

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Rozmiękczenie samodzielne GAŁKI OCZNEJ.

(Ophthalmomalacia essentialis v. phthisis essentialis bulbi oculi).

Napisał

Ignacy Strzemiński (z Wilna).

—•••—
(Dokończenie).

Samodzielne rozmiękczenie oka powstaje zwykle bez żadnej widocznej przyczyny; czasem poprzedzał je uraz oka, czasem cierpienie łącznicy, albo choroba zakaźna (tyfus). Dwa razy towarzyszyła mu histerya (w przypadku Talki ⁷⁾ i 4-tym Schmidt-Rimplera ³⁾, co nie może nas dziwić, gdyż choroba ta często się łączy z innymi cierpieniami nerwowymi. W niektórych przypadkach chorzy byli anemiczni i osłabieni, w innych stan ich ogólny był prawidłowy i oko, przed wystąpieniem rozmiękczenia, normalne.

Cierpienie ma charakter nerwicy naczynioruchowej i polega na naruszeniu równowagi między przyływem i odpływem płynów oka, z przewagą ostatniego, odwrotnie do stanu spostrzeganego w jaskrze.

Badania wykazały ¹⁰⁾, że największy wpływ, prawie wyłączny, na ciśnienie wewnątrzgałkowe posiada stopień napełnienia naczyń w tkankach oka, głównie w naczyniówce, i napięcie ścian naczyń. Przy zwięźeniu naczyń i podniesieniu napięcia ścian ich, ciśnienie

zmniejsza się, przy rozszerzeniu naczyń i upadku napięcia ścian — powiększa się. Stan białkówki nie wywiera szczególnego wpływu; zdaniem Stellwaga v. Carion znaczenie jej ogranicza się usuwaniem drobnych wahań w ciśnieniu, zależących od pulsu i oddychania. Podrażnienie nerwu okoruchowego, wywołujące kurez odpowiednich mięśni ocznych, w słabym tylko stopniu podnosi ciśnienie wewnątrzgałkowe. Również nieznaczny wpływ posiada w tym względzie zawartość limfy w oku.

W obec powyższego, wyjaśnienie choroby zależy od wykazania, jaki nerw działa na stan naczyń oka i w jaki sposób wpływ się ten wyraża. Badania dowiodły, że działanie to posiada nerw współczulny w części szyjowej i pierwsze dwie gałęzie nerwu trójdzielnego.

Hippel i Grünhagen ²⁰⁾ podrażnieniem elektrycznym nerwu współczulnego szyjowego wywoływali pierwotne powiększenie ciśnienia wewnątrzocznego, przechodzące szybko w obniżenie, co nieco w wyższym stopniu miało miejsce przy podrażnieniu zwoju szyjowego górnego. Jednak po przecięciu nerwu nie otrzymali podniesienia ciśnienia, jak tego można było spodziewać się. Zdaniem wymienionych autorów, nerw współczulny utrzymuje stale naczynia oka w pewnym napięciu i wskutek tego reguluje ciśnienie wewnątrzgałkowe, ograniczając jego wahania do szczytych granic.

Przeprowadzone następne doświadczenia na zwierzętach wskazały, że podrażnienie nerwu współczulnego wywołuje rozszerzenie naczyń oka i powiększenie ciśnienia, przecięcie zaś, zwężenie naczyń i obniżenie ciśnienia, z czem w zupełnej zgodzie są dane patologiczne i terapeutyczne.

Porażenie nerwu współczulnego szyjowego sprowadza objawy oczno-żreniczne, naczynioruchowe i troficzne, stosownie do trzech rodzajów włókien, znajdujących się w tym nerwie. Claude-Bernard wykazał włókna oczno-żreniczne i naczynioruchowe, istnienie troficznych dowiedzione jest przez objawy kliniczne.

Włókna oczno-żreniczne rozszerzają źrenicę i zaopatrują mięśnie gładkie, oczodołu i powiek. Porażenie ich wywołuje umiarkowane zwężenie źrenicy z zachowaniem lub nieznacznym osłabieniem jej oddziaływania i częściowe opadnięcie górnej powieki ze zwężeniem szpary powiekowej, zależnym nie tylko od tego opadnięcia, ale w części także od podniesienia dolnej powieki, wskutek porażenia mięśni Müllera, usuwającego ich przeciwdziałanie mięśniowi okrężnemu powiek, który zwęża szparę powiekową. Porażenie mięśnia oczodołowego, słabo rozwiniętego u człowieka, nie ma znaczenia.

Jako wynik porażenia włókien naczynioruchowych, występują obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego i zmniejszenie następcze oka. Objawy te rzadziej powstają, niż oczno-żreniczne; Schmidt-Rimpler ²⁾ jednak zwraca uwagę, że są one częstsze, niż wogóle myślą, ale czasem przedstawiają się w małym stopniu i nie zwracają na siebie uwagi. Jako skutek tychże zaburzeń Schmidt-Rimpler ³⁾ spostrzegał zwężenie żył tarczy nerwu wzrokowego i sąsiedniej części siatkówki.

Na skórze powiek, twarzy i ucha strony uszkodzonej, zaburzenia naczynioruchowe wyrażają się czerwonosścią i uczuciem gorąca; rzadziej bywa bladość i uczucie zimna. Objawy te nie są stałe, zjawiają się i znikają i stąd nie zawsze mogą być spostrzegane.

Zaburzenia troficzne występują po dłuższem trwaniu choroby i wywołują mniejszy lub większy zanik tkanki łącznej i tłuszczowej w oczodole, wskutek czego oko zapada w głąb (enophthalmus), i spłaszczenie, wychudzenie i zanik odpowiedniej części twarzy.

Podrażnienie nerwu współczulnego szyjowego wywołuje rozszerzenie szpary powiekowej i źrenicy, podniesienie ciśnienia wewnątrzgałkowego i wypuklenie oka. W ostatnim czasie Abadie w prostej jaskrze przewlekłej, przedstawiającej stale rozszerzenie naczyń oka, zwłaszcza naczyńki, więc w stanie odwrotnym, niż w rozmięczeniu samodzielnem, proponuje przecięcie nerwu współczulnego szyjowego.

Widzimy tedy, że objawy rozmięczenia samodzielnego oka zgadzają się ze spostrzeganymi przy przecięciu lub porażeniu nerwu współczulnego szyjowego. Tożsamość tę potwierdzi sposób operacyjny Abadie'go, jeżeli da dobre wyniki.

Oslabienie czułości rogówki w łącznicy wskazuje na udział nerwu trójdzielnego w rozmięczeniu samodzielnem oka. Nerw ten wywiera też niewątpliwie wpływ na ciśnienie wewnątrzgałkowe. Hippel i Grünhagen ²⁰⁾ przy podrażnieniu u zwierząt nerwu trójdzielnego otrzymywali zwężenie źrenicy i powiększenie ciśnienia, po uprzedniem krótkotrwałem obniżeniu; to ostatnie, według ich zdania, zależy od znajdujących się w nerwie trójdzielnym włókien rozszerzających naczyń i sekrecyjnych, które przy podrażnieniu powiększają ilość płynów w oku. Jako dowód przytaczają, że nawet po śmierci zwierzęcia oko, które było w tych warunkach, zachowuje wysokie ciśnienie. Schulten ¹⁹⁾ odrzuca istnienie włókien sekrecyjnych i przypisuje podniesienie ciśnienia rozszerzeniu naczyń.

Po wyłuszczeniu zwoju Gassera powstaje początkowo podwyższenie, następnie upadek ciśnienia wewnątrzgałkowego, zwężenie naczyń oka, wypuklenie oka, zwężenie i osłabienie oddziaływania źre-

nicy, cierpienie rogówki (keratitis neuroparalytica). Przecięcie n. trójdzielnego w jednych przypadkach zostawało bez wpływu na ciśnienie, w innych wywoływało obniżenie ciśnienia.

Porównyując objawy rozmięczenia samodzielnego oka z wynikami doświadczeń nad podrażnieniem i przecięciem nerwów współczulnego i trójdzielnego, widzimy, że przecięcie albo porażenie nerwu współczulnego wyjaśnia wszystkie objawy wymienionego cierpienia, oprócz osłabienia czułości rogówki i łącznicy, kiedy tymczasem przecięcie albo porażenie nerwu trójdzielnego wyjaśnia tylko niektóre objawy, mianowicie obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego, zwięźlenie źrenicy i znieczulenie rogówki i łącznicy. Nie odrzucając udziału tego ostatniego nerwu w wielu przypadkach omawianego cierpienia, musimy przyznać pierwszeństwo nerwowi współczulnemu szyjowemu.

Wagner ²¹⁾ twierdzi, że przecięcie nerwu trójdzielnego tylko dlatego wpływa na ciśnienie wewnątrzoczne, że jednocześnie przecinają się włókna nerwu współczulnego, idące w jednym pniu z trójdzielnym. Nagel ²²⁾ upadek ciśnienia przypisuje porażeniu włókien naczyniowych i sekrecyjnych, leżących w nerwie współczulnym, i jako dowód przytacza, że u osób z obniżonym ciśnieniem występują też inne objawy porażenia współczulnego: dusznica bolesna, miejscowe podwyższenie temperatury, zmniejszenie wydzieliny łez i t. d.

W przypadku Talki ⁷⁾ prof. Kożownikow, który badał chorego, za przyczynę cierpienia oka uznał porażenie nie nerwu współczulnego, lecz trójdzielnego.

Schmidt-Rimpler ^{3) 17)} przy dwóch sekeyach znalazł przy rozmięczeniu samodzielnem oka zmiany w mózgu i jego oponach. Przy pierwszej górne warstwy lewego wzgórka wzrokowego (cierpienie oka było też z lewej strony) były znacznie rozmięczone; część szyjowa nerwu współczulnego nie przedstawiała żadnego zboczenia. Przy drugiej sekeyi stwierdzono zapalenie przewlekłe opon mózgowych na powierzchni wypukłej i świeży wylew krwi w prawym wzgórku wzrokowym i corpus striatum. Schmidt-Rimpler dodaje, że Giovanni w podobnym przypadku znalazł sklerozę części szyjowej nerwu współczulnego i zanik komórek zwojowych, i przypuszcza, że tak cierpienia mózgowie, jak i nerwu współczulnego, może wywołać rozmięczenie oka.

Widzimy z powyższego, że zmiany, znalezione w obrębie czażki, nie są jednakowe, nie wykazują związku z objawami ocznymi, któryby wyjaśnił powstawanie tych ostatnich, i, będąc niezienne, nie odpowiadają charakterowi przemijającemu rozmięczenia samodzielnego oka, które prawie zawsze ustępuje w zupełności, pozostawiając

oko prawidłowem. Musimy przypuścić, albo tylko współczesność istnienia zmian mózgu z cierpieniem mózgu, albo też wpływ tych zboceń na oko jedynie przez oddziaływanie na nerw współczesny lub trójdzielny. Moglibyśmy przyczynę samodzielnego rozmiękczenia widzieć tylko w takich zmianach mózgu, które byłyby przemijające i któreby charakterem swoim wyjaśniały powstawanie objawów ocznych. Że Schmidt-Rimpler nie znalazł zboceń przy seceji w nerwie współczulnym, niczego to jeszcze nie dowodzi, gdyż mogły one nie być dostrzeżone przy obecnych sposobach naszego badania.

Co się tyczy leczenia rozmiękczenia samodzielnego oka, to można przypuścić, że bromki, chinina, antipryna i t. p. pomagają, podobnie, jak przy innych cierpieniach nerwowych. Morfina podskórnice czasem zdaje się dobrze działać na napady. W przypadku Gargaryna ⁶⁾ polepszenie nastąpiło, gdy, obok atropiny, zaczęto wkraplać do oka 4 razy dziennie ocieplony roztwór wodny chlorku chininy 1⁰/₀ z morfiną 1¹/₂⁰/₀. W przypadku Talki ⁷⁾ wszelkie środki lecznicze: chinina, jodek i bromek potasu, podskórnice spermina Poehl'a i strychnina, leczenie wzmacniające, pozostały bez skutku; po pierwszych wstrzykiwaniach strychniny nastąpiło wprawdzie polepszenie, które jednak znikło wkrótce po następnych.

W moim przypadku odniosłem wrażenie, że leczenie nie wywiera wpływu na przebieg choroby.

Być może, że elektryczność, odpowiednio stosowana, przyniosłaby korzyść. Po za tem zostaje leczenie objawowe, w którym najważniejszymi środkami są atropina, wkraplana do worka łącznicy, i morfina, podskórnice wstrzykiwana. Pierwsza podnosi ciśnienie wewnątrzoczne, druga usuwa bóle.

Literatura.

- 1) Graefe's Archiv für Ophthalmologie, 1866, XII, 2, 256.
- 2) Graefe-Saemisch Handbuch d. ges. Augenheilk., 1877, V, 153.
- 3) Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten, 1898, 199.
- 4) Graefe's Arch. f. Ophthalm., 1867, XIII, 2, 407.
- 5) Lehrbuch d. Augenheilk. — Eulenburg's Realencyklopädie der gesamten Heilkunde, 1896.
- 6) Wiestnik Oftalmologii, 1893, 126. — Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1893, 251.
- 7) Wojenno-Medicinskij Żurnał, maj, 1898, str. 90.
- 8) Traité complet d'ophtalmologie, II, 715.
- 9) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1869, 193.

- 10) Annales d'Oculistique, 1870, LXIV, 212.
- 11) Transactions of the American Ophthalm. Society, 1870, 88.
- 12) Graefe's Arch. f. Ophthalm., 1871, XVII, 1. 303.
- 13) Handbuch der speciellen Augenheilkunde, 1873, 539.
- 14) Deutsches Archiv f. Klin. Medicin., XIV, 5—6, 549.
- 15) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1874, 398. — Graefe-Saemisch Handbuch, V, 153.
- 16) Aertzlicher Verein zu Marburg. Sitzung vom 8 November 1882. Berliner Klin. Wochenschrift, 1884, Nr. 32, str. 494.
- 17) Augenheilkunde und Ophthalmoscopie, 6-te wyd., 1894, 432.
- 18) Nagel's Jahresbericht, 1887, 340.
- 19) Adamiuk. Klin. Monatsbl. f. Augenh., 1869, 415. — Schulzen: Graefe's Arch. f. Ophthalm. 1884, XXX, 3. — Stellwag von Carion: Abhandlungen aus dem Gebiete der practischen Augenheilkunde. Wien, 1882. — Koster: Graefe's Arch. f. Ophthalm., 1895, XLI, 2. — Leber: Graefe's Arch. f. Ophtl., 1873, XIX, 2.
- 20) Graefe's Arch. f. Ophthalm., 1868, XIV, 3. — 1869, XV, 1. — 1870, XVI, 1.
- 21) Graefe's Arch. f. Ophthalm., 1866, XII, 2.
- 22) Nagel's Jahrsbericht, 1873, 131.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

362. Dr. W. Teichmüller. Obecność i znaczenie komórek eozynowych w płwocinie (Das Vorkommen und die Bedeutung der eozinophilen Zellen in Sputum. Arch. f. Klin. Med. T. 60, str. 576—606).

