

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: Prace oryginalne. I. D-r *H. Sadkowski*. Pyramidon i sposób jego działania—str. 353. II. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (d. c.)—str. 359.

Dział sprawozdawczy: I. *Choroby wewnętrzne*. 171. *S. Fenwick*. O cierpieniach syfilitycznych żołądka—str. 365. 172. *Swain. J.* O samorzutnej rozstrzeni przełyku—str. 366. 173. *Ewing. J.* Przypadek zapalenia nerek w zimnicy z nagromadzeniem pasorzytów w nerkach—str. 368. 174. *G. Lamb*. O przyczynie i istocie skorbutu—str. 369. 175. *E. Cautley*. Przypadek szmeru nad tętnicą płucną—str. 369. 176. *F. Mackey*. Odczyn Widal'a w przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych—str. 370. 177. *Lépine*. Leczenie moczówki cukrowej—str. 370. 178. *Naegelsbach*. Spokój i ruch w terapii suchot płucnych—str. 372. 179. *H. Salomon*. Zur Organotherapie der Fettstühle bei Pankreaserkrankung—str. 374. 180. *C. Pariser*. Zasady leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej—str. 376. II. *Choroby układu nerwowego*. 181. *A. Westphal*. O płasawicy chronicznej postępującej—str. 378. 182. *M. Bloch*. Przypadek władu rdzenia w wieku dziecięcym—str. 380. 183. *G. Dieulafoy*. Ziarniniak syfilityczny zrazu czołowego.—str. 381. IV. Z Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego—str. 383. V. Z towarzystw lekarskich zagranicznych—str. 389. VI. Notatki bibliograficzne—str. 393. VII. Odcinek. Historia chorób wenerycznych w starożytności i w wiekach średnich (c. d.)—str. 394. *Kronika bieżąca*—str. 396. Zmarli—str. 399. *Ogłoszenia*

Sommaire du Nr. 9. Travaux originaux: I. *H. Sadkowski*. Sur le pyramidon et mode de son action—p. 353. II. *Dr. F. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 359.

I. PYRAMIDON I SPOSÓB JEGO DZIAŁANIA.

(Dimethylamidoantypirina-Dimethylamidophenyldimethylpyrazolu $C_{13} H_{17} N_3 O$).

PODAŁ

Henryk Sadkowski.

W rzędzie najnowszych środków przeciwgorączkowych wielką wziętością cieszy się pyramidon, pochodny antypiryny. Jest to biały proszek, w wodzie rozpuszczalny (*maximum* 1:25), przyczem otrzymujemy słabo alkaliczny odczyn. Według opisów działanie jego zbliżone jest do antypiryny, silniejsze jednak, w skutkach swych trwalsze oraz, według niektórych, dla serca jakoby zupełnie nie-

szkodliwe (1—28). Wobec tedy tych zalet i dzięki poparciu prof. Kober'ta, który na trzecim zjeździe przeciwgruźliczym (w Berlinie r. 1899) gorąco go zalecał, pyramidon zaczęto stosować *largamam*; chociaż Brandeis już wzmiankuje (30), że u suchotników, jednocześnie z obniżeniem ciepłoty do normy, zauważyć można po użyciu pyramidonu poty, zapaść, a jako poboczne działanie—apatyę, wymioty, brak apetytu.

Zacząto więc stosować pyramidon bez uprzedniego sprawdzenia przez doświadczenia na zwierzętach, jego własności bez świadomości dróg i sposobów jego działania. Niebawem też spostrzeżono, że w tyfusie (7, 9) pyramidon działa wolno i nie zawsze pewnie, że powoduje często silne poty i upadek sił. Raz jeden spostrzegął Brandeis u chorego na tyfus nawet zapaść. Na zapaść u suchotników wskazał Stadelmann w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim Internistów (24 czerwca 1901 r.) Zauważono dalej przy stosowaniu pyramidonu wzmogoną przemianę materii organicznych oraz niejednokrotnie skonstatowano czerwone zabarwienie moczu (10, 21, 24). Nikt jednak z internistów nie przypisywał tego zabarwienia krwiomoczowi (hematuryi); Jolles wprost pisze: „*im Spectrum gab der Harn keine deutliche Streifen, vor Allem den als Methaemoglobins nicht*“.

Dalej, prócz przeciwgorączkowego działania, posiada pyramidon w wysokim stopniu i własności znieczulające. W tym kierunku mam do zanotowania następujące spostrzeżenie:

I. W., lat 56, zgłosiła się z powodu bólu nerwów międzyżebrowych, nie ustępującego od żadnych lekarstw. Badanie chorej wykryło objawy gośćca przewlekłego oraz niezbyt wysoki stopień stwardnienia naczyń krwionośnych. Zastosowałem pyramidon w dawkach po 0,5 2 razy dziennie. Po upływie 3 dni chora zgłosiła się ponownie, oświadczając, że dane lekarstwo wywołało u niej czerwone zabarwienie moczu, bóle zaś ustąpiły zupełnie.

Powyzszy przypadek zachęcił mnie do dalszych prób i badań nad działaniem pyramidonu, szczególnie zaś w kierunku wyświeślenia przyczyn zabarwienia moczu.

Do doświadczeń stosowałem preparat, sprowadzony od firmy Meister Lucius et Brüning, Höchst a/M, w dawkach po 0,5 2—3 razy dziennie (w opłatku); w przeciągu kilku dni u psa średniej wielkości wystąpiło zatrucie pyramidonem i wyraźne czerwone zabarwienie moczu; obecność w nim pyramidonu wykrywałem za pomocą odczynu z jodem (10% roztwór spirytusowy jodu, rozcieńczony 10-krotnie wodą): powstaje niebieski pierścień, przechodzący po pewnym czasie

w różowy. Zauważmy tutaj, że przy takim stosowaniu wewnętrznym pyramidonu u psa jaskrawo wystąpiły oznaki pobocznego działania—wymioty, brak apetytu, częste tętno i t. p.

Po upływie 2-ch dni, w przeciagu których zadawałem pyramidon w wyżej wymienionej ilości, mocz zaczął nabierać różowego odcienia. W widmie dawał on wyraźny pas absorbcyjny w niebieskim i znaczne przyciemnienie w czerwonym kolorze.

Po upływie kilku dni mocz wyraźnie stał się czerwonym, a pasy absorbcyjne—wybitniejszymi, jednakże krwawego zabarwienia moczu—nigdy nie było.

Wobec powyższych danych pozostaje przypuścić, że pyramidon działa niszcząco na krew, jaką jednak drogą—stwierdzić nie możemy, gdyż oprócz zabarwienia moczu i wzmożonej krzepliwości krwi o czem później, żadnych cech innych działanie to nie posiada.

Co się zaś tyczy widma samej krwi psa, któremu w następnych doświadczeniach zastrzykiwano wprost do krwi dawki, pyramidonu, to daje ona 2 pasy absorbcyjne oksy-hemoglobiny.

Wyżej już wzmiankowałem, że krzepliwość krwi w wysokim stopniu się wzmaga. Stwierdziłem to nie tylko przy bezpośrednich obserwacjach krzepliwości, zauważyłem bowiem również, że skrzepy w *art. carotis* we wszystkich poniższych doświadczeniach powstawały znacznie szybciej i częściej, aniżeli przy jakimkolwiek bądź innym środku.

Celem wyjaśnienia działania pyramidonu zarządziłem seryę doświadczeń, a mianowicie.

Doświadczenie I.

Pies wagi 5300 grm. Odpreparowanie *art. carotis* i połączenie teje z rurką kimografu. Wodny roztwór pyramidonu, nagrany do 30° C., w koncentracji 0,04 na 1,0 wprowadzony był wprost do krwi za pomocą kanki, wstawionej w *venam cruralem*. Następnie, gdy już działanie środka na oddech zostało zaobserwowane, to dla uniknięcia objawów silnego podniecenia i tępcowych drgawek, zastrzyknięto psu *curare* i zarządziło sztuczne oddychanie.

Zarówno w tem doświadczeniu, jak i w poniżej przytoczonych oddech, uderzenia serca, ciśnienie krwi i t. p. były zliczane w ciągu 1/2 minuty. Przeciętne ciśnienie krwi oznaczano w milimetrach.

Tablica przebiegu doświadczenia.

