

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *T. Borzęcki*. Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych—str. 249. II. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (d. c.)—str. 255.

Dział sprawozdawczy: I. *Choroby wewnętrzne:* 128. *E. Barić*. Serce w przewlekłym gościu stawowym—str. 265. 129. *M. Marfan*. Wady aorty i jej ujścia nabyte w dzieciństwie—str. 266. 130. *C. Wite* i *W. Pepper*. O zwyrodnieniu ziarnistym czerwonych krążków krwi—str. 267. 131. *W. P. Greczyński*. Tyfus brzuszny—str. 270. 132. *L. v. Stubenrauch*. Nauka o martwinie fosforowej—str. 272. II. *Choroby układu nerwowego:* 133. *R. Kienböck*. Neuritis gonorrhoea i jej stosunek do myolitis i arthritis gonorrhoea—str. 273. III. *Choroby dzieci:* 134. *Holtschmidt*. O wstrzykiwaniach podskórnych żelatyny w melaana neonatorum.—str. 281. 135. *De Maurans*. Czy wahania śmiertelności, spowodowanej przez błonicę, zależną bezpośrednio od metod leczniczych—str. 283. IV. *Wiadomości pomniejsze:* od Nr. 136—146—str. 285. V. *Z Towarzystw lekarskich zagranicznych:* a) francuzkich, b) wiedeńskich, c) niemieckich—str. 289. VI. *Odcinek. Historia chorób wenerycznych (ciąg dalszy)*—str. 296. *Kronika bieżąca*—str. 299. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 7. Travaux originaux: Dr. *T. Borzęcki*. Les resultats du traitement de la phthisie dans les hôpitaux de Varsovie.—p. 249. Dr. *E. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 255.

I. JAKIE WYNIKI OSIĄGAJĄ SUCHOTNICY z pobytu w szpitalach naszych.

PODAŁ

D-r Tadeusz Borzęcki

Asystent oddziału D-ra med. A. Sokołowskiego w szp. Św. Ducha
w Warszawie.

W obecnym stanie nauki wiadomo, że leczenie gruźlicy opiera się przedewszystkiem na zabiegach klimatycznych i dyetetyczno-higienicznych; głównymi zaś czynnikami są: 1) czyste, o ile można pozbawione kurzu i drobnoustrojów powietrze, 2) obfite i zdrowe odżywianie i 3) możliwy spokój. O prawidłowem stosowaniu tych zabiegów w szpitalach ogólnych w miastach mowy być nie może; do tego

konieczne są zakłady specjalne zamknięte—sanatoria, położone w okolicach zdrowotnych, zdala od miast i miejscowości fabrycznych. Dotychczas jednak sanatoriów dla niezamożnej ludności w naszym kraju niema, a nawet trudno przypuścić, aby w bliższej przyszłości powstały zakłady podobne w liczbie dostatecznej dla olbrzymiej u nas ilości suchotników. Istniejące zaś jedyne sanatorium w Otwocku jest przeznaczone tylko dla ludzi zamożnych. Tym więc sposobem zapewne jeszcze bardzo długo szpitale ogólne będą przepełnione suchotnikami i to w okresie bardzo rozwiniętej choroby, ponieważ ludność nasza pod względem materyalnym stoi bardzo nisko, nie posiada kas dla chorych, zabezpieczających ich wraz z rodzinami na wypadek choroby, jak w Niemczech. Nasi chorzy są zniewoleni pracować aż do tej chwili, w której ostateczne wyczerpanie sił nie zmusi ich do wstąpienia do szpitala.

Jeżeli więc szpitale nasze jeszcze długo mają być przytułkiem dla suchotników, to należy się zastanowić, jaki wpływ wywiera pobyt w szpitalu na przebieg ich cierpienia.

Pod tym względem zdania klinicystów obecnie bardzo się od siebie różnią. Jedni uważają, że pobyt w szpitalach działa wprost ujemnie na przebieg gruźlicy, stan chorych tylko pogorszyć się może w szpitalu, sami zaś oni stać się mogą niebezpiecznymi dla innych chorych, niegruźliczych, znajdujących się na sali jednocześnie z nimi. Przeciwnie, inni autorzy (Leube, Lazarus)¹⁾ utrzymują, że stan zdrowia chorych gruźliczych nawet w szpitalach przy odpowiednim leczeniu może ulegać nieraz względnie znacznej poprawie. U nas ta sprawa była po części rozpatrywana na jednym z posiedzeń w Towarzystwie Higienicznym przez Rzętkowskiego, opierającego się na materyale, spostrzeganym w dawnym szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale D u n i a. R z ę t k o w s k i twierdził²⁾, że pobyt w szpitalu wpływa ujemnie na chorych gruźliczych, przedewszystkiem zaś u większości niegorączkujących przyczynia się do powstawania gorączki. Fakt powyższy byłby dla naszego szpitalnictwa bardzo doniosłym, wobec którego należałoby stanowczo wykluczyć chorych gruźliczych ze szpitali naszych; pobyt w nich bowiem żadnej korzyści, przeciwnie, szkodę tylko byłby w stanie przynieść. Inni jednak mówcy, zabierający głos w dyskusyi, twierdzili, że sprawa tak źle się nie przedstawia,

¹⁾ Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose Berlin 1899.

²⁾ Zdrowie r. 1901, zeszyt I, str. 8.

że owszem spostrzegali nieraz poprawę u suchotników, przebywających na ich oddziałach szpitalnych. Ujemne zaś wyniki, otrzymane w szpitalu Dzieciątka Jezus, być może zależą od złych warunków higienicznych, w jakich się ten szpital znajdował.

Sprzeczne owe poglądy, dotyczące wyników leczenia chorych gruźliczych w szpitalach ogólnych, należało sprawdzić bliżej przez dokładne przejrzenie i zestawienie odpowiedniego materiału z innych naszych szpitali.

Otóż, w przeciągu ostatnich lat pięciu na oddziale d-ra Sokółowskiego w szpitalu Ś-go Ducha wszystkich chorych na gruźlicę płucną i krtaniową było 362. Z nich co do rodzaju zajęcia rzemieślników było 144, wyrobników i robotników 120, a więc blisko $\frac{3}{4}$ chorych należało do klasy najuboższej.

Chorych tych można podzielić na dwie kategorie: 1) takich, którzy wstąpili do szpitala z gorączką, i 2) takich, którzy wstąpili bez gorączki.

I. Chorych pierwszej kategorii (gorączkujących) było 258.

a) Z nich zmarło 74, t. j. 21% ogólnej liczby chorych. Przeciętny czas pobytu ich wynosi 24 dni. Blisko połowa, bo 31, zmarła, przebywszy w szpitalu mniej, niż 10 dni; 18 zaś zmarło przed 20 dniem pobytu w szpitalu, a zatem przeszło $\frac{2}{3}$ chorych zmarło, można powiedzieć, w przeciągu dni kilku po wstąpieniu do szpitala. Chorzy ci wszyscy bez wyjątku przybyli w bardzo ciężkim stanie, z postacią gruźlicy rozpadową; byli to przeważnie ludzie młodzi; przeciętny wiek ich wynosił lat 32.

b) Bez żadnego polepszenia wypisało się 82 chorych tej kategorii, t. j. 22% ogólnej liczby. Przeciętny czas pobytu ich na oddziale wynosił 22 dni. Blisko $\frac{2}{3}$ tych chorych, mianowicie 53, wystąpiło ze szpitala przed 20 dniami pobytu.

c) Z podmiotowem polepszeniem, lecz z gorączką, wypisało się 57 chorych, t. j. 15,5% ogólnej liczby. Przeciętnie każdy chory przebył w szpitalu 26 dni.

d) Wreszcie, z tej kategorii, t. j. chorych gorączkujących, przestało gorączkować w szpitalu 45, t. j. 12,5% ogólnej liczby. Przeciętny czas pobytu każdego z nich wynosił 51 dni. Największa ilość, bo 22 chorych, przestała gorączkować, przebywszy w szpitalu około miesiąca.

Pozwolę sobie na tem miejscu przytoczyć bardziej szczegółową historję 3 chorych tej kategorii.

Jeden z nich, ślusarz, lat 30, przybył na oddział z objawami nacieczenia u obu szczytów; w płwocinie wykryto liczne laseczniki

Koch'a. Ciepłota ranna $37^{\circ},4$, wieczorowa $38^{\circ},5$. Chory ten przebył w szpitalu blisko 7 miesięcy; przez pierwsze 6 miesięcy ciepłota wieczorowa dochodziła do $38^{\circ},5$; czasami nie gorączkował; wreszcie przez cały ostatni miesiąc ciepłota nie przekraczała wieczorem $37^{\circ},2$ i chory wypisał się ze znacznym podmiotowem i przedmiotowem polepszeniem.

Drugi chory, stolarz, lat 22, wstąpił do szpitala z objawami rozległego nacieczenia w lewym szczycie; w płwocinie znaleziono laseczniki gruźlicze. Gorączka wieczorem dochodziła do 39° . Chory przebył na oddziale $7\frac{1}{2}$ miesiąca. Przez pierwsze $2\frac{1}{2}$ miesiąca wieczorem nasilenia ciepłoty stale przekraczały 38° , a przez następne 5 miesięcy ciepłota wahała się między $36,8$ — $37,4$. Chory zaczął wydzielać płwocinę w mniejszej ilości, ogólny stan jego poprawił się, nabral większego apetytu i sił, wreszcie opuścił szpital ze znacznym polepszeniem.

Trzeci chory, lokaj, lat 28, przybył z wysoką, ciągłą, od kilku tygodni trwającą gorączką, dochodzącą do 40° , z silnym kaszlem i objawami rozległego nieżytu oskrzelowego bez wyraźnej lokalizacji. Jednakże na 4-y dzień pobytu znaleziono występujące umiejscowienie u szczytów, w płwocinie zaś wykryto laseczniki gruźlicze. Rozpoznano podostrawą postać gruźlicy płucnej. Gorączka trwała w powyższym natężeniu jeszcze około 2 tygodni; następnie chory przestał gorączkować i po $1\frac{1}{2}$ miesięcznym pobycie wypisał się ze szpitala we względnie bardzo dobrym stanie ogólnym, w szczytach jednak pozostały objawy nacieczenia.

II. Przechodzimy do rozpatrzenia chorych drugiej kategorii, to jest takich, którzy wstąpili do szpitala bez gorączki, tych było 104.

a) Z nich 99, t. j. 27% ogólnej liczby, przez cały czas pobytu swego na oddziale nie gorączkowało i większość z nich opuściła szpital ze znaczną poprawą. Przeciętny czas pobytu wynosił 40 dni; połowa z nich, bo 49, pozostawała w szpitalu od 1— $2\frac{1}{2}$ miesięcy; pięciu zaś leżało dłużej, niż 5 miesięcy.

b) Zaczęło zaś gorączkować w szpitalu z chorych tej kategorii 5, t. j. 1,4% ogólnej liczby. Przeciętny czas ich pobytu wynosi 35 dni.

Widzimy więc, że wynik tej statystyki przedstawia się bardzo korzystnie. Zdaje się nie ulegać kwestyi, że należy to przypisać z jednej strony bardzo pomyślnym warunkom, w jakich się znajduje szpital Ś-go Ducha, z drugiej zaś sposobowi, że tak powiedzieć można, leczenia powietrzem, praktykowanemu od wielu lat na oddziale d-ra Sokołowskiego. Sala bowiem, posiadająca centralne ogrze-

wanie i wentylację, niezależnie od tego stale bywa przewietrzana zimą i latem przez otwieranie okien.

Nie poprzestając na zebranej statystyce z oddziału d-ra Sokółowskiego, przytoczę niektóre dane z notatki, łaskawie mi udzielonej przez d-rów Edwarda i Kazimierza Zielińskich, o suchotnikach, leczonych w latach 1898—1901 na ich oddziałach w szpitalu Praskim.

Wszystkich chorych na gruźlicę w tym czasie było 326. Z nich zmarło 137, t. j. 42%; przestało gorączkować w szpitalu 34, to jest 10,5%, zaczęło zaś gorączkować w szpitalu 5, t. j. 1,5% z których jeden chory w dalszym ciągu pobytu swego przestał gorączkować.

Zestawiwszy dane z obu statystyk, otrzymujemy bardzo znaczną odsetkę śmiertelności, mianowicie 31%. Wysoka ta cyfra śmiertelności nie tylko zależy od miejscowych warunków szpitalnych, ile od innej przyczyny. Wiadomo powszechnie, jak mało wierzy nasza ludność w pomoc szpitalną we wszystkich cierpieniach, a w gruźlicy w szczególności. Dlatego też po większej części suchotnicy przybývają do szpitali w stanie bardzo ciężkim, w ostatnim okresie choroby, aby tam po kilku dniach życie zakończyć; sprawy chorobowej, ich trawiającej, zapewne nawet pobyt w najlepszym sanatorium już by nie powstrzymał. Co do innych chorych, przybýwających we wcześniejszym okresie choroby, to śmiertelność wśród nich jest stosunkowo nieznaczną. Stan wielu poprawia się w szpitalu, a spora ich ilość, bo około 12%, traci gorączkę, z którą przybyli do szpitala. Z chorych zaś niegorączkujących zaledwie około 1,5% zaczyna po pewnym pobycie w szpitalu gorączkować i to zapewne wskutek szybko posuwającej się naprzód sprawy chorobowej.

Ma się rozumieć, że, rozpatrując wynik leczenia około 700 suchotników w 2-ch szpitalach, trudno tę sprawę uogólnić i rozciągnąć na wszystkie szpitale. Zastanowiwszy się jednak, że większość chorych szpitalnych stanowią ludzie bardzo biedni, ludzie, którzy u siebie w domu znajdują się w warunkach fatalnych pod względem higienicznym, gdyż po większej części mieszczą się wraz z całymi rodzinami w jednej izbie, często wilgotnej i nieprzewietrzanej, odżywiają się nieregularnie i źle, a zajęci wyczerpującą pracą nie mają chwili na wypoczynek, musimy przyznać, że chorzy ci w szpitalu znajdują warunki względnie bez porównania lepsze. Przedewszystkiem mają wypoczynek, względny spokój, więcej powietrza, wreszcie nawet i pożywienie, jeżeli nie obfite, to zdrowsze i regularnie podawane.

Tylko co wspomniane motywy, zdaje się, upoważniają mnie do wypowiedzenia następujących wniosków:

1) Wysoka śmiertelność wśród suchotników w szpitalach zależy głównie od zbyt późnego szukania pomocy lekarskiej, względnie szpitalnej, przez nich.

2) Chorzy gruźlicy, wstępujący do szpitala we wcześniejszych okresach swej choroby nie tylko nie zaczynają gorączkować w szpitalu, lecz, przeciwnie, u wielu z nich gorączka, z którą przybyli, po pewnym czasie ustępuje.

3) Chociaż szpitale ogólne w miastach nie nadają się do leczenia gruźlicy w pełnym znaczeniu tego wyrazu, jednak w naszych warunkach, polepszając względnie położenie chorego, nie tylko nie zasługują na potępienie, lecz owszem mają rację bytu, przynosząc często poprawę w stanie zdrowia wielu suchotników.

Dążenie zaś nasze powinno być zwrócone w 2-ech kierunkach:

1) Przedewszystkiem ciągle i bezustannie trzeba starać się o utworzenie szpitalów dla suchotników zewnątrz miast w miejscowościach zdrowotnych.

2) W obecnych warunkach starać się o utworzenie w szpitalach naszych specjalnych sal dla suchotników, w którychby wprowadzono o ile można lepsze warunki pod względem odżywiania i przewietrzania, niż to się daje zastosować w obecnych oddziałach ogólnych (gdyż np. chorzy, dotknięci reumatyzmem lub cierpiący na zapalenie nerek, źle znoszą chłodne powietrze i ze względu na nich przewietrzanie sal ogólnych nie zawsze może być systematycznie przeprowadzane). Obok tego należałoby urządzić przy takich specjalnych oddziałach w szpitalach, gdzie to jest możliwe, altany i leżalnie, w których suchotnicy mogliby przebywać dzień i noc na powietrzu przynajmniej w miesiącach letnich.

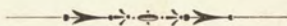
Tego rodzaju „*uzdrowiska szpitalne*“, urządzone nawet w miastach, mogą dawać bardzo pomyślne wyniki. Naprzykład we Francji, gdzie również, jak i u nas, niema sanatoryów ludowych, takie oddziały szpitalne zastępują ich miejsce. D-r Pierrhugues w pracy swej¹⁾ przytacza szczegółowe historie 4 chorych z paryskiego szpitala Boucicaut, posiadającego specjalną salę dla suchotników. Chorzy ci poprawiali się tam bardzo znacznie, przestawali gorączkować, przybierali na wadze, objawy szczytowe zmniejszały się.

¹⁾ Le phthisique parisien à l'hôpital. Paris 1898.

Również i u nas sprawozdanie d-ra Sterlinga z oddziału dla suchotników w Łodzi za rok 1899—1900¹⁾ wskazuje, że z 30 chorych w tym czasie leczonych, u 29 nastąpiło znaczne polepszenie w stanie ogólnym, u 25 stan miejscowy płuc wykazał wyraźną poprawę, 19 chorych powróciło do pracy bezpośrednio po wyjściu z oddziału.

Zważywszy, że pomimo najlepszych chęci nigdy nie mogą powstać w dostatecznej liczbie sanatoria, w którychby znaleźli miejsce wszyscy suchotnicy, tembardziej powinniśmy się starać o utworzenie specjalnych oddziałów dla suchotników, gdzie moglibyśmy im dać nie tylko przytułek, lecz i rzetelną pomoc.

W końcu uważam za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie szefowi memu d-rowsi med. A. Sokołowskiemu za chęć i pomoc w pracy niniejszej.



II. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

(*Ciąg dalszy*).

Widzimy więc w przypadku Pfeiffer'a (1881), że po uszkodzeniu wyłącznie korzeni tylnych I i II lewego odcinka grzbietowego, pęczki Goll'a pozostają zupełnie wolne od zwyrodnienia na całej rozciągłości rdzenia szyjowego. Nawet w najwyższych odcinkach szyjowych pasmo zwyrodniałych włókien leżało na granicy pomiędzy pęczkiem Burdach'a i Goll'a. Również w przypadkach opisanych przez Nageotte'a (1895) ze zniszczeniem III grzbietowego korzenia i przez Margulies'a (1895) z uszkodzeniem VI grzbietowego korzenia, pęczki Goll'a pozostały nietknięte w rdzeniu szyjowym.

¹⁾ „Czasopismo Lekarskie“ Tom III № 3. 1901.

Oprócz tych przypadków z uszkodzeniem wyłącznym tych lub innych korzeni tylnych, istnieją również przypadki, w których zniszczenie przekroju poprzecznego na wysokości środkowych odcinków grzbietowych wywołało w rdzeniu szyjowym nie tylko zwyrodnienie wtórne pęczków Goll'a, lecz również sąsiadującej z nimi części pęczków Burdach'a. Ponieważ jednak przy uszkodzeniu rdzenia w części lędźwiowej, pęczki Burdach'a w rdzeniu szyjowym pozostają wolne od zwyrodnienia, wynika więc stąd, że u człowieka nie tylko I i II grzbietowe korzenie tylne, lecz i część dolnych grzbietowych korzeni tylnych zajmują w rdzeniu szyjowym najbardziej *środkowe* pasmo pęczków Burdach'a. Pasma to w przytoczonych powyżej przypadkach było jednakowoż zbyt wąskie, aby mogło zawierać włókna tylko co zaznaczonych grzbietowych korzeni tylnych. Wyprowadzamy więc stąd wniosek, że *u człowieka pęczki Goll'a w rdzeniu szyjowym zawierają zapewne przedłużenie korzeni tylnych nie tylko z odcinków krzyżowo-lędźwiowych, lecz również—z pewnej części dolnych grzbietowych.*

Badania doświadczalne i histopatologiczne wskazują więc, że pęczki Goll'a zawierają w sobie z pewnością przedłużenia korzeni tylnych pochodzących z dolnych odcinków rdzenia. Dotychczas jednak nie zdołano wyosobnić w tych pęczkach oddzielnych części, któreby odpowiadały topograficznie pewnym okolicom ciała. Schultze wypowiedział jeszcze w 1883 r. zdanie, że już w dolnych odcinkach lędźwiowych rdzenia można odróżnić w słupach tylnych część przynależną n. *ischiadicus*. Część ta przechodzi w odcinkach rdzenia do pęczków Goll'a i przesuwają się zarazem w kierunku ku linii środkowej. To samo dotyczy włókien należących do n. *cruralis*, tylko że cały ten proces anatomiczno-patologiczny odbywa się w nieco wyżej położonych odcinkach rdzenia (niż to ma miejsce dla włókien odnoszących się do n. *ischiadicus*). Nie jesteśmy jednakże w stanie nakreślić granicy pomiędzy dłuższymi włóknami środkowymi i krótszymi bocznymi na każdej wysokości rdzenia, odnośnie do rozmaitych okolic ciała lub nawet do rozmaitych korzeni tylnych. Można by to było uczynić li tylko na podstawie doświadczeń nad zwierzętami, u których by przecinano korzenie tylne na rozmaitej wysokości rdzenia i śledzono następnie przebieg włókien zwyrodniałych w słupach tylnych. Z drugiej zaś strony trzeba by było zbadać w patologii ludzkiej zwyrodnienia wtórne w słupach tylnych, powstające na skutek uszkodzenia korzeni tylnych w rozmaitych odcinkach rdzeniowych.

