektórych kwestyi tyczących się szpitali miejscowych, mający być przedstawiony JW. Gubernatorowi lubelskiemu, a będący rezultatem debatów, jakie komisya, wyłoniona z Towarzystwa Lekar-

skiego, przeprowadziła. Towarzystwo w całości memoryał ten przyjęło i upoważniło zarząd do przesłanie tegoż p. Inspektorowi lekarskiemu gub. lubelskiej.

V. **P. Stecki** (gość) przedstawia rurki z sterylizowanymi roztworami rozmiatych środków, używanych do podskórnych iniekcji, wyrabianych przez aptekarza Gessnera w Warszawie, i chwali praktyczność takowych w użyciu z powodu taniaści, prędkości w ekspedycji i możności długiego przechowywania bez zepsucia. Rurki są na składzie w aptece pp. Derengowskiego i Steckiego w Lublinie.

VI. **Cynberg** przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc wrzesień i październik r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes: *A. Janiszewski.*

Sekretarz: *St. Radomyski.*

## VI. LISTY z PARYŻA.

*Dnia 5-go czerwca r. 1898.*

Z dziedziny chorób umysłowych: kolonia obłąkanych w Dun-sus-Auron; przeszczepienie systemu „Otwartych drzwi“ (Open Door) z Anglii do Francji.

Ojczyzna Pinela, tego oswobodziciela obłąkanych, którego piękny czyn tylekroć sławiła nauka i sztuka, dała się prześcignąć w ostatnich latach ościennym narodom. Na polu alienistyki Anglia, Belgia i Niemcy posunęły się dalej niż Francya.

I tak od kilku lat już poruszały tu pisma fachowe i niefachowe sprawę tak zwanych kolonij dla obłąkanych. Część osób dotkniętych chorobą umysłową niekoniecznie potrzebuje odosobnienia, owszem styczność z ludźmi nie chorymi może wyjść im czasem na korzyść. Rozumie się, muszą odpowiadać pewnym warunkom, przedewszystkiem choroba ich winna być spokojna. Ale skoro warunki te istnieją, można mieścić je w rodzinach, co nadto zaleca się i ze względów materialnych: utrzymanie chorego kosztuje w tym razie mniej, niż w specjalnym zakładzie.

Otoczeni osobami nie drażniącymi ich, chorzy poczynają interesować się powoli życiem zewnętrznem i po jakimś czasie coraz widoczniejszy udział w niem biorą. Odrywa to ich myśli, swoboda, jaką się cieszą, działa również skutecznie na nich. Powoli, powoli w ciemną noc ich choroby wstępuje brzask częściowego bodaj wyzdrowienia.

Metoda ta stosowana poza obrębem Francji na szerszą skalę, daje bardzo dobre rezultaty. Nareszcie użył jej i tu dr. Marie.

Pierwsze próby uczynił w roku 1892. Zachwycony ich powodzeniem, pódązał tem śmieiej naprzód. Dziś jego kolonia w Dun-sur-Auron jest dziełem przedstawiającem się poważnie.



Przybywszy do Dun, chore (dotąd kolonia obejmuje tylko kobiety) zostają poddane ponownej obserwacji. Kilka dni pobytu w głównym zakładzie miejscowości stanowi o przyjęciu do kolonii. Skoro okazało się, że choroba jest spokojna, lekarz przystępuje do umieszczenia obłąkanej.

Dun-sur-Auron jest podupadłą wioską, gdzie kiedyś kwitł przemysł domowy, ale dziś, niestety, zanika on zupełnie wobec współzawodnictwa fabrycznego. Ludność więc skwapliwie pochwyciła możliwość poprawienia swego bytu w inny sposób. Jeden wieśniak przyjmuje jedną chorą lub więcej; chore odwiedzają się wzajemnie i nie stronią od nowoprzybyłych. Toteż zazwyczaj, gdy przyjdzie nowy transport, przybyszkowie pozostają w głównym zakładzie poczęści dla tego, aby zapoznały się tymczasem z dawnymi, zamieszkałymi we wsi i osiadły przy tych, które im się podobają. Skoro do zaprzyjaźnienia nie przyjdzie, lekarz mieści je sam. Dzieje się to często z powodu posuniętej choroby pacjentek.

Lecz gdy później trochę poprawi się ich stan, gdy wtedy, zawarwszy znajomość, zechcą zmienić mieszkanie, nie stawia się im przeszkód.

Chore żyją w rodzinach włościańskich, otoczone, rozumie się, stałą opieką lekarza.

Czy system ten daje dobre rezultaty—dr. Marie zaświadcza to.

Wielka liczba chorych — mówi on — poczytywanych od kilku lat za nieuleczalne, uzyskała po dłuższym pobycie znaczne polepszenie. Nawet kilka tygodni życia w rodzinie wystarczyło, aby je zainteresować tem, co dzieje się w koło nich, aby wywieść je z milczenia i bezczynności, popchnąć do zajęć i do ruchliwości. Zaczynają brać udział w rozmowach i przyswajają sobie nieco wiadomości elementarnych, pozwalających im przystosować się do normalnego bytu społecznego. Spostrzegano u nich jakby obudzenie dawnych wspomnień z czasów przed chorobą, wspomnień, które pobyt w domu waryatów zazwyczaj przytłumia.

Towarzysz doktor M. Vigouroux kreśli również wcale pętny obraz.

Wielka swoboda, jaką posiadają chore, możliwość skontrolowania tego, co dzieje się w koło nich, usposabia je bardzo dobrze. Zanika ich apatya. Liczba chorych, które pracują, pomagając swoim gospodarzom, czuwają nad ich dziećmi lub szyją, jest znaczna.

Za swoją pracę otrzymują zapłatę. Lekarz odwiedza je kilka razy na tydzień, nadto wszelkie ich skargi, jeżeli są słuszne, bywają uwzględniane.

Kolonia kierowana przez doktora Marie zwróciła wreszcie na siebie powszechną uwagę. Zwiększyła się znacznie, obecnie zaś rada departamentu Sekwany zamierza urządzić na jej wzór kolonię rodzinną dla obłąkanych mężczyzn w Chalivoy przy Dun-sur-Auron: kolonię rolną w departamencie Cher dla epiletyków i dorosłych głupasów, i rodzinną kolonię obłąkanych, znajdujących się na wyzdrowieniu, w jednym z zakładów departamentu Sekwany, we wsi Aunay-le-Château.

Taż sama rada wydelegowała do Anglii i Szkocji prezydenta swego Emila Dubois, naczelnika oddziału obłąkanych w prefekturze paryzkiej Pelletiera, i dwóch lekarzy Pawła Brousseau i Edwarda Toulouse'a celem wystudowania tam systemu „otwartych drzwi“ (open door) w leczeniu obłąkanych. System ów niektórzy zlewają mylnie z koloniami, ma on nieco wspólnego, ale różni się wybitnie. Chorzy posiadają wiele swobody; jeżeli tylko stan ich na to pozwala, wolno im wychodzić — ztąd nazwa — ale nie żyją w rodzinach: dom zdrowia pozostaje ich mieszkaniem. Rzeczoznawcy francuzcy wrócili z niezłomnem przekonaniem, iż metoda ta jest godną upowszechnienia we Francyi.