Jak wiadomo, komórki eozynowe we krwi znajdowano przy wielu chorobach w mniej lub więcej zwiększonej liczbie (choroby wątroby, nerek, skóry; nerwice, helminthiasis, trichinosis, malaria etc.). Co do natury ich ziaren, to obecnie przyjmujemy, że jest to połączenie jakiegoś ciała białkowego z żelazem (ob. Przewóski w „Gaz. lek.“, 1896, № 34--5), pochodzenie ich — szpik kostny (Ehrlich), chociaż daleko jeszcze do jednogodności poglądów w tych kwestyach, że wspomnę tylko o przypuszczalnej roli błony śluzowej kiszek, o której właśnie T. szerzej się rozwodzi. Wogóle pojedyncze komórki eoz. można znaleźć w tkance łącznej wszelkich narządów; szczególnie w

„zagrożonych“ miejscach widać ich mnóstwo, o ile sprawa nie jest zbyt ciężką, nieuleczalną i t. p. Sprawdza się na nich zupełnie nowoczesna teoria chemotaxis. T. wraz z innymi autorami stawia ciała eozynowe na czele wszystkich leukocytów (pod względem siły obronnej).

Autor specjalnie badał ich znaczenie w chorobach dróg oddechowych. Co do techniki, to płwocinę bada się za pomocą zwykłej metody barwienia eozyną i błękitem, albo metodą Biondi-Heidenhaina (modyf. Stutz-Grouven) i t. d.

1) W ostrym nieżycie nosa jest ciałek eoz. bardzo dużo, w 3 i 4 tygodni₁ ubywają;

2) zdarzają się w rozmaitej ilości i w nieżytach oskrzeli, w śluzowej płwocinie więcej niż w ropnej. Również znajdujemy je;

3) w bronchiektazyach i bronchiektatycznych kawernach;

4) w płwocinie kokluszowej nie widział autor ani jednego ciała eozynowego.

5) Co się tyczy astmatyków, to u tych prócz ciałek eoz. mamy, jak wiadomo, spirale Curschmann'a. Zdarzają się jednak poronne postaci tego cierpienia, gdzie spirali nigdy w płwocinie nie znajdziemy, natomiast mnóstwo komórek eozynowych. Ponieważ po za tem ani przedmiotowo, ani podmiotowo wyraźnych danych nie ma, więc to jest jedyny sposób do należytego rozpoznania tego cierpienia („eosinophiler Katarrh“ Hoffmann'a).

6) W rozedmie płucnej bez nieżytku oskrzeli jest ciałek eoz. znacznie więcej, niż w przewlekłym nieżycie, zwykle towarzyszącym rozedmie.

7) Mierną ilość tych ciałek znajdowano w bronchopneumonii.

8) W zapaleniu płuc ciała eoz. pojawiają się w większej ilości dopiero w okresie wessania.

9) W infarkcie płucnym i płwocinie w wadach serca w „Herzfehlerlunge“ mamy ciałek eoz. nie więcej, jak w bronchit. ehr.

10) Przerzuty nowotworów złośliwych w płucach prawie weale nie wykazują ciałek eozynowych.

11) Bardzo dużo badań przeprowadził autor na płwocinie suchotników. Eozynofilia zdaje się tu zależeć od stanu ogólnego i okresu choroby. Stąd wypływa jej znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne, osądzenie wyników leczenia i t. p. Dawał się zauważyć pewien antagonizm między ilością ciałek eozynowych a łaseczników gruzliczych w płwocinie, tak iż np. phthisis incipiens zdradzała się nie-rzadziej czas wzmogoną liczbą tych ciałek, zanim dały się wykryć łaseczniki. Zapatrywania autora potwierdza opisany w końcu przypadek kombinacji astmy z gruźlicą.

Na zasadzie swych doświadczeń na zwierzętach, T. doszedł do wniosku, że, co dotyczy eozynofilii, nie można otrzymanych wyników wprost stosować do człowieka.

J. Piotrowski.

363. Bettmann. **O komórkach eozynowych w pęcherzach skóry.** (Ueber das Verhalten der eosinophilen Zellen in Hautblasen.—Münch. med. Woch., 1898, № 39).

Dotychczas wiadomem było o obfitości ciałek eozynowych w pęcherzykach bąblicy i uważano tę ich obecność za skutek jakiegoś specyficznego bodźca, związanego z istotą tej choroby, ponieważ inne bodźce skórne ani u podlegających temu cierpieniu, ani w innych — zdrowych lub chorych takiej miejscowej eozynofilii nie wywoływały (Neusser). Autor jednak zmienia ten pogląd, albowiem w swych badaniach wykrył pewną prawidłowość w pojawianiu się i znikaniu tej ostatniej w pęcherzykach skóry (wywołanych mianowicie za pomocą wezykatoryi). Okazało się, że eozyofile występują tem liczniej — zarówno absolutnie, jak i w stosunku do neutrofilów — im uboższy był pęcherz w morfotyczne składniki, t. j. im był świeższy; liczba komórek wzrastała bowiem wraz z czasem trwania pęcherza. Stąd wniosek, że ciała eozynowe po pewnym czasie muszą ginąć i że należy odróżniać pod tym względem dwa okresy: wczesny — eozyofilny i późniejszy — neutrofilny. Prawdopodobnie stosuje się to prawo nie tylko do pęcherzy wezykatoryjnych, ale i do innych; udało się to autorowi wykazać w jednym przypadku Herpes Zoster. I w chorobach błon śluzowych znajdujemy w najpierwszym okresie miejscową eozynofilię (np. rhinitis, gonorrhoea etc.). Zależy ona po części od % eozyofilów we krwi; wyjątek podobno stanowi trąd.

Autor tłumaczy wszystkie te zjawiska eozynofilii, stojąc na gruncie hipotezy hemotaktycznej.

J. Piotrowski.

364. Radziejewski. **Stan współczesny nauki o nadnerczach i ich działalność.** (Berlin. Klin. Woch. № 26. 1898).

Choroba Addisona, przebiegająca zwykle z zajęciem nadnerczy natury gruźliczej lub zanikowej, przedstawia jedną z najważniejszych chorób, w których czynność nadnercza jest zaburzona. Oddawna zajmowano się dociekaniem istoty zabarwienia brązowego skóry; Virchow dopatrywał się podobieństwa pomiędzy barwnikiem normalnym w nadnerczu i złożonym w skórze w chorobie Addisona, i uważał go za brencatechinę.

Vulpian pierwszy znalazł, że sok nadnercza daje z chlorkiem żelaza zielone do fiołowego zabarwienia. Arnold otrzymywał z nadnercza wyciąg spirytusowy, który strącał octanem ołowiu i amoniakiem, rozpuszczał w wysoku i rozszczepiał kwasem szczawiowym. Po zgęszczeniu otrzymywał płyn, z którego wydzielady się kryształy czerwone, bliżej niezbadane. Krukenberg znalazł, że wyciąg nadnercza różni się tem od brencatechiny, że nie odtlenia chlorku złota. Fränkel również przyrządził wyciąg z nadnercza i wykazał jego odrębność od brencatechiny; do podobnych wyników przyszedł Fürth i Radziejewski.

Cybulski i Szymonowicz znaleźli, iż wyciąg nadnercza podnosi znacznie ciśnienie krwi zależnie od podrażnienia ośrodków nerwu błędnego. Następne badania wskazały, że podwyższenie ciśnienia zależy nie od podrażnienia ośrodka naczynioruchowego, ponieważ występuje nawet po przecięciu rdzenia, lecz od wpływu na same ściany naczyń; doświadczenia Gottlieba na zwierzętach, zatrutych chloralem, dowodzą, że ciśnienie krwi z bardzo niskiego, podnosi się znacznie i zwolnione tętno — przyspiesza się; dowiódł on, że nadnercze wpływa pobudzająco na zwoje ruchowe serca i na mięśnie gładkie układu naczyniowego. Takie ogólne działanie występuje po zastrzykiwaniach wyciągu do żył i trwa kilka i więcej minut, zależnie od ilości wyciągu. Prócz działania ogólnego wyciąg nadnercza działa i miejscowo, zwężając silnie naczynia. Autor próbował zapuszczenia wyciągu do łącznicy (pierwszy robił to Bates) w różnych stanach zapalnych i przekonał się, że łącznica bieleje niebawem po zapuszczeniu paru kropel. Stwierdziwszy to miejscowe działanie wyciągu nadnercza, polegające na zwężeniu drobnych naczyń, autor proponuje zastosowanie tego środka w różnych cierpieniach ocznych, przedewszystkiem zaś w jaskrze.

W. Miklaszewski.

365. A. Velich. **Wpływ wyciągu nadnercza na krwioobieg** (Wien. Med. Woch., № 26, 1898).

W pierwszej swej pracy autor potwierdził wywody Olivera i Schäfer'a, że wyciąg nadnercza podnosi ciśnienie krwi, pobudza nerw błędny, a po przecięciu jego i zniszczeniu rdzenia, wpływa na przyspieszenie tętna. Zależy to wszystko od skurczu drobnych naczyń wskutek pobudzenia nerwu błędnego, ośrodków rdzeniowych, zwojów sercowych, samego mięśnia sercowego i samych naczyń. Nawet u zwierząt, zatrutych kurarą lub chloralem tak, że ciśnienie krwi opadało do 20 mm. Hg, po wstrzyknięciu paru ctm³ wyciągu nadnercza do żyły, ciśnienie podnosiło się odrazu do 200 mm. i wyżej.

Autor badał ciśnienie krwi w układzie małego krążenia, chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy naczynia płuc są unerwione włóknami, kurczącymi naczynia (vasoconstrictores). Wbrew doświadczeniom Cybulskiego V. otrzymywał zaledwo nieznaczne podniesienie ciśnienia w tętnicy płucnej (np. od 20 — 40 ctm. Hg.; od 26 — 34 ctm. Hg.; od 22 — 30 i t. d.), gdy tymczasem ciśnienie w aorcie wznosiło się bardzo znacznie (np. 154 — 250 ctm.; od 184 — 340 ctm.; od 80 — 220 ctm. Hg.) w odpowiednich przypadkach. Na zasadzie sześciu takich doświadczeń V. przychodzi do wniosku, że ciśnienie w małym krążeniu jest względnie i bezwzględnie niższe od ciśnienia w krążeniu wielkiem po zastrzyknięciu wyciągu nadnercza. Nieznaczne podniesienie ciśnienia w tętnicy płucnej zależy prawdopodobnie od zwiększonego przypływu krwi przez venae cavae do prawego przedsionka, oraz od powiększonego ciśnienia w komorze i przedsionku lewym

(stwierzonego w dwóch doświadczeniach), co prowadzi do utrudnionego odpływu krwi z płuc.

Na zasadzie tych badań pozostaje wątpliwem, by naczynia płucne były unerwione przez wazokonstryktory.

Ten wniosek potwierdza doświadczenie, że wyciąg nadnercza, wstrzyknięty wprost w płuco, nie sprowadza poblednienia jego, ponieważ naczynia nie kureczą się, gdy natomiast na błonach śluzowych i na skórze skurez ten następuje bardzo szybko i odpowiednie tkanki stają się całkiem bezkrwiste. *W. Miklaszewski.*

366. **Mołdawski J. Wypadek przedziurawienia wrzodu dwunastnicy.** (M. P., Nr. 32 — 1898 r.).

Spostrzeżenie autora zasługuje na uwagę ze względu, iż nietylko leczenie, lecz i objawy kliniczne tego cierpienia nie są jeszcze po dziś dzień należycie ustanowione. — Na oddział M. przywieziono K., 39-letniego cieślę, uskarżającego się, że tegoż dnia podczas pracy w porcie uczuł nagle silny ból w brzuchu, przyczem upadł i nie był w stanie więcej się podnieść. Wystąpiły mdłości, które dotąd trwają. Stolica nie było, gazy również nie odchodzą. Jako przyczynę choroby K. podaje, że zrana zjadł kawałek ryby solonej podejrzanej świeżości. Dotąd chory czuł się zupełnie dobrze, nigdy nie skarżył się na żadne cierpienia żołądkowe, a w dzień zachorowania wyszedł rano zupełnie zdrowym. Felczer, który przyjmował chorego, przypuścił, że ma do czynienia w danym przypadku ze zwyczajną niedyspozycją żołądkową, dał mu przeto porcję oleju rącznikowego, ponieważ jednak po kilku godzinach nie było żadnego skutku, zrobił mu ławatywę, po której również stolca nie było. Gdy autor na drugi dzień zobaczył chorego, tenże zrobił na nim wrażenie człowieka ciężko chorego. Przy badaniu M. stwierdził zapalenie otrzewny, a, przyjmując pod uwagę wywiady, początek choroby i dane przy badaniu, rozpoznał przedziurawienie wrzodu dwunastnicy i zaproponował kolegom chirurgom operację. Ponieważ zdania kolegów co do rozpoznania były sprzeczne, urządzono operację odłożyć do jutra, a choremu zalecono makowiec do wewnątrz i w czopkach. Podczas wieczornej wizytacji autor znalazł u chorego te same objawy, tylko jeszcze wybitniej wyrażone: puls ledwie był namacalny, chory z trudem odpowiadał na pytania, bóle brzucha były bardzo mocne, temperatura zaś, jak i rano — normalna. Stan chorego coraz więcej się pogarszał i o godzinie 5 nad ranem K. zmarł.

Na sekcji znaleziono periton. adhaesiv. diff. recen.; miednica mała zawierała znaczną ilość ropy; na przedniej powierzchni portis horizont. dwunastnicy w bliskości odźwiernika — przedziurawiony w środku wrzód wielkości dużej soczewicy: od strony otrzewny otwór miał $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy, brzeg wrzodu okrągły, gładki, sprawiający wrażenie otworu sztucznie zrobionego w tkance zdrowej; od strony zaś błony śluzowej wrzód nosił charakter zwykłego peptycznego

wrzodu. Na pozostałej przestrzeni dwunastnica nie przedstawiała nic nienormalnego. Mikroskopowe badanie nie wykazało obecności atypowej tkanki, lecz zwykłe nacieczenie.

Widzimy więc, że wrzód okrągły dwunastnicy w danym wypadku przez długi czas nie dawał żadnych objawów, ba, nawet chory nie przypuszczał, iż jest poważnie zagrożony. Rosenheim w ostatnim swem wydaniu „Path. u. Ther. d. Krankh. d. Verduungs-app.“ mówi, że skryty przebieg powyższego wrzodu dwunastnicy zdarza się w 20% wypadków, Dieulafoy zaś w świeżo wydanej „Clin. Méd. de L'Hotel-Dieu de Par.“ (1896 — 1897) twierdzi, że podobny przebieg tego cierpienia jest prawidłem. Autor skłania się do tego przypuszczenia, gdyż już ta okoliczność, iż we wrzodzie żołądka powierzchownia pierwszego dłużej styka się z miazgą pokarmową i nadmiarem kw. solnego, niż przy takimże wrzodzie dwunastnicy, — objaśnia nam różnicę w obrazie klinicznym w jednym i drugim wypadku i gdy wrzód żołądka wywołuje ostre bóle podczas całego swego przebiegu, wrzód duodeni może się rozwinąć i zabliznić zupełnie dla chorego niepostrzeżenie. Właśnie wystąpienie nagle nadzwyczajnych bólów w brzuchu, kilkakrotnych wymiotów, zaparcia stolec etc., wogóle wystąpienie objawów zapalenia otrzewny u osobnika, dotąd pozornie zdrowego, powinno przedewszystkiem skłonić lekarza do rozpoznania przedziurawienia wrzodu dwunastnicy. Osobliwe nateżenie bólów, ten ich ostry charakter, dzięki czemu Dieulafoy nazywa je „le coup de poignard péritonéal“ właściwe jest prawie jedynie wyżej wspomnianemu cierpieniu. Jeszcze jedna okoliczność, na którą Dieulafoy szczególnie kładzie nacisk, mianowicie — nateżenie bólów istnieje od samego początku ich wystąpienia, czego nigdy nie spotykamy ani przy kamieniach żółciowych, ani przy zapaleniu wyrostka robaczkowego: jakkolwiek bóle są mocne, to jednak stopniowo się zwiększają w miarę rozwoju choroby, gdy tymczasem we wrzodzie dwunastnicy, od samego początku są nadzwyczaj silne. Co się tyczy umiejscowienia bólu, to największej bolesny punkt znajduje się bezpośrednio nad pępkiem i odpowiada punktowi Mac-Burney w appendicitis.