Powstaje następnie pytanie, czy da się stwierdzić pewną następność w degeneracji rozmaitych części składowych słupów tylnych

przy uszkodzeniu poprzecznem rdzenia? Otóż zaznaczyć należy, że posiadamy zbyt mało faktów, zarówno z dziedziny histo-patologii ludzkiej, jak i z doświadczeń nad zwierzętami, abyśmy mogli odpowiedzieć na to pytanie ściśle i kategorycznie. Schaffer twierdzi w swej pracy z 1894 r., że po uszkodzeniu urazowem rdzenia na wysokości XI odcinka grzbietowego, pęczki Goll'a znajdowały się w najdalej posuniętem stadium zwyrodnienia, gdy natomiast inne „drogi“ (a pomiędzy innymi pęczki Burdach'a i zstępujące pęczki słupów tylnych) wykazywały cechy degeneracji dość wczesnej. Schaffer wyprowadził z tego spostrzeżenia wniosek słuszny, że nawet w jednoczesnem uszkodzeniu całego przekroju rdzenia, oddzielne jego pęczki ulegają zwyrodnieniu w rozmaitych odstępach czasu. Ten wniosek został później stwierdzony przez doświadczenia, dokonane przez tegoż badacza nad zwierzętami (p. niżej).

Na podstawie zaznaczonych tylko co faktów, możemy z łatwością nakreślić odpowiednie obrazy mikroskopowe, które powstaną na skutek bądź to uszkodzenia korzeni tylnych, bądź też słupów tylnych na rozmaitej wysokości rdzenia.

Przy uszkodzeniu korzeni tylnych najważniejszą jest 1) ilość korzeni uszkodzonych i 2) wysokość, na której uszkodzenie to powstało. Jeżeli np. były zniszczone korzenie krzyżowo-lędźwiowe, w takim razie spostrzeżemy początkowo, t. j. w rdzeniu krzyżowo-lędźwiowym zwyrodnienie w części bocznej słupów tylnych, czyli w t. zw. „pasie wejścia korzeni tylnych“ (*Wurzeleintrittszone*). Ów pas zwyrodnienia przesuwa się następnie w coraz to wyżej leżących odcinkach rdzeniowych w kierunku ku linii środkowej (*septum longitudinale posterius*) i w rdzeniu szyjowym znajdziemy go tuż obok tej linii czyli przegrody tylnej podłużnej. Natomiast ujrzymy przy uszkodzeniu szyjowych korzeni tylnych zwyrodnienie wstępujące, umiejscowione z początku również w „pasie wyjścia korzeni tylnych“, następnie zaś (w górnych odcinkach szyjowych)—w wewnętrznej okolicy pęczków Burdach'a, t. j. obok *septum paramedianum*. Pęczki Goll'a pozostaną w tym przypadku nietknięte.

Ten sam stosunek stwierdzić się daje *mutatis mutandis* również dla zwyrodnień wtórnych wstępujących, które powstają na skutek zniszczenia lub uszkodzenia słupów tylnych.

Zaznaczyć pragniemy jeden szczegół, dotyczący postaci zewnętrznej zwyrodniałych pęczków Goll'a, którą widzimy w następstwie uszkodzenia przekroju poprzecznego rdzenia. Widzimy mianowicie, że już w górnych odcinkach grzbietowych rdzenia, pęczki te wykazują formę flaszki i że zachowują one tę postać w całym rdzeniu

szyjowym (Fig. 9—4; Fig. 10—5). Stwierdzić przytem można, że pęczki Goll'a dotykają zawsze bezpośrednio *commissura posterior*. Te obrazy mikroskopowe, przedstawiające formę pęczków Goll'a otrzymujemy na podstawie metody Marchi'ego. Znajdują się one w sprzeczności z obrazami, podanymi przez Flechsig'a i przyjętymi przez ogół anatomów.

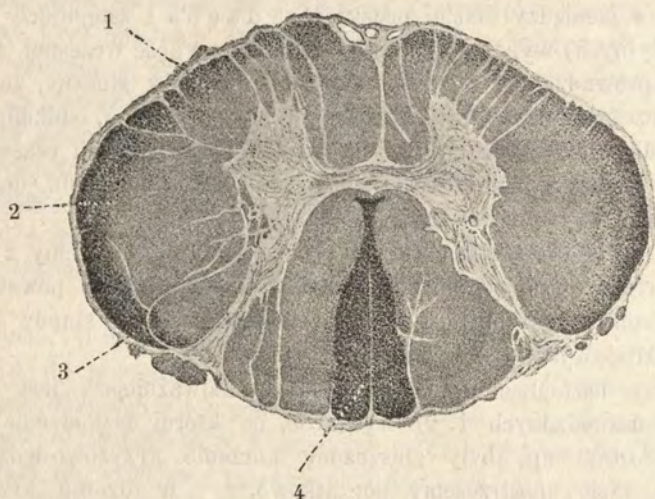


Fig. 9.



Fig 10.

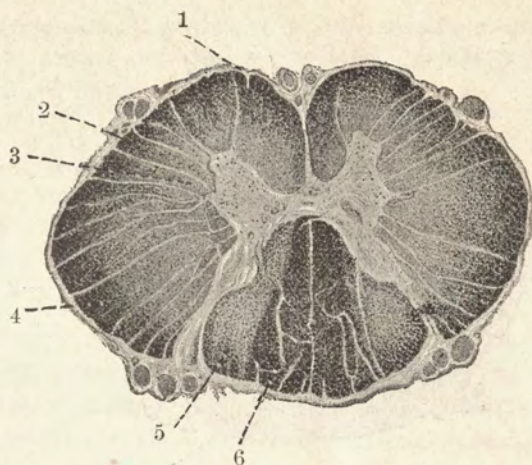


Fig. 11.

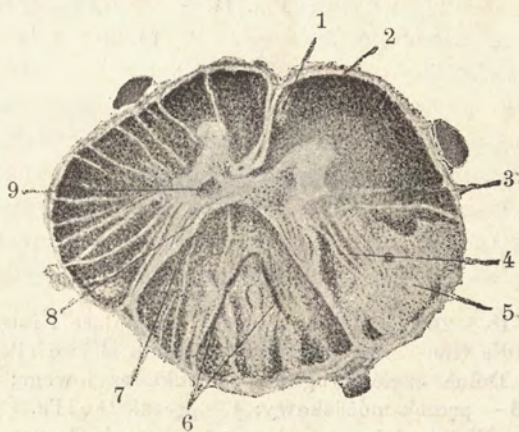


Fig. 12.

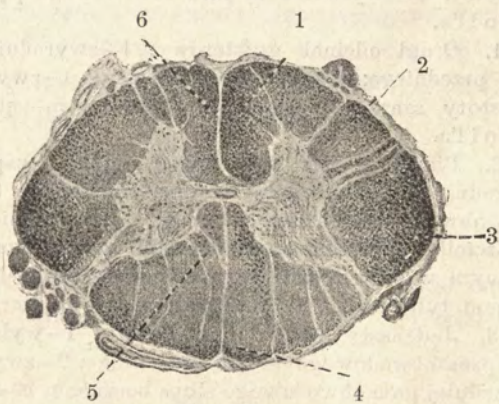


Fig. 13.

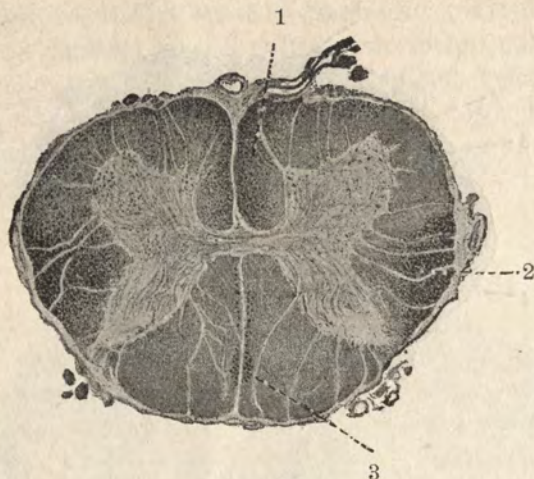


Fig. 14.

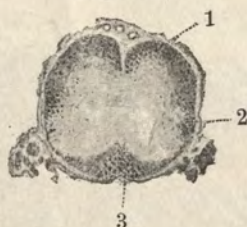


Fig. 15.

Fig. 9—15 — zwyrodnienia wtórne wstępujące i zstępujące w przypadku myelitidis transversae (metoda barwienia Marchi'ego).

Fig. 9. Dolna część drugiego odcinka szyjowego; 1—pęczek Gowers'a; 2 i 3—pęczek mózdkowy; 4—pęczek Goll'a.

Fig. 10. Piąty odcinek szyjowy; 1—pęczek Gowers'a; 2 i 3—pęczek mózdkowy; 4—zwyrodnienie pasa obwodowego pęczka Burdach'a; 5—pęczek Goll'a.

Fig. 11. Drugi odcinek grzbietowy; 1—zwyrodnienie pasa obwodowego słupa przedniego; 2—pęczek Gowers'a; 3—zwyrodnienie rozsiane w okolicy istoty szarej; 4—pęczek mózdkowy; 5—pęczek Burdach'a; 6—pęczek Goll'a.

Fig. 12. Piąty odcinek grzbietowy (ogniska zapalne); 1—ognisko w słupie przednim; 2—zwyrodnienie słupa przedniego; 3—wybitne zwyrodnienie pasa obwodowego słupa bocznego; 4—zwyrodnienie okolicy rogu tylnego; 5—wielkie ognisko zapalne w słupie bocznym; 6—zwyrodnienie w słupie tylnym w postaci podkowy; 7—pęczek Burdach'a; 8—zwyrodniałe włókna korzeni tylnych; 9—zwyrodnienie w istocie szarej.

Fig. 13. Jedenasty odcinek grzbietowy; 1—wybitne zwyrodnienie środkowego pasa obwodowego słupa przedniego; 2—zwyrodnienie rozsiane w części przedniej pasa obwodowego słupa bocznego; 3—zwyrodnienie bocznych pęczków piramidalnych; 4—zwyrodnienie tylnego pasa obwodowego

słupa tylnego (pęczek H o c h e'go); 5—zwyrodnienie rozsiane w przedniej części słupa tylnego; 6—wybitne zwyrodnienie środkowego pasa obwodowego słupa przedniego.

Fig. 14. Drugi odcinek lędźwiowy; 1—wybitne zwyrodnienie środkowego pasa obwodowego słupa przedniego; 2—zwyrodnienie boczego pęczka piramidalnego; 3—zwyrodniałe pole F l e c h s i g'a.

Fig. 15. Rdzeń krzyżowo guzicowy; 1, 2—rozsiane bryłki zwyrodniałe w słupach przednio-bocznych; 3—zwyrodniały trójkąt G o m b a u l t-P h i l i p p e'a.

Na zakończenie tego rozdziału pragnęlibyśmy zaznaczyć, że w każdym zwyrodnieniu wstępującem słupów tylnych, liczba włókien zwyrodniałych zmniejsza się stale w tymże kierunku wstępującym. Fakt ten wykazuje zupełną zgodność z danymi, zaczerpniętymi z normalnej anatomii rdzenia i dotyczącymi zakończenia wstępujących włókien słupów tylnych w istocie szarej rdzenia. Stwierdzony on został dla patologii głównie przez Sherrington'a. Badacz ten liczył włókna zwyrodniałe na rozmaitej wysokości po uszkodzeniu przekroju rdzenia i znalazł np., że u psa po przecięciu rdzenia w okolicy IX korzenia grzbietowego, liczba włókien zwyrodniałych w II odcinku grzbietowym wynosi 505 (przy liczbie ogólnej wszystkich włókien tych słupów = 3380), gdy natomiast liczba tych włókien w II odcinku szyjowym zmniejsza się do 330 (przy ogólnej liczbie = 6322). W jednym przypadku (z patologii ludzkiej), w którym słupy tylne były doszczętnie zniszczone na wysokości VI odcinka grzbietowego, liczba włókien zwyrodniałych (w słupach tylnych) wynosiła w II odcinku grzbietowym 3562 (przy ogólnej liczbie włókien słupów tylnych = 6160), gdy natomiast liczba ta zmalała w III odcinku szyjowym do 1978 (przy ogólnej liczbie = 8980).

Badania dokonane przezemnie w 1897 r. stwierdziły w zupeł-fakt tylko co zaznaczony i wykazały, że wstępujące włókna słupów tylnych i specjalnie pęczków G o l l'a przechodzą do istoty szarej przez „przednie pole słupów tylnych“ (*ventrales Hinterstrangsfeld*) lub też poprzez pęczki B u r d a c h'a.

2. Zwyrodnienia zstępujące¹⁾.

W ostatnich czasach zwrócono szczególniejszą uwagę na zwyrodnienia zstępujące w słupach tylnych. Stwierdzono mianowicie po przecięciu rdzenia oprócz zwykłych, typowych zwyrodnień wstępują-

1) Słupów tylnych.

cych, również zwyrodnienia zstępujące w słupach tylnych. Występowały tutaj mianowicie pęczki zwyrodniałe, które wykazywały na rozmaitej wysokości rdzenia odmienną postać zewnętrzną i rozmaitą przestrzeń. Datąd zwrócono uwagę na następujące pęczki: 1) pęczek przecinkowy Schultze'go (Schultze'sches kommaförmiges Bündel = Schultze'sches Kommafeld), 2) pęczek Hoche'go, 3) pole owalne Flechsig'a, 4) pęczek trójkątny Gombault'a i Philippe'a.

Obersteiner podciągnął ostatnie dwa pęczki, t. j. pole owalne Flechsig'a i pęczek trójkątny Gombault-Philippe'a pod jedno miano „tylno-środkowego pęczka krzyżowego“ (*dorso-mediales Sacralbündel*). Inni dali tym dwom pęczkom nazwę „pęczka tylnego-środkowego“ (*dorso-medialbündel*—według Redlich'a), „pęczka przegrodowo-obwodowego“ (*septomarginal tract*—Muir'a i Bruce'go) lub „środkowego pola słupów tylnych“ (*medianes Hinterstrangsfeld*—według Edinger'a).

Pęczek przecinkowy Schultze'go (Fig. 2 i 3—Prz) stanowi wązkie pasemko, leżące na granicy pomiędzy pęczkami Goll'a i Burdach'a (wzdłuż *septum paramedianum*). Pęczek ten dochodzi w swej części tylnej do obwodu rdzenia, z przodu zaś aż do spoidła tylnego (*commissura posterior*). Pęczek Schultze'go znajdujemy wyraźnie w dolnych odcinkach szyjowych i w górnych i środkowych odcinkach grzbietowych rdzenia.

Pęczek Hoche'go (Fig. 3—Ho; Fig. 13—4) ma postać wązkiego pasma i leży w tylnym pasie obwodowym słupa tylnego tuż obok kąta tylnego-środkowego (porównaj Fig. 6). Pęczek ten znajdujemy w środkowych i dolnych odcinkach grzbietowych rdzenia. Więcej ku dołowi pęczek ten przechodzi do „pęczka tylnego-środkowego“.

Owalne pole Flechsig'a (Fig. 4—o; Fig. 14—3) biegnie w rdzeniu lędźwiowym wzdłuż *septum longitudinale posterius* i zajmuje tutaj część środkową i tylną „środkowego pasa obwodowego słupa tylnego“ (por. Fig. 6).

Pęczek trójkątny Gombault-Philippe'a (Fig. 5—tr.; Fig. 15—3) stwierdzić można w rdzeniu krzyżowym w tylnej części *septum longitudinale posterius* (w „kącie tylnego-środkowym“ na Fig. 6).

Pęczki Schultze'go opisał po raz pierwsza Bastian w 1867 r. (*Medic. Chir. Transact.*), później zaś Kahler i Pick (1880), Strümpell (1880) i Westphal (1881). Dokładniej jednak pęczek ten był zbadany dopiero w 1883 r. przez Schultze'go. Badacz ten stwierdził mianowicie w przypadku nowotworu w części szyjowej rdzenia „dziwne“ zwyrodnienie zstępujące w słupach tylnych w po-

staci 2 pasemek, biegnących równolegle z rogiem tylnym. Pasemko to zaczynało się w każdym słupie tylnym nieopodal *commisura posterior* i kończyło się na pewnej odległości od tylnego pasa obwodowego. Schultze prześledził to zwyrodnienie na 2¹/₂ ctm ku dołowi, przyczem z początku zacierała się część tylna tego pasemka, później zaś i przednia. Schultze sądził, że zwyrodnienie tego pęczka powstaje na skutek degeneracji zstępujących gałązek korzeni tylnych, po wejściu ich do rdzenia.

Zjawił się następnie cały szereg prac, poświęconych temu przedmiotowi. Tooth opisał w 1889 r. przypadek złamania VII kręgu szyjowego, w którym mógł stwierdzić zwyrodnienie pęczka Schultze'go aż do wysokości VII — VIII odcinka grzbietowego. Badacz ten sądził jednakowoż, że pęczek ten nie składa się ze zstępujących włókien korzeni tylnych, lecz z włókien spoidłowych, łączących ze sobą dzielnice rdzenia z rozmaitych jego wysokości. Zdanie wprost odmienne wypowiedzieli Oddi i Rossi (1891), którzy stwierdzili zwyrodnienie zstępujące tego pęczka po przecięciu korzeni tylnych, zarówno w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym, jak i — szyjowym. Pfeiffer (1891) nie znalazł znowu żadnego zwyrodnienia zstępującego w słupach tylnych w przypadku, w którym byłz uszkodzone I—II korzenie tylne grzbietowe.

Löwenthal (1893) stwierdził zwyrodnienie pęczka Schultze'go po przecięciu korzeni tylnych, lecz na krótkiej tylko przestrzeni. Sottas (1893) opisał przypadek przecięcia rdzenia w X odcinku grzbietowym, w którym powstało widoczne zwyrodnienie owego pęczka w odcinkach XI—XII grzbietowym i w I lędźwiowym rdzenia; w całym zaś rdzeniu lędźwiowym widziano rozproszone włókna zwyrodniałe w słupach tylnych.

Daxenberger (1893) stwierdził w przypadku ucisku rdzenia szyjowego zwyrodnienie zstępujące w słupach tylnych aż do odcinków lędźwiowych. Z początku widziano w górnych odcinkach grzbietowych 2 pasemka zwyrodniałe w każdym słupie tylnym: jedno z tych pasemek leżało na granicy pomiędzy pęczkiem Burdach'a i—Golla (pęczek Schultze'go), drugie zaś—obok *septum longitudinale posterius*. Pęczek Schultze'go biegł od *commisura posterior* aż do tylnego pasa obwodowego; tutaj zaś skręcał trochę w bok, tworząc nieco szerszą podstawę zwyrodniała. W środkowym rdzeniu grzbietowym zmiejszyły się oba te pasemka zwyrodniała, a pęczek Schultze'go nie dochodził już tutaj do tylnego pasa obwodowego. W dolnych odcinkach grzbietowych widziano jeszcze oba pasemka, lecz stwierdzono zarazem, że objętość pęczka Schultze'go zmniejszyla

się więcej, niż pasemka leżącego obok *septum longitudinale posterius*. To ostatnie pasemko było tak rozległe, jak w górnym rdzeniu grzbietowym. W rdzeniu lędźwiowym stwierdzono tylko rozproszone włókna zwyrodniałe w słupach tylnych.

Gombault i Philippe (1894) nie mogli stwierdzić w przypadku zniszczenia V i IV szyjowych korzeni tylnych najmniejszego zwyrodnienia w słupach tylnych. Zwyrodnienie to wystąpiło natomiast w przypadku, w którym istniało ognisko sklerotyczne w rdzeniu, pomiędzy III i IV korzeniami szyjowymi. Zwyrodnienie pęczka Schultze'go kończyło się już w V odcinku szyjowym. Gombault i Philippe sądzą, że pęczek Schultze'go zawiera włókna spoidłowe, nie zaś gałązki zstępujące korzeni tylnych. Zwyrodnienie zstępujące słupów tylnych w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym uważają ci badacze za proces analogiczny ze zwyrodnieniem pęczka Schultze'go. Oba te pęczki nigdy nie są długie. W rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym, w którym nie utworzyły się jeszcze kolumny Golla, pęczek ów leży tuż obok *septum longitudinale posterius*. Natomiast w wyższych odcinkach rdzeniowych kolumny Golla odsuwają ów pęczek (Schultze'go) na bok i leży on wtedy na granicy pomiędzy kolumnami Golla i Burdach'a.

Schaffer (1894) widział w przypadku zniszczenia rdzenia na wysokości XI kręgu grzbietowego, zstępujące zwyrodnienie w słupach tylnych o charakterze więcej rozsianem. Zwyrodnienie to stwierdzono aż do *filum terminale*.

Bruns (1895) widział w przypadku uszkodzenia urazowego rdzenia szyjowego zwyrodnienie pęczka Schultze'go w 4—5 odcinkach rdzenia, leżących poniżej miejsca urazu. Pęczek ten biegł od spoidła tylnego aż do tylnego pasa obwodowego słupa tylnego.

Meyer (1895) opisał w przypadku, w którym były uszkodzone IV lędźwiowy i II lub III krzyżowy korzenie tylne, słabe zwyrodnienie słupów tylnych w dolnych odcinkach krzyżowych.

P. Marie wypowiada w kilku swych pracach zdanie, że omawiane pęczki zawierają w sobie włókna spoidłowe.

Voit (1896) opisał w przypadku zniszczenia górnego lędźwiowego i dolnego grzbietowego rdzenia, widoczne zwyrodnienie zstępujące po obu stronach *septum longitudinale posterius*.

Hoche (1896) opisuje w 2 przypadkach uszkodzenie rdzenia a) w okolicy VII korzenia grzbietowego i b)—VIII odcinka szyjowego zwyrodnienie zstępujące pęczka Schultze'go na przestrzeni od 8 do 10 odcinków rdzeniowych w kierunku ku dołowi. Oprócz tego stwierdzono w tych przypadkach zwyrodniałe pęczek zstępujący,

który trzymał się z początku tylnego pasa obwodowego słupa tylnego, później zaś w coraz to niższych odcinkach rdzeniowych, pęczek ten przesunął się stopniowo do linii środkowej i zajął ostatecznie owalne pole Flechsig'a. Hoche sądzi, że oba te pęczki nie znajdują się w żadnej styczności ze sobą i że oba zawierają włókna spoidłowe.