Za przykładem więc Anglii zalecają podział obłąkanych na trzy grupy. Jedną: chorych na wyleczeniu, niezrównoważonych, albo ulegających halucynacyom wcale niegroźnym pod względem społecznym. Ci mogliby wychodzić w każdej chwili na podwórze i do parku zakładowego. Głównie z nich rekrutowałaby się druga grupa, której wolnoby było wychodzić nawet na ulicę. Trzecią odosobniłoby się od reszty chorych, ale i tu zalecić należy jak najrzadsze używanie środków przymusowych.

System „open door“ stosują już od kilku lat doktor Christian w swoim domu zdrowia w Charenton i doktor Marandon de Montyel w przytułku w Ville Evrard. Pierwszy jest prywatny, drugi jednak utrzymywany kosztem państwa. Ztąd szczególnie w drugim warto przyjrzeć się rezultatom.

„Samo urządzenie przytułku Ville - Evrard — opowiada dr. Marandon w jednym z pism francuskich — sprzyjało mojej metodzie. Otoczony nie wysokim murem, posiadający wiele przestrzeni zadrzewionej, duży ogród i kawał pola, wyróżnia się on od innych przytułków. Chorzy mają dość miejsca, aby przechadzać się, jeśli chcą, mogą pracować w ogrodzie, nie kępować się niczem, dogładani jedynie przez kilku dozorców. Od dziewięciu lat staram się zapewnić im jak największą wolność i chociaż 50—60 na sto cieszy się tym przywilejem, nie miałem żadnego przypadku. A zakład mój liczy siedemset obłąkanych i ruch roczny dochodzi niemal tysiąca.

O ile ich stan umowy im pozwala, moi obłąkani pracują, przechadzają się, słowem żyją trybem codziennego życia; ich krewni i przyjaciele odwiedzają ich, kiedy chcą i zostają z nimi jak długo im się podoba, skoro mają chęć, jedzą nawet razem z nimi. Niekiedy biorą ich do siebie na jakiś czas z zastrzeżeniem, iż gdy zechcą odwiedzić ich do zakładu, nie odmówi się im przyjęcia. Nareszcie wszyscy mają bezwzględną swobodę pisania i nie ulegają żadnym karom.

Z cyframi w rękę mogę dowieść, że ucieczek miałem mniej, niż mają ich zakłady o dawnych metodach. Rezultaty moje przeszły wszelkie oczekiwania, i nigdzie chorzy nie mają tak wielkiej możności wyzdrowienia jak w mojem Ville-Evrard“.

W. Bugel.



## VII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

W sprawie wyborów lekarzy gminnych.

I.

*Szanowna Redakcyo!*

Skoro wprowadzenie instytucyi lekarzy gminnych w gub. Królestwa Polskiego zdaje się być tylko kwestyą czasu, naturalnem jest zainteresowanie się pytaniem, jaką drogą przyszłe posady lekarskie będą obsadzane. „Jest rzeczą prostej sprawiedliwości, aby ci, co mają korzystać z usług lekarza i ci, co go będą opłacać, mieli wyraźny głos w jego obiorze“, powiada „Kronika“ i z zasadą tą nikt chyba sprzeczać się nie będzie. Opinie rozchodzą się tylko co do formy wyborów: czy wybór ma być dokonywany przez pogłówne głosowanie wszystkich, mających prawo głosu mieszkańców gminy, jak to ma miejsce na dziś istniejących wyborach sędziów (cenzus dla wyborców — posiadanie 3-eh morgów gruntu), czy też liczba wyborców ma być zredukowana na pewnej zasadzie, lub też nareszcie lekarz ma być wybierany przez kilku pełnomocników gminy. Żeby na te pytania odpowiedzieć, należy poznać charakter dziś istniejących wyborów, oraz rozjeźrzeć się, czy między wyborami sędziego a lekarza nie zachodzą różnice, dla których i wybory same uledez by zmianie powinny.

Pomijając wpływy postronne, jakie mogą zaważyć na szali wyborów, sami wyborcy dzisiejsi dają się podzielić na trzy kategorye. Jest tam więc najpierw kilku śmielszej natury, rezonujących agitatorów — są to zwykle małomiasteczkowi mądrale, powtóre, liczniejsi, poważni gminiacy, mający swoje zdanie, lecz nie mający zmysłu agitatorskiego, ani odwagi wypowiedzania swego zdania wobec przedstawiciela władzy i obecnych kandydatów, wreszcie większość biernych, bez zdania, dających się powodować pierwszym. Zazwyczaj pierwsi, przy obojętności trzecich, stanowią o wyborze. Nie twierdzą, że jest tak zawsze, zdarza się, że znieczepliwiona druga kategorya zdobywa się na odwagę głośnego protestu i znowu przeciąga biernych na swoją stronę. W każdym razie wybory dzisiejsze nie są zdaniem większości i stanowią wypadkową rozlicznych przyczyn, nie dającą się przewidzieć tuż nawet przed wyborami. Niejednokrotnie pytałem spieszących na wybory, za kim będą głosować, odpowiadali zawsze, że nie wiedzą jeszcze, a zobaczą na zebraniu. W okręgu sądowym, w którym zamieszkuję, głosuje 4 gminy. Na jednych z wyborów każda gmina wybrała kogo innego i to każda wszystkiemi niemal głosami. Na wyborach następnych gmina A, która przy pierwszych wyborach jednogłośnie wybrała pana B., wybiera pana C znowu jednogłośnie. Gmina D., która przy pierwszych wybrała jednomyślnie p. C., przy drugich również jednogłośnie wybrała pana B. Tego rodzaju wybory dowodzą tylko, że znakomita większość wyborców, nie mając własnego zdania, uległa wpływom ubocznym, jednym i drugim

razem, skoro tak odmienną, w obu razach, obiedwie gminy wygłosiły opinie, bynajmniej zaś nie dowodzi przekonania. A jest to przykład, wzięty z życia, bynajmniej nie fantazyja.

Jeżeli większość naszych włościan ma tak mało zdania o kandydatach na sędziów, o ile mniej go będzie miała o kandydatach na lekarzy gminnych! Ci pierwsi bowiem wszyscy są mieszkańcami danego okręgu sądowego, mniej lub więcej blizkimi sąsiadami obiorców, a więc są im mniej lub więcej znani. Co zaś do lekarzy, to ołbrzymia większość przyszłych wyborców będzie znała tylko tego jednego, w którego rejonie zamieszkuje. Jeżeli więc wybiorą obcego, sobie nieznanego, nie będzie to żadną zasługą elekta, powagi mu nie przysporzy. Mogło by to być wyrazem niezadowolenia z dotychczasowego, gdyby wybory były istotnie swobodnym wypowiedzeniem się za lub przeciw. Względ ten posiadałby pierwszorzędną doniosłość i gdyby o ten jeden tylko chodziło, jużbym głosował za obsadzeniem posad lekarzy gminnych drogą pogłównych wyborów. Pomijając już tę okoliczność, że tak nie jest, jak to z powyższego przykładu wyboru sędziego widzieliśmy, my, sami lekarze, wiemy doskonale, jak błędna jest nieraz opinia publiczności o naszych kolegach, o ich wartości jako lekarzy. Jeżeli nawet inteligencya myli się niejednokrotnie, gdzie kończy się wina lekarza, a zaczyna niemoc nauki lub nieszczęście, czegoż możemy się spodziewać po dzisiejszym wyborcy, którego „chłopski rozum“ w subtelności się nie zagłębia. To też widzimy, że między opinią o lekarzu u włościan, a opinią u inteligencyi wiejskiej, są zawsze różnice, mniejsze lub większe, w tym sensie, że lekarz cieszy się wzięciem u dworów, kiedy lud proteguje felczera. Zwrot ku lepszemu i tu jest widoczny, lecz na wyrobienie masy potrzeba długich lat i wielkiej, cierpliwej pracy.