Leczenie w tych wypadkach, zdaniem autora, wobec skrytego przebiegu cierpienia, winno być jedynie chirurgiczne, gdy nastąpiło przedziurawienie kiszki i, jak poucza powyższy przypadek, jak najwcześniej dokonane.

W. Cennère.

367. Rawnicki. Urticaria po zażyciu antipiryny (M. Pr., Nr. 22 — 98).

B. K., 28 lat, pochodzący z rodziny neuropatycznej, zgłosił się do R. uskarżając się na bóle głowy. Autor zalecił mu zażywać 3 razy dziennie po 0,30 antipiryny + 0,12 coff. natr.-benz. Po upływie kwadransa R. został wezwany do tegoż chorego. Przy badaniu znalazł co następuje: chory bardzo wystraszony, ciężko oddycha;

twarz i ręce mocno obrzmiałe wskutek podnoszących się nad skórą różycowych plam z białymi pęcherzami na nich. Na ciele także pęcherze, lecz w mniejszej ilości. W ustach uczucie palenia. Objawy te wystąpiły bezpośrednio po przyjęciu proszków, tak że chory uważał się za otrutego. Rozpoznawszy urticaria, autor począł uspokajać chorego, co wpłynęło na niego bardzo dodatnio: K. uspokoił się, zaczął swobodniej oddychać, wysypka jakby w oczach zaczęła niknąć i pozostało lekkie obrzmienie twarzy, rąk i swędzenie na całym ciele. Ponieważ chory obawiał się przyjmować nadal proszki, autor zalecił chinę po uprzednim oczyszczeniu żołądka. Po upływie 2 dni objawy urticaria przeszły zupełnie, ponieważ jednak ból głowy dokuczał choremu, autor przeto poradził zażyć 8 gr. antypiryny, korzystając, że chory nie widział, iż ten środek był w poprzednich proszkach. W 5 minut po przyjęciu powyższej dawki wystąpiły znów wyżej opisane objawy, które również szybko ustąpiły bez żadnego leczenia. Była więc to t. zw. urticar. medicament. Ponieważ jednak objawy zbyt szybko występowały po zażyciu tego środka, to autor przypuszcza, że antypiryna, jako taka, podrażniła u chorego, jako człowieka neuropatycznego, zakończenia nerwów czuciowych górnego odcinka przewodu żołądkowo-kiszczkowego, podrażnienie zaś to reagowało trofonerwicią skóry w postaci urticaria. W. Cennère.

II. Choroby nerwowe.

368. Gilles de la Tourette. **Rozpoznawanie i rokowanie w krwotokach mózgowych.** (La Sem. Méd. — Według odczytu mian. w szpit. St. Antoine. — № 32, 1898 r.).

Wylewy krwawe, bezwątpienia, należą do najczęstszych cierpień mózgu. Częstość tych krwotoków niektórzy autorowie starali się objaśnić z jednej strony zbyt małym kalibrem naczyń, a więc łatwą ich jakoby przez to łamliwością, z drugiej zaś — tem, iż istota mózgu sama przez się nie przedstawia dostatecznego oporu przy rozszerzaniu się takowych

W rzeczywistości jednak warunki te odgrywają podrzędną rolę w patologii pęknięć naczyń krwionośnych mózgowia: autor w r. 1883 przeprowadził szereg porównawczych badań nad budową różnych naczyń krwionośnych naszego organizmu i przyszedł do wniosku, iż naczynia mózgowe bodaj ze wszystkich innych są najlepiej anatomicznie uposażone i zdolne wytrzymać bardzo znaczne ciśnienia bez żadnej dla siebie szkody. Wyniki te zgadzają się w zupełności z wynikami doświadczeń Mendel'a i Stein'a, którzy stwierdzili, iż zdrowe naczynie ulega rozdarciu dopiero wtedy, gdy ciśnienie w niem podnosi się do 150 — 200 mmll.

Pominąwszy jednak takie wyjątkowe wypadki, należy szukać przyczyny wylewów krwawych w patologicznym stanie samych na-

czyn, — co też rzeczywiście ma miejsce. Zmiany te, według dzisiejszych badań, odpowiadają zmianom arteryosklerotycznym: wszelkie więc wpływy szkodliwe, sprowadzające takie zmiany w naczyniach, odgrywają pierwszorzędną rolę w etyologii apopleksyi.

Na pierwszym miejscu należy postawić tu wiek (po 50), dalej alkoholizm, artretyzm, wreszcie choroby (np. kiła), usposabiające do zmian w naczyniach (ta ostatnia okoliczność objaśnia wypadki, wprawdzie rzadkie, apopleksyi w wieku młodym — Dieulafoy). Pod wpływem powyższych zmian na tętnicach mózgowych tworzą się t. zw. *prosówkowate tętniaki*, poraz pierwszy opisane przez Cruvelhier'a, a dokładnie zbadane przez Charcot'a i Bouchard'a w r. 1868. Otóż pod wpływem wahań w ciśnieniu krwi w naczyniach, tętniaki owe pękają, dając źródło krwotokowi mózgowemu. Jakież są przyczyny tych wahań ciśnienia krwi? Poznanie ich posiada doniosłe znaczenie, gdyż, o ile bezsilni jesteśmy wobec zmian już wytworzonych, o tyle znów, zalecając pewne zapobiegawcze środki, możemy zapobiedz do pewnego stopnia katastrofie.

W szeregu przyczyn powyższych, przedewszystkiem trzeba zaznaczyć zmiany temperatury, nadewszystko niskiej, nagle działającej; dalej użycie dużej ilości alkoholu, kawy, herbaty; wreszcie spółkowanie, zwłaszcza odbyte w zbyt krótkim czasie po jedzeniu, — oto zwykle sprzyjające momenty krwotokom mózgowym; wprawdzie nie sprowadzałyby one katastrofy, gdyby naczynia mózgu były zdrowe, tem niemniej jednak, bywają wypadki, zresztą bardzo rzadkie, w których pomimo braku jakichkolwiek zmian w powyższych naczyniach, takowe ulegają pęknięciu: tak np. podczas napadu padaczki, ciśnienie może być tak znaczne, że samo, jako takie, może spowodować rozdarcie zdrowego naczynia. (Pitres i François Franek).

Co się tyczy objawów klinicznych samego udaru, to należy zauważyć, że w większości wypadków atak występuje nagle, bez żadnych zwiastunów: osobnik naraz pada na ziemię, tracąc zupełnie przytomność (ból i zawroty głowy, drętwienia etc. częściej zdarzają się w zakrzepach mózgowych, niż w wynaczynieniach krwi). Jest on pogrążony w głębokim śnie, nieczuły na wszelkie bodźce zewnętrzne; niekiedy bywają wymioty, mimowolne oddawanie kału i moczu. Oczy zamknięte, źrenice mocno zwężone. Nie zawsze jednak bywa taka absolutna relaksacya: niekiedy mianowicie cała jedna strona ciała znajduje się w wyraźnem napięciu mięśniowem, a w kończynach tejże strony występują ruchy drgawkowe. Objawy takie spostrzegają się jedynie w znacznych wynaczynieniach, obejmujących również komory, lub też w krwotokach rozprzestrzeniających się w okolicy korowej i dają rokowanie w wysokim stopniu niepomyślne. Powracając jednak do zwykłego obrazu klinicznego, jak rozpoznać można wylew krwawy mózgu?

Wiek, bezwątpiwnie, odgrywa tu dużą rolę, lecz nie zawsze jest decydujący, gdyż krwotok mózgowy zdarzyć może u młodych np. syfilityków; nagłość wypadku nie zawsze może być stwierdzona; wreszcie sam stan komatyczny niezem się wybitnie nie różni od tegoż w innych cierpieniach. Otóż w tych razach największą pomocą,

według autora, służyć nam może termometr. Według badań dokonanych w Salpêtrière przez Charcot'a, Lépine'a, a nadewszystko Bourneville'a apopleksya mózgowa posiada swą dość charakterystyczną *krzywą temperatury*: w ślad za wylewem krwawym ciepłota spada do 36°, a w pewnych wypadkach nawet do 35°; lecz spadek ten nie jest stały i utrzymuje się zaledwie kilka godzin, poczem (3 — 4 godzin, a nawet wcześniej) temperatura podnosi się do 38° — 39° i na tych cyfrach może pozostawać dość długo. Od chwili podniesienia się ciepłoty, takowa winna być mierzona co 2 godziny, gdyż od stanu temperatury zależy rokowanie w poszczególnym wypadku: jeżeli ciepłota nie przechodzi po za 39°, lub, co więcej, wykazuje tendencję do spadku, to można mieć nadzieję, że dany osobnik przeżyje katastrofę; przeciwnie zaś, gdy w 5 — 6 godzin po wypadku ciepłota podniesie się do 40° lub wyżej, to rokowanie staje się w wysokim stopniu niepomyślne. Należy jednak zaznaczyć, że u pewnych osób bardzo wiekowych lub osłabionych, często ciepłota nie podnosi przez kilka dni nawet, a pomimo to śmierć następuje. Lecz wypadki tego rodzaju są bardzo rzadkie i powyżej przytoczone następstwa wahań ciepłoty ogólnie mogą być przyjęte.

Drugim ważnym objawem jest t. zw. *skojarzone zboczenie głowy i oczu* w stronę ogniska mózgowego, t. j. głowa, pomimo biernego ustawiania jej w innym kierunku, zawsze powraca ku stronie przeciwniej porażeniu. Objaw ten posiada wielce niepomyślne rokowanie, nawet wtedy, gdy ciepłota nie dosięga zbyt wysokich stopni. Tak autor w jednym wypadku apopleksyi, dotyczącym się kobiety 65-letniej, przepowiedział śmiertelne zejście na podstawie obecności powyższego objawu, choć ciepłota przez cały czas nie przechodziła 38.2°.

Śmierć nastąpiła po 3 dniach. Objaw ten wskazuje jednocześnie, w której półkuli znajduje się ognisko mózgowie, a więc wskazuje pośrednio na stronę porażoną, gdyż według utartego zdania: „chory patrzy na swe ognisko“ — przeto porażenie będzie prawostronne, jeżeli tenże patrzy na lewo i vice-versa.

Wprawdzie i w tym względzie zdarzają się wyjątki (Landouzy), tem niemniej jednak, zdaniem autora, zboczenie skojarzone głowy i oczu zachowuje dla przeważającej części wypadków swe znaczenie tak co do samego umiejscowienia ogniska mózgowego, jak też i co do rokowania.

Charcot opisał jeszcze jeden objaw, który należy zaliczyć do ciężkich; mianowicie 2 — 4 dnia po napadzie apoplektycznym, występują na środku pośladka (nie na kości krzyżowej) t. zw. *ostre odleżyny* (decuhitus acutus), których obecność wielce pogarsza prognozę. Niekiedy również spostrzega się na dolnej porażonej kończynie, w miejscach podległych lekkiemu uciskowi, wysypka pęcherzykowa, która jednak nie daje tak złego rokowania, jak wyżej wspomniane odleżyny.

Resumując to, cośmy powiedzieli o rokowaniu w krwotokach mózgowych, przychodzimy do następujących wniosków: jeżeli w ciągu 12 — 24 godzin ciepłota stale się podnosi i przechodzi po za 40°, —

to śmierć nastąpi w krótkim czasie; jeżeli ciepłota waha się koło 39°, a jednocześnie istnieje skojarzone zboczenie głowy i oczu, to wielkie jest prawdę odobienstwo, że zejście będzie niepomyślne; jeżeli wreszcie temperatura nie przechodzi po za 39° w ciągu 2 — 3 dni, lecz występują odleżyny Charcot'a, to śmierć w tych razach zwykłym bywa zejściem. Przeciwnie zaś, jeżeli ciepłota utrzymuje się poniżej 39° w ciągu pierwszych 24 godzin, lub gdy takowa spada jeszcze niżej, a niema powyższych powikłań, to rokowanie będzie pomyślnem dla chorego. Wyjątek w tym względzie stanowią, jak to już wyżej zaznaczono, osoby bardzo wiekowe i osłabione.

Ponieważ w świecie nielekarskim aż nadto wiadomem jest, iż po ataku apoplektycznym pozostaje paraliż, to zapytują zwykle lekarza, która strona ulegnie porażeniu? Jeżeli w danym wypadku istnieje skojarzone zboczenie głowy i oczu, to odpowiedź wtedy jest łatwą. W braku zaś tego objawu, co znów bywa dość rzadko, w ciągu pierwszych paru godzin trudno jest coś stanowczego orzec: relaksacja bywa kompletna, brak czucia, odruchów etc. W takich razach trzeba zwrócić uwagę na inne objawy, a mianowicie na wyraz twarzy: gdy jeszcze kończyny pozbawione są czucia i odruchów, zauważyć już można, że kąt ust z jednej strony jest podniesiony, gdy z przeciwnej — twarz jest zapadnięta i wygładzona, a policzek i wargi biernie wydymają się przez wydechane powietrze: „chory pali fajkę przy każdym wydechu“. Otóż z jednej strony będzie porażenie, gdyż to bierne wydymanie wskazuje na porażenie nerwu twarzowego; jeżeli zaś zdarza się porażenie kończyn bez porażenia tego nerwu, to wyjątkowo tylko w krwotoku mózgowym spostrzegać się daje porażenie powyższe bez hemiplegii. Można sprawdzić rozpoznanie, podnosząc i opuszczając te kończyny, które, według naszego przypuszczenia, winny być sparaliżowane: opadają one na posłanie jakby martwe; lecz objaw ten niekiedy może być niezbyt wyraźny, np. gdy komatyczny stan jest jeszcze bardzo głęboki.

Zresztą rozpoznanie porażenia połowicznego z biegiem czasu staje się coraz łatwiejsze: w wypadkach z pomyślnem zejściem już po 24 — 48 godzinach, rzadko później, lecz często jeszcze wcześniej, chory przebudza się z głębokiego snu, w jakim był dotychczas poogrożony; porażenie twarzowe występuje coraz wyraźniej, świadomość zaś zwykle bywa jeszcze wtedy znacznie zaciemiona: ruchy powracają tylko z jednej strony ciała. Zwykle równolegle z występowaniem świadomości, powraca również czucie: jeżeli ukuć zewnętrzną kończynę, to chory czyni lekki ruch w celu obrony, porażona zaś kończyna jest pod tym względem martwa.

Nie trzeba jednak zbyt szybko sądzić o zniesieniu zupełnem czucia na stronie porażonej, jeżeli chory nie skarży się na bolesne uczucie przy ukućciu: wprawdzie hemianestezja może współtowarzyszyć porażeniu ruchowemu w krwotoku mózgowym, jako objaw stały, lecz nie trzeba zapominać, że w ciągu pewnego czasu po napadzie czucie na porażonej stronie pozostaje jeszcze znacznie przytępione, zawsze mniej wyraźne niż na stronie zdrowej.