Czas	Ilość oddechów $\frac{1}{3}$ m.	Ilość uderzeń serca $\frac{1}{3}$ m.	Średnie ciśnienie krwi w milimetrach.	Temperatura R.	U W A G I
12 g. 47 m.	15	88	117	38,4 ^o	
	16	81	119		
12 g. 48 m.	13	83	120		
	12	81	112		odpreparowana v. cruralis.
12 g. 49 m.	17	87	114		
	17	79	112		
12 g. 50 m.	22	86	116		
	13	84	113		
12 g. 51 m.	16	82	116		
	18	82	118		
12 g. 52 m.	14	85	111		
	14	82	111		
12 g. 53 m.	9	85	109		
	16	85	112		
12 g. 54 m.	19	90	113	38,0 ^o	
	17	64	106		2 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
12 g. 55 m.	14	90	122		
	14	81	120		
12 g. 56 m.	16	100	122		2 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
	21	77	135		niepokój, drgawki tężcowe
12 g. 57 m.	15	108	141		" " "
	15	86	116		" " "
12 g. 58 m.	5	123	130		" " "
	7	112	142		" " "
12 g. 59 m.	5	93	145		
	7	113	128		
1 p. poł.	9				skrzep w art. carotis
	16	86	120		
	20	115	110		4 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
			122	37,6 ^o	skrzep
	Sztuczne oddychanie				Tracheotomia, Curare
		82	41		
			40		10 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
		127	70		
					skrzep
					10 c.c. pyramidonu 0,04:1,0
		138	40		
		131	44		
1 g. 37 m.		121	22		10 c.c. " "
			22		7 c.c. " "
		129	22		
		146	23		
		116	23		
		110	23		
		112	28		
1 g. 47 m.		100	31	37,2 ^o	
1 g. 53 m.		90	47		
1 g. 55 m.		98	48	36,8 ^o	

Wyniki pierwszego doświadczenia dowodzą, że pod wpływem pyramidonu:

1) oddychanie staje się mniej częstym, czy to w zależności od drgawek, czy też jako objaw pewnej kompensaty wobec wzmożonego ciśnienia krwi i częstszych skurczów serca. Znaczyłoby to, że przy silnem wzmożeniu ciśnienia krwi i częstej działalności serca krew w płucnej sieci naczyń włoskowatych prędzej ulega zmianie i utlenieniu, aniżeli to bywa w warunkach normalnych, wobec czego potrzebną była mniejsza ilość oddechów.

Przy tych doświadczeniach, w których stosowanem było rozcięcie tchawicy (tracheotomia), a nie zastrzykiwano kurare—po pyramidonie następowało częstsze oddychanie.

2) Ilość uderzeń serca na minutę zwiększa się (104 zamiast 84).

3) Ciśnienie krwi znacznie wzmaga się, przeciętnie o 35 m.m.

4) Temperatura w anus w przeciągu 1½ godziny uległa obniżeniu o 1,6° R. (przy ogólnej dawce 2,25 pyramidonu). Należy jeszcze przyjąć pod uwagę: wpływ kurare oraz pozycję psa.

5) Małe dawki pyramidonu (0,1—0,2) wprawiały psa w stan silnego niepokoju (drgawki, wymioty).

6) Pyramidon zwiększa krzepliwość krwi, nigdy bowiem w tych samych warunkach nie tworzyło się tyle skrzepów w *art. carotis*. Być może, że ta właściwość pyramidonu jest w związku z jego niszczącym wpływem na krew, w każdym razie pokrewną jest hemostatycznemu działaniu, jakie posiada protoplasta pyramidonu—antypiryna.

Doświadczenie II.

Za obiekt użyto sukę średniej wielkości. Tracheotomia. Odpreparowanie nerwów: *cruralis*, *vagus* i *ischadicus*. Połączenie *art. carotis* z kimografem. Zastrzyknięcie 6 c. c. kurare. Sztuczne oddychanie. Cel doświadczenia—sprawdzenie obserwacji poprzednich oraz zbadanie stanu pobudliwości nerwów pod wpływem pyramidonu.

Tablica przebiegu doświadczenia.

Czas	Płoch ude- rzeń serca 1/2 m.	Średnie ciśnienie krwi w mi- limetrach	U W A G I
1 p.p. 35 m.	31	152	
	34	149	
	37	145	podrażnienie n. cruralis prądem indukc. przy
	33	142	n. vagi 25 ctm. [25 ctm. odległości szpulek
	31	126	" " 17 " i 10 ctm. czasowy brak tętna
	36	149	6 c.c. curare 0,008:1,0
	87	105	
	102	35	oddychanie sztuczne, drażnienie n.n. cruralis,
1 g. 57 m.	120	146	[vagus i ischiadicus bez skutku
	131	144	podrażnienie n. cruralis 17 ctm.
1 g. 58 m.	110	151	" " " 10 "
	117	141	" " vagus 10 "
	126	150	" " cruralis 10 "
	115	156	" " " 5 "
	143	151	
	151	150	
	129	150	
	126	160	
	121	156	
	129	153	
	135	66	10 c.c. pyramidonu 1,0:25,0
	116	178	
	144	176	
	117	168	
	121	170	podrażnienie n. cruralis 10 ctm.
	122	175	
	113	173	" " vagus 17 "
	116	160	" " " 10 " (czasowo brak
	116	163	" " cruralis 10 " [tętna)
	113	149	" " ischiadici 10 "
	123	144	10 c.c. pyramidonu 1,0:25,0
	143	223	
	145	222	
	135	160	5 c.c. "
	154	222	
	144	188	drażnienie n.n. cruralis i vagus 10 ctm.
	150	209	
	146	184	
	118	122	
	127	216	
	125	190	" n. cruralis
	123	218	" " vagus
	130	191	" " ischiadici } 10 ctm.
	129	100	
	—	—	
	233	184	podczas 1 m.
	—	—	
	218	180	" 1 "

Wyniki drugiego doświadczenia potwierdziły spostrzeżenia poprzednie, a mianowicie, że od pyramidonu powiększa się:

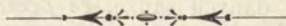
- 1) ilość uderzeń serca,
- 2) ciśnienie krwi oraz, że zwiększa się;
- 3) pobudliwość nerwów czuciowych i
- 4) pobudliwość środków hamujących serce.

Stwierdzona tutaj wzmózona pobudliwość nerwów czuciowych staje niejako w sprzeczności z opinią pyramidonu jako środka znieczulającego. Sprzeczność to jednak tylko pozorna: analgezya może być spowodowana przez anestezję zakończeń nerwowych niezależnie od wzmózonej pobudliwości samych nerwów.

Przyznać należy, że doświadczenie to niedostatecznie oświetla kwestyę znieczulającego działania pyramidonu; powstało to ztąd, że uwaga nasza była zajęta przez zjawisko niespodziewane, mianowicie przez wybitne działanie pyramidonu na serce i naczynia; zjawisko niespodziewane, powiadamy, ile że ogół autorów uważa pyramidon za środek dla serca obojętny.

Ażeby więc wyjaśnić działanie pyramidonu na serce i system naczyniowy niezależnie od ośrodków mózgowych, przedsięwzięliśmy dalsze doświadczenia. Ponieważ poprzednie pouczyły nas, że pyramidon działa na korę i ośrodki mózgowie analogicznie ze strychniną (drgawki wzmózone ciśnienie krwi i t. d.), przeto należało przypuszczać, że działanie to polega na pobudzeniu ośrodków zwążających naczynia i przyspieszających działalność serca. Aby przypuszczenie to stwierdzić, wypadało przeciąć rdzeń oraz oba nn. błędne t. j. uczynić system krwionośny niezależnym od ośrodków korowych. Na tem też polega poniższe doświadczenie.

D. n.



II. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

(*Ciąg dalszy.*)

Co do pochodzenia pęczków zstępujących w słupach tylnych od korzeni tylnych lub też od istoty szarej,—to zdania wygłaszane obe-

nie są często wręcz przeciwne. Jedni sądzą, że pęczki te są pochodzenia wewnątrzrdzeniowego, ponieważ spostrzegamy je przeważnie w uszkodzeniu przekroju rdzenia i jakoby nie widzimy ich weale, albo też stwierdzić możemy na krótkiej tylko przestrzeni po zniszczeniu korzeni tylnych. Inni znowu twierdzą, że zarówno fakt anatomiczny utrwalony dzięki badaniom Ramón y Cajal'a, Lenhossék'a, Kölliker'a (podział korzeni tylnych w rdzeniu na gałązki wstępujące i zstępujące), jak i rezultat badań eksperymentalnych przemawiają za zewnątrzrdzeniowym pochodzeniem pęczków, wyszczególnionych powyżej.