Żeby o jakiegokolwiek kwestyi mieć należyte zdanie, oparte nie tylko na apriorystycznym widzimisie, należy patrzeć na nią jednocześnie z kilku punktów widzenia. Gmina powinna żądać i słusznie żąda prawa głosu w obiorze lekarza, którego własną kieszenią ma opłacać. Lekarz powinien żądać i słusznie żąda, żeby był zabezpieczony przed samowolą, opartą na błędnem rozumowaniu, lub nawet na żadnym, jak również przed agitacją jego najserdeczniejszych, jakich mu nie zbraknie. Kapitalną różnicę między położeniem sędziego a lekarza stanowi ta „mała“ okoliczność, że nowi wybieralni sędziowie nie żyją ze swojej 500 rublowej sędziowskiej pensyi, bo wszyscy prawie, z nielicznymi wyjątkami, są to właściciele większych posiadłości. Przegłosowanie sędziego może być dla niego przykrością, lecz nie jest jeszcze krzywdą. Wybór lekarza może być nieraz igraszką dla wyborców, gdy jemu chodzi o życie.

Mały stopień wyrobienia obywatelskiego naszych dzisiejszych wyborców nie daje gwarancyi, żeby rozumieli oni, iż głos ich ma być dowodem zaufania i szacunku dla elekta, który zyskiwałby w ich oczach na powadze. Można się obawiać, że zrozumieją oni jedną tylko stronę wyborów, to jest zależność lekarza od nich samych, zależność zaś w oczach nieoświeconych wyborców nie doda powagi temu, kto od nich zależy.



W ich oczach wybory dodadzą znaczenia przedewszystkiem im samym. Rola wędrownego tułacza, jaka może stać się udziałem lekarza gminnego, powagi przysporzyć mu nie może, jego samego zniechęci, ludności czy korzyść przyniesie, jest rzeczą wątpliwą. Wreszcie trzyletni termin urzędowania młodego lekarza wydaje mi się terminem za krótkim, żeby wyrobiony sąd o nim mieć było można.

W rezultacie, godząc słuszne żądanie gmin posiadania prawa głosu i jednocześnie zabezpieczając powagę samych wyborów w interesie lekarza, należałoby żądać od samych wyborców censuzu nie majątkowego, lecz wykształcenia. Niech wybierają go, czy to pełnomocnicy gminni w liczniejszem kole, czy nawet wszyscy piśmienni, rozumiejąc przez to określenie nie samą tylko umiejętność podpisania swego nazwiska.

*Dr. S. Klarner.*

Bełżyce

## II.

### *Szanowna Redakcyo!*

Sprawa lecznictwa ludowego jest bardzo ważna i, choć *Kronika Lekarska* żywo się zajmuje tą kwestyą, jednak dziwnem jest bardzo małe zainteresowanie się nią lekarzy małomiasteczkowych. A ciekawe byłoby ich w tym względzie zdanie, gdyż należy przypuszczać, że najpierw, jako leczący ten lud i najbliżej z nim stykający się, są w kwestyi lecznictwa ludowego najbardziej kompetentni, a powtóre prawdopodobnie z nich utworzy się pierwszy szereg przyszłych lekarzy gminnych. Tymczasem prócz niezmiernie trafnej oceny projektu kol. Biernackiego przez kol. S. Klarnera, nie daje się słyszeć ich głosu.

W przedostatnim zeszycie *Kroniki*, Szanowna Redakcyja prawie wzywa lekarzy do wygłoszenia zdania w kwestyi wyboru lekarzy gminnych, a mianowicie podano tam propozycyę p. B. Zdziarskiego, aby przyszłych lekarzy gminnych wybierano na podobieństwo sędziów i wójtów przez głosowanie na zebraniach gminnych, a nawet więcej, bo po trzechleciu przez udział pogłówny, bez różnicy majątku i płci.

Szan. Redakcyja w zupełności przychyliła się do tego projektu, jednakże pragnęłaby usłyszeć zdanie lekarzy w tej kwestyi. Naprzód co się tyczy głosowania wszystkich bez wyjątku osób gminę zamieszkujących, bez różnicy majątku i płci, to chyba trzeba byłoby wyjechać pod tym względem zmianę w ustawie gminnej.

Pominąwszy już tę kwestyę, zachodzi pytanie, czy stosownem byłoby, aby mianowanie i utrzymanie na posadzie lekarza podlegało głosowaniu ludzi, aczkolwiek interesowanych, jednak nieoświeconych. Trzeba zbliżka poznać te agitacye i intrygi przed wyborami na wójta, lub sędziego; dowiedzieć się, ile p. kandydatów na te posady kosztują poczęstunki dla wyborców w szynkach, aby przyłączyć się do zdania Redakcyi *Ech Płockich i Łomżyńskich*, żeśmy jeszcze nie dorosli do tego rodzaju instytucyi.

Wątpię, żeby takie wybory dodawały powagi sędziemu, lub wójtowi; sumienne spełnianie obowiązków i umiejętność postępowania z ludźmi więcej dodadzą powagi, niż ten, lub ów sposób mianowania. Tak samo nie sposób mianowania, lecz pojmowania obowiązków może nadawać lekarzowi więcej, lub mniej cech urzędniczości. Podleganie co trzy lata balotowaniu nadaje posadzie lekarskiej cechę nieśladości. A chyba dążyć należy do tego, żeby lekarz zadomowił się w gminie, poznał dobrze ludność danego okręgu i stał się jej, że tak powiem, domowym lekarzem. Szan. Redakcyja sądzi, że jest rzeczą prostej sprawiedliwości, aby ci, co mają korzystać z usług lekarza i ci, co go będą opłacać, mieli wyraźny głos w jego obiorze. Przypuszczam, że sprawiedliwszą byłoby zapytać się najpierw, czy ciż sami wogóle pragną mieć i opłacać lekarzy? Sądzę jednak, że pomimo istnienia jednej gminy, która podobno wystąpiła z żądaniem wyboru lekarza, a o której wspomina p. B. Zdziarski, pytanie takie byłoby zbyt ryzykowne i, oglądając się na głosowanie gminne, zapewne nie doczekalibyśmy się organizacyi pomocy lekarskiej w gminach. Więc chociaż postawienie takiego pytania byłoby sprawiedliwym, jednak niepraktycznym.