Skończywszy z rokowaniem, przechodzimy do różniczkowania krwotoku mózgowego od innych stanów chorobowych, przedstawiających pewne podobieństwo kliniczne. Rozpocznemy od *guzów wewnątrzczaszkowych*. Jeżeli chorego widzimy po raz pierwszy w stanie komatycznym i nie posiadamy przytem żadnych wywiadów, to rozpoznanie jest bardzo trudne: obecność drgawek epilept. w jednym jakimś członku wskazuje jedynie na ognisko umiejscowione, lecz drgawki mogą być również niekiedy przy krwotoku mózgowym; podniesienie ciepłoty również nie daje żadnego punktu oparcia. Jeżeli zaś można zebrać wywiady, to w tych wypadkach dowiemy się, że chory już od bardzo dawna miewał uporczywe, mocne bóle głowy, że od kilku dni był senny, ocieężał (ucisk mózgu), że uskarżał się na osłabienie jednej strony ciała; w razie sprzyjających okoliczności, można przeprowadzić badanie oftalmoskopowe. Trzeba również pamiętać o skrupulatnem zbadaniu całej powierzchni ciała, czy niema gdzie śladów kily, nie zapominając jednak, że ta ostatnia może się objawiać jedynie symptomatami mózgowymi, choć inne objawy tej choroby mogły zniknąć zupełnie. Należy dodać, że w guzach mózgowia komatyczny stan trwa o wiele dłużej, niż w krwotokach mózgowych. Co się tyczy prognozy, to należy przedewszystkiem opierać ją na badaniach termometrycznych.

Urazy czaszki. Jeżeli posiadamy w tym względzie wywiady, lub przy badaniu stwierdzamy wyciek krwi z uszu, rany, złamania kości etc., to rozpoznanie jest łatwem, w przeciwnym zaś razie wiele jest utrudnione i możemy tylko wypowiedzieć rokowanie, uwzględniając i tu stan ciepłoty.

Najłatwiej możemy odróżnić stan komatyczny po napadzie *epileptycznym*: znajdujemy wtedy krwawą pianę wyciekającą z ust, język świeżo pokasany; często istnieją na twarzy i szyi wybroczyny krwawe; ciepłota podniesiona (Bourneville), — zresztą długo wahania być nie może, gdyż albo coma ustępuje, a osobnik, aczkolwiek senny i ocieężał, przychodzi zwolna do przytomności, przyczem porażen żadnych nie spostrzega się, lub też występuje nowy napad charakterystycznych drgawek, które ostatecznie wyjaśniają sprawę.

Oto są wszystkie sprawy mózgowe, jakie można byłoby wziąć za stan apoplektyczny: we wszystkich bywa podniesienie ciepłoty, której wysokość jest najlepszym wskaźnikiem ciężkości wypadku, co się zaś tyczy rozpoznania przyczynowego, to takowe w wielu wypadkach jest niemożliwe.

Lecz prócz tych spraw trzeba mieć na uwadze i stany komatyczne zależne od różnych zatruc. Na pierwszym miejscu należy postawić zatrucie *wyskokiem*: po użyciu dostatecznej ilości tego trunku, stan pobudzenia wkrótce ustępuje stanowi kompletnego otrętwienia zupełnie podobnego do stanu komatycznego; ciepłota obniża się i takową pozostaje, jeżeli ma nastąpić śmierć. Różniczkowanie zwykle nie jest trudnem. W otruciu przetworami *makowca*, przynajmniej w przypadkach ciężkich, utrata przytomności jest zupełna, puls mały, ledwie namacalny, źrenice bardzo zwężone, kończyny zimne, tempe-

ratura niska, która ze słabą działalnością serca wskazuje na ciężki stan chorego.

Trudniej jest rozpoznać zatrucie *naparstnicą, akonityną i belladonną* — przy użyciu tej ostatniej źrenice bywają silnie rozszerzone; zresztą zatrucia te tak są rzadkie, że tylko wspominamy tu o nich.

Najczęściej jednak mamy do odróżnienia krwotok mózgowy od t. zw. *coma diabeticum et uraemicum*. W tych razach najpewniejsze dane do rozpoznania może dostarczyć badanie moczu; lecz niekiedy i za pomocą zglębnika nie można otrzymać ani kropli tej ostatniej, wtedy wywiady i stan obecny temperatury mają wielkie znaczenie: jak w jednym, tak i drugim wypadku temperatura nietylko, że się nie podnosi ponad normę, lecz znacznie się obniża (do 35°), jeżeli położenie staje się groźne. Należy zaznaczyć, że czasem, po uprzednim spadku temperatury, ta ostatnia naraz podnosi się: wtedy trzeba pamiętać, że u tego rodzaju chorych krwotok mózgowy nie jest rzadkiem zjawiskiem. Autor spostrzegł niedawno wypadek, w którym mężczyzna 55-letni, cierpiący na przewlekłe zapalenie nerek i stwardnienie naczyń, kilka razy podlegał już napadom mocznicy. Ostatnim razem pozostawał w stanie komatycznym w ciągu 48 godzin przy ciepłocie ciała 35.8°; pewnego ranka autor znalazł go znów nieprzytomnym, przyczem termometr wskazywał 39.5°. Wieczorem chory zmarł, a autopsya wykazała wielkie ognisko hemoragiczne w mózgu. W powyższych wypadkach należy zwracać uwagę, czy niema porażenia twarzowego, gdyż nigdy prawie nie bywa ono w przebiegu niepowikłanej zapaści cukrzycowej lub mocznicowej.

Na zakończenie wreszcie trzeba wspomnieć o *ataku histerycznym, występującym w postaci apoplektycznej*. Tutaj, gdy wywiady nie są dostateczne lub ich niema zupełnie, trzeba zwrócić uwagę na dwa objawy, mianowicie: 1) temperatura w tych razach pozostaje zawsze normalną i 2) powieki chorego ulegają drżeniu wibracyjnemu. Ostatni ten objaw, aczkolwiek mało uwzględniany w podręcznikach, posiada jednak, zdaniem autora, duże znaczenie rozpoznawcze, gdyż prawie zawsze występuje w tem cierpieniu, a nigdy w innych dotąd wspomnianych. Stwierdzenie wreszcie zony hysterogennej może być wielką pomocą w rozpoznaniu napadu histerycznego.

Nie trzeba jednak zapominać, że w przebiegu tego ostatniego może wystąpić porażenie połowiczne, które, naturalnie, komplikuje rozpoznanie. Kilka właśnie takich wypadków autor zakomunikował w „Société des hôpitaux“ (29/V 96 r.). Jeden z nich tyczył się młodej izraelitki 26-letniej, która podczas pewnej uroczystości zemdlała, dostawszy przytem wymiotów. Wezwany lekarz domowy stwierdził u chorej brak zupełny przytomności i lewostronne porażenie ciała. Znając jednak pacjentkę oddawna, przyjął obecny stan za nowy atak histeryczny połączny z hemiplegią. Nazajutrz zawezwał na wspólną naradę Gille de la Tourette'a, który przy badaniu znalazł, między innymi, brak objawu drżenia powiek, a ucisk jajników nie wywoływał żadnego skutku. Temperatura (wprawdzie mierzona na dotyk w braku termometru) bezwątpienia przechodziła 39°.

Ponieważ G. T., zbadawszy chorą, nie mógł niczem objaśnić podniesienia ciepłoty, to, opierając się na stanie komatycznym i porażeniu, rozpoznał wynaczynienie krwi w mózgu. Chora, nie odzyskawszy przytomności, zmarła po 48 godzinach — autopsji nie było. Wogóle autor radzi mieć zawsze na uwadze możliwość krwotoku mózgowego w wypadkach histeryi a priori stwierdzonych.

Widzimy więc, że wszystkie te stany komatyczne, zależne od zatrucia organizmu, w przeciwieństwie do spraw wyżej rozebranych, charakteryzują się przedewszystkiem spadkiem ciepłoty ciała, i im ta ostatnia jest niższą, tem rokowanie bywa groźniejsze.

W. Cennère.

369. Bloch i Bielschowsky z kliniki Mendla: **Przypadek głuchoty wyrazowej po złamaniu podstawy czaszki.** (Ein Fall von Worttaubheit nach Basisfractur. Neurolog. Centralbl. № 16. 1898).

45-letni woźnica, silnej budowy, uderza lewą połową czaszki o bruk podczas upadku z kozła, traci świadomość i krwawi z nosa, uszów i jamy ustnej. Po kwadransie jednak świadomość wraca, chory odbywa pieszo 15-minutową drogę do lekarza a ztamtąd 20-minutową drogę do domu, gdzie wieczerza, czytając dziennik i rozmawiając z otoczeniem, noc przesypia spokojnie i dopiero następnego dnia otaczający mają wrażenie, że chory niedokładnie słyszy, a przytem przestawia i przekręca wyrazy. 3-go dnia po wypadku, badany wykazuje zwolnienie tętna: od 54—60 uderzeń, tętno napięte, miażdżycę tętnic obwodowych, twarz zaczerwieniona, przytomność zupełna, najmniejszych objawów porażenia lub zaburzeń uczucia tak w nerwach czaszkowych jak w kończynach i tułowiu. Słuch mimo pęknięcia obu błon bębenkowych prawidłowy, okazuje się tylko, że chory nie rozumie zupełnie znaczenia zadawanych sobie pytań i odpowiada zupełnie co innego, mówi przytem chwilami dobrze, chwilami zaś zjawia się paraphasia wyrazowa i głoskowa. Czytania i pisanie nie badano.

W ciągu 2-eh dni następných zaburzenia w mowie coraz większe, tak że mowa w końcu staje się całkiem niezrozumiałą, świadomość jednak zupełna, reaguje na najłżejsze szmery, zdaje się, że cierpi na ból głowy. W nocy z 4-go na 5-ty dzień po wypadku, dostaje drgawek w prawej połowie ciała ze zwracaniem głowy w lewo i podczas 4-go napadu drgawek umiera.

Badanie pośmiertne wykazało skomplikowane złamanie z prawej strony od proces mastoid. po przez przednio-górną powierzchnią granicy kości skalistej aż do jej wierzchołka, z lewej strony w środku średniego dołu czaszkowego na granicy małego skrzydła kości klinowej i piramidy kości skalistej, znajduje się wypuklenie chełbozące opony twardej wielkości migdała, wypełnione krwią, po otwarciu znaleziono też szczelinę w kości, która od zagłębienia gangl. poster. przechodzi po przez przednio-górną powierzchni piramidy kości skalistej. Złamanie i tu jest z odławkami. Porus acusticus z obu stron,

przedni i tylny dół czaszkowy swobodne. Naczynia podstawy mózgu miażdżycowe. Silne przekrwienie żyłne opony miękkiej, która zdejmuje się łatwo.

Po nad przednim końcem zrazu skroniowego opona miękka czarno zabarwiona i leżący pod nią odcinek I-go zwoju skroniowego przeobrażony w miękką masę czarniawą. Po stwardnieniu mózgu w formolu czarniawa masa wielkości wiśni zajmuje przednią część zwoju skron. I-go i sięga na 2 ctm. ku tyłowi, ograniczona na pozór do I-go zwoju skroniowego. Na przekrojach po przez lewy zraz skroniowy, widać jak ognisko z kory górnego zwoju przechodzi na istotę białą i w przebiegu ku tyłowi kieruje się ku podstawie.

W odległości 4 ctm. od przedn. końca I-go zwoju skron. wnika ono w istotę białą II-go zwoju skron. Jeszcze o 1 ctm. dalej ku tyłowi ognisko jest najobszerniejsze, zajmuje odcinek boczny istoty białej zrazu skron., ograniczając się do zwoju górnego i średniego. Wygląd ogniska odmienny, niż w korze. Ma barwę szarawą, tylko w części podstawowej i bocznych widać liczne czarne punkty. Konczy się ognisko ku tyłowi na granicy między korą a istotą białą III-go zwoju skroniowego.

Badanie drobnowidzowe po zabarwieniu metodą Nissla wykazuje zniszczoną tkankę mózgową w przedniej części wierzchołkowej zrazu skroniowego. Miejsce to wypełniają czerwone ciała krwi z przeobrażeniem się barwnika, zniszczone naczynia, które nawet w oponie miękkiej przesiąknięte są barwnikiem. Na 3 ctm. ku tyłowi obraz drobnowidzowy odmienny. Tu ognisko niejednolite lecz składa się z masy drobnych, zlewających się z sobą ognisk, w środku każdego leży naczynko wypełnione ciałkami krwi, ściany naczyń, o ile barwnik badać je pozwala, przedstawiają się prawidłowo, niektóre z nich zawierają wyłącznie leukocyty i w tkance otaczającej widać ich grupy.

Komórki nerwowe w korze I i II-go zwoju skroniowego wykazują małe zabarwienie podług Nissla, zaródź ich ma wygląd jednostajnie bladawy i zewnętrzne kontury nie jasne. Miejscami tylko resztki komórek pod postacią małych kulek z żółtawym zabarwieniem w śrenich i tylnych częściach I i II-go zwoju wolnych od krwawienia niema zmian w komórkach kory, niema też zmian w komórkach lewych corp. geniculat. intern.

Dany przypadek o tyle jest interesujący, że przedstawia przykład nieskomplikowanej aphazii zmysłowej (głuchoty wyrazowej) mimo silnego urazu przebiegający bez żadnych innych objawów. Niezwykłym jest też przebieg bardzo powolnie wzmagający się mimo że, jak badanie drobnowidzowe wykazało, wynaczymienie utworzyło się bezpośrednio po urazie niektórych gałęzek art. fossae Sylvii i wylanie nastąpiło do przedniej części lewej zrazu skroniowego. W białej istocie spotykamy wtórny infarkt, w skutku zatkania (trombus) pierwotnie naruszonego naczynia. Przypadek ten dowodzi nadto, że w głuchocie wyrazowej ognisko może się umiejscawiać i w przednim, niekoniecznie zaś tylko w tylnym odcinku I i II-go zwoju skroniowego.

Rzeczniowski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

370. Finsen z Kopenhagi zaleca **czerwone światło w leczeniu ospy**, ma ono zmniejszać okres ropienia w tej chorobie.

Skoncentrowane niebieskie promienie mają być znowu skutecznymi w wilku. Chore miejsce musi być jednakże poprzednio pozbawione krwi przez wywarcie ucisku płytą szklaną. Działają tu promienie chemiczne z wyłączeniem promieni cieplikowych. Dotąd leczono w ten sposób 140 przypadków wilka i w znakomitej większości otrzymano wynik dodatni. Leczenie jednakże trwa zwykle bardzo długo, od 4 — 6 miesięcy przy codziennych posiedzenia po 1 — 2 godziny.

(St. Peters. Med. Woch.)

H. K.

371. Zeitschrift f. Medicinalbeamte podaje **dwa przypadki otrucia dzieci morfina** wskutek zamiany lekarstwa w aptecę.

Dziecko trzyletnie dostało per os 0.02 morfiny, trzykwartalne zaś 0.015. Pomimo tak znacznych dawek i pomimo, że pomoc lekarska udzieloną została dopiero w godzinę po zażyciu trucizny, dzieci wyzdrowiały. Leczenie polegało na: przepłukiwaniu żołądka, zimnych oblewaniach, lawatywach z octu, z czarnej kawy.

H. K.

372. Dr. Tripier (Sem. Méd., 1898) zaleca **lawaywy z wody gorącej** w krwotokach żołądkowych.

Autor wychodzi z zasady, że ponieważ krwawiące naczynia w danym wypadku są zupełnie niedostępne dla bezpośredniej interwencji, stara się wywierać wpływ na nie na drodze odruchowej. Lawaywy zaleca Tripier dawać, 3 razy dziennie, z wody gorącej od 48 — 50°. Nawet, gdy krwawienie ustąpi, trzeba je stosować rano i wieczorem przez dni ośm. Terapię tę możnaby wypróbować nie tylko w krwotokach żołądkowych i kiszkowych, lecz również i w innych krwotokach wewnętrznych.