Bischoff (1896) zbadał przypadek porażenia uciskowego górnego rdzenia grzbietowego i sądził, że pęczek Schultze'go biegnie zupełnie niezależnie od owalnego pola Flechsig'a.

D. c. n.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

128. Ernest Barié. **Serce w przewlekłym goścucu stawowym.**
(Le Semaine Médicale № 20, r. 1901).

Już w roku 1836 Bouillaud wypowiedział zdanie, że pomiędzy cierpieniami serca i ostrym goścucem stawowym zachodzi pewien związek; dzisiaj jest to pogląd ogólnie przyjęty. Inaczej się sprawa przedstawia, gdy chodzi o związek między cierpieniami serca i goścucem zniekształcającym. Cierpienia serca na tle goścucca przewlekłego występują przeważnie u kobiet (na 20 przypadków w 15 = 75%), występują w każdym wieku (od 4-go roku życia do lat 84). Występują one w postaci zapalenia osierdzia, wsierdzia, zmian wstecznych w mięśniu sercowym. Zapalenie osierdzia bywa suche z błonami wrzekomemi miękkimi lub włóknikowemi, powodującemi nieraz zupełne zamknięcie światła worka osierdziowego; może być i z wysiękiem przeważnie krwawym.

Zapalenia wsierdzia rzadko bywają na zastawce dwudzielnej; najczęstszymi są wady tętnicy głównej w postaci niedomykalności. Co się tyczy patogenezy omawianych cierpień, to drobnoustrojów jeszcze nie znaleziono.

Chorych pod względem etyologii możnaby podzielić na 3 grupy. W pierwszej grupie chorych—cierpienia serca są starsze od goścucca i rozwijają się niejako równolegle, nie będąc z nim w związku bezpośrednim: w wywiadach znajdujemy tutaj gorączkę tyfoidalną, przymiot i t. p. choroby, z którymi należy powiązać zajęcie serca i tętnicy głównej, lub też płonicę, różę, błonicę, gorączkę popołogową, tam gdzie chodzi o wady zastawki dwudzielnej.

U osobników drugiej grupy cierpienie serca powstało na tle gościca ostrego lub podostrego, który dołączył się do gościca przewlekłego.

Do trzeciej kategorii należą tylko rzadkie przypadki, w których gościec rozwinął się powoli, nieznacznie. Większość osobników tej kategorii są to albo ludzie starzy z daleko posuniętą miażdżycą, lub w wieku średnim, lecz z oznakami przedwczesnego zwapnienia tętnic. Cierpienia serca u nich powstają na tle miażdżycy, a nie gościca przewlekłego. U innych znów zwyrodnienia mięśnia sercowego i stłuszczenie serca wywołuje nadużycie wysoko i jedzenia. Jednak pozostaje pewna ilość dzieci i młodzieży, cierpiących na gościec stawowy przewlekły i na serce, a nie należących do żadnej z przytoczonych grup. Jaką jest istota przewlekłego gościca,—anatomia patologiczna nie orzekła ostatecznie. Autor zalicza go do cierpień przemiany materii, które (jak dna i moczówka cukrowa) mogą również być powiklane cierpieniami serca. W dnie też występują zmiany wsteczne w mięśniu sercowym, niekiedy zapalenie wsierdzia na zastawkach (Lobstein, Caupland). W 60% przypadków moczówki cukrowej (*Saundby*) cierpi serce. Więc, zapewne, te trzy cierpienia przemiany materii zawdzięczają swe powstanie zmianom dyskrazycznym, właściwym każdemu z osobna. Charcot u pewnego osobnika z gościcem zniekształcającym znalazł w moczu znaczne zmniejszenie ilości fosforanów wapnia, podczas gdy we krwi ilość tej soli była czterokrotnie zwiększoną w porównaniu z normą; a tymczasem kwasu moczowego nie było we krwi.

S. Urban.

129. M. Marfan. **Wady aorty i jej ujścia nabyte w dzieciństwie.**
(La Semaine Médicale Nr. 13. 1901 r.).

Autor podaje 3 przypadki tego rzadkiego cierpienia z własnej praktyki i przytacza odnośną literaturę. Wszystkie przypadki nabytych wad aorty i jej ujścia, występujące w wieku dziecięcym, dzieli autor na dwie kategorie: pierwsza zawiera wady powstałe na tle ostrego zapalenia wsierdzia, pochodzenia przeważnie gościcowego (typ gościcowy), a do drugiej—zalicza przypadki, zależne od miażdżycy tętnic (typ miażdżycowy); u dziecka łatwiej odróżnić te typy, niż u dorosłego. W pierwszej kategorii autor odróżnia 4 odmiany: 1) bardzo rzadką, czystą niedomykalność zastawek aorty z objawami fizykalnymi, jak i u dorosłego, lecz z nieznacznymi zmianami czynnościowymi; łatwiej jest wada ta znoszona przez dzieci, niż przez dorosłych. Druga odmiana—niedomykalność aorty połączona z zapaleniem aorty, te przypadki zwykle bywają uważane jako zwężenie ujścia aorty, z czem nie zgadza się autor. Zapalenie aorty, towarzyszące niedomykalności aorty, może się ograniczać do okolicy zastawek półksiężycowych—wtedy wystarczają niewielkie nierówności na powierzchni zastawek lub ich okolicy, by wywołać szmer skurezowy u podstawy

serca. Zapalenie to może po błonie wewnętrznej rozszerzyć się na całą aortę wstępującą i dać objawy rozszerzenia cylindrycznego. Ta odmiana jest bardzo poważną wskutek tego, że uszkodzenia zajmują znaczną przestrzeń; przy niej występują bóle piersiowe, objawy duszności, podobne do astmy, z wymiotami, uczuciem strachu, trwającym kilka sekund. Ta wada kombinowana może spowodować nagłą śmierć. Trzecia odmiana—dość częsta i ciężka—są to wady aorty połączone z wadami zastawki dwudzielnej. W czwartej odmianie—wadom tętnicy głównej towarzyszą zrosty osierdzia; wady aorty zstępują na drugi plan; dyskompensacja występuje z małymi przerwami i wywołuje zejście śmiertelne. Co się tyczy wad aortalnych na tle miażdżycy w wieku dziecięcym, autor przytacza 7 odnośnych przypadków z literatury.

Tutaj występuje najczęściej przewlekłe zapalenie aorty, objawiające się szmerem skurczowym u podstawy, który niewłaściwie kładą na karb zwężenia ujścia aorty. Ta wada, o ile jest pojedynczą, bywa znoszoną dosyć dobrze (jedyne poważny objaw zauważony u pewnego młodzieńca—nerwoból *N. phrenici*), lecz tylko do nadejścia wieku dojrzałości. Co się tyczy leczenia nabytych wad tętnicy głównej w dzieciństwie, autor zaleca dokładne leczenie gośćca stawowego salicyłem, przy dostatecznej kompensacji—usuwanie wszelkich przyczyn zmęczenia fizycznego i umysłowego, unikanie nadmiaru napojów, zakaz przebywania nad morzem lub wyżej 400 metrów nad powierzchnią morza i ciepłych wani, łagodnie podniecanie serca preparatami bromu, a unikać naparstnicy; w postaciach z dyskompensacją i zrostami osierdzia—naparstnica i jej alkaloidy. Jeżeli mamy oprócz tego objawy zapalenia aorty—preparaty jodu i środki odcia-gające na okolicę przedaortalną.

S. Urban.

130. C. White i William Pepper. **O zwyrodnieniu ziarnistym czerwonych krążków krwi.** (The American Journal of the Medical Sciences. Październik, 1901 r., str. 266—273).

Zwyrodnienie ziarniste, inaczej zasadowe, czerwonych krążków krwi polega na tem, że zjawiają się w nich mniej lub więcej drobne ziarenka, mające pokrewieństwo chemiczne z barwnikami zasadowymi. Ulegają mu zarówno normalne czerwone krążki krwi, jak znajdujące się w stanie poikilocytozy i polichromatofilii, a również czerwone krążki z jądrami, w których to krążkach jednak ziarnistość owa nie ma z jądrem żadnego związku. Ziarenka bywają różnej wielkości: mogą być tak drobne, że z trudnością dają się rozpoznać pod drobnowidzem, i mogą dosięgać wielkości ziarenek eozynofilowych. Postać ich bywa zazwyczaj zaokrąglona, gruszkowata, w rzadkich przypadkach zdarzają się ziarenka pałeczkowate. W oddzielnych komórkach mogą być albo wyłącznie drobne ziarenka, albo grubsze, lub wreszcie jednocześnie i te i owe.

Najczęściej układ ziarenek w krążkach krwi bywa równomiernym, czasem jednak zdarzają się skupienia, grupy ziarenek w różnych miejscach komórki. Ten typ ostatni układu ziarenek spotyka się dość często u zwierząt—przy badaniach doświadczalnych; we krwi ludzkiej zdarza się niezmiernie rzadko. Ilość ziarenek w oddzielnych krążkach krwi bywa rozmaita: obok komórek z nieznaczną ziarnistością, zdarzają się inne, gęsto zasiane ziarenkami, które wówczas całkowicie zacierają właściwą budowę komórki.

Obecność ziarenek w czerwonych krążkach krwi stwierdzono już dość dawno. Już Geelmyden, Hauseman, V. Noorden, a ostatnio Litten, Krause, Bouchart i Grawitz (w pierwszych swych pracach) zwracali uwagę na komórki z drobną ziarnistością zasadową, której pochodzenie tłumaczyli sobie rozpadem jąder wskutek *caryorexis*. Inni utożsamiali zmiany te z polichromatofilją, a Plehn uważał je za objaw malarii. Dopiero jednak w r. 1899 Grawitz wyraził zdanie, że ziarnistość owa jest wynikiem specyficznej postaci zwyrodnienia, nie zaś wytworem fragmentacji jądra, jak utrzymywał poprzednio. Opierał pogląd ten na tem, że w badaniach swych spotykał ziarnistość wymienioną we krwi bez żadnych innych zmian patologicznych i przytem głównie w ciątkach krwi bezjądrowych; stwierdzając ją w czerwonych krążkach jądrowych, nigdy nie widział postaci przejściowych, i jądra komórek tych zawsze były dobrze zachowane. Badając dalej krew narządów krwiotwórczych, nigdy nie mógł wykryć zmian analogicznych w nowotworzonych krążkach krwi, i na podstawie tej wyraził przypuszczenie, że zmiany te powstają we krwi obwodowej; przyczynę zaś upatrywał w niektórych truciznach krwi. Również Litten w badaniach swych nad krwią szpiku kostnego dostrzegał zmiany różnorodne, lecz nigdy nie mógł wykazać ziarnistości zasadowej w czerwonych krążkach. Hamel i Pappenheim pierwsi zwrócili uwagę na stałą obecność ziarnistych czerwonych krążków krwi w zastruciach ołowiem. Prace ich zniewoliły Grawitz'a do podjęcia nanowo teorii wyżej przytoczonej i do poparcia jej dowodami doświadczalnymi.

Używając do swych doświadczeń myszy, miał on możność już po zadaniu 0,03 octanu ołowiu wywołać wymienione zmiany krwi. Moritz powtórzył te same doświadczenia na królikach z wynikiem również pomyślnym i dowiódł, że ziarenka owe są skutkiem zwyrodnienia, nie zaś wytworem sztucznym. Sabrazès, Bourret i Léger wywoływali to samo, wstrzykując małe dawki octanu ołowiu do worka otrzewny świnkom morskim. Wreszcie Grawitz, nawiązując nie badań swoich do teorii Plehna, podług której ziarnistość zasadowa czerwonych krążków krwi zjawia się u europejczyków, przesiedlonych do krajów podzwrotnikowych, dowodził, że rzeczywiście można ją wywołać zapomocą nagrzewania myszy do wysokiej ciepłoty. Badania autorów obejmowały:

1. Przypadki przewlekłego zatrucia ołowiem.
2. Badania nad robotnikami, mającymi do czynienia z ołowiem, lecz bez objawów podmiotowych zatrucia.
3. Przypadki ogrzewania ciała do wysokiej ciepłoty.

4. Badania doświadczalne.

I. We wszystkich przypadkach przewlekłego zatrucia łożowem ziarenka zasadowe stale występowały w czerwonych krążkach krwi. Co więcej, zjawiają się one w bardzo wczesnym okresie zatrucia, przed wystąpieniem podmiotowych i innych przedmiotowych objawów. Ilość ich znajduje się w stosunku prostym do ciężkości przypadku i zmniejsza się wraz z polepszeniem stanu chorego. W czterech przypadkach, spostrzeganych przez autorów, z typowymi objawami zatrucia, ziarniste krążki krwi znajdowano w różnej ilości—do dziewięciu w jednym polu widzenia. W ciężkich przypadkach przeważały ziarenka grubsze. Pod innymi względami krew była prawie normalną: pewna błądź czerwonych krążków krwi, bardzo nieznaczna pojkilocytoza, przejawiająca się głównie nieprawidłowością postaci komórek. Czerwonych krążków jądrowych bardzo niewiele, przyczem jądra ich była zupełnie nienaruszone.

II. Badając 22 robotników, w różnym stopniu narażonych na kurz z łożowiu, we wszystkich przypadkach stwierdzono ziarnistość zasadową czerwonych krążków. 2 robotnicy pracowali tylko po cztery dni (najkrótszy przeciąg czasu), a 1 pracował już 24 lata (najdłużej). Tylko u 1 były objawy zatrucia. Inny, którego krew zawierała największą ilość komórek ziarnistych, przebył przed miesiącem nieokreśloną chorobę, która w ciągu tygodnia przetrzymała go w łóżku. Pozostali nie doznawali nigdy żadnych podmiotowych objawów zatrucia. Ilość ciałek ziarnistych w tych przypadkach wahała się od 1 do 3 w każdym polu widzenia. W 12-tu przypadkach była prócz tego nieznaczna pojkilocytoza, w 2-ch—pewne zmniejszenie ilości hemoglobiny, w 3-ch—polichromatofilia, wreszcie w 5-iu spotykane były pojedyncze czerwone ciała jądrowe—bez żadnych zmian w jądrach.

III. Badania nad wpływem temperatury na powstawanie ziarnistości prowadzone były przez autorów na 4-ch robotnikach z huty żelaznej i na pacjentach, którym stosowano miejscowe ogrzewania (kończyn) w celach leczniczych. Ziarnistość zasadową stwierdzono tylko u 1-go z tych robotników. Ponieważ jednak cierpiał on na przewlekłą biegunkę, w przebiegu której nieraz przyjmował preparaty łożowiu, więc autorowie temu raczej czynnikowi przypisują powstanie ziarnistości.

IV. Badania doświadczalne prowadzone były nad krwią psów, którym podawano octan łożowiu z pokarmem. Dawka początkowa wynosiła 1,0 niezależnie od wagi zwierzęcia. Następnie, w jednej seryi doświadczelę dawka ta była zwiększaną codziennie o 1,0, podczas gdy w drugiej seryi pozostawioną była do końca bez zmiany.

Badanie krwi rozpoczynano na kilkanaście dni przed podaniem pierwszej dawki, prowadząc je co 24 godzin do ukończenia doświadczeń, następnie w dłuższych odstępach czasu. Pierwsze ślady ziarnistości zjawiały się już po 24 godzinach, zupełnie wyraźna po trzech dniach podawania octanu łożowiu, niezależnie od stosunku dawki do wagi zwierzęcia i od powiększania teje.

We wszystkich przypadkach najwcześniejsze ziarenka miały tendencję do zlewania się i skupiania w grupy, czego nigdy nie zdarzyło się widzieć autorom we krwi ludzkiej. Biorąc krew z różnych żył zwierząt badanych, autorowie zauważyli, że krew żyły wrotnej i śledzionowej zawierała więcej krążków ziarnistych, niż krew serca, żył krezkowych i ucha. W innych jednak przypadkach rozkład taki nie był wyraźnie zaznaczony.

Badając szpik kostny, autorowie przekonali się, że ziarniste krążki krwi można w nim wykryć, o ile przygotować preparaty tak, jak zwykle preparaty krwi. Tłuszcz w znacznym stopniu maskuje ich obecność, dlatego pożytecznym jest usunąć go uprzednio za pomocą odpowiednich środków.

Na skrawkach z preparatów nigdy niepodobna było wykryć krążków ziarnistych.

We wszystkich badaniach preparaty krwi najlepiej udawały się po krótkotrwałem nagrzewaniu (parominutowem). Z barwników za najlepsze do wykrycia ziarenek zasadowych uważają autorzy hematoksylinę i eozyne, a następnie tioninę karbolową, sporządzoną podług przepisu:

Thionini 0,05
Ac. carbol. 1,00
Alcohol 95% 10,0.
Aq. dest. 90,0.

W. Starkiewicz.

131. W. P. Greczyński. **Tyfus brzuszny.** (Jeżeniedielnik Praktyczeskiej Medycyny Nr. 51 i 52 1901 r.)

Typ krzywej ciepłoty, zwalnającej po pewnym czasie, przyjęty dotychczas za właściwą postać dla gorączki w durze brzuszny, jest, podług autora, typową postacią przebiegu *septicaemiae* u chorych tyfusowych. Prawdziwą zaś postać krzywej ciepłoty u tyfusowych spstrzegać można w chorobie tyfusowej t. zw. czystej, bez powikłań posocznicowych przebiegającej. Jest to, co przedtem nazywano „lekką postacią tyfusu“ z powolnem podnoszeniem się ciepłoty do czasu wystąpienia plamek różyczkowych i ze zwalnającą gorączką po zjawieniu się *roseolae*. Gdy wysypka jest nieznaczna, to łatwo może być przeoczona. Wysypka pokazuje się zwykle 5 lub 6 dnia po wystąpieniu gorączki, na ten czas przypada po większej części, nie zawsze jednak, *maximum* wzniesienia t° , poczem następuje już jej spadek wolniej lub prędzej. Tyleż dni trwa zwykle spadek, co i podnoszenie się. Przebieg zatem gorączki tyfusowej trwa 9 do 11 i 13 dni. Dłużej trwająca gorączka wskazuje już na komplikację septyczną. Więc tyfus brzuszny przy prawidłowem leczeniu (o czem niżej) jest chorobą z pomyslną zawsze przepowiednią co do prędkiego wyzdrowienia i do życia, gdyż tylko posocznica lub ropnica w tyfusie stać się może przyczyną śmierci, sam zaś tyfus brzuszny jest takąż chorobą zakaźną ostrą, jak odra i nie niebezpieczniejszy od niej.

Każdy gruczoł solitarny lub nacieczona blaszka Peyer'a w pewnym okresie rozwoju zgorzeli jest nie tylko bramą otwartą dla wszelkiego rodzaju bakterji chorobotwórczych do kanałów chłonnych, lecz i obfitem podłożem odżywczem dla rozwoju całego szeregu pokoleń, które w następstwie na martwych wilgotnych tkankach się rozwijając, stopniowo przesiedlają się dalej i w głąb naczyń i gruczołów chłonnych krezki i wywołują ropnicę lub posocznicę. W tych przypadkach nawet, kiedy pod błoną śluzową zgorzelinową utworzone granulacye nie przepuszczają saprofitów chorobotwórczych do kanałów chłonnych i żylnych, to i tak gnijące części gruczołów i blaszek Peyer'a podlegają wessaniu i wywołują nienormalne podniesienie t^o. Z tego wynika, że trzeba nie dopuścić do zgorzeli, głównie zaś—rozkładu zgorzelinowych części błony śluzowej kiszki nie tylko w celu uniknięcia ropnicy lub posocznicy, lecz i usunięcia gorączki przy wessaniu produktów patologicznych. W tym celu powinniśmy się starać utrzymać w stanie zupełnego opróżnienia tę część kiszki, która w tyfusie najgłówniej bywa zajęta—to będzie olbrzymi krok naprzód. Unikać zatem trzeba takich pokarmów, które tworzą masę kałową i substancji pobudzających ruchy kiszki. W ten tylko sposób unikniemy niebezpieczeństwa zakażenia septycznego i damy spokój chorym kiszkom, niezdolnym do fizjologicznych czynności chłonnych. *Per os* więc dawać można tyfusowym wodę przegotowaną zimną, herbatę słodzoną i czysty rosół, wchłaniane już w żołądku i górnym odcinku kiszki (*duodenum et jejunum*), nie dochodzące zaś nigdy do *ileum*. Pozatem stanowczo nic więcej. *Per rectum* jednak wprowadzać można kawę, kakao, mleko, wino i lekarstwa, gdyż i wysokie nawet lawatywy nie dosięgają po za *colon descendens*; zwykle zaś lawatywy ograniczają się *recto* lub jeszcze *flexura sigmoidea*. Leczenie polega na tem, żeby z początku przeczyszczyć chorego kalomelem (Rp. Calomelanos 0,5, Natri bicarbonici 0,6 D. t. dos. Nr. 3) co 2 godziny proszek do skutku, przy braku skutku jeszcze 30,0 oleju ryc.—potem kiszki trzymać w zupełnej czystości, jak również usta, zęby. Że zaś wydzieliny błon śluzowych kiszki same tworzą niewielką ilość kału, który może przenieść zarazę na ranki w tej części kiszki, gdzie tyfus wywołał nekrozę lub osłabił błonę śluzową, przez którą zarazki przejść mogą do naczyń chłonnych kiszkiowych—*mesenterium*, autor radzi odkażać przewód pokarmowy *Amylo iodato* w ten sposób

Rp. Amyli tritici 30,0
Tinct. Jodi 10,0
Mf pulvis aequalis cui siccio adde
Antifebrini 15,0
M. divide in p. aeq. Nr. 50
DS. ad chartam ceratam
3 proszki dziennie (dla dorosłego)

po wypłukaniu ust proszek wsypać na język, popić łyżką stołową wody, przepłukać kilka razy usta i dopiero połknąć. Taka dyeta nie wpływa na tworzenie się kału, stolce więc przez cały czas choroby (n. b. po pierwszym opróżnieniu) są zbyteczne. Od lawatyw

odżywczych kał wychodzi przy następnej lawatywie. Dzięki takiemu aseptycznemu (w części antyseptycznemu) stanowi przewodu pokarmowego dur brzuszny przebiega bez zakażeń.