Zresztą czyż nie wiemy, że wybory gminne często bywają czezą formalnością, a rezultat ich prawdziwą dla wyborców niespodzianką?

Nie idzie za tem, żeby lekarzy gminnych pozostawić bez kontroli w obawie, aby, jak lekarze sielscy na Wołyniu (według kol. Biernackiego) pod wpływem regularnie pobieranej pensyi nie wpadli w bezczynność, jednym słowem, nie zamienili się w synekurzystów (?). Lecz choćby projekt lekarzy Lubelskich podaje na to skuteczną radę. Oto niezadowoleni bezpośrednio, lub przez opiekunów gminnych, mogą (i powinni) przysyłać umotywowane zażalenia do powiatowej Rady opiekuńczej. Tylko nie rozumiem, dlaczego w projekcie dopiero wspomnianym czas na reklamacye ograniczono do 3 lat?

Prócz tego, projekt lekarzy Lubelskich następuje parę uwag. I tak, lekarz gminny obowiązany leczyć biednych w ambulatoryum, jak również w ich własnych mieszkaniach, czyli inaczej, będzie musiał do nich jeździć.

Otóż w projekcie nie wspomiano o kosztach wyjazdów; te nie mogą obciążać biednych; a chyba projektodawcy nie mogą wymagać, aby lekarz ze swojej 500-rublowej pensyi utrzymywał lub wynajmował konie.

Czytamy dalej w projekcie: „W celu uniknięcia nadużyć w korzystaniu bezpłatnej pomocy lekarskiej, opiekunowie wraz z wójtami i pełnomocnikami gminy formują corocznie listy imienne tych biednych rodzin, które mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej. Lista nie może przekraczać 20% ludności“. Widocznie projektodawcy przyjęli jakieś *minimum* zamożności rodziny i na tej podstawie opierają przypuszczenie, że lista biednych nie może przekraczać 20% ludności. Szkoda tylko, że nie objaśnili, kogo właściwie mają opiekunowie gminni uważać za biednego. Na pierwszy rzut oka rozwiązanie tego pytania zdaje się być łatwym; w rzeczywistości, a szczególnie w gminach, jeżeli opiekunowie i wójei nie zechcą sze-



matycznie układać owej listy, mogą się znaleźć w nielada kłopotcie. Iluż to gospodarzy 3, 5, a nawet 7—9 morgowych, lub właścielei nieruchomości w osadach znajduje się w większej biedzie aniżeli bezrolni, lub wyrobniicy, albo służący? Jednakże opiekun ma prawo powiększania tej listy w ciągu roku; w dodatku za nieumieszczenie na niej niezamożnych może być odpowiedzialnym. Więc, czy wobec tego owo „nieprzekraczanie na liście 20% ludności“ nie stanie się iluzją?

Są to wszystko drobiazgi formalnej natury, lecz często nieuwzględnienie drobiazgu niekorzystnie wpływa na całość dzieła.

Proszę przyjąć wyrazy prawdziwego szacunku i poważania:

Wł. Kodziejewicz.

Bełchatów (gub. Piotrkowska) 30/V 1898.

—h.— Podając oba te listy, zapraszamy Szan. kolegów, mieszkających zwłaszcza w małych miasteczkach i osadach i ztąd blizkich omawianym stosunkom, do zabrania głosu w tej ważnej sprawie, aby w chwili rozstrzygania się jej zajęli przypadającą im z natury rzeczy rolę rzeczoznawców i doradców, chociażby platonicznych.

Do powyższych dwóch głosów można dodać jeszcze zdanie d-ra Wychowskiego (p. *Echa Płoc. i Łomżyńskie* № 16), również nie zgadzające się na pogłówne wybory lekarzy gminnych, pozostawiając je raczej przedstawicielom gminy.

Głównym powodem niechęci Szan. oponentów przeciw wyborom przez ogół gminy—jest niski stan oświaty wyborców i uleganie wpływom postronnym. Nie sądzimy, aby od tych zarzutów wolni byli przedstawiciele gmin, aby ich kompetencya w ocenie rzeczywistej wartości lekarza była wogóle wyższą, aniżeli posiadana przez przedstawiany przez nich ogół. Absolutna ocena jest tu, zdaje się nam, wprost niemożliwą. Ostatecznie ocena ta redukuje się w praktyce do tego, jak się dany lekarz „podoba“, jak będzie umiał zyskać zaufanie mas. Inne wymagania będą miały warstwy wyższe, inne lud.

Wybór przez przedstawicieli upraszcza niezawodnie całą sprawę, ale nie o to chyba chodzi. Jeszcze prościej byłoby, gdyby lekarzy mianował naczelnik powiatu.

Głosowanie powszechne nawet w najbardziej cywilizowanych krajach nie jest wolne od stron ciemnych. Używanie środków niewłaściwych dla zjednania sobie głosów zależy od poziomu moralności ubiegających się i ich też za nie winić należy.

Niezawodnie, że zdanie nasze jest teoretyczne, nie upieramy się też przy 3 ani przy 5 latach ponownego wyboru, ale w danej kwestyi doświadczenia praktycznego niema wcale, w zasadzie zaś należy popierać to, co uznane zostało za najlepsze.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

### Zarys programu ósmego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Od 1-go do 3-go sierpnia 1898 roku.

#### I. Organizacya Zjazdu.

**Zarząd:** Dr. Heliodor Świąciecki, przewodniczący. Dr. Artur Jaruntowski, sekretarz generalny. Dyrektor M. Więckowski, podskarbi.

**Komitet gospodarczy:** Ks. dziekan Antoniewicz-Radca dr. Bakowski. Dr. Broekere. Szambelan Cegielski. Dr. Celichowski. Józef Chłapowski. Dr. J. Chrzanowski. Książę Zdzisław Czartoryski. Antoni Dembiński. Dr. Drobnik. Hr. Engestroem. Radca dr. Gašiorowski. Ks. Prałat Goebel. Dr. Leon Grabski. Dr. Lucyan Grabski. Dr. W. Grodzki. Ks. dr. Hejnowski. B. Jagielski. Adam Janowski. S. Jasiński. Dr. Jarnatowski. Poseł Jerzykiewicz. Dr. Stanisław Jerzykowski. Dr. Kapuściński. Dr. Karchowski. Radca dr. Koehler. Dr. Kozuszkiewicz. Dr. Kryśiewicz. Dyrektor dr. Kusztelan. Hr. Mieczysław Kwilecki. Dr. Leon Mieczkowski. Dyrektor Motty. Dr. Pomorski. Ks. Piotrowicz. Radca dr. Rakowski. Dr. Rudzki. Dr. Rzewuski. Dr. Stan. Dr. Tadeusz Szuldrzyński. Dr. Zygmunt Szuldrzyński. St. Twardowski. Dyrektor Walzyk: Ks. szambelan Wawrzyniak. Dr. Zakrzewski. Dr. Radzca Zielewicz. Dr. Adam Żółtowski.