H. K.

373. Prof. J. Arkörys znalazł nowego lasecznika: **bacillus cariei dentium**. Rozwija on się dobrze na żelatynie, agar-agarze i łatwo się barwi. Znajduje się on najczęściej na uległej zgorzeli pulpie zęba. Zdrowe zęby kładzie prof. A. do hodowli tego lasecznika i po roku okazuje się, że ząb ten uległ próchnieniu. Właśnie ten nowo wykryty lasecznik ma być przyczyną próchnienia zębów, nie zaś kwasy, jak mylnie przypuszczają, kwasy, tworzące się w jamie ustnej, które rozpuszczają sole wapienne.

(Wien. Méd. Woch.)

H. K.

374. Robin i Menoel radzą stosowanie korzenia **cimicifuga racemosa** przeciwko **szumowi w uszach**.

(Win. Med. Woch., № 41, 1898)

H. K.

375. Bonna my stosuje **eucalyptus** przeciwko **dławcowi**. Radzi on rozpylać w pokoju chorego napar z 60.0 folia eucalypti na litr. Pod wpływem tej kuraacji wysięki rozplywały się, wogóle wyniki były bardzo dodatnie. Śmiertelność wynosiła 22⁰/₀, dla przypadków operowanych 28.5⁰/₀.

(Wien. Med. Woch., № 41)

H. K.

376. **Thyroglandina**, nowy preparat gruczołu tarczowego. Gruczoł tarczowy zawiera dwa związki działające: jodoglobulinę i jodothyrynę. Dla otrzymania obydwóch tych związków w jednym preparacie, podał Stanford następujący sposób: gruczoł rozciera się przedewszystkiem w zimnej wodzie, dla otrzymania rozpuszczalnego jodoglobulinu, wyciąg odparowywa się przy 100°, poczem pozostałość proszkuje się drobno. Gruczoły zaś wylugowane wodą wygotowywa się ze słabym ługiem sodowym, przesącz, zawierający całą jodothyrynę, zobojętnia się dokładnie kwasem solnym, suszy i proszkuje. Mieszanina obydwóch tych proszków tworzy t. zw. thyroglandinę. Mc. Lenan stosował ten preparat z dobrym skutkiem w obrzęku śluzowym, otłóści. Dawka dzienna wynosiła od 0.18 — 0.3.

(Brit. med. jour., 1898).

H. K.

377. Dr. M. Breitung podaje w Deut. Med. Woch., № 39, 1898 r. **przypadek padaczki** powstały po długotrwałym natrysku na głowę. 16-letni uczeń zastosował sobie zimny natrysk na głowę przez kwadrans. Następnego dnia był on bardzo podniecony i dostał napadu padaczki, który się następnie powtarzał. Uczeń ów pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, przedtem nie chorował, wskutek czego dr. B. przyjmuje powyższy przypadek jako padaczkę urazową.

H. K.

378. Dr. Rohleder podaje w Monatsheft f. Dermatologie następujące dane o **działaniu naftalonu** w dermatologii i syfilidografii. Preparat ten pierwszy zalecił dr. Rosenbaum z Tyflisu; naftalon jest to produkt wyciągowy z nafty surowej, znalezionej w miejscowości Naftalon na Kaukazie. Przedstawia on się pod postacią ciemno-zielonej masy, przypominającej masę, rozpuszcza się w wodzie i glicerynie. Autor stosował naftalon w 84 przypadkach na poliklinice. W przypadkach wrzodu miękkiego i twardego naftalon pozostał bez skutku, również w ¹/₁₀ — 6⁰/₀ roztworze tłuszczowym przy rzeżączce. W przypadkach balanitis, intertrigo, prurigo, alopecia areata nowy ten preparat dał wynik ujemny. Natomiast w 31 przypadkach przyczęcy preparat naftalon okazał się bardzo skutecznym. H. K.

379. Prof. Petersen **wyleczył 3 przypadki parcha** uwłosionej skóry głowy w ciągu 5—7 miesięcy, **nie stosując epilacji**. Recydywy nie było u żadnego chorego. Po usunięciu z głowy strupów za pomocą wcierania codziennego wazeliny z kwasem karbolowym 1⁰/₀ i zmywania głowy, autor przystępował do pędzlowania skóry jodyną. Oprócz jodyny stosował początkowo 2 razy w tygodniu masę karbolową na wезелinie. Po kilku tygodniach jodynowanie odbywało się

tylko 2 razy w tygodniu i powtarzało się dopóty, dopóki jeszcze wywarzały się małe łuski z nitkami achorion.

Wspomniane rezultaty leczenia nie są gorsze od otrzymywanych przy stosowaniu epilacyi. Jodynę w parcu jak również leczenie tegoż bez epilacyi poleca w literaturze wielu autorów.

(Archiv: f. Derm. u. Syph. 44 B.).

H. U.

IV. Organizacya pomocy lekarskiej w gubernii Warszawskiej.

(Dokończenie).

W zeszłym zeszycie *Kroniki* podaliśmy szczegółowe streszczenie projektu reformy lecznictwa w gubernii Warszawskiej.

Przechodzimy obecnie do oceny projektu.

Projekt warszawski, niewątpliwie, wyróżnia się dodatnio zśród dotychczas opracowanych projektów; obmyślano go dobrze, starano się uwzględnić rozległe potrzeby ludności.

Idąc w kierunku dążeń nowoczesnych, projektodawca jest zwolennikiem leczenia chorych niezamożnych w szpitalach i co do tego, zdaje się, nie znajdzie wcale krytyków. Warunki, w jakich mieszka nasz włościanin, bynajmniej nie nadają się do leczenia go w domu, nie znajdzie on tam umiejętnej i troskliwej opieki, nie znajdzie potrzebnego pożywienia, warunki zaś higieniczne są tak złe, że, doprawdy, leczenie chorób ostrych, a w części i chronicznych w tych warunkach jest stratą czasu, pracą Syzyfa. Chory taki musi się leczyć w szpitalu, jeśli pomoc lekarska ma przynieść jakikolwiek pożytek.

A chociażby lekarze gęsto byli rozmieszczeni w gubernii, przyjazd lekarza zawsze połączony jest z pewną stratą czasu, dotkliwą dla lekarza i dla chorego.

Dlatego też lekarz, posiadając szpitalik, śmiało może zalecać chorym leczenie nie w domu, a w szpitalu, opornym odmówić nawet pomocy w imię dobra chorego, dla którego pobyt wśród zwykłego otoczenia jest rzeczą szkodliwą bezwzględnie. Rozrzuczone szpitale, dostępne dla wszystkich, już na razie dają taką liczbę łóżek, która odpowiada 1 łóżku na 2,978 mieszkańców. Stosunek ten niewątpliwie będzie z czasem lepszy, małe bowiem szpitaliki mogą i muszą być rozszerzane.

Po za korzyścią dla chorych, płynącą z leczenia szpitalnego, istnieje jeszcze jedna strona dodatnia rozpowszechnienia leczenia szpitalnego — wzgląd na podniesienie poziomu cywilizacyjnego. Lud, przekonawszy się o dobrych wynikach leczenia chorych w szpitalach, nie będzie szukał pomocy u felezerów i owczarzy, pozbędzie się

ciemnych przesądów i uprzedzeń i łatwiej zrozumie potrzebę leczenia się u lekarzy.

Szpitalik bez komfortu, winien być utrzymany czysto, schludnie, aby samym przykładem i przyzwyczajeniem skłaniał ludność do naśladowania warunków zdrowotnych. Nie tak nie przemawia do umysłu ludu jak przykład, będzie więc szpitalik miał i tę zasługę, że powoli wszechepi zasady czystości u ludu.

Po za tem żywe słowo lekarza, poparte przykładem, wiele w tej sprawie zdziałać może.

Drugą stroną dodatnią w sprawie zamierzonej reformy szpitalnictwa jest urządzenie przy szpitalach ogólnych oddziałów dla chorych wenerycznych. Ułatwiony dostęp do tych oddziałów, umieszczenie ich wśród szpitala ogólnego, oddziału niewątpliwie korzystnie na zaniedbaną u nas sprawę położenia tamy szerzeniu się chorób wenerycznych. Chory zapisuje się do szpitala nie specjalnego, a ogólnego, znika więc ten wstyd, jaki wstrzymuje wielu tej kategorii chorych od leczenia szpitalnego, a niewątpliwą przecież jest rzeczą, że staranne leczenie choroby sprzyja ograniczeniu zarazy.

Trzecią kwestyą, jaką stara się przeciąć projektodawca, jest ważna sprawa leczenia chorych umysłowych. Nie biorę się rozstrzygać, czy leczenie w zakładach większych lepsze daje wyniki, w każdym razie, przybędzie dla chorych tej kategorii w jednej gubernii kilkadziesiąt łóżek, rozrzuconych w ten sposób, że z łatwością chorzy mogą być dostarczani do szpitali. Przypuszczam, że będą tam tylko chorzy z cierpieniami ostreimi; z chwilą, gdy sprawa przyjmie przebieg przewlekły, należy chorych odsyłać do specjalnych zakładów. Te nowe oddziały byłyby zatem chwilowemi stacyami, wyładowywanemi w miarę tego, jak w Tworkach otwierałyby się miejsca wolne.

Wobec terażniejszości postęp to wielki — lepiej zawsze, aby chory był pod opieką lekarską, a nie w warunkach otoczenia zwykłego: w szpitalu zawsze ma większą szansę wyleczenia, niż w domu.

Nie idzie zatem, aby było to już ostatnie słowo reformy; szpitalnictwo dla chorych umysłowych jest u nas w bardzo pierwotnym stanie, dla chorych np. chronicznych istnieje zaledwo jedna ferma, gdy ich winno być kilkanaście, nie posiadamy wcale zakładów dla idiotów, a świeżo podjęta myśl oppen dorów nawet kielkować u nas nie zaczęła. Ale w każdym razie przybytek kilkudziesięciu łóżek dla chorych umysłowych stanowi postęp niewątpliwy.

Szpitala wogóle mają być bezpłatne: punkt ten podkreślić należy, ludność płacąca odpowiednie podatki ma prawo do tego, a ułatwienie leczenia w szpitalach jest obowiązkiem społeczeństwa, które rozumie swe dobro.

Umyslnie na końcu oceny reformy szpitalnictwa wspominam o projekcie zamiany szpitala w Mieni na sanatorium dla suchotników. Autor projektu wraca mu przeto tę cechę, jakiej był niesłusznie pozbawiony.

Wiadomą jest rzeczą, że szpital zwykły dla suchotników, jest raczej szkodliwy, z drugiej znów strony chorzy ci zajmują bezpoży-

teczenie łóżka szpitalne. Stworzywszy dla nich szpital specjalny, jednocześnie zwiększamy liczbę łóżek dla innych chorych, chorym zaś suchotnikom dajemy warunki, pomagające wyzdrowieniu. Za zasługę więc należy uważać d-rowi Lewińskiemu, że i tej ważnej kwestyi w projekcie swym nie pominął. Jest to początek: 30 łóżek dla całej gubernii zbyt to mała ilość, jest to wszakże zawiązek rozszerzania się myśli pożytecznej, jest to *urzędowa* próba zdziałania czegoś w tym kierunku.

Jak widzimy przeto, dr. L. nie pominął żadnej z kwestyi szpitalnictwa, jeśli dodamy do tego, że projekt żąda znacznego zwiększenia personelu szpitalnego, przeznaczając większe niż dotychczas uposażenie, dojdziemy do przekonania, że w tym kierunku isé winna prawdziwie na rozumnych zasadach oparta reforma lecznictwa.

Nie na tem jednak kończy się reforma.

Dr. Lewiński we wszystkich miastach dla ludności miejskiej urządza ambulatorya bezpłatne dla biednych, płatne dla zamożniejszych. Ambulatorya te w tych miastach, gdzie niema szpitali, połączone są z małemi szpitalikami — zawiązkiem szpitali na później.

Leczenie ambulatoryjne chorych chronicznych, szczególnie przy starannem pełnieniu przez lekarza obowiązku, przy zupełnej bezpłatności lekarza i lekarstw jest najskuteczniejszą walką z felezeryzmem, rozpanoszonem w małych miasteczkach. Odrazu ono podkopie byt fecezerów i skieruje ludność małomiasteczkową do lekarzy.

Po za leczeniem w ambulatoryum, przewiduje projekt odwiedzania chorych w domach, jest to, zdaje się, tylko środek czasowy, w miarę bowiem rozwoju szpitali tam tylko niezamożni leczyć się powinni, prócz bowiem opieki lekarskiej, otrzymują tam tylko warunki, sprzyjające wyzdrowieniu.

Pomoc dla ludności wiejskiej oparta jest na tych samych zasadach, jedno w niej podnieść należy, to pozostawienie lekarzowi możności wykształcania zamiast felezerza i babki, odpowiednio przygotowanych osób.

Projekt przewiduje upadek felezeryzmu, a co zatem idzie konieczność zastąpienia felezerów przez odpowiednich pomocników lekarskich. Lekarz ma już dziś prawo (o czem wie nie wielu) sam przygotować sobie pomocnika, a pomocnik ten, nie mając żadnych dyplomów, czuć się będzie w zupełnej od lekarza zależności i w żadnym razie nie wystąpi przeciw lekarzowi z konkurencją.

Wszystko to są dodatnie rysy projektu warszawskiego, nie jest on jednak bez wad, na które radbym zwrócić uwagę.

Przedewszystkiem razi małe wynagrodzenie lekarzy.

Pomijam już kwestyę wynagrodzenia lekarzy szpitalnych, acz i tu pensye są małe, w każdym jednak razie 400-rublowe wynagrodzenie dla lekarzy w miastach i osadach za przyjmowanie w ambulatoryum, szczepienie ospy, prowadzenie szpitalika i odwiedzanie chorych w mieszkaniach, jest zbyt małe. Niewątpliwie, praktyka wolna wtedy się zmniejszy, suma dochodów lekarskich ulegnie redukcji, należy więc nie według dawnej modły oceniać pracę lekarską i nie przypuszczać, że lekarz resztę „dorobi“, ale dać mu takie uposażenie, aby star-

czyło na utrzymanie. Lekarz wtedy więcej czasu poświęcać będzie swym obowiązkom właściwym, gorliwiej spełniać je będzie, gdyż nie będzie musiał „dorabiać“ na swe utrzymanie.

Nietylko projekt warszawski, ale i lubelski, a w części łódzki, grzeszy pod tym względem. Reformy u nas wprowadzają się na długie lata, dowodem pensje lekarskie, które pozostały bez zmiany od 1844 roku, przy wprowadzaniu więc nowej odrazu kwestyę na właściwym należy postawić poziomie.

Powinna nadto być pewna gradacya.

Na początek pensya 850 rubli i mieszkanie—to dosyć, po kilku latach winna wszakże następować podwyżka w stosunku 10% co 3 lata, w trzecim więc roku lekarz otrzymałby 935 rubli, w 6-ym — 1,010 rb., w 9-ym — 1,095, w 12-ym — 1,170 i t. d. aż do pensyi 1,500 rubli. Tym sposobem lekarz cenić będzie swe miejsce, szczerzej jeśli przysługiwać mu będą prawa do emerytury, i pilnie spełniać obowiązki, wiedząc, że praca jego nie pozostanie bez nagrody.

W tym samym stosunku należy podnieść uposażenie felczerów i akuszerok.