Powyższe określenie choroby i sposób leczenia autor wysnuł z obfitego materiału w przeciągu 15-letniej praktyki, w której ani jeden chory mu nie umarł, wyzdrowienie nastąpiło po 9, najpóźniej 14 dniach.

Mieczysław Themerson.

132. L. v. Stubenrauch (Monachium). **Nauka o martwinie fosforowej** (Sammlung Klin. Vort. v. Volkmann 1901. № 303).

Choroba ta, spotykana u osób, pracujących w fabrykach zapalek była opisana dokładnie po raz pierwszy w r. 1845 przez Lorinser'a. Dotychczas jednakże pomimo licznych badań doświadczalnych i obserwacji klinicznych powstawanie jej nie zostało ostatecznie wyjaśnione. Niema bowiem zgodności autorów co do pytania, gdzie bierze początek choroba? czy w kości, czy w okostnej. Natomiast prawie wszyscy zgadzają się na to, że przy powstawaniu tego cierpienia główną rolę gra wdychanie fosforu, krążącego w warsztatach fabrycznych, gdzie odbywa się wyrób zapalek.

Rozpatrując w świetle krytyki poglądy rozmaitych autorów (v. Bibra i Geist, Wegner, Haecckel, Kocher, Riedel, Stockman, Suchardt i in.) i, opierając się na własnych spostrzeżeniach klinicznych i histologicznych, z których 3 opisuje w swej pracy (2 robotnice w wieku lat 20 i 28 i 1 robotnik 29-letni), autor dochodzi do wniosku, że nekroza fosforowa jest chorobą, spostrzeganą dotąd tylko u ludzi. Wszelkie usiłowania wywołania u zwierząt typowego obrazu tej choroby, identycznego ze spostrzeganym u ludzi, okazały się płonnymi. U zwierząt, na których dokonywano prób, sprawa nie dochodziła do zupełnego obumarcia kości (necrosis totalis), u ludzi znów, jak dowodzi i Riedel, przebieg nie był tak szybki. Choroba tu powstaje wskutek wdychania przez czas dłuższy pary fosforu, co może mieć miejsce także w fabrykach zapalek szwedzkich, skutkiem zanieczyszczenia fosforu czerwonego (amorfego żółtym)¹⁾ (NB. jeśli robotnicy, u których spostrzegano nekrozę szczęk nie pracowali poprzednio przy wyrobie innych zapalek), a także w fabrykach fosforu, choć według niektórych opisów, w ostatnich cierpienie to ma występować rzadziej niż w fabrykach zapalek, lub nawet wcale nie występować, co autor poważnie kwestyonuje.

Zdaniem v. S. powstawanie nekrozy kości nie zależy od samego działania fosforu; do tego niezbędny jest jeszcze drugi czynnik, mia-

¹⁾ Powierzchnia pudełek, służących do pocierania zapalek szwedzkich ma zawierać 2% białego fosforu, (Przypisek sprawozdawcy).

nowicie; infekcja. Fosfor, dostawszy się z krwi do kości szczęk, wywołuje tam—prawdopodobnie w rdzeniu kości—zmiany pierwotne, mogące spowodować odkładanie się (Apposition) substancji kostnej we wnętrzu szczęki. Zmiany te pozostają utajone, dopóki nie nastąpi zakażenie kości; w tym stanie utajonym mogą pozostawać przez całe lata, choć osobnik nie będzie wystawiony już nadal na działanie pary fosfosowej. Miejscem przenikania infekcyi są zazwyczaj jamy zębów (pyorrhoea alveolaris).

Klinicznie chorobę tę cechuje rozpoczęcie się sprawy w ograniczonym miejscu (zależne nie od miejscowego pierwotnego działania fosforu, ale od zmian w całym układzie kostnym) niepowstrzymywania postępu choroby, dopóki cała szczęka nie ulegnie obumarciu.

Anatomicznie na preparatach ze szczęki dolnej spostrzegać się daje nawarstwienie (Appositionsorgänge) w początkach we wnętrzu kości, później zarówno wewnątrz kości, jak i na wolnej powierzchni tejże, w późniejszych okresach przeważają w chorych kościach objawy rezorbeyi obok obfitego wytwarzania się nowej kości z okostnej (stadium appositionis—stadium resorbitionis).

Zapalenie okostnej, którego produkty odkładają się w znacznej ilości jako osteofity w chorych kościach, jest zatem, według v. S. następstwem ropnej infekcyi kości i okostnej. Nazwę przeto „Phosphorperiostitis“ uważa za niewłaściwą, tak samo, jak i „Phosphornekrose“.

B. Polikier.

II. Choroby układu nerwowego.

133. R. K i e n b ö c k. **Neuritis gonorrhoeica i jej stosunek do myositis i arthritis gonorrhoeica** (Die gonorrhoeische Neuritis und ihre Beziehungen zur gonorrhoeischen Myositis und Arthritis. Samml. Klin. Vortr. Volkmann № 315).

Praca powyższa polega na pracowitem zestawieniu całkowitej kazuistyki ostrej ogólnej infekcyi tryprowej, rozpatrzeniem wzajemnego stosunku do siebie tryprowych cierpień stawów, mięśni i nerwów oraz usiłowaniem klasyfikacyi nozologicznej wspomnianych cierpień zarówno na podstawie cech kliniczno-rozpoznawczych jak i etyologii.

Autor rozpoczyna od podania klinicznego obrazu t. zw. *polyarthritis i periartthritis gonorrhoeica acuta* i jego rozpoznania różniczkowego od *polyarthritis rheumatica*. Wspomina istnienie typu monoartykularnego, a ponieważ wtedy koncentruje się cała infekcja na jednym miejscu, stąd sprawa zapalna bywa niekiedy silnego napięcia, doprowadza do ropienia lub przechodzi w okres przewlekły z dyformacją (stałe bóle, obrzmienia, ankilozy, parezy, kontraktury, zaniki mięśni). Wspomniawszy o zanikach mięśni, częstem zjawisku towa-

rzyszacemu przewlekłemu cierpieniu stawów, autor zastanawia się nad ich etyologią i stosunkiem do cierpienia stawu. Ze wszystkich teorii zaników mięśni pochodzenia stawowego najwięcej zwolenników liczy teoria *powstawania zaniku na drodze zwrotnego oddziaływania cierpienia stawu na ośrodki odżywcze w rdzeniu* (Paget, Vulpian, Brown-Séguard, Charcot, Erb). Wprawdzie ośrodki te i idące od nich drogi ośrodkowe okazują się we wczesnych okresach choroby nietknięte, po dłuższym trwaniu odnajdywano w nich jednak zwyrodnienia np. Klippel w rogach przednich, a Pitres i Vaillard w nerwowych gałązkach w mięśniach. Ważne potwierdzenie tej teorii stanowią doświadczenia na zwierzętach, dokonane w 1890 r. przez Raymond'a i Deroche'a, a w 1892 przez von Hoffa. Doświadczenia te wykazały, że jeśli wywoławszy w obu stawach kolanowych zapalenie sztuczne przecięto następnie, korzenie rdzeniowe czuciowe idące od dolnej kończyny po jednej stronie, to zmiany troficzne mięśni będące następstwem zapalenia stawów zjawiały się tylko po stronie nieoperowanej.

Pewną liczbę zwolenników ma jeszcze *teoria propagacyjna* przypisująca prostemu przeniesieniu *per continuitatem* sprawy chorobowej z chorego stawu na sąsiednie tkanki (Roux, Gosselin, Lasègne, Sabourin, Strümpelli inni). Otóż, rozpatrując bliżej jeszcze stosunek zachodzący między zanikiem mięśni a tryprotem zapaleniem stawu, okazuje się, że pośredniemi ogniwami może być cierpienie układu nerwowego, znane są bowiem przypadki, w których obok zapaleń stawowych i około-stawowych występują objawy *neuritis* i *myelomeningitis*. Czyli, że oprócz t. zw. *amyotrophiae arthropathicae* istnieją jeszcze w infekcjach tryprotych *amyotrophiae neuropathicae*. Doszedłszy w ten sposób do cierpienia tryprotych układu nerwowego, autor zwraca baczniejszą uwagę na notowane w odnośnej kasuistyce *objawy czuciowego podrażnienia* w ogólnych infekcjach tryprotych. Otóż najczęściej wspomniane są silne bóle w zajętych stawach. Dochodzą one niekiedy do takiego stopnia, że chory znieść nie jest w stanie najlżejszego dotknięcia. Autorowie wspominają też bóle promieniujące lub silne bóle w całych kończynach. Wogóle, powiedzieć można, że bóle wysuwają się niekiedy na pierwszy plan przed zapalenie stawów. Najczęściej bóle występują w nerwie kulszowym, w *tibialis*, w *cruvalis* i *obturatorius*. Niekiedy kolejno w tych nerwach (Engel-Reimers). Eulenburg wymienia bóle w zakresie plotu lędźwiowego: w *obturatorius*, *femoralis*, *genito-femoralis*, *ileo inguinalis*, *ileo-hypogastricus* wraz z czuciowymi nerwami cewki moczowej i pęcherza, a także bóle w nerwach górnych kończyn: *axilaris*, *radialis*, *ulnaris*, *medianus*; zwykle wtedy zapalenie stawów bywa w górnych kończynach.

Co do rodzaju bólu w nerwach, mogą to być *neuralgie* lub *neuryty* z następczym zanikiem mięśni i odczynem zwyrodnienia. Odnośnie do tryprotych chorób nerwów potwierdził to Engel-Reimers w 1890 a Levy w 1897 r.

Izolowane leższego stopnia nerwobóle i neuryty są dość częste w tryprze. Rozpoznać się je klinicznie po tem, że występują w 1—2

tygodniu ostrego trypra wraz z innymi objawami ogólnej tryprowej infekcji, a przeważnie z *arthritis*, *bursitis*, *tendo-vaginitis*, ulegają zwolnieniu i nasileniu równolegle z podobnymi wahaniami w przebiegu samego trypra i ustępują wraz z ostatnim. W 1897 r. Steiner podał 35 przypadków neurytu w „reumatyzmie stawów“. Z jego niektórych opisów, z wieku chorych, z tego, że są wspomniane i monoartryty, wreszcie z rzadkości kombinacji *arthritis i neuritis rheumatica* wnosić należy z pewnem prawdopodobieństwem, że niektóre przynajmniej z opisanych przypadków są neurytem tryprowym. To samo odnosi się do przypadków polyneurytu, podanych przez Boeck'a, Kasta, C. F. Müller'a, Remak'a, Friend'a, Löwenfeld'a i innych.

Srednie oraz ciężkie przypadki neuritis parenchymatosa w tryprze należą do rzadkich. Autor odróżnia dwa typy. 1-szy typ ma charakter podany dla ogólnej infekcji tryprowej lżejszego stopnia. Bóle i bezwładny występują współcześnie z *arthritis* i na tych samych kończynach w okresie choroby ostrym. 2-gim typem jest *polyneuritis generalisata*, która nie zależy ani od ogólnej infekcji ani od artrytów; 1-szy tylko jest częstszy, 2-gi rzadki.

W rozpoznaniu pierwszego typu może być trudność w odróżnieniu od *myelomeningitis*, prawdopodobnie dawniej wiele przypadków polyneurytu opisano jako *myelitis* lub *myelomeningitis* po tryprze, na co zwrócili uwagę Leyden, Naunyn i Eichhorst. Rozpoznanie może być trudne, gdyż wiele objawów w obwodowych i w ośrodkowych zapaleniach ukl. nerw. jest wspólnych. Autor radzi się trzymać symptomatologii neurytu obwodowego, podanej przez Remak'a w podręczniku Nothnagla, w której to symptomatologii ból pni nerwowych na ucisk oraz ich zgrubienie stanowią cechę zasadniczą. Trzeba też wiedzieć, że *neuritis i myelomeningitis* mogą się kombinować. Leyden uważa za takie skombinowane przypadki, podane przez Peter'a, Hayem'a i Parmentier'a, Spillmann'a i Haushalter'a, Eulenburg'a, Craja i Raymond'a, a w naszym piśmiennictwie przypadek opisany w 1894 r. w *Kronice lekarskiej* przez kol. Kucharzewskiego należy do lżejszego neurytu pochodzenia tryprowego. (*Przyp. referenta*).

Przypadki niewątpliwego obwodowego neurytu u osobników z *arthritis gonorrhoeica* tworzą dotąd niewielką grupę. Tu należą przyp. Dercum'a, 2-gi i 3-ci przyp. Levy'ego z kliniki prof. Landouzy, przyp. Pombrak'a, Naunyn'a, Bloch'a. Do nich dołącza autor przypadek, spostrzegany na oddziale ambulatoryjnym Schlesiinger'a.

Chorą była młoda mężatka, u której w 11 dni po ślubie z mężczyzną chorym na trypra, wystąpiły objawy ogólnego zakażenia, gorączka, osłabienie, darcie w członkach, a wkrótce miejscowo silne bóle i obrzmienie stawów dolnych i górnych kończyn. Te uległy z czasem zupełnemu bezwładowi z pozostawieniem zmian trwałych w lewej górnej kończynie. Podczas badania w 5 miesięcy od początku choroby znaleziono *vaginitis purulenta*, w lewej górnej kończynie bóle w przedniej części stawu barkowego, rozprzestrzeniające się od 1/3 górnej przedramienia, parestezye, znaczne ograniczenie

czynnych i biernych ruchów w stawach barkowym i łokciowym, zmniejszenie siły ucisku ręką, znaczny zanik z częściowym odczynem zwyrodnienia mięśni: *deltoideus*, *triceps*, *biceps*, mniej *supra- et infra-spinatus*, m. m. przedramienia i ręki, *pectoralis majori*, *latissimi dorsi*. Rozrost tkanki podskórnej tłuszczowej na ramieniu dookoła łokcia i na przedramieniu. Lekki obrzęk grzbietu ręki, bolesność na ucisk *plexus brachialis* i *N. ulnaris* za *epicondylus*, twarde nacieczenie okolicy przyczepu m. *triceps* do *olecranon*. krepitacja w stawie barkowym, chłód i marmoryzacja skóry całej kończyny, silne zacerwienie i *hyperhidrosis* dłoni, zmiany w paznokciach. Odruch ścięgna *tricipitis* zniesiony, czucie skórne niezmiennione. Prócz tego bóle i parestezye lżejszego stopnia w prawej górnej kończynie, lecz bez zaniku mięśni, na obu przedramionach wzmożenie odruchów ścięgowych i okostnych i na obu rękach naczyniowo-troficzne zmiany w skórze. Obustronne wzmożenie odruchów kolanowych i *trepidatio pedis*. Czynności pęcherza i kiszki prawidłowe, brak zmian w żrenicach, nerwach czaszkowych i w stanie duchowym. Ogólna skłonność do przekrwień i potów. W przebiegu wielomiesięcznym częściowe powolne ustępowanie objawów. Tylko poród spowodował czasowe pogorszenie. Rozpoznanie w tym przypadku mogło być dokładne. Z początku ostra infekcyja tryprowa z typowymi objawami, następnie umiejscowienie przerzutu w okolicy lewego stawu skokowego *tendovaginitis*, *bursitis* i dopiero po zupełnem zniknięciu pierwszego ogniska rozwinęły się na prawej i wkrótce potem na lewej górnej kończynie *arthritis*, *bursitis* i ciężka *neuritis*. Na jednej kończynie ślady procesu pozostały trwałe.

W całej tej grupie przypadków zanik mięśniowy jest następstwem ciężkiego ostrego *neurytu*, od którego w początku zależne są też bóle i bezwładny. W tem różnią się te przypadki od zwykłych częstszych, w których wtórnie w skutku zapaleń stawów, lecz bez objawów *neurytu* następują zaniki mięśni.

Bywa jeszcze *myositis acuta gonorrhoeica*, mająca wiele analogii z *neuritis gonorrhoeica*. Według charakterystyki, podanej przez Lorenz'a w podręczniku Nothnagla w *myositis acuta* (nieropnej) bywa gorączka, obrzmienie mięśnia i początkowo skóry go pokrywającej, obrzmienie rozlane lub guzowate, bóle samodzielne umiarkowane lub pod postacią napięcia, znużenia, lecz za uciskiem lub podczas ruchu silniejsze, za czem idzie ograniczenie ruchów. Takie *myositides* przyłączają się do zapaleń stawów i recyduwują równocześnie z tryprem. Prócz Lorenz'a znane są spostrzeżenia *myositudis gonorrhoeicae* Leubeg'o, Treves'a, Philipps'a, Löbker'a, Schultzen'a, Nürnbergger'a, Eichhorst'a i Risse'a (choć podane jako gośćcowe). Najeczęściej zapaleniu podlegają mięśnie łydkowe (w związku z zajęciem stawów kolanowego i skokowego), a gdy staw barkowy zajęty—mięśnie barku, (Schultzen), biceps i m. m. przedramienia.

Mogą zachodzić kombinacye ostrej *myositis* i ostrego *neuritis* utrudniające rozpoznanię, szczególnie w późniejszych okresach choroby (przy p. Treves'a i Philipps'a).

Z przeglądu kombinacji ciężkiego neurytu (z udziałem lub bez udziału rdzenia i myositu z *polyarthritis gonorrhoeica acuta* (1-szy typ) nasuwają się pytania:

1-o. O stosunku zapaleń mięśni i nerwów do zapaleń stawów?

2-o. Stosunku powyższych zapaleń do podstawowego cierpienia, mianowicie trypra.

Co do 1-go. *Neuritis* i *myositis* występują równocześnie lub z pewnem opóźnieniem po *arthritis*. Umiejscowienie toż samo, gdyż w sąsiedztwie chorego stawu. Stąd wniosek, że *neuritis*, *myositis*, *arthritis* są równoznacznymi objawami zakażenia tryprowego. Po większej części pierwsze 2 cierpienia występują w następstwie trzeciego.

Co do 2-go. Ważniejszym jest pytanie o stosunku zapaleń mięśni i układu nerwowego do trypra.

Myelo-meningitis, *neuritis* i *myositis* wtedy tylko można nazwać tryprowemi, gdy etyologicznym momentem jest sam *gonococcus* lub produkt jego przemiany materii. *Urethritis gonorrhoeica* może być powodem wtargnięcia gonokoków do krwiobiegu, lecz może otwierać wrota do t. zw. *infectio mixta*.

Rindfleisch we krwi podczas ogólnej infekcyi tryprowej znajdował prócz gonokoków jeszcze inne bakterye zarówno z chorej cewki jak i z oddalonych okolic ciała. Ostatnie mogą też wytwarzać przerzuty i tem łatwiej, jeśli znajdą głębę, która straciła swą odporność pod działaniem toksyn gonokoków. Decydującem dla rozpoznania tryprowej natury cierpienia byłoby wykrycie gonokoków w wydzielinie cewki, we krwi i w przerzutowych ogniskach. Lecz u chorych w późniejszych okresach nie możemy spodziewać się dodatniego wyniku tego rodzaju badań. Wtedy musimy się ograniczyć do wnioskowania z pewnem prawdopodobieństwem o istocie cierpienia z charakterystyki obrazu klinicznego. Jestto tem ważniejsze, że do tej pory nie wykryto gonokoków w układzie nerwowym i mięśniowym. Jako przykład trudności, jakie napotyka niekiedy rozpoznanie kliniczne, przytacza autor spostrzeżenie Krausa z kliniki prof. Schrötera w Wiedniu 1897 r.

25-letnia mężatka od 5 tygodni ma *fluor albus*, powstrzymanie miesiączkowania, bóle i obrzmienia zrazu w stawach górnych kończyn a później, gdy te ustąpiły, w dalszych kończynach. Badanie wykryło gonokoki w wydzielinie pochwy, powiększenie macicy i zapalenie w stawach kolanowym i skokowym. W przebiegu gorączka, dreszcze, *herpes labialis*, *decubitus sacralis* i *cubitalis*, *haemorrhagiae* w skórze twarzy i tułowia, chrypka, *gingivitis*. Ze krwi nie udało się wyhodować drobnoustrojów. Po miesiącu gorączka spadła—wychudnienie i osłabienie. Na 60-ty dzień choroby wystąpiły bóle i osłabienie

w dolnych kończynach. Mięśnie i pnie nerwowe na obu goleniach na ucisk bardzo bolesne, nadszłość skóry, łącz na stopach znieczulenie. W 6 miesięcy później istniały jeszcze bezwłady, do których dołączył się zanik mięśni z utratą pobudliwości elektrycznej. Po upływie 4-ch tygodni ruchomość w kończynach dolnych zaczęła się poprawiać. W płwocinie ukazały się laseczniki gruźlicze. Na u n y n zaliczył ten przypadek do *neuritis gonorrhoeica*, lecz, jak widzimy różni się on od zwykłego typu klinicznego gorączką septyczną, wystąpieniem *herpesu* i długim interwalem między zapaleniem stawów a wystąpieniem *neurytu*. Kraus nazywa ten przypadek *polyneuritis septica* na podstawie *endometritis gonorrhoeica*. Nasuwałoby to przypuszczenie, że niektóre *neuryty puerperalne* mogą zależeć od ogólnej infekcyi tryprowej. Uraz porodowy otwiera wszak drogi gonokokom do wtargnięcia do ustroju, jeśli istniało przedtem zapalenie tryprowe lokalne. Jakoż Bégouin w 1898 r. wykazał, że *pseudorheumatismus puerperalis*, który Lorain uczynił zależnym od normalnych odchodów połogowych, jest zupełnie identyczny z *polyneuritidis gonorrhoeica*. Podany jednak przez Mübiusa obraz *polyneuritidis puerperalis* nie nie ma wspólnego z trypresem. Tak, że dotąd niema pewnych spostrzeżeń *polyneuritidis puerperalis gonorrhoeicae*.