Na podstawie badań doświadczalnych dokonanych przezemnie w 1897 r., doszedłem wtedy do wniosków następujących: 1) po przecięciu VII i VIII korzeni tylnych szyjowych powstaje w słupach tylnych pęczek zwyrodniały, którego forma zewnętrzna, położenie i przebieg w zupełności odpowiadają pęczkowi Schultze'go; 2) w tych samych doświadczeniach przekonać się można na nieprzerwanym szeregu skrawków, że w miejscu, w którym spotykają się ze sobą zwyrodnienia wstępujące i zstępujące, pęczek zstępujący różni się tylko ilościowo od wstępującego, pod innymi zaś względami są one do siebie podobne. Z początku biegnie ten pęczek zstępujący (Schultze'go), również jak i wstępujący, od tylnego pasa obwodowego aż do *commissura posterior*. Stopniowo zmniejsza się w nim liczba bryłek zwyrodniałych przeważnie w tylnej części pęczka. Na skutek tego pęczek Schultze'go jest już w I odcinku grzbietowym odsunięty od obwodu rdzenia. Więcej ku dołowi pęczek Schultze'go przesuwa się coraz bardziej w kierunku ku spoidłu tylnemu i widzimy, że włókna zwyrodniałe biegną przez to spoidło do istoty szarej.

Na podstawie tych danych sędzę, że pęczek Schultze'go zawiera gałązki zstępujące korzeni tylnych, jak to sam Schultze twierdził. Przyłączamy się do zdania Lenhossék'a, który na podstawie badań, w których używał metody Golgi'ego, doszedł do tego samego wniosku. Lenhossék stwierdził mianowicie, że ze wszystkich komórek sznurowych istoty szarej najmniejsza ich liczba wysła swe wyrostki osiowe do słupów tylnych. Wynika więc ztąd, iż komórki te mogą przyjmować bardzo nieznaczny udział w budowie słupów tylnych, że więc te ostatnie składają się przeważnie z przedłużeń korzeni tylnych. Zapatruje się krytycznie na zdanie Marie'go, który twierdził, głównie na podstawie swych badań o „*pellagrismus*“, że pęczek Schultze'go zawiera włókna wewnątrzrdzeniowe (*endogènes*).

Rozpatrując dane dotąd zebrane, łatwo się można przekonać, że w badaniach odpowiednich metody badania ważną odegrały rolę.

Badacze, posługujący się metodą Marchi'ego, widzieli pęczek Schultze'go na długiej stosunkowo przestrzeni i widzieli go zarówno po przecięciu rdzenia, jak i korzeni tylnych. Ci zaś, którzy do badań drobnowidzowych używali wyłącznie mniej subtelnej metody Weigert'a spostrzegali ów pęczek li tylko w znaczniejszych uszkodzeniach rdzenia i to na krótkiej przestrzeni; po przecięciu zaś korzeni tylnych pęczka owego stwierdzić nie mogli.

Na pierwszy rzut oka wydaje się dziwnem, że zwyrodnienie słupów tylnych w kierunku zstępującym (po przecięciu korzeni tylnych), jest tak drobne w porównaniu z wybitnem i rzucającem się w oczy zwyrodnieniem wstępującym, które powstaje na skutek tej samej przyczyny. Przyczyna tego zjawiska polega na tem, że 1) gałązki zstępujące korzeni tylnych są, jak to wykazał Lenhossék, znacznie cieńsze od wstępujących. Jakkolwiek fakt ten został stwierdzony przez Lenhossék'a li tylko dla wyrostków osiowych, sądzić jednak należy, że otoczki myelinowe ulegają prawdopodobnie temu samemu prawu; 2) większość gałązek zstępujących korzeni tylnych biegnie na krótkiej tylko przestrzeni i 3) nie jest rzeczą pewną, czyli *wszystkie* korzenie tylne posiadają gałązki zstępujące (Golgi jest przeciwnego zdania). W oświetleniu przytoczonych tylko co punktów staje się widoczną przyczyna, dla której zwyrodnienie zstępujące w słupach tylnych po przecięciu korzeni tylnych, nie było stwierdzone przez wszystkich badaczy. Słuszną uwagę czynia Mendel (Neurologisches Centralblatt, 1888, p. 95—96), że metoda Weigert'a jest wprost wyśmienitą w tych przypadkach, w których daje nam rezultat dodatni, że jednak wymaga ona pewnej wstrzeźliwości w sądzeniu w tym wypadku, gdy osiągnięty przy jej pomocy rezultat wypadnie ujemnie.

Zwyrodnienie zstępujące w słupach tylnych wyobrazić sobie można w ten sposób, że korzenie tylne oddają po wejściu do słupów tylnych gałązki zstępujące, które zajmują z początku (analogicznie z gałązkami wstępującymi) miejsce wejścia korzeni tylnych (*Wurzeleintrittszone*). W kierunku ku dołowi (ku *cauda equina*) zmniejsza się coraz bardziej liczba tych gałązek zstępujących, a to na skutek tego, że większa ich część kończy się w istocie szarej już po krótkim przebiegu. Najdłuższe gałązki zstępujące korzeni tylnych mogłem stwierdzić u psów po przecięciu dolnych korzeni tylnych szyjowych aż do VII—VIII odcinka grzbietowego. Berdez widział je również na znacznej przestrzeni u świnek morskich. U człowieka stwierdził te długie gałązki H o c h e, gdyż w przypadku zajęcia środ-

kowego rdzenia grzbietowego były one widoczne nawet w dolnych odcinkach krzyżowych.

Długie te gałązki zstępujące korzeni tylnych leżą więc początkowo w miejscu wejścia korzeni tylnych (*Wurzelnintrittszone*) i okolicy *septi intermedii*, t. j. przegrody leżącej pomiędzy pęczkiem Goll'a i Burdach'a. W kierunku ku dołowi gałązki te kierują się do przedniej okolicy *septi longitud. posterioris*. Różnica, którą spostrzegamy pomiędzy położeniem i postacią zewnętrzną pęczków wytworzonych przez włókna zstępujące w górnych odcinkach rdzenia (pęczek Schultze'go) i w dolnych (owalne pole Flechsig'a) polega na tem, że pęczek Schultze'go jest odcięty od środka przez zbitą masę pęczkową Goll'a, gdy natomiast w dolnych odcinkach rdzenia, w których pęczek Goll'a nie istnieje, owalne pole Flechsig'a i trójkąt Gombault-Philippe'a zajmuje swobodnie miejsce tuż obok *septum longitudinale posterius*. W ten sposób zstępujące włókna słupów tylnych (gałązki korzeni tylnych) ulegają w kierunku ku dołowi stopniowemu przesuwaniu się ku linii środkowej rdzenia. Jest to pogląd, wygłoszony już w roku 1891 przez Barbaccieiego. Czy jednak pewna część zstępujących włókien słupów tylnych dosięga tej linii środkowej (w dolnych odcinkach rdzeniowych) inną jeszcze drogą, jak tego chce Hoche, tego rozstrzygnąć z pewnością nie możemy. Hoche mniema zreszłą, że włókna, tworzące jego pęczek (na obwodzie słupów tylnych) pochodzą z istoty szarej rdzenia, nie zaś z jego korzeni tylnych. I w rzeczy samej, jest rzeczą możliwą, że pewna część włókien opisanych powyżej pęczków zstępujących powstaje z istoty szarej (włókna wewnątrzrdzeniowe—*endogene*). Na podstawie badań Lenhossék'a sądzić jednak należy, że liczba tych włókien jest nieznaczną.

Na podstawie badań dokonanych w roku 1897 twierdziłem więc, że pęczek Schultze'go i *fasciculus dorso-medialis* stanowią twory analogiczne, zbudowane przeważnie ze zstępujących gałązek korzeni tylnych.