Co do tych ostatnich, zbyt małą liczbę przewiduje projekt; na całą gubernię ma być 45 babek wiejskich czyli 1 na 3 gminy.

Ponieważ projekt przygotowano na 1,392,029 ludności wiejskiej, a liczba porodów na 1,000 osób wynosi około 33, wypadnie zatem porodów 48,720 rocznie, czyli na jedną babkę przeszło 1,000 porodów rocznie. Takiej pracy nie podoba jedna babka. W trójnasób co najmniej liczbę ich zwiększyć należy, t. j. żądać, aby, jak to chce projekt łódzki, jedna babka wypadła na gminę.

Przechodzimy do kwestyi aptek.

Stanowi ona również stronę ujemną projektu. Wprawdzie, nigdzie nie jest powiedziane, że lekarstwa ma przygotowywać felczer, suma jednak przeznaczona na lekarstwa jest tak mała, że inaczej chyba tłómaczyć sobie tego nie można. Stanowi to wogóle brak wszystkich projektów z wyjątkiem lubelskiego, który wyraźnie zaznacza, iż lekarstwa powinny być brań z apteki.

Zdaje się, że co do tego dwóch zdań być nie powinno, aptekarze są po to, by robili lekarstwa, zastąpienie aptekarzy przez felczerów jest cofaniem się w czasy mniej kulturalne.

Z drugiej znów strony apteki są nie wszędzie.

Jedynem wyjściem z położenia jest zakładanie aptek przez gminy i oddawanie ich w dzierżawę lub pod zarząd aptekarzom wykwalifikowanym. Aptekarz taki sprzedawałby lekarstwa zamożniejszym, a dla biednych wydawałby na rachunek gminy bezpłatnie.

Urządzenie apteki sielskiej nie przenosi 1,500 rubli, pensya aptekarza może wynosić 500 rubli i mieszkanie przy aptece, a dochód uzyskany ze sprzedaży podręcznej całkowicie pokryje wydatek na materyały dla biednych i koszt mieszkania.

Na tej więc tylko drodze możnaby kwestyę rozstrzygnąć.

Wogóle o ile część lekarska wypukła się dobrze w projekcie d-ra Lewińskiego, część finansowa jest przedstawiona niezbyt jasno.

Wprawdzie dr. Lewiński wskazuje źródła dochodów szpitalnych, reforma jednak miejska i wiejska nie mają źródeł finansowych odpowiednich, a nawet koszt całej reformy nie jest obliczony.

Trudno atoli wymagać, aby koszt dziś już był obliczony ściśle, lepiej może, że projektodawca nie stawiał cyfr iluzoryjnych, jak projekt płocki i kielecki, lepiej, że kwestyę tę stawia otworem.

Może się dziś toczyć dyskusya nad źródłami dochodów.

Bo że dochodów niepodobna osiągać z podatków dodatkowych, obliczając dla ziemian np. z morga, dowiódł tego projekt łódzki, w którym na 165,000 rb. — 66,000 rb. płać właściciele większych posiadłości, którzy przeciw z reformy korzystać nie będą. Rozumiem, że w wydatkach na reformę wszyscy wziąć udział powinni, ale niepodobna ciężarów przeważnie składać na jakąkolwiek bądź grupę ludności. W projekcie łódzkim, przeciętny obywatel ziemski płacićby musiał 10 — 40 rb., — w dzisiejszym stanie rolnictwa jest to rzecz trudna, a tem bardziej w duchem czasu niezgodna, że wszystkie państwa starają się obciążać podatkami raczej przedsiębiorstwa, niż ziemię.

Zdaje się, że najodpowiedniejszą formą podatkową dla reformy leczniczej byłby podatek pogłówny, pobierany od wszystkich bez wyjątku, za zupełnie biednych płacić winna gmina, która część od nich przypadającą również na wszystkich swych obywateli rozłoży.

Projekt warszawski na gminy wiejskie oznacza 85,200 rb. wydatku, na miejskie 25,700, na powiększenie szpitali (prócz urzędzenia), licząc po 60 kop. dzień szpitalny dla 337 łóżek 60,670 rubli, razem wypadnie 175,560 rubli rocznie.

Wobec tego, co powiedziałem powyżej, pierwszą i drugą podwójnie liczyć należy, wypadnie zatem przy szeroko liczonej reformie około 280,000 rb. na całą gubernię.

Z funduszków tych odliczyć należy sumy już istniejące na utrzymanie szpitali, oraz opłaty gmin na szpitale warszawskie i opłaty za chorych niezamożnych. Gdyby jednak liczyć, że fundusze te winny być przeznaczone na rozszerzanie reformy, to i tak na 1,558,557 ludności wydatek to bardzo mały, licząc bowiem na głowę, wypadnie od osoby około 18 kop. rocznie, czyli na rodzinę złożoną z 6 osób około rubla, co chyba wobec doniosłości otrzymywanej za to pomocy nie jest zbyt wielką sumą, za tę bowiem sumę każdy ma szpital bezpłatnie, a nadto ludność uboższa bezpłatną poradę w ambulatoryum i lekarstwa.

Są to cyfry tylko hypotetyczne, wagi do nich nie przywiązuje, dają jednak miarę, że reformę w szerokim zakresie poprowadzić można.

W każdym razie jeszcze raz zaznaczyć muszę, że projekt d-ra Lewińskiego korzystnie wyróżnia się z pomiędzy dotychczasowych przez szerokie uwzględnienie potrzeb ludności. Przypuszczamy, że wejdzie on w życie z prawdziwą korzyścią dla ludności i że stanowić będzie wzór pożądany dla innych gubernii Królestwa.

Józef Zawadzki.

V. SPRAWOZDANIE

z posiedzenia Warszaw. Towarzystwa Lekarskiego.

Dnia 6-go września 1898 r.

Przed porządkiem dziennym *Jaworski* przedstawił dziecko 1-dno roczne, dotknięte porażeniem nerwu twarzewego pochodzenia obwodowego.

Na porządku dziennym: 1) *Piotrowski* mówił o niezwykłym przypadku leukemii. Omówiwszy w ogólnych zarysach główne objawy leukemii, *P.* przechodzi do wniosku, że niema takiego objawu, któryby zawsze stanowił bezwzględną cechę tej choroby; za to niektóre objawy przy silnym ich rozwoju mogą stać się do pewnego stopnia rozstrzygającami. Postać limfatyczna leukemii jest trudniejszą do rozpoznania, ponieważ przedstawia mniej zmian jakościowych w obrazie drobnowidzowym krwi.

Jako nietypowy przypadek leukemii, *P.* opisuje 88-letniego żebraka, który przybył do szpitala Dzieciątka Jezus, ze skargami na brak sił, obrzęk dolnych kończyn i częste oddawanie moczu. W wywiadach: szankier miękki, zimnica, nadużycia in Baceho. Budowa chorego dobra, odżywianie niezłe, cera blada; wszystkie gruczoły i śledziona znacznie powiększone. Przy pierwszym badaniu krwi znaleziono: 4.7 milionów ciałek czerwonych, 60,000 białych, 77% barwnika krwi; z pomiędzy białych: 12% wielojądrowych, 48% jednojądrowych, 40% myelocytów, 0.2% eozyfilowych. W ciągu przebiegu choroby ilość ciałek białych ulegała wahaniom pomiędzy 32,250 — 110,000. Mocz nieobfity, ciężar 1,016, ilość kwasu moczowego nie powiększona. Po 1/2 roku chory umarł przy powikłaniu przez reumatyzm stawowy i zapalenie opłucny. Na sekcji znaleziono nacieczenie i rozrost tkanki limfadescordalnej we wszystkich narządach. Wobec niezwykłego przebiegu choroby, nasuwały się wątpliwości rozpoznawcze, czy nie jest to postać przejściowa pomiędzy pseudo-leukemią, lub czy nie są to przerzuty mięsaka ukrytego. *P.* uzasadnia rozpoznanie leukemii. W przypadku podanym były tylko dwa objawy stałe choroby; powiększenie znaczne śledziony i przewaga procentowa jednojądrowych komórek. Późny wiek chorego należy do rzadkości w tem cierpieniu. Przed śmiercią wystąpiła angina gangrenosa na migdałach, oraz owrzodzenie w przewodzie pokarmowym, wskutek ucisku i dyatezy hemorragicznej.

Prof. *Brodowski* zapytuje, dlaczego *P.* nie wykonał badania krwi na pasorzyty, co było robione przez *Loewit'a* z dobrym wynikiem.

Piotrowski skończył swą pracę przed ogłoszeniem pracy *Loewit'a*.

Kozerski opisał przypadek endoarteritidis syphiliticae w bardzo wczesnym okresie przymiotu. Chory 22-letni zgłosił się do *K.* 6 miesięcy po zarażeniu przymiotem, ze skargami na bóle głowy i bezwład ogólny. Leczenie swoiste w szpitalu Św. Łazarza nie przyniosło pożytku. Po paru tygodniach rozwinęło się porażenie prawostronne, a po tygodniu nastąpiła śmierć. Na sekcji znaleziono: obrzęk opony miękkiej, zgrubienie tętnic podstawy mózgu i zwężenie ich światła, rozmięczenie obszerne na miejscu zawojów podkorowych po stronie lewej. Przy badaniu drobnowidzowem *K.* znalazł znaczne zwężenie światła tętnic mózgowych przez rozrosłą błonę wewnętrzną. Membrana fenestrata nie zmieniona, w wielu miejscach rozszczepiona przez tkankę łączną. Media zmieniona nieznacznie, adventitia w wielu miejscach nacieczona. Jest to rzadki przypadek endoarteritidis syph. w tak młodym wieku. Ostry przebieg choroby zależał prawdopodobnie od nadużyć wysokoku.

Sokołowski przytacza podobny przypadek ze swej praktyki.

Gajkiewicz zaznacza, że podane przypadki nie należą do wielkich rzadkości.

Dnia 20-go września 1898 r.

Przed porządkiem dziennym: 1) *Kozerski* przedstawił chorego na mycosis fungoides. Przed 14-ma miesiącami *K.* znalazł u chorego wrzód twardej w rowku żołądźwiowym i nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych, oraz kilka wysp łuszczyca na łokciach i gołeniach. Po 3-ech tygodniach zauważył *K.* dużo guzków (papulae) syfilitycznych. Po wstrzykiwaniach rtęci guzki znikły, a łuszczyca pogorszyła się. Przy ściślejszem badaniu pokazało się, że to nie była łuszczyca. Na kończynie górnej prawej zauważono znaczną czerwoność, utworzoną przez ciemne plamy oraz nacieczenia skóry (guzy śródskórne). Nie były one natury syfilitycznej, ze względu na przebieg oraz na brak wpływu leczenia swoistego. *K.* rozpoznał mycosis fungoides na zasadzie opisu *Kaposi*'ego: plamy czerwone, na których nabłonek łuszczy się; kiedy jedne ogniska znikają, powstają inne; po dłuższym trwaniu powstają zgrubienia skóry, dochodzące do węzłów; guzy i nacieczenia rozmiękczają się i wydzielają posokę. Najskuteczniejsze leczenie jest arsenikiem.

2) *Orzel* przedstawił chorego, u którego usunął kamień z pęcherza przy pomocy cięcia łonowego.

3) *Oderfeld* przedstawił preparat jelita wpochwionego, otrzymany przy operacji 33-letniego chorego. Operacja była wykonana podług *Leszczyńskiego* i usunięto znaczną część jelita biodrowego wraz z okrężnicą i krezką.

Na porządku dziennym: 1) *Kraków* mówił o zaszywaniu krocza po pęknięciu. Błona śluzowa pochwy pęka często dwustronnie i pęknięcia zbiegają się pod kątem uwęzdzidła, tworzy się zatem trójkątny płat, który *K.* napina, szwy zaś zakłada od strony krocza od dalszego kąta rany. 3 — 4 szwy są wystarczające, aby zaszyć nawet znaczne pęknięcie. *K.* szyje zaraz po porodzie przed

odejściem łożyska. Sposób ten ma tę wyższość nad stosowanym zwykle, że nie tworzą się tu nigdy przetoki, ani inne powikłania, gdyż szwy przechodzą pod błoną śluzową. Jeżeli zaś szwy przetną i rana krokowa nie zagoi się przez rychłozrost, to pomiędzy brzegami skóry utworzy się rana granulująca a krocze utrzyma swą wysokość i grubość. *K.* szyje w ten sam sposób nawet przy jednostronnem pęknięciu błony śluzowej, oraz przy peryneoplastyce w kilka miesięcy lub lat po porodzie. Prócz tego *K.* przedstawił odmianę kleszczy swego pomysłu: ramiona kleszczy pomiędzy zamkiem i krzywizną główkową schodzą się ze sobą, tak, że przy rozwarciu kąta pomiędzy ramionami jest stosunkowo nieznaczny, przez co krocze napina się mniej i łatwiej zachować je od pęknięcia.

W dyskusyi *Thieme* zaznacza, że kleszcze nie są powodem zerwania krocza. Nie zgadza się również na zeszywanie krocza zaraz po porodzie, ponieważ nieraz musimy wyjmować ręką łożysko, lub tamować krwotok, co może prowadzić do ponownego uszkodzenia krocza.

Borysowicz podziela zarzuty *Thiemego*, oraz zaznacza, że najlepiej jest szyć to, co jest uszkodzone, więc krocze i błonę śluzową pochwy oddzielnie. Trójkątny płat błony śluzowej nie może nadać kroczu jego postaci prawidłowej, bo szwy muszą przemieścić go ku przodowi; krocze będzie wówczas szerokie, niskie i pofałdowane.

Sztejner twierdzi, że płat trójkątny błony śluzowej musi pofałdować się i nie może przylegać do brzegów rany.

Grzankowski stosuje metodę szycia krocza, omawianą przez *Kr.* od ośmiu lat, stosując się do modyfikacji *Lawson-Taita*; nie jest ona przeto nową. Przy porodzie krocze pęka rzadko w sposób, opisany przez *Krakowa*; zwykle błona śluzowa pochwy pęka jednostronnie i pęknięcie może sięgać bardzo głęboko. *G.* radzi nie zostawiać takiego krocza niezasytem, gdyż rana pochwy może łatwo uleść zanieczyszczeniu.

Neugebauer pochwała szycie krocza zaraz po porodzie, stosuje bowiem ten rękoczyn z powrotem od 10-ciu lat.

Kraków odpowiada *Thiememu*, że nie uważa pęknięcia krocza za wyłączny skutek kleszczy, lecz że ma to miejsce przy zabiegach niewprawnego akuszera. Zeszycie krocza dokonywa zaraz po porodzie, by oszczędzić chorej niepotrzebnego bólu.—*Borysowiczowi* odpowiada, że zgadza się, że trzeba szyć to, co jest pęknięte, lecz takie szycie wymaga więcej czasu i nie daje takich dodatnich wyników. Przemieszczenie płatu błony śluzowej przez szwy wpływa na to, że krocze staje się wysokiem i grubem.—*Grzankowskiemu* w odpowiedzi zaznacza, że podane zeszywanie było stosowane przy pęknięciach zastarzałych, nie zaś zaraz po porodzie. Zgadza się, że błona śluzowa pęka często inaczej, niż to opisał, stosuje jednak i w takich razach podaną metodę. Gdyby wpływ z macicy miał zanieczyścić ranę, to zeszywanie nie na wiele by się przydało, gdyż brzegi rany nie zrosłyby się.