**Komitet wystawowy:** Stefan Barcikowski. F. Biskupski. Czepeczyński. Dr. Drobnik. J. Jasiński. B. Kasprowicz. J. Paczkowski. Dr. Jan Panieński. St. Pfitzner. Dr. L. Rekowski. Śniegocki. B. Szulczewski. W. Urbanowski. Inżynier Zakrzewski. Ziętkiewicz.

**Komitet redakcyjny:** Radzca dr. Fran. Chłapowski. Dr. Erzepki. Dr. Kantecki. Radzca dr. Koehler. K. Kozłowski. Fr. Krysiak. Dr. Kryśiewicz. Dr. Wł. Lebiński. Wal. Lebiński. Syndyk i poseł dr. Mizerski. Inżynier Skrzydlewski. Dr. Bog. Wicherkiewicz.

**Komitet dla mieszkań, uroczystości, zabaw i wycieczek:** Stefan Barcikowski. Dr. Broekere. Władysław Chrzanowski. B. Jagielski. Dr. Kapuściński. Jan Leitgeber. Jarosław Leitgeber. St. Twardowski. St. Wegner. Dr. Zakrzewski.

**Komitet dla pań:** Radczyni Batkowska. Szambelanowa Cegielska. Radczyni Chłapowska. Józefowa Chłapowska. Dr. Chrzanowska. Dr. Erzepkowa. Dr. Grodzka. Dr. Jerzykowska. Dr. Kapuścińska. Dr. Kozuszkiewiczowa. Dr. Pomorska. Mecenasowa



Scydowa. Dr. Święcicka. Dr. Wicherkiewiczowa. Dr. Zakrzewska. Radczynie Zielewiczowa.

## II. Dział naukowy.

Pojedyńcze sekcje:

- 1) Sekcja medycyny teoretycznej — wprowadzający gospodarz: radca dr. Batkowski, sekretarze: dr. Jan Panieński i dr. Holtzer.
  - 2) Sekcja dla higieny i medycyny sądowej — gosp. radca dr. Gąsiorowski, sekr. dr. Chachamowicz.
  - 3) Sekcja dla medycyny wewnętrznej — gosp. dr. Jerzykowski, sekr. dr. Szuman i dr. Zakrzewski.
  - 4) Sekcja dla chirurgii — gosp. dr. Drobnik, sekr. dr. Krysiwicz i dr. Broekere.
  - 5) Sekcja dla ginekologii — gosp. dr. Święcicki, sekr. dr. Pomorski i dr. Chrzanowski.
  - 6) Sekcja dla okulistyki — gosp. dr. B. Wicherkiewicz, sekr. tegoż asystent.
  - 7) Sekcja dla prasy lekarskiej polskiej — gosp. dr. Święcicki, sekr. dr. Jaruntowski.
  - 8) Sekcja dla weterynaryi — gosp. p. Starkowski.
  - 9) Sekcja przyrodniczo-rolnicza — gosp. dr. L. Mieczkowski, sekr. dr. T. Szuldrzyński.
  - 10) Sekcja matematyczno-fizyczna — gosp. prof. dr. Wituski.
  - 11) Sekcja chemiczna i farmaceutyczna — gosp. dr. Karchowski, sekr. p. Fr. Alkiewicz.
  - 12) Sekcja geologiczna i botaniczna — gosp. dr. Marten.
  - 13) Sekcja zoologiczna — gosp. dr. Marten.
- Odczytów zgłoszono na Zjazd do 20 maja 160.

## III. Ogólny porządek dzienny.

*Niedziela, dnia 31 lipca.*

Wieczorem o godz. 9-ej zebranie towarzyskie w hotelu „Victoria“ przy ulicy Berlińskiej, celem wzajemnego poznania się.

*Poniedziałek dnia 1-go sierpnia.*

O godzinie 8<sup>1/2</sup> z rana: Uroczyste nabożeństwo w kościele farym.

O godzinie 10-ej: Pierwsze ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Otwarcie zjazdu przez przewodniczącego Wydziału gospodarczego.

2) Wybór prezesa, wiceprezesa i sekretarzy ogólnych posiedzeń Zjazdu.

3) Powitanie uczestników VIII Zjazdu w imieniu obywatelstwa polskiego miasta Poznania.

4) Przemówienia delegatów i odczytanie telegramów.

5) Wykłady: a) prof. dr. Kostaneckiego z Krakowa: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii“; b) prof. dr. Natanson z Krakowa: „O zasadniczych prawach materii i energii“; c) prof. dr. Ig. Baranowskiego z Warszawy: „Gruźlica jako sprawa społeczna“.

6) Pan Jan Szczepanik przedstawi swój dalekowiedz (telekroskop).

7) Wnioski co do miejsca i czasu następnego t. j. IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

8) Sprawozdanie komisji wykonawczej poprzedniego t. j. VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

9) Wnioski.

O godz. 3-ej po południu posiedzenia sekcyjne.

O godz. 6-ej po południu uczta w Bazarze. dana przez Wydział gospodarczy dla członków i uczestników Zjazdu. Wieczorem koncert w ogrodzie zoologicznym.

*Wtorek, dnia 2 sierpnia.*

O godz. 8-ej z rana: Zwiedzanie miasta, szpitali i wystawy.

O godz. 9-ej rano i o 4-ej po południu posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem o godz. 9-ej bal w Bazarze, dany na cześć VIII. Zjazdu. przez obywateli polskich Księstwa.

*Sroda, dnia 3-go sierpnia.*

O godz. 8-ej z rana zwiedzanie miasta i wystawy.

O godz. 9-ej posiedzenie sekcyjne.

O godz. 4-ej: Drugie ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Ostateczny wybór miejsca i czasu na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

2) Wykład dra Biegańskiego z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia“.

3) Wykład d-ra E. Flatau z Berlina: „O najnowszych poglądach na budowę układu nerwowego“ z demonstracyami.

4) Referat w sprawie sanatoriów ludowych dla suchotników.

5) Wnioski poszczególnych sekcji i uchwały.

6) Zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego wydziału gospodarczego.

7) Pożegnanie.

O godz. 9-ej wieczorem uczta pożegnalna w Bazarze.

*Czwartek dnia 4-go sierpnia.*

Wspólna wycieczka do Gniezna, Inowrocławia i Kruszwicy.

#### IV. Wystawa.

Wystawa podzielona będzie na następujące działy:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Hygiena. 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlanie. 3) Wentylacja. 4) Wodociągi i kanalizacja. 5) Łazienki. 6) Dezynfekcja. 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fizjologia. 3) Psychofizjologia. 4) Patologia; a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia, sercdiagnostyka i organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne, (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystryka, i t. d.). Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen).



IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne przyjmuje p. dr. Jan Paniński, Poznań, ul. Lipowa, inżynier Zakrzewski, ul. Rybcerska, i p. A. W. Kasprowiez, ul. Fryderykowska 5-ty.

Wystawa odbędzie się w dniach 1, 2 i 3-go sierpnia r. b. w Poznaniu na sali Lamberta.

#### V. Bliższe szczegóły.

Komisarzami VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu mianował komitet gospodarczy na Warszawę: d-ra Karola Rychlińskiego (Krucza 35), na Kraków: prof. B. Wicherkiewicza, na Lwów: c. k. radcę krof. d-ra. Riegiera, na Wilno: d-ra St. Zeimińskiego (Trocka), na Paryż: d-ra Motza (Paris 45, Bd. St. Michel).