Jeżeli rozpatrzyć krytycznie prace, które się w ostatnich latach zjawily, to przyznać trzeba, że zdanie to, szczególnie o ile ono dotyczy pęczka Schultze'go, utrwała się coraz bardziej. Albowiem istnieją badania, dotyczące patologii ludzkiej, w których korzenie tylne były jakby ręką eksperymentatora przecięte i w których powstało na skutek tego zwyrodnienie zstępujące pęczka przecinkowego. Jeżeli byśmy chcieli posunąć krytycznym jeszcze dalej i nawet w tych przypadkach wątpić, ażali rdzeń nie był współcześnie uszkodzony, to pozostają przypadki Jacobsón'a i Homén'a (p. wyżej), dowodzące

z niezbitą pewnością wskazanego tylko co faktu. Jeżeli w przypadku *Jacobson'a* nastąpiło zwyrodnienie pęczka *Schultze'go* na skutek uszkodzenia *plexus brachialis*, to fakt pochodzenia owego pęczka od korzeni tylnych nie ulega już najmniejszej wątpliwości.

Co zaś dotyczy innych pęczków, wyrodniewających w słupach tylnych w kierunku zstępującym (*Hoch'e'go*, *Flechsig'a*, *Gombault-Philippe'a*), to przyznać musimy, że nie posiadamy dotychczas danych, które by wyjaśniły z pewnością naukową pochodzenie anatomiczne ich włókien. Z badań, przytoczonych powyżej, należałoby mniemać, że uszkodzenia korzeni tylnych w *najwyższych* odcinkach szyjowych, powinnyby spowodować zwyrodnienie pęczków w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym. Nie posiadamy jednak dotychczas odpowiednich danych, ani z dziedziny patologii ludzkiej, ani też—eksperymentu. Jest rzeczą zrozumiałą, że zwyrodnienia powstające po przecięciu lub uszkodzeniu przekroju poprzecznego rdzenia bynajmniej nie są w stanie kwestyi tej wyjaśnić. W przypadkach tych zwyrodnienie to może powstać zarówno wskutek uszkodzenia przedłużeń korzeni tylnych, jak i—komórek sznurowych istoty szarej. Sądzymy, że wielkie znaczenie posiadałyby doświadczenia, w których by zaciśnięto naczynia, sprowadzające krew do istoty szarej rdzenia szyjowego, jak to czyniono z *aorta abdominalis*. To zaciśnięcie naczyń spowodowałoby w kilka dni zwyrodnienie i śmierć komórek nerwowych istoty szarej i ewentualnie—zwyrodnienie tych lub innych pęczków w słupach tylnych.

Na podstawie badań przytoczonych powyżej doszliśmy w tej sprawie do następujących wniosków:

- 1) dla pęczka *Schultze'go* zostało stwierdzone, że składa się on z gałązek zstępujących korzeni tylnych;
- 2) to samo pochodzenie jest prawdopodobne (jakkolwiek nie utrwalone ze ścisłością naukową) również dla *fasciculus dorso-medialis* (w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym);
- 3) zarówno pęczek *Schultze'go* jak i *fasciculus dorso-medialis* zawierają oprócz tego włókna wewnątrzrdzeniowe (jak to zresztą spotykamy w innych torach rdzeniowych).

Zanim zakończymy opis zwyrodnień wtórnych zstępujących w słupach tylnych, pragnęlibyśmy zwrócić uwagę na następujące dwie postacie degeneracyjne: 1) na zwyrodnienia, które powstają na skutek uszkodzenia istoty szarej (po zaciśnięciu naczyń sprowadzających krew do niej) 2) na zwyrodnienia, które stwierdzamy w tylnych słupach rdzenia przy uszkodzeniu mózgu.

Ehrlich i *Brieger* (1884) wskazali na zwyrodnienie zstępujące w przednim polu słupów tylnych, powstające po zniszczeniu

istoty szarej na skutek zamknięcia aorty. Doświadczenie to powtórzył następnie Singer (1887) i stwierdził również zwyrodnienie zstępujące w pobliżu *commissura posterior* i rogów tylnych. W rdzeniu szyjowym zwyrodnienie to ograniczało się do bezpośredniej okolicy *septi longitudinalis posterioris*. W czasach nowszych doświadczenia analogiczne były wykonane przez Sarbó (1895). Badacz ten spostrzegł również po zamknięciu światła aorty brzusznej zwyrodnienie rozsiane w bezpośrednim otoczeniu istoty szarej (w rdzeniu lędźwiowo-krzyżowym). Ten sam fakt był stwierdzony ostatnio przez Rothmanna (1898).

Zwyrodnienie słupów tylnych, powstające na skutek uszkodzeń mózgowia były opisane w patologii ludzkiej—przez Klippel-Durante'a, Krauss'a, Westphala, Hoesel-Flechsiga, Schaffera, Wallenberg'a, Oordta, Weidenhammer'a, Denkler'a, Besold'a, Ursin'a, Batten-Collier'a i in. Ten sam fakt został stwierdzony drogą eksperymentalną dla zwierząt przez Monakow'a, Langley-Sherrington'a, Langley-Grünbaum'a, Bianchi-d'Abundo, Sandmeyer'a, Marchi-Algeriego. Najważniejsze dane znajdujemy jednak w pracach Durante'a i Batten-Collier'a. Durante twierdzi, że zwyrodnienia w słupach tylnych powstają zarówno przy uszkodzeniu kory mózgowej, jak i—szarych zwojów mózgowych, *pes pedunculi*, *pons Varoli*. Zwyrodnienie to ograniczać się może wyłącznie do rdzenia szyjowego lub też ogarnia ono cały rdzeń (słupy tylne). W niektórych przypadkach są zajęte pęczki Burdach'a, w innych znowu—pęczki Golla. Zwyrodnienie występuje obustronnie lub też po stronie krzyżującej się z ogniskiem mózgowym. Samo zwyrodnienie polega pod względem histopatologicznym przeważnie na zaniku degeneracyjnym otoczek myelinowych. Wyrostki osiowe pozostać mogą przez czas bardzo długi, a czasem nazawsze nietknięte, w niektórych zaś przypadkach znajdujemy ich zanik. Obraz histopatologiczny przypomina więc „zwyrodnienie wsteczne“ (*retrograde Degeneration*). Durante nie sądzi, aby zwyrodnienie słupów tylnych było wywołane przez zwiększone ciśnienie cieczy mózgowo-rdzeniowej, wywierane na korzenie tylne (Mayer), albo też przez działanie toksyn (Denkler) na włókna słupów tylnych. Mniemam natomiast, że zwyrodnienia te tłómaczyć należy w ten sposób, że zwyrodnienie powstające w neuronach mózgu, przechodzi na drugi neuron czuciowy w rdzeniu, a więc, że jest to t. zw. *l'atrophie rétrograde propagée*.

Inaczej tłómaczą te zwyrodnienia słupów tylnych, powstające na skutek uszkodzeń mózgowych Batten i Collier. Na pod-

stawie 29 przypadków nowotworów mózgowych doszli oni do następujących wniosków: 1) zwyrodnienie słupów tylnych stwierdzić można w 65% nowotworów mózgowych; 2) zwyrodnienie to ogarnia przeważnie boczne części słupów tylnych i powstaje częściej w rdzeniu szyjowym, niż w grzbietowym i lędźwiowym. Zwyrodnienie słupów tylnych całego rdzenia stwierdzono stosunkowo często w nowotworach zrazów skroniowych; 3) zwyrodnienie rozpoczyna się w korzeniach tylnych, ulegających działaniu urazowemu zwiększonej cieczy mózgowo-rdzeniowej, 4) wogóle zwyrodnienia te powstają względnie najczęściej w nowotworach, umiejscowionych w tylnej jamie czaszkowej.

Przytaczamy te dane, nie kuszając się bynajmniej, ani o wyjaśnienie przyczyn powstawania tych zwyrodnień, ani też o podanie ścisłej zależności topograficznej, zachodzącej ewentualnie pomiędzy wyrodniającymi pęczkami słupów tylnych z jednej strony i—ogniskami mózgowymi z drugiej. Na to nie wystarczają badania dotąd powzięte i sądzimy, że tylko eksperyment rzuci światło na te dość zagadkowe zjawiska.