2) *Groszlik* mówił o leczeniu pęcherza po kruszeniu kamienia. W przypadkach kamienia, nie powikłanych przez zapalenie pęcherza,

przeszywanie go jest przeciwskazane, wyjąwszy jedno przeszycie la-
pisem 0.5⁰/₀₀ zaraz po skruszeniu kamienia. W przypadkach powik-
łanych przez lekkie zapalenie pęcherza, należy leczyć je przed ope-
racją za pomocą przemywań słabym roztworem azotanu srebra. We
wszystkich przypadkach zatrzymania moczu, lub uporczywego zapa-
lenia pęcherza, należy po operacji prowadzić systematyczne leczenie
przemywaniami z azotanu srebra. Cewnik na stałe wprowadza się
tylko tam, gdzie wprowadzanie go jest bolesne lub utrudnione. Cew-
nik na stałe wprowadza się bezwarunkowo w wypadkach silnego
krwawienia z cewki lub pęcherza, lub w przypadkach zapalenia pę-
cherza z podniesieniem ciepłoty po kruszeniu kamienia.

W dyskusji *Perkowski* zwraca uwagę, że *G.* nie uwzględnił
należycie stosunku kamienia do cierpienia pęcherza; kamieniem twar-
dym, złożonym z moczanów, kwasu moczowego i szczawianów, za-
palenie pęcherza towarzyszy rzadko. W pęcherzu, nie zakażonym
z zewnątrz, to powikłanie może być tylko wtórne, i może zniknąć
przy dłuższym spokoju. W takich przypadkach należy skruszyć ka-
mień na jednym posiedzeniu i prędko wydalić jego szczątki, by uni-
knąć powikłania przez zapalenie pęcherza. U chorych z pierwotnym
katarzem pęcherza, gdzie kamień jest zwykle miękki, złożony z fosfo-
ranów, po usunięciu kamienia potrzeba często dłuższego leczenia, by
zapobiedz powstaniu nowego kamienia i zmniejszyć katar pęcherza.

Szteyner nie znajduje we wnioskach z pracy *G.* nic nowego;
poglądy te były wyrażone przez *Guyona* i dlatego *S.* sądzi, że nale-
żało przytoczyć jego nazwisko w odczycie.

Gabszewicz widział w roku 1891, jak *Guyon* w 20-tu przy-
padkach kruszenia kamienia ambulatoryjnie nie zakładał chorym
złębnika.

Sawicki Bron. zaznacza, że kateter, wprowadzony do pęcherza
po skruszeniu kamienia, nie zawsze może powstrzymać krwotok. Nad-
to zapalenie pęcherza może powstać nawet przy zupełnie aseptycz-
nej operacji, w ciężkich bowiem przypadkach zakażenie może nastąpić
przez krew.

Groszlik zgadza się z poglądami *Perkowskiego*; *Szteynerowi* od-
powiada, że wspomina o *Guyonie*. mówiąc o stosowaniu przemywań
saletrzanem srebra, podanem przez tego autora. Ponieważ wielu le-
karzy stosuje dotąd jeszcze przemywanie pęcherza po kruszeniu ka-
mienia wodą wyjałowioną lub kwasem bornym, przeto *G.* uważa, że
metoda *Guyona* nie jest jeszcze dostatecznie znana u nas. *Gabsze-
wiczowi* odpowiada, że nie widział *Guyona* operującego, a dane swe
opiera na trzecim tomie jego dzieła z r. 1897. — *Sawickiemu* odpo-
wiada, że nie twierdzi, aby w każdym przypadku krwawienia z pę-
cherza i cewki po kruszeniu kamienia, złębnik był środkiem niezawo-
dnym. Co się tyczy aseptyki przy operacji kamienia, to utrzyma-
nie jej rzeczywiście jest niekiedy niemożliwe, a jednak zawsze trzeba
dążyć do niej.

Dnia 27-go września 1898 r.

1) *Orzeł* mówił o stosowaniu szkła wodnego w chirurgii do opatrunków unieruchamiających, zwłaszcza w gruźlicy stawów. Wyższe szkła wodnego (krzemian sodu) nad gipsem polega na tem, że: a) sposób użycia szkła jest prostszy (najlepiej jest stosować bandaże, namoczone w szkle); b) niebezpieczeństwo powstania odleżyny jest znacznie mniejsze, c) opatrunek jest lżejszy. Cena szkła wodnego wynosi 7 kop. za funt.

W dyskusyi *Solman* pyta, o ile wydzieliną z rany wpływa na rozmięczenie opatrunku?

Orzeł odpowiada, że w rzeczy samej przy obfitszej wydzielinie opatrunek rozmięcza się na pewnej przestrzeni; ma to jednak miejsce i w opatrunkach gipsowych.

Skowroński stosował opatrunki ze szkła wodnego z niepomyślnym skutkiem. Przytem trudność dostania szkła w Warszawie i tembardziej na prowincyi, obniża wartość jego w porównaniu z gipsem. Może ono mieć pewne znaczenie w gruźlicy stawów i w stłuczeniach.

Orzeł nie uznaje tych ograniczeń dla stosowania szkła wodnego.

Krajewski zaznacza, że wartość opatrunku ze szkła lub gipsu zależy wyłącznie od wprawy operującego, a nie od własności materiału.

Orzeł nie zgadza się na to, ponieważ opatrunki ze szkła są łatwiejsze do wykonania, niż z gipsu.

Groszlik zwraca uwagę na konieczność uwzględniania ciężaru właściwego szkła, który powinien wynosić 1.45 — 1.5. Jeśli jest niższy, to szkło wysycha zbyt wolno, co zdarza się bardzo często i stanowi ważną przeszkodę w przypadkach, gdzie chodzi o szybkie stwardnienie opatrunku.

2) *Stróżewski* mówił o leczeniu mechanicznem bezwładu połowicznego. Przy porażeniu połowicznym porażeniu ulegają nie wszystkie mięśnie, lecz tylko pewne mechanizmy mięśniowe, stanowiące całość fizyologiczną. W dolnych kończynach mamy dwa takie mechanizmy: a) mięśnie skracające nogę (zginacze uda i goleni i wyprostne stopy), b) wydłużające nogę (antagonisty pierwszych). W porażeniu połowicznym cierpi zwykle pierwszy mechanizm. W kończynie górnej nie spotykamy takiej prawidłowości. — Leczenie mechaniczne bezwładu polega na stosowaniu ruchów biernych, czynnych i z oporami. Kiedy chory nie może zupełnie poruszać kończynami, stosujemy mięsienie z ruchami biernymi; gdy zacznie poruszać kończynami, zalecamy mu ruchy czynne i z oporami. Zaczyna się od ruchów prostych i przechodzi się do stania i chodzenia z podporą i bez, lecz nigdy nie do zmęczenia. — Wyniki leczenia mechanicznego w połączeniu z innymi zabiegami są dodatnie.

W dyskusyi *Janowski* zaznacza, że sama analogia z wiadom rdzenia powinna zachęcić do leczenia mechanicznego. Należy zwrócić uwagę na pogląd Gille de la Tourette, który powiada, że ruchy ścię-

nowe przy porażeniach normalne, dają dobre rokowanie, ze wzmocnieniami zaś i osłabionemi tem gorsze, im zaburzenie to jest silniejsze. Nie należy przeto w pierwszym przypadku kłaść wszystkiego na karb leczenia mechanicznego.

Gajkiewicz zaznacza, że już Charcot zwrócił uwagę, że w późniejszych okresach odruchy ścięgnowe są wzmoczone; jeśli po 3 miesiącach nie nastąpiły objawy atakcyjne, to chory powróci do siebie. Dlatego też należy stosować leczenie mechaniczne niezależnie od stanu odruchów.

Janowski odpowiada, że mówił o wczesnych okresach porażenia.

Skrowroński jest za stosowaniem metody we wszystkich przypadkach.

W. Miklaszewski.

VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18-go lutego r. 1898.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Majewski* przedstawia chorego po ranie mięśni przedramienia szwem ścięgien z powodzeniem wyleczonej.

W tartaku parowym piła mechaniczna robotnikowi na lewym przedramieniu na granicy dolnej trzeciej jego części przecięła w kierunku poprzecznym skórę, tętnicę promieniową i mięśnie: promieniowy wewnętrzny, dłoniowy długi i zginacz wspólny wierzchni; mięśnie przecięte zostały całkowicie, tak że ich brzegi przyranne rozeszły się na znacznej przestrzeni. Dla uwydatnienia dolnych odcinków trzeba było zginać palce, górne zaś, ukryte w pochewkach ścięgowych wychodziły na zewnątrz przy masowaniu przedramienia w kierunku rany. Przy zastosowaniu ścisłej antyseptyki po podwiązaniu tętnicy i żyły, *M.* usunąwszy zmiażdżone części ścięgien, nałożył na ścięgna szew materacowy; odcinki ścięgnowe mm. promieniowego i dłoniowego nie dały się dociągnąć całkowicie; przerwa pozostała między nimi wynosiła 1 cm.; m. zginacz wierzchni w dolnym odcinku był ścięgniasty, w górnym mięśniowy; przerwa pozostała po nałożeniu szwu wynosiła tu przeszło 2 ctm. W ten sposób jedwab szwów, zbliżywszy ścięgna, pozostał nadal dla nich wskaźnikiem kierunku przerostu. Nad mięśniami rana skórna na głucho zasztyta została. Zagojenie nastąpiło przez rychłozrost: siódmego dnia *M.* wyjął szwy skórne; jedwab szwów głębokich wydobyl się nazewnątrz przetoczką w okresie czasu między 20-tym a 35-tym dniem po operacji; poczem przetoka także się zagoiła. Obecnie chory włada kończyną prawidłowo. Zginanie drugich członków (phalanx) palców (m. zginacz wierzchni), zginanie

stawu napięstkowego i nawracanie przedramienia (mm. promieniowy i dłoniowy) są zupełnie normalne. Siła mięśniowa obydwóch rąk różnie uchwytnych dla ręki badającego nie wykazuje. Poniżej blizny na przestrzeni około 5 ctm. kwadratowych pozostało znieczulenie skóry; zależy ono, prawdopodobnie, od przecięcia gałęzi skórnej łokciowej nerwu skórniego średniego ramienia (ramus cutaneus nervi cutanei brachii medii) i pozostanie do utworzenia się zastępczych dróg nerwowych. Przypadki, gdzie rany mięśni są leczone szwem ścięgniowym, wymagają ściślej aseptyki i dowodnie zarazem wykazują ogromne jej znaczenie; przy najmniejszym ropieniu wszystkie szwy rozejść się muszą i, miast powrotu kończyny do normy, otrzymujemy głęboką bliznę z wrosniętymi w nią ścięgnami, tamującą zupełnie ruchy ręki i utrzymująca ją w mniej lub więcej zgietem położeniu.

W dyskusyi *Jaworowski* przypomina, że prof. Rydygier przedstawił preparaty po zeszcyciu mięśni, na których mikroskopowo można było rozpoznać tworzenie się tkanki mięsnej bez tkanki łącznej. Konieczne warunki do osiągnięcia takiego rezultatu: 1) aseptyka, 2) blizny skórne nie powinny natrafiać na blizny mięśniowe.

III. *Dziewiszek* odczytuje rezultat sekcji chorego, przedstawianego na posiedzeniu Tow. Lekarsk. z d. 18 listopada r. z.

18 listopada r. z. przedstawiłem chorego G., u którego rozpoznawałem marskość przerostową wątroby (cirrhosis hepatis hypertrophica). U tego chorego w połowie grudnia zaczęła występować puchlina brzuszna, która w ciągu miesiąca niespełna dosięgła znacznych rozmiarów i zmusiła mnie do przekłucia brzucha, przyczem wypuściłem około garnca płynu żółto zabarwionego. Na kilka dni przed śmiercią wystąpiły objawy cholemiczne: upadek sił i tętna, nieprzytomność, nieposkromiona biegunka i chory 16 stycznia r. b. życie zakończył.

Sekcya, wykonana dnia następnego, wykazała: w jamie brzusznej dość dużo na żółto zabarwionego płynu surowiczego; wątroba po za brzeg żeber nie wychodzi; powierzchnia jej ziarnista — ziarna te dochodzą wielkości grochu; barwa cytrynowa; na przekroju wątroba twarda i sucha. Pęcherzyk żółciowy wypełniony umiarkowaną ilością żółci, żadnych konkrementów nie zawiera. Zamknięcia przewodów wyprowadzających żółć nie znaleziono. Śledziona powiększona 6 razy, otoczka jej zgrubiła, miąższ śledziony dość twardy. Dolny płąt lewego płuca wydaje chrzęst przy krajanii, wykazuje rozwój tkanki łącznej.

Jak wiadomo, Senator odróżnia trzy rodzaje: marskości wątroby, a mianowicie:

1) zwykłą marskość zanikową *Laennec'a* — zanik wątroby, powiększenie śledziony, puchlina brzuszna i brak żółtaczki;

2) marskość żółciową wskutek długotrwałego zatkania przewodów, wyprowadzających żółć: początkowo powiększenie, później zanik wątroby, śledziona nie powiększona, brak puchliny brzusznej i innych objawów zastojów w żyłach wrotnej;

3) właściwą marskość przerostową *Hanot'a* z żółtaczką, powiększeniem wątroby i śledziony.

Przypadek mój nie daje się podprowadzić pod żadną z powyższych kategorii; przez czas długi nie było ascites, wystąpił on dopiero przed śmiercią, i co na szczególną zasługuje uwagę po 2 tygodniowym codziennem podawaniu chininy (gr. X do gr. XV dziennie); w tymże czasie można było zauważyć zmniejszenie się objętości narządu. Powierzchnia wątroby przy sekcji okazała się ziarnistą, nie gładką, jak to bywa przy marskości przerostowej; następnie ani kamieni żółciowych, ani innych przeszkód w przewodach, wyprowadzających żółć nie znalazłem — przeto t. z. marskość żółciową mogę wykluczyć. Mamy więc do czynienia z przypadkiem, którego nie możemy odnieść ani do marskości Laenneca, ani do przerostowej marskości. Senator również przyznaje, że dość często zdażają się kombinacje powyższych form marskości. Ze względu, że u naszego chorego znaleźliśmy rozwój tkanki łącznej w wątrobie, śledzionie i płuc lewym, jestem skłonny przypuścić pewne usposobienie, pewną constitutionem fibrosam. Benecke w dziele „Constitution u. constitutionelles Kranksein des Menschen“, wydanem w r. 1881, starał się dowieść, że człowiek, rodząc się, przynosi z sobą na świat pewne usposobienie, pewną właściwą budowę, wskutek której rozmaite bodźce zapalne wywołują jednakowy skutek. U pewnych osobników z małym sercem, z wąskimi naczyniami krwionośnymi, każde zapalenie będzie miało skłonność przejść w serowacenie wysięków; u innych z dużym sercem i szerokimi naczyniami, każde zapalenie ma skłonność przejścia w stwardnienie, w rozwój tkanki łącznej. Co prawda, teoria ta nie wytrzymuje już krytyki nowoczesnej, jednakże są przypadki, gdzie i takim objaśnieniem zadowolić się musimy.

IV. *Modrzewski* referuje pracę kol. Zdanowicza z Opoła o „wadach rozwojowych palców, ich nadliczbowości (Polidactylia)“, którą tenże nadesłał w celu podania się w poczet rzeczywistych członków Towarz. Lekarsk. W pracy kol. Z. podaje literaturę odnośną obszernie opracowaną, wskazania terapeutyczne, oraz opis 8 przez siebie obserwowanych przypadków Polydactylii. Towarzystwo, uznawszy pracę kol. Z. za wystarczającą, przystąpiło do tajnego głosowania, — kolega Zdanowicz został przyjęty na członka rzeczywistego Towarzystwa.