Skoro porównamy teraz przypadki powikłane *neuritis* i *myelomeningitis gonorrhoeicae* z wspomnianymi również przypadkami czysto obwodowego *neurytu tryprowego*, to zdaje się, że infekcyja tryprowa, działając na układ nerwowy, wywołuje najczęściej *neuritis*.

Notowano jednak i przypadki *chorób ośrodków nerwowych* w tryprze, jako to: *myelo-meningitis*, *abscessus medullae*, *meningitis spinalis circumscripta et diffusa* z towarzyszeniem niekiedy objawów mózgowych. Są to, bądź co bądź, przypadki interesujące ze względu na etiologię. Niektóre z nich skończyły się wyzdrowieniem, inne śmiercią, z których niektóre nie podlegały sekcji lub też badanie bakteriologiczne nie dało wyniku pozytywnego. Z obrazu ich klinicznego także trudno wyprowadzać wniosek pewny o ich tryprowym pochodzeniu. Niektórzy autorowie, jak Ullmann i Schlesinger uważają np. ropień rdzenia za skutek infekcyi mieszanej przez chorą cewkę moczową. Może się też zdarzać całkiem przypadkowa współczesność trypra cewki z chorobą ośrodków nerwowych, jak np. w przypadku Fürbringer'a, w którym to przypadku młody człowiek z ostrym trypresem cewki zachorował na *meningitis cerebro-spinalis*. *Punctio lumbalis* za życia, a sekcya po śmierci wykazała jednak obecność *meningococcus intracellularis Weichselbaum'a*. Tak, że w ogóle w rozpoznaniu tryprowego cierpienia układu nerwowego trzeba być bardzo ostrożnym. Na poparcie tego cytuje autor następujący przypadek: W klinice Nothnagla i Billroth'a leczyl się 27 letni lekarz przyjęty w końcu grudnia 1890 r. Od 9 miesięcy był on chory na trypra. W początku grudnia wystąpiła gorączka przepuszczająca z dreszczami, zjawił się ból w lewym barku i obrzmienie zapalne w okolicy lewego stawu *claviculo-acromialis*. Po kilku dniach otwarto w tem miejscu ropień, gorączka i dreszcze przeszły, lecz w kilka dni rozwinęło się obrzmienie lewego kolana, następnie obrzmienie obu sta-

wów skokowych, osłabienie i bolesność podczas ruchów w obu kończynach dolnych, czucie skórne na nich zmniejszone, zaburzenie zwiraczy i mały *decubitus sacralis*. W styczniu 1891 r. otwarto *bursitis purulenta* w okolicy lewego kolana. W ropie znaleziono *staphylococcus pyogenes aureus*. Następnie rozwinęła się zupełna paraplegia, która jednak w lutym zaczęła się poprawiać, w tymże otwierano jeszcze małe ropnie. 13 marca stwierdzono znaczną poprawę ruchów, lecz wychudnięcie i błądność robią wciąż postępy, brak łaknienia, wzdęcie brzucha, znaczny obrzęk śledziony i wątroby. Śmierć 5 kwietnia. Przy badaniu pośmiertnym znaleziono na wysokości 6 i 7-go kr. grzbietowego na zewnątrz worka *durae matris* ropień, który uciskał na rdzeń, prócz tego ropnie w wątrobie, nerkach, *pyelitis*, *cystitis* i *urethritis*. Przypadek ten, różniący się klinicznie od typu tryprowego zakażenia tworzeniem się mnogich ropni, uznawać można za *infectio mixta* w *urethritis blenorragica*.

Wogóle, na etiologię zakażeń tryprowych *arthritis* i *neuritis* zapatruje się autor w ten sposób, że w centrach chorych gniazd tworzą się przerzuty gonokoków np. w maziowych błonach stawów, w przyległych zaś mięśniach i nerwach niema kolonii gonokoków, lecz działają na nie toksyny. W obec tego zarówno *polyarthritis*, *myelomeningitis*, *mono—et polyneuritis* można uznawać za przerzuty czyli *metastazy*.

Inaczej rzecz się przedstawia w 2-gim typie obwodowego neurytu po tryprze — w tak zwanej *polyneuritis generalisata*. Niema tu zapaleń stawów, a nadto powstawanie i przebieg objawów jest odmienny, niż w 1-ym typie. Mamy tu momenty przemawiające za *toksyczną istotą choroby*, ponieważ stawy są głębą podatną do osiedlania się i rozwoju krążących we krwi gonokoków; na wpływ toksyn są one mniej wrażliwe. Dla tego w tych przypadkach niema artrytów, lecz powstaje za to *polyneuritis*, ponieważ właśnie nerwy oddziałują silniej na toksyny. Z tem pojęciem zgadzają się spostrzeżenia z dziedziny innych chorób infekcyjno-przerzutowych. *Polyneuritis generalisata gonorrhoeica* odpowiada toksycznym polyneurytom w innych infekcyach. Lesser wyraził się za rozdzieleniem toksycznych od przerzutowych chorób nerwowych pochodzenia tryprowego. Ważne są doświadczenia na zwierzętach Mołczanowa. Za pomocą wielokrotnego zastrzykiwania pewnych ilości toksyn gonokokowych wywoływał on przewlekłą intoksykację, otrzymywał bezwładny, a przy sekcyi znajdował *neuritis degenerativa*, degenerację tylnych korzeni i tylnych pęczków rdzenia. W ostrej intoksykacji natomiast znajdował zmiany umiejscowione w przednich rogach rdzenia, w mniejszym stopniu w komórkach zwojów międzykręgowych, w komórkach jąder opuszkowych i kory mózgowej. Wyniki te służyć mogą za podstawę do oceny działania toksyn gonokokowych na układ nerwowy.

W *polyneuritis gonorrhoeica toxica* cierpieniu ulegać mogą wszystkie nerwy mózgu i rdzenia. Spostrzegano zajęcia oddzielnych

nerwów mózgowych: *paralysis facialis* (Kozerski), głuchotę (Fischer), porażenie strun głosowych (Lazarus), *atrophiā optici* (Panass). Te przypadki jednak są jeszcze wątpliwe co do ich natury — w niektórych przypadkach momentem etiologicznym może być także *infectio mixta*. I pod tym względem ważne jest doświadczenie Mołczanowa. Znalazł on wyraźne zmiany w układzie nerwowym świnek morskich, którym zastrzykiwano toksynę gonokokową a następnie streptokokową. Przykładami czysto toksycznej *polyneuritis generalisata toxica* służyć mogą dwa przypadki Engel-Reimers'a Welandera jedyny przypadek badany pośmiertnie, oraz przypadek Allarda i Meiga.

Mięśnie mogą, jak się zdaje, chorować w infekcyi tryprowej niekoniecznie wtórnie w skutku *arthritis* lub *neuritis*. Choroby pojedynczych mięśni niezależnie od artropatii tryprowej nie są wprawdzie znane, lecz znane są rozległe zaniki mięśniowe rozprzestrzeniające się niekiedy na mięśnie odległe od zapalnego stawu, a nawet ogólny zanik mięśniowy — *amyotrophia generalisata*. Przykłady rozległych zaników podają: Amaral, Raymond, Oudin i Eulenburg.

Oudin w 4-ch przypadkach nie znalazł odczynu zwyrodnienia i sądzi, że przyczyna jest, bądź co bądź, neuropatyczna — działanie toksyny na rdzeń. W przypadku Raymonda z zapaleniem stawów, punkt wyjścia upatruje on w stawach według teorii zwrotnego oddziaływania, w ucisku korzeni rdzeniowych przez zapalenie stawów międzykręgowych, oraz w końcu w działaniu toksyn wprost na mięsień. W 2-ch przypadkach Eulenburg'a zanik mięśni łączył się z drżeniem włóknienkowym i odczynem zwyrodnienia. Takiej degeneracyjnej amyotrofii nie może spowodować oddziaływanie zwrotne chorego stawu. W jednym ze swoich przypadków Eulenburg zwraca uwagę na możliwość zmieszania z *dystrophia musculorum juvenilis*, a w drugim na ciężką postać zaniku degeneracyjnego. W przypadkach tych nie poprzedzały żadne objawy neurytyczne ani bezwładny, a zaburzenie ruchów było proporcjonalne do stopnia zaniku.

Jako na bezpośrednią przyczynę objawów odżywczych i czuciowych zwraca jeszcze autor uwagę na *ucisk korzeni rdzeniowych w skutku zapalenia stawów kręgowych*. Pierwszy na to zwrócił uwagę Vulpian. Tu należy 1-szy przypadek Levy'ego. Autor przytacza przypadek z kliniki Nothnagla: młody człowiek podlegał dwukrotnie ogólnej infekcyi tryprowej, w rok jedna po drugiej. Obu atakom towarzyszył ropny odpływ z cewki. W pierwszej infekcyi było zapalenie lewego kolana i łokcia i drobnych stawów palcówych. Charakterystycznym było, że jeden staw uległ w miesiąc po drugim zapaleniu, które przeszło w trwałą częściową ankilozę z zanikiem mięśni. Już to przemawia za tryprowym pochodzeniem cierpienia. Również typowa jest dyformacja palców — *doigt en radis*. Równocześnie *iritis* i *endocarditis*. Brak gorączki i nieskuteczność salicy-

lanów. Mniej pewnem jest rozpoznanie drugiego napadu, który polegał na bolesności i sztywności kręgosłupa z bólami strzelającymi w oba ramiona. Równocześnie z obostrzeniem *urethritis gonorrhoeicae* wystąpiło zapalenie stawów kręgosłupa, które spowodowało sztywność, a przez ucisk na korzenie splotu ramieniowego silne bóle w kończynach górnych. Sztywność kręgosłupa z powodu infekcyi tryprowej opisali także Baer, Marie, Raymond, Rendu, Renauld. W tych przypadkach rozpoznanie może być trudne ze względu na możliwość zmieszania z syfilisem, z syfilitycznem cierpieniem stawów i mięśni, z *polyneuritis syphilitica*, *myelomeningitis* i *tabes*. Nawet określenie miejsca chorego może być trudne, a nadto można w obec *polyarthritis* przeoczyć *polyneuritis*.

Na podstawie powyższego przeglądu odnośnych przypadków, autor wprowadza następującą klasyfikację:

- 1) *Arthritis (polyarthritis) acuta z bursitis, tendo-vaginitis* i t. p. *gonorrhoeica metastatica* skombinowana z zależnemi od niej:
 - a) prostym zanikiem mięśni,
 - b) *Neuritis levis* lub *neuralgia*,
 - c) *Neuritis gravis*,
 - d) *Myositis*.
- 2) *Polyneuritis toxica generalisata*, nie zależna od cierpienia stawów i nie będąca jego następstwem. Jako dodatek *infectio mixta*.
- 3) *Przewlekłe szerzące się, a niekiedy uogólniające zaniki mięśniowe*—następstwo artrytydów.
- 4) *Arthritis columnae vertebralis* z jej sztywnością i objawami ucisku korzeni.

Znajomość tych chorób jest praktycznie ważną, gdyż skuteczność leczenia i zapobiegania zależy od odpowiedniego leczenia zasadniczej choroby t. j. trypra.

Wreszcie, udało się autorowi skonstatować za pomocą Roentgenizacyi, że oprócz zaniku mięśni może się jeszcze rozwijać zanik kostny.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

131. Holtschmidt, O wstrzykiwaniach podskórnych żelatyny w *melaena neonatorum*. (Münch. Med. Woch. 1902. Nr. 1).

Opisy wyników pomyślnych, otrzymanych po wstrzykiwaniach podskórnych żelatyny w krwotokach wewnętrznych u dorosłych, nasunęły myśl zastosowania tego zabiegu w *melaena neonatorum*. Z tego powodu w klinice chorób kobiecych w Dreźnie w ciągu r. 1901 wszystkie przypadki tej choroby leczono wstrzykiwaniami podskórnymi.

mi żelatyny. Roztwór sporządzono, jak następuje: butelkę, mieszczącą w sobie 20 gr. zwyczajnej żelatyny i litr roztworu fizyologicznego soli kuchennej, zatykano watą i wstawiano do kąpeli wodnej i przez 5—6 godzin trzymano w ciepłocie wrzątku. Po wyjąłowieniu jej w ten sposób, ostudzano ją, ażeby zastygła. Przed użyciem ogrzewano ją do temperatury krwi i w stanie ciekłym zastrzykiwano wygotowaną szpryką w tkankę podskórną piersi lub uda, zazwyczaj w dwa miejsca, ażeby uniknąć nadmiernego napięcia skóry. Żadnego innego *haemostaticum* nie podawano. Oprócz tego starano się o należyte odżywianie piersią, dla uchronienia zaś niemowląt anemicznych od tak groźnego dla nich działania zimna, umieszczano je w przyrządzie ogrzewającym (*Wärmeschrank*).

W ten sposób leczono w ciągu ubiegłego roku 5 noworodków, których historye choroby autor przytacza w swoim artykule. Niektóre z nich są tak lakoniczne, jak następująca, którą przytaczamy w dosłownym przekładzie: „Dziewczynka W., długości 50 $\frac{1}{2}$ cm., wagi 3050 g., zachorowała w drugim dniu życia; strata na wadze 230 g., zresztą dziecko pije dobrze. Gdy 3-go dnia stołeczek był krwisty, strata na wadze pomimo starannego odżywiania wynosiła jeszcze 90 g., wstrzyknięto 15 cm. żelatyny. Krwotok ustał natychmiast, stołeczek od dłuższego czasu wstrzymany. Nazajutrz wypróżnienie bez domieszki krwi, dziecku przybyło 100 g. Odtąd stale przybiera na wadze; 9-go dnia w najlepszym stanie zdrowia opuszcza klinikę z różnicą na wadze tylko 130 g.“. Z pozostałych przypadków w 2-ch krwotok ustąpił również natychmiast po iniekcji, w jednym po 2-ch i w jednym po 3-ch. Wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Autor przypisuje ten skutek stosowaniu żelatyny, tembardziej że w ciągu 7-miu poprzednich lat z 14-tu przypadków *melaenae n. 7* zakończyło się śmiercią. Co do żelatyny, nie radzi kupować sterylizowanej, ale samemu wyjaławiać jak najstaranniej. Co się tyczy rady K u h n'a, (który przed kilku miesiącami opisał przypadek tęcza po iniekcji żelatyny), ażeby do wstrzykiwań używać żelatyny, otrzymanej od zwierząt świeżo zarzniętych, H. uważa ją za godną polecenia, ale nie za *conditio sine qua non*.

B. Polikier.

Uwaga sprawozdawcy Wobec stosunkowo rzadkiego występowania *melaenae neonatorum* (H enoch spostrzegł wszystkiego kilkanaście, nieinaczej większość pediatrów; piszący niniejsze słowa za ledwie jeden w ciągu lat 17-tu) i w obec niezmiernie ogólnikowego opisu przypadków autora, nasuwać się może wątpliwość, czy rzeczywiście we wszystkich tych przypadkach (aż 5-ciu w ciągu jednego roku i to na jednej klinice, gdzie dotychczas w ciągu 7 poprzednich lat było wszystkiego 14), była to *melaena neonatorum vera*, tembardziej, jeśli nie przyjąć teorii infekcyjnej, którą sam autor w zastosowaniu do tej choroby kwestyonuje, przytaczając jako argument przeciw niej jeden z opisanych przypadków.

135 De Maurans. Czy wahania śmiertelności, spowodowanej przez błonicę, zależą bezpośrednio od metod leczniczych? (Semaine Médicale 1901, Nr. 51).

Autor nie po raz pierwszy zwraca uwagę, że pomimo świetnych wyników, otrzymywanych po stosowaniu seroterapii, ilość ofiar błonicy nie tylko nie zmniejsza się w Paryżu, ale zdaje się zwiększać. Z pracy przezeń ogłoszonej przed paru laty wynika, że śmiertelność z błonicy w r. 1899 była większa, niż w r. 1898. Ponieważ w ciągu r. 1900 stan ten nie uległ wybitnej poprawie, autor zwrócił się do biur higienicznych większych miast europejskich po dane statystyczne, dotyczące zarówno przypadków zgonu z błonicy, jak i ilości zachorowań urzędowo zadeklarowanych od r. 1883 do 1900. Na mocy materiału, tą drogą otrzymanego z 32 miast (do którego włączył urzędowe sprawozdania, ogłoszone drukiem, z Paryża i Buenos-Ayres), autor porównywa śmiertelność z błonicy w okresie przedserowiczym i w okresie stosowania tej metody, ułożywszy trzydzieści kilka tablic, na których przedstawia graficznie wahania śmiertelności z błonicy dla każdego miasta w ciągu ubiegłych lat 18-stu.

Niektóre z tych tablic na pierwszy rzut oka przemawiają stanowczo na korzyść seroterapii, zwłaszcza w pierwszym roku stosowania surowicy (1895). W Glasgowie ilość osób zmarłych na błonicę wynosiła w r. 1894 — 290, w r. 1895 — 137; w Zurychu stosunek wynosił 87 do 25, w Budapeszcie 800 — 500, w Lille 106 — 42; w Pradze 134 — 68; w Kolonii 121 — 173.

Przy bliższym atoli rozejrzeniu się w cyfrach i zwłaszcza w załączonych tablicach, rzecz przedstawia się w całkiem odmiennym świetle, zwłaszcza przy uwzględnieniu śmiertelności (w błonicy) z 12 lat, poprzedzających ukazanie się seroterapii. Naprzykład, w Lille śmiertelność zwiększyła się od r. 1886 do r. 1889, spadała do roku 1891, podskoczyła w r. 1892; od r. 1893 zaczęła się zmniejszać, szczególnie, co prawda, między r. 1894 a 1895. Nieinaczej w Kolonii; linia wstępująca zaczyna się od r. 1889 (właściwie, podług tablicy, powolne wznoszenie się datuje się od r. 1884, gdzie figuruje mniej niż 30 zgonów, gdy w r. 1889 już było około 100. Ref.), dochodzi do najwyższej cyfry w r. 1893; spadek zaczyna się w roku 1894. Słowem, w tych 2-ch miastach, w których dane statystyczne najwymowniej zdają się przemawiać na korzyść seroterapii, cyfra śmiertelności zaczęła się zniżać jeszcze przed rozpowszechnieniem surowicy.

I krzywizna, ilustrująca śmiertelność błonicy w Rzymie, jest pod tym względem znamieną. Z 77 przypadków w r. 1884, prawie ciągle zwiększając się, dochodzi w r. 1891 do 302, później nie mniej prawidłowo zniża się do 47 w r. 1894; w r. 1897 wynosi tylko 19; w r. 1900 dochodzi znów do 60. W Bernie (gdzie załączona linia nie wykazuje wybitnych oscylacji przez całe 18 lat) właśnie na rok 1894 przypada minimum zgonów z błonicy. W Chrystyanii od roku 1883 stopniowo wzrasta do 1887, poczem spada już znacznie od roku 1892. W Berlinie od r. 1883 do r. 1888 spada stopniowo z 2651

do 860, wzrasta w r. 1890 do 1492, zniża się znów w r. 1891; nowe maximum w r. 1893 (1581), poczem w roku następnym zniżenie które trwa do r. 1897. Podobne wyniki stwierdzono w Lyonie, Bruskelli i Lipsku.

W Edyburgu pierwsze nasilenie epidemii w r. 1883, dochodzi do acme w r. 1889, kończy się w r. 1892; nowe nasilenie trwa od 1892 do 1894; opadanie znów wypada jednocześnie z wprowadzeniem seroterapii i trwa do r. 1899, poczem zaczyna się nowe nasilenie od r. 1899 do 1900 z 28 do 53. Takich danych jest znacznie więcej. Np. w Paryżu w latach 1894 i 1895 stosunek wynosił 1009 : 435, ale krzywizna śmiertelności wykazuje ciągle zmniejszanie się ilości zgonów, datujące się od r. 1388 (a bodaj nawet od r. 1884) i trwające (z nieznacznym nasileniem w r. 1892) do roku zeszłego. Jeszcze wymowniejszy przykład stanowi Genewa: między 1891—1895 stosunek wynosił 107 — 9. W Budapeszcie od r. 1883 do r. 1892 prawie ciągle wzrasta z 246 do 927, zaczyna opadać prawie prostopadłe do 529 w r. 1894, minimum 108 w r. 1897. W Kopenhadze bardzo wybitne wznoszenie się linii przypada na okres 1883 — 1891 (104 — 518 zgonów), potem również szybkie spadanie (320 w r. 1894, 78 w r. 1896). Z innych miast, w których stwierdzić się dało zmniejszenie ilości zgonów przed r. 1895, autor przytacza Havre, Nantes (w 1884—104, w 1894—31), Tuluzę, Turyn, Amsterdam (w 1883—935; w 1894 — 142; w 1896 jeszcze 168), Stuttgart, Monachium, Hamburg, Pragę, Londyn (od 1886 do 1893 wznoszenie się od 846 do 3,196; od 1894 zaczyna się zniżanie, trwające przez r. 1895; później podskoczenie w 1896, znów opadanie prawie prostopadłe do 1898, drugie wzniesienie się w 1899 i opadanie w 1900.

Dalej następują dane graficzne z miast, których śmiertelność z błonicy nie przestaje wzmagać się od r. 1894. W Birmingham krzywa zaczyna wznosić się w r. 1892; w 1894—91 zgonów, w 1895—214; w 1896—293 (maximum); odtąd zaczyna się zmniejszać, dochodząc w 1900 do 77. W Liverpoolu minimum w 1892—47, maximum 1899—192.

Z innych miast w podobnych warunkach znajduje się Dublin, Sztokholm i Bukareszt. W ostatnim nieznacznym zniżeniu się między 1894—1895, poczem postępujące stale wzmaganie się; maximum w r. 1899—253; jest to najwyższa cyfra w ciągu lat 18-tu; początek opadania w r. 1900.