D. c. n.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

171. Soltau Fenwick. O cierpieniach syfilitycznych żołądka. (Wykład kliniczny.) (The Lancet, 28. XI. 1901, str. 835.)

Chociaż badania anatomo-patologów przeczą temu, jednak ogólnie przyjętem jest przez klinicystów, że, o ile częste są objawy trzeciorzędne syfilisu ust i prostnicy, o tyle pozostałe części przewodu pokarmowego są od nich wolne. Tymczasem autor przekonał się, że cierpienia syfilityczne żołądka są dosyć pospolite i że przedstawiają się albo jako pospolity wrzód, albo też jako nieżyt. Nie należy jednak przyjmować każdy wrzód lub nieżyt u osobnika dotkniętego syfilisem za syfilityczny, ani też rozpoznawać syfilityczny nieżyt żołądka, gdy w istocie mamy do czynienia z podrażnieniem wywołanem nadmiernem przyjęciem leków przeciwsyfilitycznych. Wrzód syfilityczny wypadnie odróżniać od: 1) zwykłego wrzodu, 2) raka, i 3) napadów tabetycznych. W odróżnieniu od zwykłego wrzodu okrągłego nadmierny ból i wymioty z wielkim upadkiem sił i silną anemią, nocne napady bólów, idące wzdłuż długich kości i brzucha, a szczególnie zmniejszanie się objawów przy stosowaniu leków przeciwsyfilitycznych przemawiają za syfilisem. Rak wyróżnia się gwałtownem chudnięciem oso-

bnika, rzadkością nocnych bólów i wymiocinami zawierającymi znie-
nioną krew. Napady żołądkowe u tabetyków występują w pewnych
nierównych odstępach czasu, nie dają bólu przy ucisku *in epigastrio*
i występują wespół z innymi objawami władu. W przypadkach nie-
żyty żołądka należy opierać różniczkowanie na braku innych przyczyn,
któreby go mogły wywołać i na próbie z jodkiem potasu, która we
wszystkich przypadkach z wyjątkiem syfilisu da wyraźne pogorszenie
po paru dniach próby.

Leczenie polega na zupełnym spokoju, szczególnie przez pierw-
sze 2 tygodnie chory powinien leżeć w łóżku. Dyeta mleczna przez
3—4 tygodnie, do mleka zaś trochę wody sodowej lub Vichy. Jeżeli
wymioty uporeczywie się trzymają, mleko powinno być peptonizowane.
Można pozwolić na zupy odcedzone, rosoly i kleiki. Po miesiącu,
jeżeli stan chorego stale się poprawia, przejść można do leguminek,
miękkich bułeczek z masłem, jaj, ostryg, a dla urozmaicenia można
pozwolić i na ciastka. Przez sześć miesięcy jednak trzeba zabraniać
mięsa i jarzyn. Przy groźnych wymiotach karmienie pacjenta *per*
rectum. Przy bólu kompres. Co zaś tyczy się lekarstw, to obok
jodu koniecznie dawać należy rtęć, najlepiej w pigułkach, gdyż sam
jod nie wywiera wpływu dostatecznego. Przy rozwolnieniu opium,
przy zatwardzeniu sól karlsbadzka. Wreszcie, autor radzi zawsze
zapowiedzieć choremu, że objawy mogą powtórzyć się, jeżeli nie bę-
dzie się leczył dostatecznie długo.

Z. Moczariski.

72. Swain Jakób. O samorzutnej (idiopatycznej) rozstrzeni
przełyku. (The British Medical Journal, 16. XI. 1901.)

Samorzutna rozstrzeń przełyku, to jest rozstrzeń, powstająca
bez żadnej widocznej przyczyny mechanicznej, jest chorobą rzadką,
jednak—jako jedna z przyczyn niemożności odżywiania—ma swoje
rozpoznawcze znaczenie. Przyczyna tej wrzecionowatej rozstrzeni
wogóle nie jest wiadoma, ale w paru przypadkach, naprz. w przy-
toczonym poniżej, jest nią uraz. Prócz małych *diverticula a tractione*,
które istnieją w dolnych odcinkach i które mają znaczenie tylko dla
patologa, zdarzają się, jak to ogólnie uznanem zostało, i tutaj *diver-*
ticula zupełnie podobne do tych, do których przywykliśmy w górnych
odcinkach przełyku. Od tych właśnie należy różniczkować samorzutną
rozstrzeń przełyku.

Z pomiędzy rozmaitych sposobów różniczkowania najcenniejszą
jest metoda Rumpel'a: zgłębnik z licznymi otworami w dolnej trze-
ciej części zostaje zapuszczony przez przełyk do żołądka, a druga
rurka z jednym otworem blisko jej końca zostaje zapuszczoną do
przełyku nad wpustem przyczem zatrzymuje się w rozstrzeni. Jeżeli
teraz przez tę drugą rurkę za pomocą lejka wlejemy określoną ilość
wody, to, w razie istnienia rozstrzeni, cała ilość płynu przez otworki
w zgłębniku przeleje się do żołądka, tak że płyn możemy otrzymać
z żołądka, a nie z rozstrzeni; w razie zaś istnienia uchyłka, tenże

przedewszystkiem napełni się wodą, a tylko nadmiar przejdzie do żołądka; tak że otrzymany płyn i przez rurkę z uchylką i przez zgłębnik z żołądka. Ilość otrzymana z uchylką może być zmierzona i otrzymamy pojęcie o jego rozmiarach. Drugiej próby dostarcza nam doświadczenie Maxa Einhorn'a z kawą. Chory na godzinę przed badaniem pije filiżankę czarnej kawy, przytem zaleca mu się, by przez głębokie oddychanie i ugniatanie klatki piersiowej mechanicznie wyparł płyn z przełyku do żołądka. Po godzinie chory pije szklanke wody, i następnie zapuszcza się zgłębnik do przełyku, pojawia się czysta woda prawie w ilości równej tej, którą chory przyjął. Potem zgłębnik zostaje wepchniętym dalej i wypływa zeń czarna kawa nie rozcieńczona wodą. To doświadczenie pokazuje, że woda się zatrzymała powyżej żołądka w rozszerzonym przełyku. Prócz różnicy w barwie tych dwóch płynów, oczywiście, woda otrzymana z przełyku będzie oddziaływała obojętnie, podczas gdy kawa otrzymana z żołądka wykaże właściwości soku żołądkowego — obecność kwasu solnego i fermentów.

Promienie Roentgen'a, prześwietlanie i wziernikowanie przełyku były używane w celu rozpoznania. Zażyte *bismuthi subnitrici* może być pomocnem do uwidocznienia rozszerzenia przełyku przy użyciu promieni Roentgen'a. W przypadku autora przełykana kula na nitce wykazywała rozmaite położenia, po obu stronach kręgosłupa. Objawy tego ciężkiego cierpienia były w danym przypadku następujące:

Kobieta lat 26, skarżyła się na trudność w łykaniu i uczucie duszenia z wymiotami, szczególnie w nocy.

Była silną i zdrową aż do Grudnia 1897 r., kiedy upadła ze schodów. Na razie po wypadku straciła przytomność na 2 godziny. Okazało się, że prawa nerka stała się ruchomą. Chora przeleżała w łóżku przez 5 tygodni. Ku końcowi tego okresu skarżyła się na trudność w łykaniu i bóle w okolicy mostka, które przypisywano niestrawności. Po spożyciu pokarmów często dostawała bólu w środku mostka, który to ból ustawał po wymiotach. Prócz tych napadów często budziła się nagle w nocy z kaszlem i uczuciem strachu; wreszcie, wymiotowała pokarmy niestrawione, zmieszane z pianą. Po 9 miesiącach zaczęła się odżywiać przy pomocy zgłębnika żołądkowego. Wciąż powtarzały się napady bólu i wymiotów, połączone z uczuciem niemożności łykania i duszenia, ale po przemywaniu przełyku nieco się zmniejszyły. Zgłębnik łatwo przechodził do żołądka. Po przemywaniu żołądka i po cofnięciu zgłębnika na 8 do 10 cali można było wypłukać pokarmy niestrawione z przełyku. Wypłuczyny z żołądka były kwaśne, z przełyku obojętne. Ani razu nie było trudności we wprowadzeniu zgłębnika do żołądka—18 do 20 cali od zębów. Fotografie Roentgen'owskie klatki piersiowej, po przełknięciu przez chorą kuli na nitce, wskazywały, że kula się zatrzymała na wysokości 6 kręgu piersiowego, czasem z prawej, czasem z lewej strony kręgosłupa. Kilkakrotne doświadczenia z dwoma zgłębnikami: jednym w żołądku (z otworami), drugim w przełyku, jak było wyżej opisane, wskazywały, że płyn w zupełności uciekał z przełyku do żołądka i to było potwierdzone przez doświadczenie z kawą.