Karty uczestnictwa odbierać mogą uczestnicy Zjazdu już teraz, nadsyłając na ręce podskarbiego wydziału gospodarczego, p. dyrektora Więckowskiego, Poznań (Bank przemysłowców), 20 marek: bilety dla pań kosztują 5 marek. Karta uczestnictwa uprawnia do brania udziału w obradach zjazdu i do bezpłatnego otrzymania: a) jednego Pamiętnika Zjazdu, b) biletu wstępu na wystawę i biletu na koncert, d) udział w bankiecie, e) oznaki uczestnictwa w Zjeździe. Panie otrzymują także odznakę uczestnictwa i biorą udział w posiedzeniach publicznych, wycieczkach, bankiecie, koncercie, wystawie i zwiedzaniu miasta. Komitet, składający się z pań, postara się uczestniczkom Zjazdu pobyt w Poznaniu uprzyjemnić.

Członkowie VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymają bezpłatnie w biurze wydziału gospodarczego kokardy niebieskie z łaską Eskulapa. Członkowie Wydziału gospodarczego mieć będą rozetki niebieskie. Młodzież i obywatele dający pomoc Wydziałowi gospodarczemu na dworcu, zabawach i t. d., mieć będą odznakę białą.

W sprawie mieszkań radzimy już teraz zgłaszać się do p. d-ra Kapuścińskiego (ul. Wilhelmska 11), dodając zarazem, czy mieszkanie ma być bezpłatne lub w hotelu, i jakie życzenia co do mieszkania mają szan. uczestnicy.

Na dworcu centralnym oczekiwać będą gości i to od niedzieli 31 lipca, począwszy od godz. 11-tej przed południem.

Biuro Zjazdu znajdować się będzie przy ul. Berlińskiej w resursie (Teatr polski). Ogólne posiedzenia odbywać się będą

w Teatrze polskim, przy ulicy Berlińskiej. Lokale dla pojedynczych sekcji później ogłosimy.

Wystawa przyrodniczo-lekarska urządzona będzie na sali Lamberta, ul. Piekary. Otwarcie wystawy nastąpi w poniedziałek 1-go sierpnia o godz. 1-ej w południe.

„Dziennik Zjazdu“ wychodzić będzie w czasie Zjazdu codziennie o godz. 7-mej rano. Uczestnicy otrzymają odnośne numery Dziennika za pokwitowaniem na karcie uczestnictwa w biurze Zjazdu w Resursie. „Dziennik Zjazdu“ zawierać będzie program odnośnego dnia, wykaz ogłoszonych w dniu poprzednim odczytów, różne wiadomości informacyjne, dotyczące się Zjazdu i spis uczestników. Aby spis taki był dokładny, upraszamy przy nadesłaniu składki na kartę uczestnictwa o podanie dokładnego i czytelnego adresu, rangi i miejsca zamieszkania,

Bankiet w czasie Zjazdu oraz bal, dany przez obywatelstwo wielkopolskie, odbędzie się w Bazarze przy ul. Wilhelmowskiej, koncert zaś w Ogródzie zoologicznym za bramą Berlińską, dokąd elektryczne tramwaje dochodzą z miasta co 5 minut.

Uczestnicy pragnący wziąć udział w czwartek dnia 4-go sierpnia w wspólnej wycieczce do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy, raczą już w czasie Zjazdu zgłosić się do wydziału zajmującego się wycieczką. Ponieważ wycieczka odbędzie się nadzwyczajnym pociągiem i ponieważ wydział gospodarzy jest poprzednio zobowiązany donieść dyrekcji kolei żelaznej, jaka ilość uczestników weźmie udział w wycieczce, przeto rychłe zgłoszenie się pragnących wziąć udział w wycieczce, jest konieczne.

Zwiedzanie miasta odbywać się będzie w kilku partych i to pod przewodnictwem członków komitetu, którzy postarają się na każdą osobliwość miasta dokładną zwrócić uwagę szan. gości.

W lipcu wyda komitet gospodarzy obszerny i uzupełniony program Zjazdu. Aż do tego czasu komitet gospodarzy chętnie przyjmie wszelkie życzenia i propozycje, dotyczące się Zjazdu i starać się będzie, aby życzeniom szan. uczestników zadość uczynić i pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić. W sprawach Zjazdu oraz z odczytami zgłaszać się należy do prezesa Zjazdu p. d-ra. H. Święcickiego (pałac Działyńskich), lub do sekretarza jeneralnego p. d-ra. Jaruntowskiego (ul. Wilhelmowska 16).

*Spis prac podamy w numerze następnym.*

---

—\*— Ponieważ na zbliżający się Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jaki się odbędzie w Poznaniu od 1-go do 3-go sierpnia r. b. już do dzisiaj przeszło dwieście nadesłano zgłoszeń z odczytami, a krótkość czasu Zjazdu wykluczałaby możliwość wygłoszenia wszystkich odczytów, gdyby Szanowni prelegenci nie zastosowali się do pewnych przepisów zasadniczych, przeto Komitet gospodarzy udaje się z uprzejmą prośbą, o nadsyłanie **najpóźniej do 3-go lipca r. b.** na ręce prezesa Zjazdu, p. d-ra. H. Święcickiego Poznań, pałac Działyńskich,



jak najkrótsze streszczenie zapowiedzianego odczytu. Autoreferaty te wyjdą drukiem kilkanaście dni przed Zjazdem i rozesłane względnie rozdane będą wszystkim uczestnikom. Wygłoszenie odczytu więcej jak 15 minut czasu zająć nie powinno. Zabierającemu głos w dyskusji wolno tylko przez 5 minut przemawiać. Nadto już w czasie posiedzenia winien przemawiający wręczyć sekretarzowi Zjazdu poprzednie przemówienie swoje i to spisane na jednej tylko stronie wręczonej mu przez sekretarza karty. Komitet gospodarczy ma nadzieję, że przeprowadzona w ten sposób organizacya umożliwi wygłoszenie wszystkich odczytów i dyskusyę uczyni więcej wyczerpującą.

*Zarząd VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.*

—\*— **Odezwa.** VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Stosując się do życzeń wielu kolegów z Warszawy, urządza komitet gospodarczy po ukończeniu Zjazdu w piątek dnia 5-go sierpnia r. b. wspólną wycieczkę do zdrojowisk szlązkich, a mianowicie do Landeck, Langenau, Reinerz, Cudowy, Goerbersdorfu, Salzbrunn, Flinsbergu i Warmbrunn. W odnośnych miejscowościach lekarze zdrojowi, zawiadomieni o przybyciu gości, ułatwią zwiedzającym bliższe zapoznanie się z wodami. Ponieważ do odpowiedniego przyjęcia szanownych gości koledzy w zdrojowiskach powyższych pragną choćby w przybliżeniu wiedzieć, ilu będzie uczestników Zjazdu korzystało z wycieczki, przeto komitet gospodarczy uprasza o wczesne zgłaszanie się do członka komitetu, p. d-ra. Bolesława Kapuścińskiego (ul. Wilhelmowska 11), który też bliższymi służyć będzie informacyami:

—\*— Ze względu na wzrastającą z dniem każdym liczbę odczytów, zapowiedzianych na Zjazd Poznański, uchwalił komitet gospodarczy na ostatniem swem posiedzeniu, czas trwania Zjazdu przedłużyć o jeden dzień, aby przez to więcej pozostało czasu dla prac sekwjnych. Na mocy tego 8-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, odbędzie się dnia 1, 2, 3 i 4-go sierpnia r. b.