Na mocy swoich poszukiwań autor stwierdza, że błonica wszędzie występuje epidemicznie, z kolejnymi nasileniami i że rozwój epidemii nie jest rzeczą przypadków, ale przedstawia niejaka prawidłowość. Po pewnym dłuższym lub krótszym okresie, podczas którego ilość zgonów jest prawie jednakową, lub ulega nieznacznym fluktuacyom (*période étale*), linia śmiertelności przyjmuje kierunek wstępujący, prawie prostopadły; dochodzi do maximum po upływie 1 — 2 — 3 lat; nieraz, acz rzadko, pozostaje na tej linii, później opada, rzecz można, *per lysin*. Doszedłszy do minimum, stan pozostaje prawie stałym (z nieznacznymi znowu wahaniami), póki znowu nie zacznie się podnosić. O ile się zdaje, regularne poniekąd występowanie tego zjawia-

ska nie zostało zakłócone przez żadną interwencję leczniczą, zwłaszcza przez seroterapię. Szerzenie się niektórych epidemii błonicy zaczęło się już przed pojawieniem się ostatniej, już to wypadło jednocześnie z narodziem się tej metody, już to w czasie rozwielmnienia się jej w medycynie.

Co się tyczy stosunku ilości zgonów do ogólnej ilości chorych na błonicę, autor przytacza tylko parę cyfr dotyczących Paryża. Porównyując ilość zmarłych na błonicę w ciągu 11 miesięcy 1901 r. z ilością zachorowań, urzędownie zadeklarowanych, znalazł 630:4347, gdy w roku 1895, najpomyślniejszym dla surowicy przeciwbłoniczej 362:3842, t. j. w 1901 (przez 11 miesięcy) stwierdzono o 505 zachorowań więcej, niż w r. 1895, ale zarazem o 268 więcej zgonów. Dla innych miast stosunku tego nie badał, gdyż urzędy, które nadesłały odnośne dane, zrobiły zastrzeżenia co do ich ścisłości.

W ostatecznym wniosku autor dowodzi, że jakkolwiek, jego zdaniem, seroterapia jest najskuteczniejszą z pomiędzy wszystkich środków, stosowanych przeciw błonicy, jednakże, ze względu na zaznaczone wyżej spostrzeżenia, przypuszczać należy jedno z dwojga: *albo nie zawsze działa jednakowo antytoksycznie, albo nie posiada żadnego działania swoistego, jakie jej przypisują.*

B. Polikier.

Uwaga sprawozdawcy. Podobne poglądy wygłaszał i wygłasza G o t t s t e m na mocy szczegółowych badań epidemiologicznych. Dowodzi on również, że obecne epidemie błonicy w większej części przeszły okres przesilenia i że znajdują się w fazie zmniejszania się śmiertelności, niezależnej od stosowania surowicy przeciwbłoniczej.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

136. Prof. D-r E. Redlich. **Psychozy w neurastenii.** Do całokształtu neurastenii należy wiele objawów psychicznych, które często bywają przyjmowane za psychozy. Właściwie zupełnie typowych postaci psychoz neurastenicznych ze stałymi objawami i określonym przebiegiem niema, istnieje jednak cały szereg rozmaitych psychoz, powstających wskutek wzmoczenia się objawów neurastenii. Np. obawa choroby u niektórych, zwykle dziedziczością obarczonych neurasteników może dojść aż do hypochondryi z fantastycznymi, ciągle powracającymi ideami niedorzecznymi. Powstaje obraz chorobowy podobny do obłąkania pierwotnego (*paranoia*) lub do obłąkania pieniackiego (*Querulantenwahnsinn*); jednak nigdy nie przyłącza się bredzenie prześladowcze lub bredzenie wielkości; hypochondrya nigdy nie przechodzi w obłąkanie pierwotne lub paraliż postępowy, chociaż dwie te choroby często poprzedza okres hypochondryczny; należy o tem pamiętać przy różniczkowaniu.

Nawet w ciężkich przypadkach hypochondryi neurastenicznej może nastąpić wyleczenie, neurastenia jednak pozostaje i często występują nawroty. Niekiedy w następstwie objawia się przygnębienie umysłowe, chory zdradza myśli samobójcze i czasem doprowadza je do skutku, czując wstręt do życia. Wskutek smutnego nastroju ducha może się wywiązać melancholia. Dochodzi do zniedołężnienia umysłowego, do bredzenia treści samoponiżenia, do idei natrętnych. Hypochondrya i melancholia spotykają się przeważnie u neurasteników w średnim wieku. Ponieważ większość objawów neurastenii należy do sfery umysłowej, leczenie tej choroby polega na psychoterapii, chory powinien odzyskać wiarę w siebie; dlatego autor uważa za wielki błąd leczenie hypnotyzmem, który osłabia wolę. (Z Pos. Tow. w Wiedniu d. 17/II 1902 r.) T. B.

137. Do trucizn, które w rzędzie pierwszym osłabiają układ nerwowy, należy zaliczyć nikotynę. Zwiększonym rozpowszechnieniem tytoniu da się do pewnego stopnia objaśnić wzrost chorób umysłowych. Na potwierdzenie niniejszego C. Z alackas podaje spostrzegane przez siebie dwa przypadki psychozy, powstałej wyłącznie na tle zatrucia przewlekłego nikotyną. Leczenie polegało na zmniejszaniu stopniowem ilości używanego tytoniu, picciu wody karlsbadzkiej i ruchu. Jako odtrutkę w zatruciach ostrych nikotyną (0,001—0,003) na zasadzie doświadczeń, robionych przez siebie na królikach, podaje „Nasturcium officinale“. (Le Progrés Médical Nr. 6. 1902). W. Ż.

138. D-r Erich Hoffman opisuje przypadek zapalenia nerek przymiotowego z olbrzymią ilością białka w moczu.

Objawy ze strony nerek wystąpiły wraz z pierwszą wysypką w 2 miesiące po zarażeniu. Z objawów podmiotowych istniały tylko silne bóle głowy i osłabienie ogólne. Obrzęków żadnych nie było. Ilość dobową moczu 200 c. sz., ciężar właściwy—1057. Przy staniu moczu białko samo osiadło w postaci ziarnistej masy. Ilość białka, podług Essbacha, wynosiła 7 do 8,5%. Osad zawierał wałeczki szkliste, nieliczne czerwone krążki i białe ciała, oraz nabłonek nerkowy. Pod wpływem kuracji rtęciowej, równoległe ze znikaniem wysypki, ustępowały objawy ze strony nerek: ilość dobową moczu wzrastała, ilość białka szybko zmniejszała się. Po 14 wcieraniach szaruchy (po 2,5 na dawkę) nastąpiło zupełne uleczenie.

Przypadek niniejszy różni się od dotychczas opisanych niezbyt licznych przypadków cierpienia nerek przymiotowego (Korvonen zebrał zaledwie 20 przyp. niewątpliwych) niezmiernie wielką ilością białka—7—8,5%, podczas gdy w innych notowano tylko nieznaczne ślady białka. W 4 miesiące po wyleczeniu u tegoż pacjenta wraz z wtórną wysypką wystąpił ponownie białkomocz, na ten raz w mniejszym stopniu—0,5⁰/₁₀₀. Cura mixta i tym razem wpływała pomyślnie na przebieg choroby, wskutek czego autor uważa ją za recydywę poprzedniego cierpienia nerek. (Berl. Kl. W. Nr. 6). W. St.

139. D. Anderson opisuje przypadek ateromatycznego owróżdzenia serca z przebiegiem i zejściem śmiertelnym. Mężczyzna, lat 62,

uskarżał się na ból w piersiach i duszność. Ciepłota ciała 37^o,5, tętno 104, oddechów 31. Objawy rozedmy i lewostronnego zapalenia płucny. Tępości serca nie można było określić. *Ictus* w 5 międzyżebżu na linii sutkowej. Tony serca przygłuszone, pierwszy ton wierzchołkowy nieco wydłużony, bez szmerów. Tętno prawidłowe, mocne i miękkie. Mocz kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1030, barwy nasyconej, z białkiem w ilości 0,5‰. Następnego dnia po badaniu chory zmarł nagle. Na sekcji znaleziono 2 lejkowate owrzodzenia ze strzępiastymi brzegami, wielkości złotówki, jedno dochodzące do błony osierdziowej, drugie zaś sięgające na wylot. Gałązki *arteriae coronariae* w bliskości owrzodzeń były zatkałe skrzepami ateromatycznymi. One to, według autora, spowodowały owrzodzenie. (The British Medical Journal, 23/XI. 1901, str. 1525).

Z. M.

140. R. Stockman i F. Charteris robili doświadczenia nad wpływem jodków sodu i potasu na serce i krążenie u człowieka i doszli do przekonania, że środki te, podane przez żołądek w zwykłych dawkach, nie wywierają wpływu na czynność serca, ani na ciśnienie krwi w tętnicach. (The British Medical Journal, 23/XI. 1901, str. 1520).

Z. M.

141. G. Rorie i J. Findlay opisują 3 przypadki pęknięcia lewej komory sercowej. Pierwszy przypadek dotyczył dementa lat 48, drugi—kobiety lat 50, też dotkniętej demencyą i pijaczki od wielu lat, trzeci dotyczył starca lat 79. U wszystkich pęknięcie nastąpiło bez zwiastunów: nagle występowała sinica, chorzy robili parę wysiłków celem odetchnięcia i umierali. Na sekcji znajdowano w jamie osierdzia duży skrzep i nieco krwawego płynu. W 2 przypadkach rozdarcie znajdowało się na przedniej ścianie lewej komory na 1 cal od wierzchołka. Było ono długie na cal i szło wzdłuż włókien mięsnych. W 3-im przypadku pęknięcie też nastąpiło w lewej komorze, ale ze strony tylnej powierzchni serca na cal od *septum auriculo-ventriculare*. We wszystkich przypadkach mięsień sercowy przedstawiał pod drobnowidzem mniej lub więcej wyraźny obraz zwyrodnienia tłuszczowego. Miejsce pęknięcia nie przedstawiało różnic specjalnych. (The British Medical Journal, 23/XI. 1901, str. 1524)

Z. M.

142. R. Woodforde opisuje przypadek moczówki cukrowej, która powstała nagle i w ciągu 5 dni zakończyła się śmiercią. Mężczyzna lat 23, leczący się od niejakiego czasu na *acne vulgaris* na twarzy, zaczął się uskarżać na pragnienie. Badanie chorego nic nie wykazało, tylko język był barwy surowego mięsa. W moczu o ciężarze gatunkowym 1037—cukier. Ilość cukru nie była badana. Po dwóch dniach wystąpiła ociążałość. Język był suchy, spieczony, pragnienie wielkie, zatwardzenie i ból brzucha. Ilość moczu 2700. Śmierć 5-go dnia od wystąpienia objawu pragnienia, wśród wciąż zwiększającej się śpiączki (The Lancet 2/XI. 1901, str. 1192).

Z. M.

143. D-r Tschlenoff opisuje przypadek owrzodzenia gruźliczego skóry ściągniętej u 43-letniego osobnika, u którego wywiady i staranne

badanie nie wykazały nic podejrzanego ani co do gruźlicy ani co do zolżów. Owrzodzenie to autor uważa za pierwotne, to jest takie, które powstało w następstwie zakażenia od zewnątrz (przypuszczalnie podczas stosunku). Możliwość infekcyi takiej *per coitum* uznana została przez znaczną większość uczonych. Dotychczas jednak literatura podaje tylko jeden przypadek pierwotnego gruźliczego owrzodzenia skóry prącia u dorosłego, przypadek opisany przez Ssalistscheffa (Arch. f. Derm. u. Syph., 55 B., I. H.) H. U.

144. Na 73-iem posiedzeniu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu d-r. Heinrich miał odczyt o metodach operacyjnych w razie powstania **przepukliny w bliźnie brzusznej** (*eventratio*), od której zabezpiecza najpewniej szew piętrowy, nałożony po dokonaniu laparotomii. Jak wiadomo, fizyologiczna działalność mięśni prostych brzucha polega na tem, że takowe stanowią punkt oparcia dla mięśni poprzecznych. Ponieważ od tych mięśnie proste są znacznie słabsze, zadaniu więc swemu odpowiadają w tym tylko razie, gdy są spojone wzajemnie mocno. Spojenie to (*linea alba*) o tyle znowu rwie się trudniej, im ściślej wiążą się ze sobą mięśnie poprzeczne i proste.

Po usunięciu zrostów, rozluźnieniu kiszek i wycięciu worka przepuklinowego autor spaja szwem ciągłym otrzewnę u brzegu wrót; z kolei obnaża z jednej strony pochewkę mięśnia prostego i otwiera ją cięciem łukowatym, zwróconem wypukłością swą na zewnątrz. Wytworzony w ten sposób płat półksiężycowy powięzi oddziela starannie od mięśnia, wyrwaca i przyszywa do pochwy takieżoż mięśnia z drugiej strony, wreszcie nakłada szew skórnny. Operując w ten sposób, d-r H. nawrotu nie zauważył nigdy. (Wien. med Presse Nr. 4. 1902.) K. N.

145. G. Franklin i B. Carter opisują **2 przypadki wrzodów dwunastnicy z zejściem śmiertelnem**. W obu etyologia pozostała ciemną. Z zestawienia literatury przedmiotu autorowie dochodzą do wniosku, że opisano dotąd 59 przypadków wrzodu dwunastnicy, z tych u 32 robiono operacyę z 11 wyzdrowieniami, co daje śmiertelności 82,3%. (The Lancet, 2/XI. 1901, str. 1195.) Z. M.

146. T. Thomas zaleca **wyciąg nadnerczy**, jako środek, **tamujący krwotoki**. Już Oliver i Schäfer w r. 1895 wykazali, że wyciąg ten u psów i królików wywołuje gwałtowny i jednocześnie łatwy do podtrzymania przez czas dłuższy, skurcz naczyń obwodowych. Autor stosował ten środek u 2 chorych: w przypadku silnego krwawienia kostnego wskutek rozerwania szczęki górnej, oraz w przypadku małej, lecz uparcie krwawiącej, rany u osobnika, cierpiącego na hemofilję. W obu razach skutek był prawie natychmiastowy i trwał do zagojenia ran. (The British Medical Journal 23/IX. 1901, str. 1527.) Z. M.

V. Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

a) Z Towarzystw lekarskich francuzkich.

α) **Towarzystwo chirurgów paryzkich.** *Posiedzenia od d. 18 grudnia 1901 r. do d. 15 stycznia 1902 roku.*

1) Hartmann operował w przypadku *otrucia stężonym kwasem solnym* po upływie 37 dni. Drogą laparotomii (*incisio umbilico-xyphoides*) obnażono nader skurczony, niedający się ściągnąć i mało dostępny żołądek, wobec czego autor umyślił wykonać otwór w górnej części dwuastnicy. Po przymocowaniu tejże szwem do otrzewny, zamknięto ostatnią poniżej i powyżej szwu; dalej, rozsunięto włókna prostego mięśnia brzucha po stronie prawej i, przeciągnawszy tędy wyosobnioną część jelita, przyszyto je do rozścięgniętego, otworzono, wreszcie, dwunastnicę cięciem maleńkiem, a śluzówkę jej przyszyto do skóry. Chora, 30-letnia kobieta, zniosła zabieg ten bardzo dobrze; dzięki rozpoczętemu wczesnie odżywianiu przez przetokę odzyskała siły niebawem i po upływie miesiąca wypisaną została ze szpitala w stanie zupełnie zadowolniającym. Wynik, jednak, pomyślny nie był trwałym, gdyż wkrótce operowana powróciła na oddział znowu, skarżąc się na uporezyste wymioty i uczucie dławienia. Śmierć nastąpiła nagle. Na oględzinach pośmiertnych znaleziono kışkę dookoła przetoki w stanie wybornym, w żołądku za to—wybitne objawy ostrego nieżytu. D-r H. widzi przyczynę zejścia złego w wykroczeniach chorej przeciw dycie i, bądź co bądź, uważa przypadek swój za dodatnią duodenostomię ilustracyę; rękoczyn ten w niektórych razach może zastąpić jejunostomię, przyczem ma nad nią tę wyższość, że kışkę otwiera się powyżej przewodów: trzustkowego i żółciowego.

2) Morestin wespół z Guinard'em mieli w kuracyi 40-letniego mężczyzny z *uwięzniętą przepukliną*. Choremu lekarz pewien dokonał odprowadzenia, po chwilowej, wszelako, uldze, nastąpiły znowu bóle i wymioty. Cięcie pod kokainą powyżej łuku udowego. Ku wielkiemu zdziwieniu swemu operujący znalazł otrzewną otwartą i wylewającą się zeń ropę obficie. Odprowadzenie nie było dokładnem, prócz tego na pętli zaciśniętej istniało przedziurawienie; ostatnie zamknięto czempredziej szwem *Lembert'a*. Ranę przedrenowano. Operowany wyzdrowiał. Autorzy przestrzegają przed dokonywaniem redukcyi na ośle.

3) Picqué. *Zapalenie górnej żyły kręzkowej zakrzepowe (thrombo-phlebitis ven. mesaraicae sup.) ze zgorzelą kışki czej.* W ciągu miesiąca autor spostrzegł dwa tego rodzaju przypadki: a) 49-letni mężczyzna dostał biegunki i nadzwyczajnych bólów, zrazu w lewym podżebrzu, niebawem zaś w całym brzuchu. Ilość moczu zmniejszyła się wybitnie, w masach kałowych znaleziono krew.

I operacya nie rzuciła tu światła na naturę cierpienia. Wobec wzdęcia i czarnego niemal zabarwienia jelit wykonano odbył sztuczny, w mniemaniu, że ma się do czynienia z niedrożnością. Operowany umarł, poczem na sekcji przekonano się, że przyczyną zmian była rozległa tromboza wyszczególnionej w nagłówku żyły, prowadząca do zgorzeli kiszki. Niebawem zdarzył się autorowi drugi przypadek taki, dotyczący waryata. Tu jednak postawiono rozpoznanie odrazu, głównie na mocy doświadczenia, nabytego w obserwacji pierwszej. Na sekcji przekonano się, że rozpoznanie postawione było właściwie. W piśmiennictwie znajduje się zaledwie 12-cie spostrzeżeń tego rodzaju.

4) Martin. *Przetoka miedniczo - odbytnicza*. U 25 - letniej kobiety, w następstwie *ropnia odbytu*, powstała *przetoka*. Zgłębnik, wprowadzony do teje, dawał się posunąć na 11 ctm. wgląd, jednocześnie zaś badanie *per rectum* wykryło, że narzędzie owo oddzielone jest od palca grubą warstwą tkanek; przez pochwę, wreszcie, można było wyczuć na powierzchni przedniej kości krzyżowej wydatną i wrażliwą na ucisk guzowatość (*fistula pelvo-rectalis sup.*). Cięciem, równoległym do lewej wargi większej, obnażono kanał i poprzez dźwigacz odbytu (*m. elevator ani*) przedostano się do jamy, dużej, jak orzech włoski; ostatnią wyskrobano i wypędzowano chlorkiem cynku, przetokę samą wycięto. Wyzdrowienie po sześciu tygodniach.

5) Poirier. *Śmierć od chloroformu*. Przypadek dotyczy pewnej kobiety z daleko posuniętymi objawami charłactwa, u której zamierzano dokonać gastroenterostomii. Chora zasnęła prędko i czas jakiś spała całkiem prawidłowo, w chwili jednak, gdy operujący uniósł sieć do góry, zauważono, że pacjentka nie żyje. Zużyto wszelkie możliwe zabiegi cucące, lecz bez skutku.

W zawiązanej ztąd dyskusji Delbet zaznacza, że była to, rzeczywiście, śmierć od chloroformu; w innych razach wynik taki przypisać należy wzruszeniu, obawie przed operacją (*syncope cardiacum*). Terrier, Reclus i Bazy przytaczają fakty podobne; Richelot zaleca przed zastosowaniem chloroformu inhalacye bromku etylu.

6) Tuffier przedstawił chorą z *porażeniem obustronnem nerwu licowego* na skutek wycięcia nowotworu obu ślinianek przyusznych. Częściowe odzyskanie sprawności nerwu stwierdzono z upływem roku dopiero.

7) **Łyńskie Towarzystwo chirurgiczne. Posiedzenie z dnia 5 grudnia 1901 roku.**

7) Batut przytacza 4 przypadki *promienicy twarzy* u żołnierzy; za każdym razem sprawdzono istotę sprawy chorobowej na mocy badania drobnowidzowego. Pod wpływem jodku potasu i systematycznego wyskrobywania przetok otrzymano u trzech osobników wyzdrowienie zupełne; stan czwartego polepsza się stale.

8) Albertin. *Gruźlica kolana, wyleczona przez artrektomię*. Autor dokonał operacji tej w trzech przypadkach, ostatnio u 13-letniej dziewczyny, chorej od lat sześciu. Wszystkie operowane od kil-

ku już miesięcy chodzą dobrze, przyczem dwie mają zeszywnienie w stawie zupełne, trzecia—włókniste. Autor podnosi zalety metody: trwałość wyniku miejscowego, powstrzymanie dalszego sprawu chorobowej bujania bez ujemnego wpływu na wzrost kończyny, gwarancja co do używalności kończyny w zakresie jak najszerszym. W dyskusji Nové-Josserrand podnosi doskonale wyniki zastrzykiwań do wewnątrz stawu gliceryny jodoformowej; mówca ten wraz z Fochier'em zalecają zabiegi nie krwawe i oględność w wydawaniu sądów co do przyszłej sprawności kończyny chorej.