Pojemność rozszerzonego przełyku zdawała się równą $\frac{1}{2}$ litra. Ani na końcu mostka, ani w odpowiednim miejscu kręgosłupa nie było słyhać odgłosu łykania. Ciężota była zwykle nieco podwyższona (37° — 38°).

Rozpoznanie rozstrzeni przełyku było oparte na następujących podstawach: a) łatwość, z jaką zgłębnik przenikał do żołądka; b) możliwość opróżnienia górnej „komory“ przez proste wyciągnięcie zgłębnika z żołądka na parę cali; 3) wynik dodatni badania dwuzgłębnikowego i doświadczenia z kawą; 4) brak odgłosu przełykowego. Jedyne stany, które mogłyby utrudniać rozpoznanie, byłyby: nowotwór złośliwy i uchyłek przełyku. Nowotwór złośliwy mógł być łatwo wykluczony z powodu długotrwałości przypadku i braku zwężenia, gdyż nowotwór, który nie wywoła wyraźnego zwężenia, nigdy nie spowoduje rozstrzeni przełyku. Uchyłek przełyku mógł być także wykluczony na zasadzie wyliczonych prób, na zasadzie łatwości, z jaką zgłębnik zawsze dosięgał żołądka, na zasadzie braku odgłosu przełykowego, i wreszcie, na mocy możliwości opróżnienia przełyku przez proste wyciągnięcie o kilka cali zgłębnika, bez potrzeby wypychania go napowrót do określonego worka.

Leczenie nie było zadowalniające. Odżywianie przez zgłębnik zawiodło. Elektryzowanie (jedna elektroda była zapuszczona do przełyku) i środki toniczne—w celu przewyciężenia atonii tkanki mięśniowej—nie dały ulgi. Życie podtrzymywano przez zadawanie pokarmów płynnych i częste przemywanie rozszerzonego przełyku. Wobec tego, że chora wciąż jeszcze odżywia się zadowalniająco, gastrostomii, jako *ultimum refugium* autor dotychczas nie zastosował.

Z. Moczarski.

173. Ewing J. Przypadek zapalenia nerek w zimnicy z nagromadzeniem pasorzytów w nerkach. (The American Journal of the Medical Sciences. October. 1901).

Nikomiu nie udawało się dotąd wykazać większej ilości pasorzytów w nerkach, dotkniętych zapaleniem, czy to podczas lekkiej zimnicy trzeciaczkowej, czy też w złośliwych postaciach zimnicy letniej i jesiennej. Brak pasorzytów objaśniano szybkim krążeniem krwi w tych narządach, a zapalenie przypisywano wpływowi toksyn. Obecnie Ewing opisuje następujące spostrzeżenie. Chora zmarła po 8-u dniach ostrych objawów, rozpoznanych jako *typhus abdominalis et nephritis acuta*. Na cienkich przekrojach nerek, stwardnionych w celloidynie i parafinie i zabarwionych sposobem Nocht'a widać było błękitne ciała pasorzytów zimnicy na tle zabarwionych eozyną na czerwono komórek. W istocie korowej tylko gdzie niegdzie widać było naczynie włosowate wypełnione masą pigmentowanych pasorzytów, zato w istocie mięszonej większość naczyń i liczne wylewy krwi do tkanek zawierały ogromną ich ilość. Kanałki moczowe, nawet przewody brodawkowe, były wypełnione waleczkami ziarnistymi albo też oddzielnymi czerwonymi krążkami

krwi, zawierającymi pasorzyty. Na podstawie tego przypadku Ewing dołącza do dwóch, znanych dotąd postaci zapalenia nerek postać trzecią—pasorzytniczą. Tym sposobem rozróżnia on: 1) Zapalenie ostre pochodzenia toksycznego, często dochodzące do wysięku surowiczego w kanalikach. Ta postać odpowiada większości przypadków białkomoczu w zimnicy. 2) Ciężka postać ostrego zapalenia z ogniskami zmartwiałemi, licznymi krwotokami i wysiękiem zabarwionym barwnikami krwi. Ma ona miejsce w zimnicy z hemoglobinurą. Dotąd w naczyniach włosowatych nie znaleziono większej ilości pasorzytów. 3) Postać Ewing'a. Nagromadzenie pasorzytów w naczyniach włosowatych nerek, z ogromnem zwyrodnieniem komórek mięsaszowych, licznymi krwotokami i wysiękiem surowiczym w kanalikach. Ewing sądzi, że postać ta może się tylko zdarzać w ciężkich przypadkach zimnicy letniej i jesiennej. Za życia można ją rozpoznać po następujących cechach moczu: częściowe lub zupełne jego zatrzymanie; spora domieszka niezmienionych czerwonych krążków krwi; znaczna odsetka białka; obecność liczynek walczków gruboziarnistych, nabłonkowych i nawet krwawych; obecność *zakażonych czerwonych krążków krwi*, zarówno jak i przyklejonych do walczków oraz białych ciałek krwi, zawierających ziarenka pigmentu i przyklejonych do walczków.

Moczarski.

174. G. Lamb (z Bombaju). **O przyczynie i istocie szkorbutu.** (The Lancet, 4. I. 1902, str. 10.)

Autor przytacza poglądy na tę sprawę A. Wright'a, W. Liston'a i F. Jackson'a. A. Wright sądzi, że istota szkorbutu polega na nadmiernej kwasocie krwi, spowodowanej przez dyetę przeważnie mięsno-mączną, a pozbawioną owoców i świeżych jarzyn. Według Liston'a szkorbut jest wywołwany przez pasorzyta ankylostoma duodenale. Jackson zaś przypisuje chorobę zatruciu ptomainami z nieświeżego mięsa. W 11-u przypadkach, spostrzeganych przez autora, nie było ani zmniejszenia zasadowości krwi, ani obecności w kale jajek ankylostomy, ani też chorzy (więźniowie) nie jedli mięsa nieświeżego przez wiele miesięcy, poprzedzających wybuch choroby. Na mocy tych spostrzeżeń, autor zbija powyższe hipotezy, sam zaś nowej nie podaje.

Z. Moczarski.

175. E. Cautley. **Przypadek szmeru nad tętnicą płucną.** (The Lancet 25. I. 1902, str. 223.)

Według Biegańskiego (Dyagnostyka w. II, str. 280) wady tętnicy płucnej należą do niesłychanych rzadkości i zaledwie kilka tych wad było opisanych w literaturze. Według zaś autora, w Allbutt'a „System of Medicine“ przytoczono takich przypadków 99, potwierdzonych badaniem pośmiertnem, to też autor wygłasza zdanie, że zwię-

zenie ujścia tętnicy płucnej jest częstą wadą, a ciekawość jego przypadku stanowi to, że wada była połączona ze szmerem. Autor objaśnia rzadkość tego połączenia słabem ciśnieniem w małym krwiobiegu. Wskutek tego prąd wsteczny nie jest dostatecznie silny, aby wywołać szmer. Przypadek autora dotyczył dziewczęcia 15-o letniego.

Z. Moczarski.

176. E. Mackey. Odczyn Widala w przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych. (The Lancet, 1902, 25. I, str. 225.)

Jako przyczynek do wyjaśnienia rozpoznawczego znaczenia odczynu Widala, autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek, w którym odczyn ten występował, a który jednak okazał się przypadkiem *meningitidis tuberculosae*, jak tego dowiodła autopsya. Za życia jednak na mocy odczynu Widala rozpoznano tyfus, i dopiero na krótko przed śmiercią stało się jasnym, że nastąpiła omyłka w rozpoznaniu.