Komitet gospodarczy nadmienia przy tej sposobności, że z zapowiedzianych odczytów w pierwszym rzędzie będą te uwzględniane, których autorzy nadesłali do 3-go lipca r. b. krótkie streszczenie odczytu, a o czem szanowni prelegenci przez osobny komunikat Zarządu Zjazdu już zostali powiadomieni.

—\*— W sprawie mieszkań w czasie Zjazdu raczą szanowni uczestnicy, o ile możności, już teraz zgłaszać się do prezesa wydziału uroczystościowego, Dr. B. Kapuścińskiego w Poznaniu ulica Wilhelmowska № 11, jeżeli chcą mieć pewność, że otrzymają mieszkanie dobre i wygodne. Zgłoszenia po 20 lipca nie dadzą się może wszystkie uwzględnić!

—\*— Na życzenie wielu uczestników postanowili obywatele W. Ks. Pozańskiego urządzać dla szanownych gości w środę dnia 3-go

sierpnia zamiast balu, wielki raut w Bazarze, by wszystkim uczestnikom, nawet w zwyczajnych ubiorach, umożliwić wzięcie udziału w uroczystym przyjęciu ich przez obywatelstwo wielkopolskie.

*Dnia 1-go lipca r. 1898.*

—j. z.— W kilku numerach poprzednich *Kronika* wydrukowała cały szereg artykułów, w kwestyi pomocy lekarskiej w gminach. Otwierając łamy naszego pisma dla tej kwestyi, sądzymy, że jest ona na czasie. Nie wątpimy że komisya zwróci należyta uwagę na głosy prasy lekarskiej i dla tego nie wahamy się kwestyi tej i nadal miejsca poświęcać.

Dotąd tylko lekarze gub. lubelskiej bliżej zainteresowali się tą kwestyą i opracowali projekt organizacyi, lekarze z innych gubernii Królestwa dotąd nie wypowiedzieli swego zdania, sądzymy jednak, że w tym kierunku pracują i że owoc ich pracy wkrótce na łamach *Kroniki* będziemy w możności ujawnić.

By jednak ujednostajnić pracę i dać bardziej ukłasyfikowany materyał do wyprowadzenia wniosków, podajemy poniżej szemat, według którego należałoby, naszym zdaniem, zbierać dane odnośne i opracowywać projekty.

#### I. *Stan obecny.*

- A. Ilość ludności wiejskiej w gubernii.
- B. Ilość lekarzy.
- C. Ilość gmin wiejskich.
- D. Ilość lekarzy w miastach, osadach i wsiach.
- E. Ilość szpitali w gubernii.
- F. Ilość akuszerok, felczerów i babek w gubernii.
- G. Ilość akuszerok, babek i felczerów w osadach, miasteczkach i wsiach.

#### II. *Projekt reformy.*

- A. Najdogodniejszy podział ludności wiejskiej pod względem lekarskim.
- B. Ilość potrzebnych lekarzy gminnych.
- C. Ilość szpitali, ewentualnie łózek, potrzebnych dla ludności miejskiej.
- D. Pożądany stosunek akuszerok, babek i felczerów do ilości mieszkańców wsi.
- E. Oznaczenie sum potrzebnych dla przeprowadzenia organizacyi:
  - a) pensye lekarzy i niższego personelu;
  - b) utrzymanie szpitali wiejskich;
  - c) utrzymanie przytułków dla nieuleczalnych i starców.
- F. Projekty zkąd czerpać fundusze na pokrycie wydatków.
- G. Stosunek lekarzy do okręgów leczniczych:
  1. Kto i na jak długo ma prawo wybierać lekarza.
  2. Zabezpieczenie lekarzy (ewentualnie emerytura).



3. Stosunek lekarza do władz gminnych i do władz lekarskich powiatowych i gubernialnych.
4. Stosunek lekarza do służby niższej.

#### H. Obowiązki lekarza wiejskiego:

1. Obowiązek leczenia na miejscu i w szpitalu.
2. Obowiązki co do leczenia chorych w domu.
3. Kogo lekarz leczyć ma darmo, organizacja kontroli niezamożności.

I. Czy lekarze wiejscy mają tworzyć oddzielne ciało, zorganizowane w celu urządzania peryodycznych zjazdów i narad nad ulepszeniem urzędzeń.

Powyższy szemat nasunął się nam przy rozpatrywaniu dotychczasowych projektów i ich braków. Sądzimy, że będzie pewnym ułatwieniem dla tych kolegów, którzy interesują się kwestją i pozwoli łatwiej oryentować się w zawilej tej kwestyi.

Organizacyi pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej nie należy traktować z czysto lekarskiego punktu widzenia, jest to rdzenna reforma wkraczająca w dziedzinę spraw społeczno-ekonomicznych, wymaga więc wszechstronnego oświetlenia.

Jak są różne poglądy, dość przytoczyć, iż w prasie lekarskiej czytaliśmy już zdania, że reformę od uzdrowotnienia wsi i wpojenia zasad higieny zacząć należy, zapomniał jednak wypowiadający to zdanie, że właśnie lekarz tylko może być w tej kwestyi właściwym pionierem.

Z tego widać, jak dalece są różne na kwestyę tę poglądy — wyrównać je można i należy przez szeroką dyskusję.

Skoro dane takie otrzymamy ze wszystkich gubernii, skoro wysłuchamy opinii wszystkich lekarzy, mieszkających na prowincyi, łatwiej nam będzie bezstronnie kwestyę tę rozpatrzeć i dojść do porozumienia.

Mamy nadzieję, że szan. koledzy nie poskąpią nam swych uwag i spostrzeżeń, które w miarę napływania materiału zużytkujemy w piśmie naszym.

—z.— „La Chronique médicale“ podaje opisane przez d-ra Laurent ciekawe spostrzeżenia, wymagające sprawdzenia w konserwatoryach muzycznych. Pewien muzyk teatralny, grający na kontrabasie opowiadał mu, iż za każdym razem, kiedy żona jego ma peryod, instrument odmawia mu posłuszeństwa i musi oddawać go do reparacyi jeżeli znajdował się podówczas w mieszkaniu; nigdy nie zdarzało się to, gdy kontrabas pozostawał w czasie krytycznym po za domem; toż samo zupełnie spostrzeżenie komunikowała autorowi arfiarka. Przy rozpytywaniu się dalszem stwierdził L. w 10 przypadkach wpływ podobny stanu menstruacyjnego na instrumenty rżnięte, a więc na skrzypce, arfy, wiolonczele i t. p. Czemu przypisać ten wpływ nie wiadomo, gdyż wilgoć, jak mógł się autor przekonać, w tym kierunku pozostawała bez wpływu. Spostrzeżenie odnośnie wpływu

menstruacyi na strunę instrumentów znane jest anamitom w Kochinchinie.