W odpowiedzi d-r A. odpiera zarzuty, twierdząc, że przedewszystkiem artrektomię stosuje się w posuniętej znacznie gruźlicy, często przez lata całe leczonej daremnie, zatem w postaci rozlanej, wobec której iniekcye również są bezskuteczne. Artrektomia wymaga usunięcia błony maziowej, wewnątrzstawowych wiązań i chrząstek; kośćce pozostaje tu nietkniętym. Autor nie zauważał też wcale u chorych swych braku symetrii, ni zboczeń wzrostu w okresie pooperacyjnym.

9) Giraud. *Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego i uwięźnięcia na skutek zrostów.* Autor przedstawił żuawa, u którego w przebiegu operacji znaleziono wyrostek niezwykle długi, zespolony przez zrosty z jelitem ślepem, które obwijał i zaciskał, przyczepiając się do mięśnia przyległdziwego większego (*m. psoas*). W jamie otrzewnowej znajdowała się pewna ilość krwawego wysięku. Wyrostek robaczkowy wycięto; operowany wyzdrowiał.

10) Villard. *Leczenie tyłopochylenia macicy.* D-r V. zastosował w 6 przypadkach sposób, polegający na przyciągnięciu wiązań okrągłych i umocowaniu ich na węzeł z przodu łona (*regio publica*). Cięciem w postaci U, dokonaniem na wysokości okolicy tejże, obnaża się oba kanały pachwinowe i wiąz, po stronie każdej, wyciąga się na zewnątrz, na długość 10 cm. Po zawiązaniu owych dwóch powrózków na węzeł przyszywa się tenże do tkanki włóknistej łona, dalej zeszyć należy odnogi wpustów pachwinowych (*crura orificiorum inguinalium*), przekłuwając igłą jednocześnie i przez wiąz okrągły dla większej pewności. Wszystkich tych węzłów nie należy zaciskać zbyt mocno, aby nie wywołać zgorzeli tkanek. W 2-ch przypadkach upłynęły już trzy lata od operacji, a wynik jest wciąż znakomity.

Tam, gdzie tyłopochylenie (*retroversio*) wikła się zmianami w przydatkach (*adnexa*), po wykonaniu laparotomii i odpowiednich rękoczynów w tychże, wskazaną jest, oczywiście, hysteropexya brzuszna. W przypadkach, wolnych od powikłań, nie trzeba odrzucać stosowania wianków, które często działają skutecznie; gdy jednak te zawodzą, lub gdy nosić ich nie zechce pacjentka, jedyny środek zaradczy autor widzi w obmyślanym przezeń zabiegu.

11) Jaboulay. *Zwichnięcie kości półksiężycowej.* Przypadek dotyczył chorego z rozpoznaniem błędnem: *fractura radii*. Wywichnięta kość półksiężycowa (*os semilunare*) wywierała ucisk na nerw pośredkowy (*n. medianus*), wywołując zaburzenia; kość usunięto. Tego rodzaju spostrzeżenie przytoczył i Gouillou d.

12) *Nové-Josserand*. *O pewnem, nieokreślonem ściśle cierpieniu biodra*. Dziewczynka w 7-ym roku życia zaczęła doznawać bólów w stawie biodrowym i kuleć. Oba te objawy wzmagaly się stopniowo coraz więcej. Sposób chromania zdawał się wskazywać przyczynę w nerwobólu (*coxalgia*). Podczas badania znaleziono na kończynie chorej zanik mięśni, prawdziwe, na 1 ctm. skrócenie, przy czem ucisk na skręt wielki (*trochanter*) był nieco bolesnym. Za pomocą prześwietlania wykryto zgrubienie kości biodrowej powyżej jamy kłykciowej (*cavitas condyloidea*). Udo unieruchomiono, bóle ustały. Po upływie 6-ciu miesięcy chora poruszała kończyną swobodnie, skrócenie pozostało bez zmiany, lecz bólu na ucisk nie było. Pomimo to drogą roentgenizacji przekonano się, że zmiany chorobowe w kości uwydatniły się wyraźniej, że ta jest łatwiej dla x - promieni przepuszczalną. Miano więc, na pozór, do czynienia z cierpieniem, znanem pod nazwą: *coxa vara*. Bądź co bądź, dziecku pozwolono nieco chodzić, jakoż, pod koniec roku, zauważono na kończynie stosunki niemal prawidłowe, obok stałego na 1 ctm. skrócenia. Radiografia uwydatniła odbudowanie stawu prawie zupełne. Z czem tedy miano do czynienia? Z uwagi na wiek chorej nie może tu być mowy o zniepodabniającem zapaleniu stawu. Przmiot wykluczyć trzeba również stanowczo, przeciw gruźlicy mówią dane, które pozyskało się drogą prześwietlenia i małe natężenie objawów.

W dyskusji *Fochier* zaznacza, że przypadki rzekomego nerwobólu biodrowego są zawsze bardzo ciekawe i stawia pytanie, czy wahania w incydencyi x-promieni nie mogą dawać owych smug przezroczystych; co do objawów klinicznych, możnaby na mocy tychże przypuścić zajęcie stawu przez gościec, przy którym też zauważa się często zmiany chorobowe w układzie kostnym. *Albertin* uważa przypadek za przejaw gruźlicy, autor wreszcie, odpiera stanowczo możliwość oceny niewłaściwej obrazu, naszkicowanego przez promienie Roentgen'a.

7) *Société médicale des hôpitaux*. *Posiedzenie z dnia 29 listopada i 6 grudnia 1901 roku. Paryż.*

1) *F. Bezançon* i *A. Philibert* spostrzegali przypadek *nieprawidłowego umiejscowienia lasecznika duru* w drogach żółciowych w przebiegu sprawy zapalnej (*cholecystitis*). Drobnoustroje nie wywoływały tu wcale objawów tyfusowych, naturę zaś określono dokładnie tylko za pomocą surowicy. Fakt ten dowodzi, że lasecznik *Eberth'a* zachowywać się może, jak zwykle saprophyty, ustrój nasz zamieszkujące.

2) *L. Lévi* i *A. Lemierre* z okazji przypadku *powikłania tyfusu ostrem zapaleniem pęcherza* omawiają sposoby zapobiegawcze; pierwsze objawy sprawy tej zauważono u 24-ro letniego pacjenta w dniu 19-ym pomyślnie przebiegającego duru. Powikłanie wypadło leczyć przeszło trzy miesiące, a i później jeszcze mocz zawierał białe ciała krwi i laseczniki duru (w kulturach). Poprawę osiągnięto po zaaplikowaniu choremu 12,0 urotropiny (w ciągu 6 dni). Spostrzeżenia tego rodzaju należą do nadzwyczajnie rzadkich, a cierpienie pę-

cherza, tą drogą wywołane, wlecze się niekiedy lata całe. Potrzeba zatem badać niejednokrotnie moczu chorego na tyfus.

3) Simonin omawia kilka przypadków *wysypki rumieniowej* (*eruptio erythematosa*), *wikłającej nieżyt gardzieli i pleśniawki* (*angina et stomatitis ulcero membranacea*). Rumienie to podobne są niekiedy do wysypki płoniczej, przyczem źródło infekcyi przeoczyć łatwo. Zazwyczaj ma się tu do czynienia z zakażeniem mieszanem. Zalecony przez Siredey'a błękit metylu prowadzi szybko do zabliznienia owrzodzeń.

δ) **Académie de médecine.** *Posiedzenie z dnia 3 grudnia 1901 r.*

4) Robin, Binet i Dupasquier zdają sprawozdanie *z działalności płuc na wyżynach*. Mówcy odbyli podróż nadpowietrzną balonem „Quo Vadis“ i zauważyli objawy następujące: przyspieszenie tętna i oddechu, ostatnie wzrasta równomiernie ze stopniem wysokości i w tym stosunku zmniejsza się pojemność płuc. Wentylacja tychże powiększa się również w miarę coraz większego szybowania ku górze, lecz nieprawidłowo, wzmagą się oddechowa przemiana gazów, przyczem tkanki chłoną tlenu coraz więcej, iloraz, wreszcie, oddechowy maleje znacznie. Wszystkie objawy te nikną stopniowo dopiero wtedy, gdy aeronauta zbliżyć się znowu zacznie ku ziemi.

5) Fernet podnosi *wartość leczniczą strychniiny*, zwłaszcza w obec nerwowych napadów, zależnych od pijaństwa lub—wyczerpania skutkiem chorób zakaźnych. Środek ten dziś jeszcze nie jest ocenionym należycie. Zdaniem mówcy, strychnina w cierpieniach tych działa najskuteczniej, gdy środki inne, jak kąpiele, dyeta mleczna, odosobnienie, zaledwie możnaby zaliczyć do pomocniczych. Dawka leku dochodzić może do 0,004 *pro die*, pod postacią zastrzyknięć — nawet do 0,007. W stanach wyczerpania nerwowego, zależnie od chronicznego alkoholizmu zapisywać wypadnie strychninę w dawkach mniejszych: ogółem 0,003 *pro die, per se* lub w syropie. Środek ten, zastrzykiwany podskórnie, daje też wyniki dobre w przypadkach zapalenia płuc, grypy i duru.

ε) **Société medico-chirurgicale.** *Posiedzenie z dnia 23 grudnia 1901 roku.*

6) Minet. *Przyczynek do rozpoznawania guzów przedpecherzowych*. Autor zaznacza rzadkość guzów tego rodzaju, umiejscowionych w *cavum Retzii*. Dla odróżnienia należy wykluczyć: 1) nowotwory ścian pęcherza, pozostające bez zmiany podczas skureczu mięśni brzucha z prawej strony; dalej 2) trudno wyczuwalne w podbrzuszu nowotwory pęcherza i inne tegoż cierpienia: rozrzedcie skutkiem zastoiny moczu, przez uchyłek nieopróżniony, obecność kamienia, również — niektóre postaci zapalenia przewlekłego tkanek przyległych (*pericystitis chronica*), dość równomiernie pogrubiające ścianę narządu. Wreszcie, 3) guzy brzucha i miednicy, resp. niewieściich narządów płciowych.

Gdy raz rozpozna się na pewno, że guz leży z przodu pęcherza, należy jeszcze przekonać się, czy nie jest to ropień zimny, krwiostek lub ropówka natury chronicznej, w razach wyjątkowych spotrzegano tu przecie i promienię (*actinomycosis praevesicalis*).

W dyskusyi Desnos wyraził mniemanie, że wobec trudnych do usunięcia wątpliwości, najlepiej będzie wykonać cięcie rozpoznawcze; nieraz za guz przedpęcherzowy przyjmuje się nowotwór sieci lub kieszek; takiegoż błędu rozpoznawczego dopuścił się Schwartz w jednym przypadku ropówki przymacicznej (*phlegmone peruterinum*). Ten że zaznacza niezwykle trudność rozpoznania różniczkowego.

7) Oddo i Audibert (z Marsylii) zdawali relacyę z *okresowego, rodzinnego porażenia*, które zdarza się rzadko i zwać się winno *myoplegia familiaris*. Stan ten, najczęściej opierający się na dziedziczności, prowadzi do przejściowej zagłady ruchów dowolnych, zniesienia odruchów ścięgowych i odczynu na prąd elektryczny, zresztą, bez zmian w dziedzinie czucia i psychiki.

8) Marcel Labbé i Jean Ferrand mówili o *ciężkim zatruciu ołowiem wśród robotników, pracujących na fabrykach akumulatorów*. Po upływie 2—6 miesięcy występowały u osobników tych rozległe porażenia z wyraźnym zanikiem mięśni i niedokrewnością. Za drogę, po której jad przedostaje się do ustroju, uważać trzeba narządy oddechowe, ludzie ci bowiem pracują w powietrzu, wypełnionem przez pył ołowiany. Z poglądem tym zgadza się i Rendu.

9) Chauffard i Siredey zwracają uwagę na wielką *skuteczność błękitu metylowego*, w proszku, w postaciach *bloniasto-wrzodzących nieżyty gardzieli (angina ulcero-membranacea)*. Srodek ten nadto nadaje się wybornie do odróżnienia nieżyty od wiewióra migdałów. Autorzy wraz z Simonin'em podnoszą częstotść tego rodzaju nieżyty u ludzi z popsutymi zębami.

K. N.

b) Z Towarzystw w Wiedniu.

1) Doc. J. Pollak mówił 10/II r. b. o *cierpieniach ucha środkowego u dzieci*. Według niego, swoistem cierpieniem ucha u dzieci jest *otitis media neonatorum*, spotykana u 75% niemowląt przeważnie niedorozwiniętych. Choroba przebiega z gorączką, dzieci krzyczą, chwytają za cierpiącą stronę głowy; niekiedy występują drgawki, utrata przytomności; po przedziurawieniu błony bębenkowej wszystkie te objawy znikają. Zapalenia, towarzyszące chorobom zakaźnym, mogą być natury łagodnej; niekiedy przebiegają bez objawów; leczenie tylko wyczekujące. Jeżeli jednak gorączka trwa dłużej (szkarlatyna, odra), podejrzewamy istnienie ropy, należy wykonać nakłucie błony bębenkowej. Nieżyty ucha środkowego towarzyszą najczęściej przerostowi migdałka gardzielowego; po usunięciu wyrosły zwykle ustępują; jednak u dzieci zolizowanych często nie ulegają żadnemu leczeniu.

2) K. Ullmann d. 24/II mówił o *stosunku niektórych cierpień skóry do chorób narządów wewnętrznych*. Cierpienia skóry mogą poprzedzać choroby narządów wewnętrznych (żółtaczką i nowotwory złośliwe), występować później (dur i łysina), lub towarzyszyć im (obrzęki). W powstawaniu wielu cierpień skóry ważną rolę odgrywa dzie-

dziczność (*psoriasis, lichen ruber, pemphigus*). Cierpienia te są często w związku z okresem rozwoju lub wiađu człowieka (u dzieci—pryszczycyca i łojotok, u starców—nowotwory złośliwe). Cierpienia skóry, jako narządu wydzielniczego i regulującego ciepłotę, prowadzą za sobą zaburzenia w narządach wewnętrznych; w *eczema universalis, pemphigus, sclerema* znajdujemy cierpienia nerek, kiszek lub płuc. Niektórzy autorowie stawiają te zjawiska w zależności od zaniku wewnętrznej sekrecji skóry, z czem się autor nie zgadza. Pomiędzy nerkami i skórą, zdaje się niema stałego bezpośredniego związku, gdyż w przewlekłej chorobie Bright'a nie dochodzi do cierpień skóry, chociaż pierwiastki toksyczne moczem przez nią są wydzielane. Być może związek chorób skóry i nerek zależy od zajęcia ośrodka naczynioruchowego. Przyczyną chorób skórnych w cierpieniach żołądka i kiszek są produkty rozpadu białka. Niektóre cierpienia skóry stoją w ścisłym związku z narządem nerwowym (*erythromelalgia, angioneuroses, Herpes zoster*).

3) D. 7/II. W. Knöpfelmacher przedstawił preparat nerek z podwójnymi miedniczkami i moczowodami, pochodzący z 4-letniej dziewczynki, zmarłej na *pyelonephritis*. Lewy górny moczowód otwierał się do pochwy.

4) E. Ullmann tymczasowo donosi o wyniku przeszczepiania nerki. Wyciętą nerkę zaszywał temuż zwierzęciu (psu) pod skórę szyi, połączywszy naczynia nerki z naczyniami szyi. Nerka w ciągu wielu dni zupełnie normalnie wydzielala mocz.

5) S. Fränkel mówił o różnicy działania środków lekarskich zależnie od ich budowy stereochemicznej. Badanie budowy podobnie działających ciał wykazuje, że pewne ugrupowanie w przestrzeni ich chemicznych części składowych warunkuje ich jednakowe działanie. W każdym środku znajduje się włączona w łańcuch grupa (może ich być więcej), wywołująca działanie specyficzne. Zależnie od siły powinowactwa chemicznego między pojedynczymi grupami i tkanką, występuje działanie główne i poboczne. Główne działanie środka nie zmieni się, jeżeli wstawimy w łańcuch nowe grupy, nie naruszając budowy stereochemicznej danego związku. Np. wszystkie pochodne morfiny, w której phenolhydroxyl będzie zamieniony jakimikolwiek rodnikami, wykazują działanie nasenne (*kodeina, dionina, heroina*); jeżeli jednak, wskutek rozerwania jądra benzolowego, nastąpi inne ugrupowanie w przestrzeni, wtenczas otrzymamy związki nieposiadające własności hypnotycznych.

T. B.

c) Towarzystwa lekarskie w Niemczech.

Verein f. innere Medizin w Berlinie. Posiedzenie z d. 3/II 1902.

1) D-r Jürgens przedstawił preparat czaszki ludzkiej niezwykłych wymiarów. Grubość sklepienia w niektórych miejscach wynosiła 3,5 cm., w miejscu najcieńszem dochodziła 2,5 cm. Okostna, zarówno jak opona trwarda mózgowa nie były zgrubiałe.

Zgrubienie kości w danym przypadku powstało nie wskutek *perio-stitidis ext.*, ani też *pachymeningitidis ext. ossif.*, a zawdzięcza początek swój rozrostowi samej tkanki kostnej—*hyperostosis ext., spongiosa et interna*. Wielu autorów uważa cierpienie to za pokrewne akromegalii.

2) **Towarzystwo lekarskie w Greifswald.** Posiedzenie z d. 1/III r. b. August Bier wygłosił odczyt o *najnowszych postępkach w leczeniu złamań kości*. Prelegent podniósł wielkie znaczenie promieni Roetgena, nie tylko dla rozpoznania, lecz również leczenia złamań. Dzięki roentgenizacji przekonano się, że nastawiania odłamków dokonywano dotychczas wcale nie tak prawidłowo, jak przypuszczano. Bier prześwietla chorych przedewszystkiem w celach rozpoznawczych, następnie powtórnie w celu przekonania się, czy nastawienie odłamków odbyło się dobrze, wreszcie, czy odłamki nie uległy przemieszczeniu po nałożeniu opatrunku. W ostatnim przypadku zdejmuje opatrunek i nastawia odłamki powtórnie. Dzięki temu leczenie może się odbywać znacznie pomyślniej, niż dotychczas.

W. St.

VI. ODCINEK.

1. K. Proksch. **Historja chorób wenerycznych** (Die Geschicht der venerischen Krankheiten. Alterthum und Mittelalter) (w starożytności i w wiekach średnich).

(Ciąg dalszy).

Grecya. Nie znalazłszy dostatecznego oparcia dla wniosków swoich w literaturze Wschodu starożytnego, badacz dziejów medycyny zwraca się z wielką otuchą ku Grecyi, w której kwitły nauki i sztuki. Spotyka go tu jednak zawód, literatura bowiem lekarska greków względnie do literatury poświęconej poezyi, sztukom, matematyce, filozofii jest biedna, zwłaszcza gdy chodzi o dział chorób narządów płciowych. Stawiano jej drugi jeszcze zarzut, oto, że nie jest samodzielną, a zapożyczyła sporo od narodów wschodnich; Ebers wprost twierdził, że znaczna część literatury lekarskiej greków pochodzi z Egiptu. Zarzut ten odparł E. Curtius, dowiodłszy, że wszystko, co grecy zdziałali w sztukach i umiejętnościach, jest ich własne, gdyż nawet to, co zapożyczyli od obcych, tak przekształcili i tak uzupełnili, że stało się to również ich własnością niepodzielną. Właściwa literatura lekarska rozpoczyna się od Hippokratesa (ur. w 460 r. przed Chryst.), dawniejsze bowiem pisma greków, medycynie poświęcone, zaginęły bezpowrotnie. Należy wszakże mieć na uwadze, że w dziełach, które przywykliśmy nazywać i uważać za Hippokratesowe, znajduje się niewątpliwie część tego, co powstało przed nim jeszcze i—choćaż znacznie mniej—dodatki późniejszych. Ustępów poświęconych chorobom narządów płciowych wogóle tam nie wiele;

rozrzucone w różnych miejscach nie stanowią one całości. O rzeżączce np. znajdujemy właściwie raz tylko wzmiankę i również o zwężeniu cewki moczowej, kiedy autor mówi o niemożności wprowadzenia cewnika do pęcherza. Owrzodzenia narządów płciowych znalazły więcej miejsca i, chociaż nie zaznaczona ich przyczyna, z opisu wnosić można, że mowa tam o owrzodzeniach wenerycznych. Również nie ulega wątpliwości, że w Grecyi lekarze z epoki Hipokratesa posługiwali się przy badaniu wziernikami macicznymi. Ustępy poświęcone opisom choroby, połączonej z owrzodzeniami jamy ustnej, „ospą“ na narządach wstydlivych zewnętrznych, wypadaniem włosów, zapaleniem oczów, chrypka i t. p. mają na względzie—należy przypuścić—przymiot, zwłaszcza, gdy dalej jest mowa o próchnieniu podniebienia twardego i zapadaniu się nosa. Rufus z Efezu, znakomity lekarz grecki z pierwszego wieku po Nar. Chr., wskazał na zależność bubonów od cierpień narządów płciowych i pozostawił bardzo szczegółowy opis lepieży ostrych. Niemniej znakomity Aretacus z Kapadocyi, lekarz z tegoż czasu, najdokładniej opisał rzeżączkę; zalicza on ją do chorób ciężkich i przykrych, prowadzących do ogólnego wycieńczenia i wymagających przeto starannego leczenia; choroba polega na tem, że skutkiem osłabienia narządów płciowych powstaje wyciek nasienia z cewki chociaż nie obfity, ale stały w dzień i w nocy, nasienia w dodatku, które już utraciło siłę zapładniającą. U kobiet wyciek sprawia nadto lechtanie i zbudza chęć ku spółkowaniu. Dioskorides zaś w wybitnem swoim dziele farmakologicznem obok leków przeciwko wypływowi nasienia podaje przepis na opuchnięcie jąder. Klaudysz Galenus, którego powaga w nauce lekarskiej przetrwała wieki, o chorobach nie powiedział właściwie nic nad to, co się znajduje u poprzedników jego: Hipokratesa i Celsa. Rzeżączka, zdaniem jego, nie jest niczem innym, tylko wypływem nasienia zepsutego, pomimo, że sam podaje przykład mężczyzny, który, będąc dotknięty chorobą tą, udzielił jej kobietom, z którymi spółkował. Owrzodzenia narządów płciowych G. opisał bardzo dokładnie, ale na równi z innymi lekarzami, poprzednikami swoimi i następcami, nie dostrzegł ani związku pomiędzy ich powstawaniem a stosunkami płciowymi, ani zgola z innego rodzaju przeniesieniem zarazy. Natomiast związek pomiędzy bubonami a owrzodzeniami zaznaczono wyraźnie, również—pomiędzy owrzodzeniami narządów płciowych a cierpieniami nosa, jamy ust, gardzieli. Soranus z Efezu, lekarz z II w. po Nar. Chr., zasługuje na wzmiankę ze względu, że zalecał gorąco badanie macicy przez wziernik, chorym zaś na rzeżączkę—łóże twarde i unikanie pobudzeń płciowych. Antyllus, wybitny chirurg z III w. po Nar. Chr., opisał dokładnie stulejkę i załupek (*phymosis*, *parophymosis*) tudzież obrzmienie, stosowane jako zabieg chirurgiczny w celach leczniczych, nie zaś rytualnych, nadto podał sposoby usuwania lepieży ostrych (wycięcie, przypalanie), oraz szprycowania do pochwy u kobiet. Heliodor z IV w. po Nar. Chr. poświęcił sporo uwagi zwężeniu cewki; powstają one, zdaniem autora, skutkiem owrzodzeń w cewce; światło cewki po zagojeniu się owrzodzenia może uleść zupełnemu zamknięciu lub też tylko zwężeniu częściowemu,