Z. Moczarski.

177. Prof. Lépine. Leczenie moczołki cukrowej. (La Semaine Médicale, Nr. 46. 1901).

Leczyć dyabetyka—nie znaczy usunąć cukier z moczu; zadanie jest tu bardziej złożone. Przedewszystkiem należy zbadać i poznać doskonale chorego: stan ogólny, dziedziczność, dawne choroby, tryb życia, drobne nawet nawyknięcia, które później można zużytkować. Potem dopiero dokładnie bada się mocz: ilość dobową cukru, rodzaj cukru i inne nieprawidłowości moczu; a głównie, czy niema białka i walczków, i czy mocz nie daje odczynu Gerhards'a. Ważnem jest, by chory w ciągu 2 lub 3 dni znajdował się w jednakowych warunkach: zmiana trybu życia, podróż zmieniają ilość cukru i dają błędne wskazówki co do stopnia cierpienia. Określać ilość cukru należy i polarymetrem i płynem Fehling'a, i innymi metodami, ponieważ zdolność polaryzacyjna maltozy prawie trzy razy jest wyższą od zdolności polaryzacyjnej glikozy i możnaby przez to otrzymać błędne dane; czasami trzeba dodać nieco kwasu do moczu i ogrzać w naczyniu szczelnie zamkniętem. Po określeniu cukru, określić należy ilość mocznika, by poznać stopień dezasymlacji ciał białkowych. Stosunek cukru do mocznika ma duże znaczenie; przykład: jeżeli u dyabetyka stosunek azotu mocznika do cukru pomimo zaleconej ścisłej diety zmniejsza się z 1:3 na 1:5 lub 6, to znaczy, że albo chory nie stosuje się do diety, albo jest nader ciężką postacią cukrzycy; i tu mamy dwie możliwości: albo ciała białkowe, zawierające jądro węglowodanu, tracą to jądro (Blumenthal, Ueber), lub cukier tworzy się z tłuszczu, pochodzącego z pokarmów, lub z własnego ciała, na co wskaże krzywa wagi ciała.

Białkomocz należy do objawów nader częstych u dyabetyków, według Kütz'a w 79% przypadków (540 chorych) i to nie tylko w ciężkich, lecz i w lekkich przypadkach. Obecność walczków

(w 64%) w moczu (Külz, von Noorden) wskazuje, że białkomocz nie jest pochodzenia czysto dyskrazycznego, lecz występuje jako skutek podrażnienia nerek. Ztąd wypływa wskazanie, by wrazie obfitej ilości wałeczków unikać środków drażniących nerki. Mocz dyabetyków zawiera ślady, lub też znaczną ilość acetonu, lecz właściwie nie jest to acetonuria, tylko diaceturia, którą się określa za pomocą dosyć czulego odczynu Gerhardt'a: dodajemy kroplę po kropli roztworu półtorachlorku żelaza do uryny i występuje zabarwienie ciemno-czerwone (chory nie używa środka, dającego także zabarwienie). Według autora, obecność kwasu diacetonowego ma wpływ na leczenie, ponieważ wtedy cukromocz schodzi na drugi plan, a przede wszystkim należy usunąć diacetonurę.

Diabetyków ze względu na rokowanie dzieli autor w następujący sposób:

- | | | |
|--|---|---|
| I. Dyabetycy bez kwasu diacetonowego w moczu | } | a) tacy, u których przy ścisłej dyecie znika cukromocz.
b) tacy, u których cukromocz zmniejsza się przy ścisłej dyecie. |
| II. Dyabetycy z kwasem diacetonowym w moczu | } | c) u których diacetonuria znika przy leczeniu swoim.
d) u których diacetonuria nie poddaje się leczeniu (rokowanie prawie zawsze fatalne). |

Dyabetyków oznaczonych pod lit. a) należy poddać w ciągu 3 dni dyecie, składającej się z ciał wyłącznie białkowych i tłuszczowych: mięso, ryby, ser, śmietana, jaja, orzechy; pożywienie powinno być wystarczającym do utrzymania danego osobnika w stanie równowagi azotowej; tutaj właśnie ważną jest obserwacja chorego w ciągu pewnego czasu, (o czem wyżej). Jeżeli cukromocz zniknie, choremu należy zalecić odpowiednią dyetę antydiabetyczną, by usunąć dia-
 tezę cukrzycową. Jeżeli mamy do czynienia z artrytykiem, winniśmy zalecić dyetę mieszaną, a najlepiej mleczną. Jeżeli diabetyk po kilku tygodniach odpowiedniej, nie nazbyt ścisłej, diety nie wydziela cukru z moczem, można mu określić jakość i ilość węglowodanów, którą może spożywać bez szkody. Tablice, zawierające skład chemiczny pożywienia, według autora, ograniczone mają znaczenie praktyczne; ponieważ 100 gr. węglowodanów różnego rodzaju nie jednakową mają zdolność asymilacji, a także i dlatego, że każdy osobnik ma inny równoważnik nie tylko odnośnie do ilości, ale i do jakości węglowodanów, które może znieść, a nawet w różnych okresach choroby może ten równoważnik ulegać zmianie. b) Co się tyczy dyabetyków, u których cukromocz tylko zmniejsza się przy odpowiedniej dyecie, autor radzi ograniczać dyetę białkową mniej więcej do cyfry, podanej przez Lennégo, t. j. 1,02 gr. białka suchego dziennie na kilogram wagi ciała, a to dlatego, iż 1) białko zwiększa białkomocz przez podrażnienie nerek, 2) sprzyja rozwojowi dyskrazji kwaśnej i 3) zwiększa cukromocz. Co do tłuszczów

autor radzi też umiarkowanie, ponieważ nadmiar ich może być niebezpieczny jako źródło acetonu. c) W kwestyi leczenia cukrzycy, przy której w moczu znajduje się kwas diacetonowy i aceton, mało można powiedzieć, bo nie wiemy napewno, z jakich ciał te substancje się wytwarzają (z białkowych, czy z tłuszczów). Obfite wprowadzenie węglowodanów do ustroju wywołuje zmniejszenie diacetyry, lecz jest to miecz obosieczny. Pożądanem jest znaleźć taką substancję, któraby wytwarzała energię, nie wytwarzając jednocześnie ani glikozy, ani innych substancji niepożytecznych, a tembardziej szkodliwych dla diabetyka. Gliceryna zawiodła oczekiwania. Sch w a r t z uważa, że derywat glikozy — kwas glikonowy, t. j. glikoza, w części już utleniona, zmniejsza diacetyry, lepiej niż glikoza. Tenże Sch w a r t z ogłasza przypadek, w którym kw. glikonowy dwukrotnie uratował życie młodemu dyabetykowi (w ilości 70,0 + 150,0 sody dla zobojętnienia).

Należy w tym kierunku robić doświadczenia, a tymczasem dla usunięcia dyskrazji kwaśnej powinniśmy posiłkować się olbrzymimi dawkami dwuwęglanu sodu, który to środek nie jednemu uratował życie.

S. Urban.

178. Naegelsbach. **Spokój i ruch w terapii suchot płucnych.** („Ruhe und Bewegung in der Phtiseotherapie.“ Berlin. Klin. Woch. Nr. 8, 1902).

Mówiąc o leczeniu klimatycznym suchot płucnych, mamy na myśli przede wszystkim pobyt na czystym, zdrowym powietrzu, połączony z pewnym hartowaniem, oraz właściwym odżywianiem resp. tuczeniem chorych. Nie mniej doniosłe znaczenie posiada, zdaniem autora, odpowiednie stosowanie spokoju i ruchu. Dotychczasowe poglądy wybitnych klinicystów na tym punkcie odznaczały się swą krańcowością. B r e h m e r, w myśl znanej teorii o sercu zbyt małym w stosunku do dużych płuc, zalecał suchotnikom metodyczne ćwiczenia fizyczne, częste spacerki, chodzenie po górach i t. p. i nie wyłączał od tego nawet chorych gorączkujących. D e t t w e i l e r, przeciwnie, na pierwszy plan wysuwał wynalezioną przez siebie t. zw. kurację leżeniową (*Liegecur*). V o l l a n d z Utrechtu chorych, zagrożonych suchotami, trzyma w łóżku całymi miesiącami. Również S a m u e l B e r n h e i m zaleca *cure de repos* w celu „*économiser les dépenses, augmenter les recettes*“, oraz dla uniknięcia samozatrucia organizmu toksynami, których rezorbęę wzmagają ruch fizyczny.

Dopiero w ostatnim czasie zaczęto powstawać przeciwko zbyt szablonowemu stosowaniu zarówno kuracji leżeniowej, jak ruchu fizycznego. Dokładne dawkowanie spokoju i ruchu dla każdego chorego jest sprawą niezmiernie doniosłości: nieraz w najlepszych warunkach, w pięknym klimacie, przy dobrem odżywieniu i niewielkich zmianach w płucach, chorzy umierali tylko dzięki niewłaściwemu stosowaniu tych 2 czynników.

Z tego też powodu nie należy pozostawiać normowania ruchu do woli chorego. Autor radzi kierować się w tym względzie: 1) cie-

plotą ciała, 2) anatomo-klinicznym obrazem choroby, 3) konstytucją chorego.

I. Na podniesioną ciepłotę ciała u suchotników niema bodaj skuteczniejszego środka nad spokój. W zasadzie każdy gorączkujący chory powinien leżeć w łóżku.