—z. — Organizacyą nowego wydziału lekarskiego w Odesie, ma się zająć prof. W. Podwysocki z Kijowa, obrany na przyszłego dziekana.

—z. — Najstarszym ochotnikiem w wojnie amerykańsko-hispańskiej jest 86-letni lekarz, dr. Garcelon, który 37 lat temu również był ochotnikiem w wojnie o niewolnictwo.

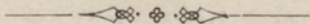
---

### Z m a r l i.

---

Dnia 5-go czerwca r. b. zmarł w Warszawie Dr. **Mateusz Rotwand** ur. w r. 1809. Po skończeniu liceum pod kierunkiem Lindego wstąpił do uniwersytetu warszawskiego. Dopelniał wiedzy swojej w uniwersytecie Jagiellońskim, a następnie Wileńskim, gdzie słuchał wykładów Sniadeckiego. Był przez 45 lat lekarzem szpitalnym najprzód w Łęczycy, a następnie w szpitalu żydowskim w Warszawie. Pozostawia pamięć zacnego człowieka i lekarza.

---





# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

Przypadek ostrego wstępującego porażenia — Dr. med. S. Trzebiński — str. 553.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Patologia i Medycyna wewnętrzna.

223. Basch i Weleminsky — O wydzieleniu drobnoustrojów z mlekiem — str. 561.  
224. Prof. v. Basch — O czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej i o rozpoznawaniu tegoż cierpienia — str. 562. 225. W. Jeż — Badanie krwi w chorobach żołądka, zwłaszcza wrzodzie i raku — str. 564. 226. Horowitz — Polikarpina w zapaleniach włóknikowych — str. 565. 227. H. Benedikt — Rozpoznawanie chorób wewnętrznych przy pomocy promieni Roentgena — str. 566. 228. L. R. Regier i M. Otto — Stosowanie ozonu w higienie publicznej i w higienie żywienia przy pomocy specjalnych urządzeń — str. 567. 229. Prof. A. Robin — Puszczanie krwi, środki wymiotne i wezykatorye — str. 568.

### II. Choroby nerwowe.

230. Prof. E. Mendel — O ideach natrętnych — str. 569. 231. Teuscher — O poeniu się jednej połowy ciała — str. 571. 232. J. K. A. Wertheim Salomonson — Przyczynek do elektrodiagnostyki porażen nerwu gałkoruchowego — str. 572.

### III. Choroby dzieci.

233. Dr. Moizard — Leczenie przestachu nocnego — str. 573. 234. M. Sebileau — Ciężkie zarażenia ze strony zębów — str. 575. 235. Dr. E. Fronz — Rozpoznawanie ciał obcych w drogach oddechowych — str. 575. 236. J. Comby — Gruźlica płuc u dzieci — str. 577. 237. Dr. Robert Behla — W kwestyi etyologii krztuśca — str. 578. 238. Miwa i Stoeltzner — Czy leczenie krzywicy fosforem jest naukowo uzasadnione? — str. 579.

IV. Wiadomości pomniejsze str. 580 — 239 — 252.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 582.

VI. Listy z Paryża — str. 588.

VII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 591.

Kronika bieżąca — str. 596.

Zmarli — str. 604.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою, Варшава 16 Іюня 1898 года.

# Czarniecka Góra.

4 wiorsty od stacyi Nieklań Dr. Żel. Iw. Dąbr. zakład hydropatyczny, stacya klimatyczna leśno górska, z własnościami typowo przeciwzimmiczemi, 1000 zgórą stóp wzniesiona, otoczona lasem iglastym pół miliona morgów. Grunt falisty i spadzisty, typowo przepuszczalny, okolica wolna absolutnie od gruźlicy. Nowe urządzenia do racjonalnej hydroterapii, kuchnia dyetetyczna, drogi Oertla do kuracyi terenowej, powietrze nasycone lotną żywicą i ozonem, woda źródłana (jałowa pod względem drobnoustrojów) do picia i kąpieli. Wody mineralne, masaż, elektryzacye, ginnastyka, 2 lekarzy. Całkowite utrzymanie, mieszkanie, kuracya 3 rs. dziennie. Letnie mieszkanie tylko na całe lato, pokój od 40 rubli.

---

## *Sanatoryum i zakład wodoleczniczy* **Bystra obok Bielska, Szląsk polski.**

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec 2 godz. od Granicy.

450 m. n. p. z. w przesłicznej, lesistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, kąpiele elektryczno-świetlne, sala dla ginnastyki leczniczej czynnej, biernej, tudzież szwedzkiej, kuracye dyetetyczne i terenowe.

Z komfortem urządzone sale wspólne: jadalna, konwersacyjna, bilardowa, fumoir i czytelnia.

Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyj, water-closets, wodociągi i t. d.

Telefoniczne połączenie z Krakowem, Lwowem i Wiedniem.

WŁAŚCICIEL i KIEROWNIK:

**D-r. LUDWIK JEKELES,**

b. sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa we Wiedniu.



# ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM.

Kolej. Poczta. Telegraf w miejscu.

Najsilniejsza szczywa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września

Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz ordynujący Dr. Edward Brühl.

*Najlepszy napój dy-  
etetyczny i orzeźwia-  
jący.*

*Henryk Mattoni,*

Giesshübl, Karlsbad, Francensbad

Wiedeń, Budapeszt.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

**Jedyny**

Naturalny produkt

DO

**KĄPIELI**

borowinowych  
lecniczych.



**MATTONIEGO**

sól borowinowa  
(suchy wyciąg)

w paczkach po 1 kilo

**MATTONIEGO**

ług borowinowy  
(płynny wyciąg)

w butelkach po 2 kilo

**Heinrich Mattoni,** Francensbad, Karlsbad. Wiedeń, Giesshübl Sauerbrun, Budapest.

**D-r. Med. F-r. Jankowski**

ordynuje jak w latach poprzednich  
od początku Maja u wód

**NAUCHEIM.**

WZNOWIENIE

# GAZETA POLSKA

WZNOWIENIE

pismo polityczne, społeczne i literackie.

Po upływie sześciu miesięcy, na które „Gazeta Polska“ była w Grudniu r. z. zamknięta przez p. ministra spraw wewnętrznych, pismo nasze **zaczyna znowu wychodzić od 1-go lipca r. b.**

Zawiadamiając o tem publiczność polską, Redakcya uprzejmie prosi o **wczesne nadsyłanie zamówień** pod tym samym co poprzednio adresem: Warszawa, Warecka 14.

**Cena „Gazety Polskiej„** z przesyłką pocztową: Kwartalnie rs. 3, półrocznie rs. 6. W Warszawie z odnośzeniem: miesięcznie kop. 80, kwartalnie rs. 2 kop. 40.

**Mam zaszczyt donieść W. W. P. Doktorom.,** że będąc w stosunkach pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindeajgi lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszerijne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

**J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefonu Nr. 704.** Wysłka pocztą za zaliczeniem.