a odpowiednio do tego wystąpi albo całkowite zatrzymanie moczu, albo tylko utrudnione i bolesne oddawanie jego. Jako środek leczniczy zaleca cięcie wewnętrzne z następczem zakładaniem świeczek papierowych lub sond metalowych. Oribasis z Pergamu (r. 326—403 po Nar. Chr.) zebrał najstarsze i najważniejsze pisma lekarzy greckich, nie można więc szukać u niego jakiegobądź nowych poglądów; jedno tylko miejsce zasługuje na bliższą uwagę, mianowicie kiedy mówi o wysypkach u dzieci i zaznacza, że przyczyną ich mogą być niekiedy cierpienia narządów rodnych matki; otóż można wnosić, że daje tam wzmiankę o przymocie dziedzicznym. Aetius, słynny kompilator z połowy VI wieku ery naszej, uzupełniał niekiedy pisma poprzedników uwagami z własnego doświadczenia poczerpniętymi. Rzeźączkę bierze on, wprawdzie, jeszcze za wypływ nasienia zepsutego, obok tego jednakże opisuje wyciek z cewki skutkiem owrzodzeń w niej i zaleca w tych razach szprycowania. Jemu też należy poczynać za zasługę, że znane już swoim poprzednikom szprycowania pod napletek przy stulejce dokładniej opisał i zaletę ich wykazał. Paweł z Eginy (koniec VI w.) rozszerzył poglądy niektóre poprzedników swoich i dokładniej opisał rzeźączkę w tym sensie, że nie tylko zaznaczył możliwość istnienia w cewce moczowej owrzodzeń, ale wskazał na objawy: wypływ ropny lub krwisty, wydzielający się stale z cewki. Oprócz szprycowań zalecał wprowadzanie do cewki szarpi lub płótka w odpowiednich lekach umaczanych. Tenże autor opisał szczegółowo sposób użycia wziernika macicznego, mianowicie wskazał, jak należy ułożyć chorą, jak wymierzyć sondą długość pochwy, by nie wziąć nieodpowiednio długiego wziernika, wreszcie, jak go wyprowadzić. Z opisu tego widać, że w użyciu były wzierniki o dwu (lub może więcej) ramionach, które można było zbliżać lub oddalać jedno od drugiego i w ten sposób rozciągać pochwę. Wreszcie, gdy stawia w jednym szeregu owrzodzenia narządów płciowych, stolca, nosa, ust z wysypkami na skórze oraz, gdy na wszystkie te przejawy choroby zaleca jedne i te same środki, sprawia wrażenie, iż przypuszczał wspólne ich źródło pochodzenia, jedną dla wszystkich przyczynę, pomimo, że sam tego bynajmniej wyraźnie nie zaznacza. Nikolaos Myrepsos Alexandrinos (z XIII w.) wydał księgę, zawierającą około 3000 recept. Wskazują na nią historycy medycyny jako na dowód upadku w tym czasie medycyny greckiej, tyle tam bowiem znajdują rad opartych na przesądach lub niezajomości istoty chorób. Dla nas ważnym jest tam jeden ustęp, mianowicie wzmianka o wcieraniach maści merkuryalnej przy owrzodzeniach migdałków, dziąseł i narządów płciowych. W dziełach historyków, nie lekarzy, znajdujemy również niekiedy opis chorób, ustępy nas interesujące: Dion Chrysostomos (koniec I w. po Nar. Chr.), powstając przeciwko rozpowszechnionej za jego czasów pederastyi, zaznacza, że obrażona Afrodyta piętnuje grzeszników, niszcząc im nosy; Kedrenus opowiada o pewnej niewinnej dziewczycy (z czasów prześladowania chrześciana za Dioklecjana), którą oddano do lupanaru i która starała się zachować niewinność swoją przez opowiadanie zbliżającym się do niej

mężczyźnom, że ma wrzód na narządach płciowych. Oczywiście za-
raźliwość wrzodów takich była wówczas powszechnie znaną.

F. G-yc.

D. e. u.

KRONIKA BIEŻĄCA.



(js) Szpitalnictwo w Warszawie.

Niejednokrotnie już na tem miejscu zaznaczaliśmy potrzebę reform gruntownych w szpitalnictwie naszym, a, co najważniejsza, zwiększenia ilości łóżek szpitalnych w Warszawie, brak bowiem coraz większy odczuwać się daje mimo nawet, że w ostatniem dziesięcioleciu zwiększono ilość ich o 533.

Jak donosiliśmy, komisya pod prezydencją prof. Kosińskiego projektowała: 1) powiększyć liczbę łóżek etatowych o 600 miejsc; 2) wznieść nowe budynki szpitalne, przebudować stare gmachy i poczynić w nich ulepszenia kosztem 1,334,750 rb.; 3) zwrócić się do władzy o udzielenie pożyczki budowlanej bezprocentowej z warunkiem spłacenia jej we wskazanym terminie; 4) wrazie nieprzychylenia się władzy do tego projektu, wyjednać podobną, co do warunków, pożyczkę z funduszów żelaznych zakładów dobroczynnych, lub też z sumy sprzedażnej folwarku Rakowiec, należącego do szpitala św. Rocha; 5) wyjednać pozwolenie władzy na budowę szpitala św. Rocha na terytoryum szpitala św. Łazarza, szpitala Wolskiego zaś na gruncie sal zarobkowych im. Staszica; 6) poczynić starania o częściową zmianę prawa z d. 3-go czerwca 1894 r. o podatku szpitalnym w tym względzie, aby osoby obecnie wolne od podatku obowiązane były opłacać 2 rb. 25 kop. rocznie; 7) wyjednać ustanowienie 40 kopiejkowej opłaty od paszportów osób przyjezdnych, na rzecz zakładów dobroczynnych; 8) podwyższyć opłatę za leczenie osób zamiejscowych do 50 kop. dziennie; 9) poczynić starania o pociąganie fabrykantów miejscowych do wzięcia czynnego udziału w sprawie prawidłowej organizacyi szpitali i ambulatoryów dla robotników.

W konkluzyi komisya orzekła, że w razie, jeśli pomienione postulaty, a w szczególności nałożenie podatku nie uzyskałoby zatwierdzenia władzy, to, zdaniem komisyi, całe szpitalnictwo powinno być niezwłocznie oddane pod zarząd magistratu m. Warszawy wraz z właściwymi źródłami dochodu, gdyż w najbliższej przyszłości radzie miejskiej zabraknie środków na zaspokojenie potrzeb zakładów dobroczynnych.

Wzmiankowany referat komisyi władza wyższa zwróciła radzie miejskiej z propozycją wzięcia pod uwagę oddzielnych opinii niektórych członków rady, jak również rozważenia, czy nie można byłoby zmniejszyć wykazanych w referacie wydatków na szpitale za-

równy jednorazowych na powiększenie liczby łóżek, jak i stałych na utrzymanie łóżek, przez założenie w blizkiej przyszłości osobnego szpitala fabrycznego, na koszt fabrykantów miejscowych.

Skutkiem tego powstały 3 referaty, przedstawione jako postulaty oddzielnych członków. Notujemy najważniejsze: 1-o) uznać za normę nie 1 łóżko na 230, a 1:200 mieszkańców jak to się dzieje na zachodzie 2-o) utworzyć oddzielne przytulki dla nieuleczalnych, 3-o) rozwinąć ambulatorya i leczenie chorych w domu przez lekarzy szpitalnych. Drugi referat żąda zwiększenia ilości łóżek dla ludności żydowskiej do 1000. Trzeci proponuje: 1) zwiększyć opłatę do 50 kop. na oddziałach szpitalnych wewnętrznych, a do 1 rb. na oddziałach chirurgicznych dla zamiejscowych, 2) wybudować pawilon dla nieuleczalnych w Górze Kalwaryi, 3) wstrzymać się z rozszerzeniem szpitali aż do uzyskania środków odpowiednich, mianowicie: a) pociągnąć do opłaty szpitalnej pracodawców po rb. 2 od każdego robotnika lub sługi, b) od osób nie opłacających podatków żądać zapłaty według kosztów rzeczywistych t. j. 0,56—1,51 rb. dziennie c) obłożyć podatkiem bilety na widowiska i poniżej 1 rb. Dochód z tych źródeł da 905.000 rb., a że wydatki wyniosą 733.000 rb., pozostanie 172.000, które użyć należy na rozwinięcie ambulatoryów i rozszerzenie szpitali, na razie zaśrozszerzyć szpital św. Rocha, sprzedawszy Rakowiec, co pozwoli na kupno placu za 200.000 rb., budowę szpitala na 300 łóżek za 725.000 rb. i pozostawienie kapitału żelaznego 475.000 rb., rozszerzyć szpital Prazki z remanentów w ciągu lat 3, wybudować z kapitałów szpitala św. Ducha nowy szpital przy rogu Żelaznej i Leszna oraz na 65 łóżek dla suchotników w Mieni.

Rada miejska po ponownem rozpatrzeniu referatów tych przez komisję, postanowiła na razie nie brać pod uwagę kwestyi utworzenia oddzielnych szpitali dla robotników, poprzeć wnioski o pociągnięciu pracodawców do 2 rublowej opłaty, opodatkować wszystkie bilety do teatrów i na widowiska do 5%, poprzeć wnioski stopniowego, wskazanego w 3-im referacie rozszerzenia szpitali, odrzucić wnioski co do ambulatoryów i leczenia darmowego chorych w domu i o zwiększenie liczby łóżek wyłącznie dla żydów do 1000, jako niezasadnione.

Oto w krótkich zarysach dotychczasowe projekty w kwestyi szpitalnej, które zostaną przedstawione władzom do zatwierdzenia. Widzimy z nich, że zajęto się sprawą szczerze i rozwiązano ją o ile można najlepiej. W myśl tego liczba łóżek zwiększy się o 585 w ciągu lat kilku, a nadto uzyskany będzie fundusz na stopniowe zwiększenie liczby łóżek w dalszych latach.

Gdyby projekty te nie były zatwierdzone, nie pozostaje nic innego, jak oddać szpitale magistratowi, który szukać będzie musiał środków na polepszenie szpitalnictwa.

Z pośród wszystkich projektów, krytykujących i uzupełniających prace komisji, jasnością i opracowaniem szczegółów odznacza się trzeci — należący do p. o. naczelnika zakładów dobroczynnych — zaleca się on światłym i szerokim poglądem na sprawę i ostrożnością,

aby w reformach nie iść zbyt daleko i nie utknąć wkrótce dla braku środków, również zasługuje na uwagę projekt inspektora szpitali, uporządkowania prawodawczego szpitalnictwa, które dziś zależne jest od 3-ch władz różnych, przez co traci na ciągłości pracy i na samodzielności, natomiast odmówić należy zupełnie słuszności pierwszemu wnioskowi, który żąda leczenia w domach przez personel szpitalny chorych bądź nieprzyjętych bądź wypisanych ze szpitali, zwiększyło by to bowiem pracę lekarzy szpitalnych ze stratą dla szpitali, a nadto dawało by, znanej z wycisku pracy lekarskiej publiczności warszawskiej pole do nadużyć. Co do innych projektów, oddzielenie ambulatoryów i oddanie ich magistratowi, zdaniem naszym, nie ma racyi bytu z chwilą, gdy rada miejska rozporządza podatkiem szpitalnym, ambulatoryum musi być związane ściśle ze szpitalem, jest bowiem instytucją dla szpitala pomocniczą, znaczna bowiem liczba chorych, którzy zalegali by szpitale, leczą się ambulatoryjnie. Utworzenie ambulatoryów oddzielnych od szpitali podniosłoby koszt ich utrzymania i niesłusznie obciążało by magistrat, skoro są dla szpitalnictwa potrzebne i skoro mają prawo korzystać w ambulatoryum ci, którzy płacą podatek wpływający do rady miejskiej *respective* do kas szpitali, dlatego nie możemy się zgodzić na wniosek komisji pod tym względem, żądający przekazania ambulatoryów opiece finansowej magistratu.

Odrzucenie natomiast wniosku zwiększenia miejsc dla żydów do $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby było ze wszech miar słuszne, gdyż żydzi mają narówni z innymi dostęp do wszystkich szpitali i przywileju tego pozbawiać ich nie można, utworzenie zaś 1000 łóżek specjalnych dla nich równało by się specjalnemu ich popieraniu, gdyż w rozporządzeniu $\frac{1}{3}$ części ludności byłaby nie tylko $\frac{1}{3}$ część łóżek szpitalnych, ale znacznie więcej, jeśli wziąć pod uwagę liczbę żydów, leczących się w innych szpitalach. Z równą, zresztą, słusnością mogliby żądać tego samego ewangelicy i inne wyznania i stworzyło by to wyznaniowość w szpitalnictwie, dawno już i, zdaje się, bezpowrotnie zarzuconą, dało by to, zresztą, prejurykat nie tylko dla takiego podziału, ale nadto dla podziału na kategorye zajęć, co rozdrabniało by siły finansowe szpitalnictwa bez żadnego dla sprawy ogólnej pożytku.

Do sprawy tej wrócimy jeszcze, gdyż jest ona nader ważna i na czasie, dziś ograniczamy się do tych uwag ogólnych, chcąc zapoznać czytelników z zarysem projektów ulepszenia szpitalnictwa.

* * *

—r— Z nadesłanego nam sprawozdania za r. 1901 Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej wyjmujemy dane następujące: wezwań było 8827, z tego dziennych 6643, nochnych 2084, karety T-wa wyjeżdżały 5967 razy, na stacyi udzielono pomocy w przypadkach nagłych 2204, odmówiono pomocy w 546 wypadkach, alarmów fałszywych było 241. Większość poszkodowanych to mężczyźni (62,2%), katolicy (72,2%), robotnicy (57,2%) w wieku najusilniejszej pracy (20—40 lat). Wypadki dzielą się, jak następuje: zasłabnięć nagłych

2262, urazów 5336, porodów 60, obłąkanych 28, śmierć stwierdzono 184 razy. Najwięcej, bo 52^o/o dały rany tłuczone i stłuczenia, dalej idą rany nożem zadane, które stanowią 18^o/o.

Z zasilaniem nagłych najczęściej było drgawek i napadów padaczki i histeryi, otruc przeważnie lugiem u kobiet i dzieci i „kurczów żołądka”. Samobójstw było 124.

Przewieziono 2818 chorych, z tego do szpitali 1830 osób poszkodowanych w wypadkach nieszczęśliwych, chorych obłożnie przewieziono bezpłatnie 136. Przeciętna szybkość udzielenia pomocy—10 minutom od chwili wezwania. Dochody wyniosły 41.205 rb. 46 kop., wydatki 33.559 rb. 72 kop. Towarzystwo w d. 1 stycznia r. b. posiadało majątku 41.081 rb. 85 kop. Zarząd składał się z prezesa G. hr. Przeddzieckiego, wiceprezesa prof. J. Kosińskiego, sekretarza kol. J. Zawadzkiego, skarbnika p. J. Serkowskiego, radcy prawnego J. Szteynera, kol. W. Stankiewicza, kol. W. Szteynera, sędziego W. Kronenberga, kol. O. Hewelke, rejenta Wasiutyńskiego, inżynierów Krzyżanowskiego i Mazurowskiego i p. A. Mokiejewskiego.

Towarzystwo zatrudnia 1 zarząd. stacyą z pensją 600 rb., 16 lekarzy dyżurnych z pensją od 600—700 rb., 9 sanitaryuszy, 5 woźniców.

W kancelaryi pracuje 3 urzędników.

Inwentarz martwy ma wartość 11.377 rb., konie 1.532 rb. 66 kop. Członków liczy 786.

—z— Statystyka lekarzy w Niemczech bynajmniej nie jest pocieszająca. W r. 1880 na jednego lekarza 3400 chorych, w 1890—2000, w 1906 będzie 1:1850. Obecnie praktykuje w Niemczech 28500 lekarzy, 6% z nich ma posady rządowe. W porównaniu z r. 1887 zaludnienie Niemiec wrzósło o 11,5%, liczba zaś lekarzy o 63,8%. Takież same stosunki są w Belgii, gdzie średni zarobek lekarza wynosi 3000 fr. rocznie.

—z— 1 stycznia 1904 r. upływa termin nadsyłania prac na konkurs międzynarodowy Astley Coopera (7500 fr.): „Patologia raka i jego przerzutów w związku z guzem pierwotnym”.

—z— L'academie de sciences morales et politiques ogłasza konkurs na pracę o walce z alkoholizmem. Nagroda im. Beaussowa 5000 fr., termin—31 grudnia 1904 r.

—z— W Honolulu dobre wyniki w leczeniu trądu dało podobno stosowanie drzewa tua-tua.

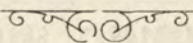
—z— Na cześć Józefa Skody z powodu nadchodzącego w r. 1905 100-lecia jego urodzin ma być wydana księga, do której materiały zbiera prof. Notnagel.

—z— Tow. lekarskie w Charkowie przystępuje do budowy przytulku dla chorych im. d-ra Frankowskiego.

—z— Prof. S. Przybytek w d. 3 sierpnia ukończy 25-lecie swej działalności profesorskiej w Akademii lekarskiej w Petersburgu.

—*js*— Rada miejska dobroczynności publicznej postanowiła zreorganizować służbę lekarską w szpitalu Dzieciątka Jezus i w żydowskim. W pierwszym ma być ustanowionych 12, a w drugim 17 posad ordynatorów etatowych z pensją po 300 rb. rocznie. Mogą być mianowani ordynatorzy nadetatowi, lecz bez pensji. Ustanowione będą także posady asystentów internów, po 6 dla każdego szpitala, z pensją po 300 rb. rocznie. Postanowiono wreszcie zwiększyć liczbę sióstr miłosierdzia w obydwóch szpitalach. Etat służby niższej ustanowiono dla szpitala Dzieciątka Jezus na 94, a dla żydowskiego na 80 osób.

—*js*— Cenzurze lekarskiej podlegają, według nowego rozporządzenia następujące ogłoszenia: 1) o specjalnie leczniczych środkach i preparatach, t. j. zwyczajnych i złożonych (farmaceutycznych); 2) o wszelkich kosmetykach i innych przedmiotach toaletowych nieleczniczych; 3) o wykonywaniu wszelkiej gałęzi praktyki lekarskiej przez lekarzy obojej płci, lekarzy-dentystów, dentystów, felczerów, masażyстів, akuszerki, wreszcie o szczepieniu ospy; 4) o profesjonalnych zajęciach farmaceutów, jako też osób i firm, zajmujących się fabrykacją lub sprzedażą towarów aptekarskich; 5) o sprzedaży wewnątrz państwa środków i preparatów leczniczych; 6) o miejscowościach leczniczych i wodach mineralnych, krajowych i zagranicznych. Cenzura ogłoszeń o środkach leczniczych i preparatach farmaceutycznych, krajowych i zagranicznych, oraz o nowych instrumentach i aparatach lekarskich i chirurgicznych, należy do rady lekarskiej ministerjum spraw wewnętrznych, cenzura zaś wszystkich innych wyżej wyszczególnionych ogłoszeń—do miejscowych urzędów lekarskich.



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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 15 Марта 1902 г.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny
Naturalny produkt

DO
KĄPIELI
borowinowych
lecznicych.



MATTONIEGO
sól borowinowa
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo
MATTONIEGO
ług borowinowy
(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

Heinrich Mattoni, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Glasshübl Sauerbrun, Budapest.

KROWIANKA

OSPA OCHRONNA

Daniłowiczowska № 8

Instytut D-ra TCHÓRZNICKIEGO.

W Zakopanem

(stacyi klimatycznej w Tatrach) od dwóch lat istniejący, cały rok otwarty

Zakład naukowo-wychowawczy

DLA CHŁOPCÓW SŁABOWITYCH

pensjonat z nauką gimnazjalną lub realną, do szkół galicyjskich albo też do szkół z językiem wykładowym rosyjskim; język niemiecki, francuski i muzyka. Pedagogiczna i lekarska opieka, higieniczne utrzymanie, po każdej godzinie nauki pauzy, zabawy i ćwiczenia fizyczne—wszystko do celu zakładu zastosowane. Młodzież przyjmuje się w każdym czasie. oraz na czas wakacyj.

Adres: LUDWIK SZWEJGIER, Zakopane ul. Chałubińskiego 2l.