V. Prezes *Janiszewski* odczytuje wspomnienie pośmiertne o zmarłych członkach Towarz. Lekarsk.: s. p. Ludwiku Schmieie i Karolu Zagórskim, w którym roztacza cały obraz działalności ich wogóle, jako lekarzy, ludzi i członków Towarz. Lekarsk. Lubelskiego, a specjalnie, jako naczelnych lekarzy szpitala Ś-go Wincentego à Paulo w Lublinie.

VI. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za styczeń r. b.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.
Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4-go marca r. 1898-go.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Majewski* referuje pracę kol. Piętkowskiego „Olejek miętowy angielski w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego“. Praca ta, zawierająca mało danych naukowych, stanowi więcej krótką notatkę lekarską. W pracy tej brak wszelkiej kazuistyki.

III. Prezes *Janiszewski* odczytuje list członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego, Feliksa Głogowskiego, w którym tenże prosi o rozpatrzenie przysłanego i wygotowanego przez niego projektu urządzenia służby gminnej zdrowia. Jednocześnie Feliks Głogowski nadesłał plan wodociągu lubelskiego wraz z adneksami i planem m. Lublina, wygotowany przez braci Frik dla umieszczenia takowego w archiwum Towarzystwa Lekarskiego. Projekt urządzenia służby gminnej zdrowia prezes *J.* proponuje oddać do zreferowania kol. Biernackiemu na przyszłe posiedzenie Towarzystwa.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *St. Radomski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 marca r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Majewski* przedstawia obserwowaną przez siebie w szpitalu Ś-go Wincentego chorą ze *Strumitis dissecans*, powstałą w przebiegu zapalenia płuc gruźliczego i kamicy żółciowej; po przecięciu guza *M.* wydobyl żeń zmartwiałe wole wielkości pomarańczy; poczem w ciągu dwóch miesięcy jama się wypełniła i rana jest na zagojeniu. Szczegółowy opis przypadku podany będzie w „Gazecie lekarskiej“.

III. *Biernacki* odczytuje referat z projektu członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego, Feliksa Głogowskiego, o urządzeniu służby gminnej zdrowia, oraz sprawozdanie z projektu wodociągu lubelskiego, sporządzonego przez braci Frik.

IV. *Jaczewski* wygłasza odczyt „O stanie zdrowotnym m. Lublina z końcem zeszłego stulecia“.

V. *Cynberg* przedstawia sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc luty r. b.

Na tem posiedzenie zakończone.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *St. Radomski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 kwietnia r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Dobrucki* przedstawia chorą, operowaną przez siebie w szpitalu Ś-go Wincentego z powodu torbieli torebki śluzowej (Cysta colli

congenita), błony gnyko - tarczycowej (meenbraunae thyothyreoidaeae). Torbiel została usunięta i zagojona przez primam.

III. *Dziewiszek* czyta opis obserwowanego przez siebie w szpitalu Ś-go Wincentego przypadku płamicy Werlhof'a zakaźnej, pierwotnej wraz z wynikiem sekcji pośmiertnej. W przypadku tym *D.* zauważył wszelkie objawy zakażenia ogólnego z podniesieniem temperatury, obrzmieniem śledziony i wątroby, skonstantowanym za życia i potwierdzonem przy sekcji, sądzi zatem, że przypadek ten wybitnie przemawia za zakażnem pochodzeniem płamicy krwotocznej. Praca w oryginale wydrukowaną została w „Gazecie Lekarskiej“, Nr. 25, 1898 roku.

IV. Następnie odbyło się tajne głosowanie nad przyjęciem kol. Piętkowskiego do grona rzeczywistych członków Towarz. Lekarsk. Wynik głosowania — kol. Piętkowski został przyjęty na członka rzeczywistego Towarzystwa.

V. *Michelis* odczytuje opis obserwowanego przez siebie w Chełmie przypadku rany czaszki, zadanej siekierą. Ciekawe są obserwowane w tym przypadku objawy troficzne w rozmaitych grupach mięśni. Praca ta z dodatkiem kilku zdjęć fotograficznych, oraz odpowiednio zebranej literatury drukowaną będzie w „Medycynie“.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.

Sekretarz *St. Radomyski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 kwietnia r. 1898-go.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

II. *Jaczewski* przedstawia chorego z Alopecia areata (Celsi benigna) dużych rozmiarów.

III. *Dobrucki* przedstawia chorego, który w r. 1895 otrzymał ranę kłótą w lewy bok pomiędzy 7 — 8 żebrem. Wtedy z rany wychodziło coś, co uznano za płuco i ranę zeszyto. *D.* zdjął szwy i rezekował wystający z rany kawałek omentum. Wskazaną była rezekcyja żeber i zeszytanie omentum, lecz wobec niesprzyjających warunków *D.* żeber nie rezekował, tylko ranę zatamponował. Rana więc pomiędzy 7 — 8 żebrem przeszła przez opłucną i przeponę do jamy brzusznej. Rana wkrótce się zagoiła i chory od tego czasu, t. j. po trzech latach czuje się dobrze, skarży się tylko na inne objawy, natury nerwowej.

IV. *Majewski* przedstawia dwa przypadki wieloletnich obszernych owrzodzeń goleni, w których leczenie konserwatywne dało wyniki ujemne, a gdzie, po zastosowaniu metody Maugoldta — przeszczepiania skóry za pomocą zasiewania naskórka, otrzymał wyleczenie. *M.* metodę Maugoldt'a stosował ściśle według przepisów autora, podanych przezeń w „Deutsche med. Wochenschr.“, N. 48, 1898 r. Obszerny i dokładny opis tej metody podał dr. Kozerski w N. 13 — 15 „Medycyny“ z r. 1897.

V. Prezes *Janiszewski* odczytuje odezwę zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, oraz zarys programu obrad sekcji prasowej tegoż zjazdu.

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

Na tem posiedzenie zakończoneo.

Prezes *A. Janiszewski*.
Sekretarz *St. Radonyski*.

VII. KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go listopada 1898 r.

(J. Z.). Dnia 23 z. m. mieliśmy sposobność zwiedzić rozszerzone znacznie sanatorium dla chorych płucnych kol. Gejzlera w Otwocku.

Kol. G. urządził sanatorium wybornie, zgodnie z wymaganiami nowoczesnemi. Jest to dom duży piętrowy z zewnątrz ścianami z drzewa dla lepszej wentylacji naturalnej, z wewnątrz muraowanymi dla trwałości budynku. Budynek mieści w sobie 40 osobnych, dobrze oświetlonych, ogrzanych i wentylowanych pokoi, połączonych korytarzami, które wychodzą na dwie werandy, zwrócone na południe, gdzie chorzy cały czas przebywać mogą. Obszerna czytelnia, sala jadalna, stanowią zbiorniki powietrza w czasie słoty. Zakład mieści się w lesie, dla spacerów przetrzynięto w różnych kierunkach ścieżki, pozwalając dzięki właściwościom gruntu odbywać spacer nawet w czasie deszczu.

Cały zakład został zaopatrzony w wodociągi, a w tym celu zbudowano wieżę ciśnień, która otrzymuje wodę za pomocą pompy parowej ze studni, kanalizację przeprowadzono systemu przelewowego, nieco za blisko zakładu.

Urządzenie wewnątrz zakładu jest eleganckie, wytworne, nie szablonowe, jak w innych tego rodzaju zakładach u nas.

Gabinet lekarski został zaopatrzony w potrzebne do badań narzędzia, oraz przyrządy lecznicze.

W czytelnicy widzimy dużo dzieł wyborowych, stanowiących dla chorych pożądaną rozrywkę.

Regulamin zakładu przewiduje 5-ciokrotne pożywienie: 3 razy dziennie chorzy otrzymują mięso.

Cena za całodzienne utrzymanie i leczenie wynosi rb. 3 kop. 20 do rb. 3 kop. 50.

Oto są główne dane. Wrażenie ze zwiedzenia zakładu było bardzo dodatnie zarówno pod względem porządku, jak i celowości w urządzeniach, to też powstanie zakładu w Otwocku witamy szczerze.

Dziś wobec coraz bardziej skierowanej dążności lecznictwa do leczenia chorych za pomocą środków naturalnych, za pomocą postawienia ich w najodpowiedniejsze warunki higieniczne, zakład w rodzaju sanatorium kol. Gejzlera, staje się koniecznością.

Jest to początek: 40 łóżek to zbyt mała liczba dla 600,000 ludności Warszawy, sądzimy, że kol. Gejzlerowi sądzono być pionierem tej sprawy u nas i że za jego przykładem powstaną inne sanatoria.

— h. — 8-go października w Sieradzu obchodzono uroczyste pięćdziesięcioletni jubileusz d-ra Józefa Stanisławskiego. Jubilat ukończył wszechnicę Jagiellońską w roku 1847, a od r. 1852 przebywa stale w Sieradzu. Działalność d-ra S. nie ograniczała się tylko do niesienia pomocy lekarskiej, ale przyjmował czynny udział i przodował życiu społecznemu swego miasta. Przez długie lata był naczelnikiem straży ochotniczej, a w r. 1883 urządził wystawę archeologiczną, po za swoją specjalnością umiłował bowiem archeologię i wiele dawnych zabytków uchronił od zagłady.

Do ogólnej miłości i poszanowania, jakie przejawiały się w obchodzie jubileuszu, tak długiej a pożytecznej pracy — łączymy też wyrazy koleżeńskiego uznania i szacunku.

— h. — Jak wiadomo ze szczegółowych doniesień pism politycznych, w Wiedniu zdarzyły się przypadki dżumy wskutek nieostrożności w specjalnej pracowni, przeznaczonej do badań nad tą chorobą. Pierwszą ofiarą padł posługacz tej pracowni. Początkowe objawy przypominały influencję, niebawem rozwinęło się dwustronne zapalenie płuc, a badanie płwociny — przedsięwzięte dość rychło wobec podejrzeń, wzbudzonych przez zajęcie chorego — wykazało, że zapalenie to było swoiste, dżumowe. Śmierć nastąpiła na 3-ci dzień. Od tego chorego zaraził się pielęgnujący go lekarz, dr. Müller i jedna z dozorczyń.

Wszystkie osoby, które miały styczność z chorym, zostały nader ściśle izolowane w specjalnym pawilonie w szpitalu Franciszka Józefa.

Dzisiaj dr. Müller już nie żyje. Młody ten uczony w roku zeszłym uczestniczył w wyprawie wysłanej przez rząd do Indyi, w celach badania dżumy. Ztamąd wróciwszy, pracował w dalszym ciągu nad lasecznikiem dżumy i padł ofiarą swego powołania. Okoliczności śmierci jego, podane przez dzienniki, były rzeczywiście tragiczne. Leczeniem chorych zajmuje się dr. Pösch.

Specjalny komitet nieustający zajęty jest środkami, mającymi na celu zapobiedz rozszerzeniu się strasznej choroby, której widmo rzuciło panikę na całe miasto.

Zdaje się, że wobec braku ogólnych — kosmicznych i telurycznych — danych, wobec czysto laboratoryjnego charakteru zakażenia, niema obaw wytworzenia się epidemii dżumy, tem bardziej, że przedsięwzięcie energicznych środków ograniczyło już, jak się zdaje, wobec niewydarzenia się nowych zarażeń, możność endemicznego jej rozszerzania się.

Winy tego fatalnego wydarzenia, jak pisze „Wiener Med. Presse“ (43), nie należy przypisywać jednostkom, wina tkwi w nie-dbalstwie rządu, który dotąd, pomimo wielokrotnych żądań, nie zgodził się dać stolicy takich urządzeń, jakimi dziś posługują się najmniejsze uniwersytety.

—hk.— Dr. G. Pálka zdawał sprawozdanie w Peszteńskim Towarzystwie Lekarskiem ze szpitala św. Rocha, gdzie się leczą prostytutki. Sprawozdanie obejmuje ubiegłe półrocze. Chorych dziewczyn było razem 428, w wieku od lat 16 do 42; największa ilość przypadła na wiek od lat 18 do 21. Więcej niż połowa trudniła się przedtem wszelkiego rodzaju służbą. Około 75% prostitutek miały przymiot, większość przytem jednocześnie i rzeżączkę. W większości przypadków kobiety te zaraziły się przymiotem zaraz w początkach swej karyery, $\frac{3}{4}$ przypadków zachorowało w pierwszym roku, $\frac{1}{6}$ w drugim i tylko nieznaczna liczba w trzecim do piątego roku.

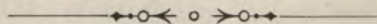
—hk.— Dr. E. Kromayer z Halli w broszurce swojej p. t. „Abolitionistische Betrachtungen über Prostitution, Geschlechtskrankheiten, und Volksgesundheit nebst Vorschläge zu einem Syphilisgesetz“, w kwestyi badania prostitutek, przychodzi do następujących wniosków:

A. *Dla rzeżączki*: 1. Tylko u małej części prostitutek, chorych na rzeżączkę, może ta choroba być rozpoznana, przy pomocy dzisiejszego klinicznego sposobu badania prostitutek, bez drobnowidzowego rozpatrywania wydzieliny. 2. Tylko mała część tej części może być w szpitalu wyleczona. 3. U kobiet pozornie wyleczonych nawrót po wyjściu ze szpitala następuje bardzo prędko.

B. *Dla przymiotu*: 1. Kontrola wykrywa znakomitą część chorych prostitutek. 2. Przy odpowiednim leczeniu mogą wszystkie chore, dotknięte przymiotem, być wyleczone. 3. Wszystkie lub też prawie wszystkie nawroty choroby mogą być przez zapobiegawczą terapię wstrzymane.

Jeżeli dalej zwrócimy uwagę, powiada autor, jak prędko prostytutka wyleczona z trypra znowu zarazie podlega, wobec takiego rozwielmożnienia się tej choroby u mężczyzn, to przyjdziemy do wniosku, że badanie prostitutek odnośnie rzeżączki możnaby zupełnie zaniechać i zwracać uwagę jedynie na objawy przymiotu.

—h.— Dowiadujemy się o śmierci ś. p. d-ra S. Kondratowicza, wydawcy „Gazety Lekarskiej“, która nastąpiła nagle w czasie pobytu ś. p. K. w Monachium, życiorys podamy w następnym zeszytcie.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

I. Rozmięczenie samodzielne gałki ocznej — Ignacy Strzemiński (dok.) — str. 899.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i medycyna wewnętrzna.

362. Dr. W. Teichmüller — Obecność i znaczenie komórek eozynowych w płwocinie — str. 904. 363. Bettman — O komórkach eozynowych w pęcherzach skóry — str. 906. 364. Radziejowski — Stan współczesny nauki o nadnerczach i ich działalność — str. 906. 365. A. Velich — Wpływ wyciągu nadnercza na krwioobieg — str. 907. 366. Mołdawski J. — Wypadek przedziurawienia wrzodu dwunastnicy — str. 908. 367. Rawnicki — Urticaria po zażyciu antipiryny — str. 909.

II. Choroby nerwowe.

368. Gilles de la Tourette — Rozpoznawanie i rokowanie w krwotokach mózgowych — str. 910. 369. Bloch i Bielschowsky — Przypadek głuchoty wyrazowej po złamaniu podstawy czaszki — str. 916.

III. Wiadomości pomniejsze str. 918 —370—379.

IV. Organizacya pomocy lekarskiej w gub. Warszawskiej (dok.) — str. 920.

V. Sprawozdanie z posiedzenia Warsz. Tow. Lekarskiego — str. 925.

VI. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 930.

VII. Kronika bieżąca — str. 935.

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

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

Дозволено Цензурою, Варшава 17 Октября 1898 года.