Jeżeli jednak po kilku tygodniach leżenia nie nastąpiła poprawa, a ciepłota nie jest zbyt wysoka, apetyt dobry, autor zezwala na leżenie na balkonie lub werandzie, i często otrzymywał w tych razach pocieszające wyniki. Wstawanie z łóżka w tych przypadkach uważa Schröder za przeciwwskazane: 1) jeżeli istnieją poważniejsze zaburzenia gorączkowe, jako to dreszcze, poty, znaczne wyczerpanie sił, oraz wzmaganie się kaszlu na powietrzu; 2) jeżeli są świeże zmiany zapalne w płucach; 3) kiedy ciepłota po leżeniu na powietrzu podnosi się 4) i waga ciała spada. Czasami obserwujemy u suchotników ciepłotę pseudonormalną, przy której maximum nie przekracza normy, lecz rano—temperatura jest kollaptyczną, przytem zmiany w płucach daleko posunięte i znaczne osłabienie ogólne: w tych przypadkach również koniecznem jest leżenie w łóżku.

Temperatura = $37,1^{\circ}$ — $37,2^{\circ}$ nawet $37,3^{\circ}$, zdaniem autora, nie stanowi wskazania do leżenia w łóżku, jak tego wymagają Volland i Wolf. Autor zaleca wtedy leżenie na powietrzu. Często po 8—14 dniach ciepłota spada do cyfr normalnych. Jednak autor nie zgadza się ze zdaniem Sabourin'a, który w przypadkach podobnych z niewielką gorączką wieczorną—zaleca rano spacerować. Również przy gorączce typu *remittens* z ciepłotą ranną normalną, lub *intermittens*, autor zaleca leżenie w łóżku podczas gorączki, i na werandzie, kiedy ciepłota jest normalną. Niekiedy bywa niewielka gorączka, mimo iż świeżej, czynnej sprawy gruźliczej w ustroju niema; źródło jej stanowić może niewielka rezorbeyca ze starych jam płucnych, przewlekłe zapalenia oskrzeli, opłucny i t. p. Taka gorączka nie przeszkadza kuracyi leżeniowej na powietrzu.

II. Co do obrazu anatomo-klinicznego choroby, to, naturalnie, w przypadkach jam płucnych, licznych rzeżeń wilgotnych, wskazujących na czynną sprawę gruźliczą, należy być bardziej ostrożnym w stosowaniu ruchu, niż np. w przypadkach t. zw. nieżyków szczytowych.

Krwioplucie, czy to z przyczyny hemofilii, czy z powodu warunków miejscowych sprawy gruźliczej, stanowi wskazanie do leżenia w łóżku. Jednak Driver w przypadkach krwawienia biernego, zastoinowego, zaleca ostrożne używanie ruchu, przyczem ten rodzaj krwawienia różniczkuje na podstawie akcentuacji drugiego tonu tętnicy płucnej. Autor również spostrzegał przypadki, w których uparty krwotok ustawał dopiero po wstaniu z łóżka. Wycierań hydropatycznych i t. p. procedur w przypadkach krwioplucia zaprzestać należy. Wszelkie wysiłki fizyczne, szczególnie nagłe ruchy, skakanie, podnoszenie ciężarów są bardzo niebezpieczne. Dużej ostrożności pod tym względem wymagają zapalenia opłucny; nieraz przedwczesne wstanie powoduje nowe zbieranie się wysięku.

III. Wreszcie, należy brać pod uwagę konstytucję chorego.

A więc, osoby wątłe, bezkrwiste, neurastenicy i t. p. powinni, według możności, leżeć w łóżku, względnie na powietrzu. W przypadkach rannej ciepłoty subnormalnej, często zdarzającej się u osobników anemicznych, autor zaleca śniadanie jeść w łóżku.

W więkzości sanatoryjów rozpoczynają zwykle spacerować od 3/4 godz. dziennie, stopniowo zwiększając długość trwania w miarę przybywania sił chorego. I-szy spacer po 1-em śniadaniu—od godz. 9-ej i II-i przed obiadem od 11^{3/4}—12; III od 4^{1/2}. Na leżenie na werandzie przeznaczają się czas po I-ym spacerze, po II-ym śniadaniu i od godz. 2—4 pp. Niewielki deszcz i wiatr nie powinien odstraszać silniejszych chorych od spaceru. Spaceru nigdy nie należy doprowadzać do zmęczenia, trzeba często wypoczywać, unikać pocenia się. O ile spacer umiarkowany wpływa dodatnio zarówno na serce, jak na płuca, o tyle zbyt długi—szkodzi choremu, zwiększa gorączkę, osłabia. W razie rozstrzeni oskrzeli b. dobry wpływ na zdrowie wywiera wchodzenie na góry, ułatwiając wykrztuszenie i zmniejszając w ten sposób rezorbcyę toksyn.

T. zw. gimnastyka oddechowa (*Athemgymnastik*) może być stosowaną w przypadkach starych zapaleń płuc, w niedostatecznym oddychaniu, lecz wogóle bardzo ostrożnie. Ze sportów Pentzoldt zezwala na wiosłowanie, Turban również ślizganie. Skoro jednak nie można być pewnym umiarkowania ze strony chorego, lepiej sportów wszelkich zabronić. Pracę fizyczną, zaleconą przez Freudenthala z New-Yorku, można stosować u bardzo nielicznych chorych.

Na równi ze spokojem fizycznym pamiętać należy o zapewnieniu chorym spokoju umysłowego. Wszelkie wzruszenia smutne, czy radosne, odwiedziny krewnych, wpływają niepomyślnie na stan chorych, i winny być odsuwane w miarę możności. Zwracać też trzeba uwagę na odpowiedni wybór książek, jak również na to, żeby werandy do leżenia nie były wspólne dla mężczyzn i kobiet, gdyż niezachowanie tych przepisów prowadzi do częstych zmasażi nocnych. Przy długim trwaniu choroby jednostajność kuracji wpływa często ujemnie na umysł chorych: rozwija się niechęć do poważniejszych książek, muzyki, natomiast powodzeniem się cieszą płytkie humoreski, sensacyjne romanse, kuplety i t. p. Zadaniem lekarza powinno być chronienie takich chorych od upadku umysłowego za pomocą odpowiedniej strawy duchowej. Możliwem to jest jednak tylko u chorych niegorączkujących, u innych wszelkie wysiłki umysłowe są zabronione na równi z wysiłkami fizycznymi.

Wł. Starkiewicz.

179 D-r H. Salomon. **Zur Organotherapie der Fettstühle bei Pancreaserkrankung.** (Berlin. klinische Wochenschrift. Nr. 3. 1902).

Przypadków moczówki cukrowej, połączonej z zaburzeniem wchłaniania tłuszczów w kiszkiach, literatura odnośna podaje bardzo niewiele, nie więcej niż 24. Sekcye, wykonywane w tym kierunku, nie wyjaśniają dostatecznie przyczyny tego cierpienia. Przypuszczać jednak należy, że wypróżnienia tłuszczowe, występujące w moczówce

cukrowej, zależą od cierpień trzustki, *resp.* zmniejszonego wydzielania się jej soku. Potwierdzają to przypuszczenie doświadczenia Minkowskiego i Abelmann'a na psach, u których dokonane zostało całkowite wyluszczenie trzustki. W kale ich znajdowano prawie całą ilość tłuszczu, podawanego im do spożycia. Jeszcze przed temi doświadczeniami Fles opisuje przypadek cierpienia trzustki, połączony ze stolcami tłuszczowymi. Stosowanie mięszu tkanki wpłynęło bardzo dodatnio na wchłanianie tłuszczu. W kilka lat później podaje podobny przypadek Langdon-Dow; stosowanie pankreatyny dało również dobre wyniki. Prof. Noorden pierwszy wykazał liczbami wpływ mięszu trzustki i pankreatyny na wysysanie się tłuszczów i ciał białkowych. W tym samym kierunku podjął pracę D-r H. Salomon, opisując dwa przypadki moczołki cukrowej z towarzyszącymi im stolcami tłuszczowymi.

Przypadek I. 50-letnia kobieta od roku czasu cierpi na rozwolnienie i uczucie niepokoju w brzuchu. Pomimo dobrego apetytu w ciągu tego czasu straciła 20 funtów na wadze. Stolce koloru jasnego, cuchnące. W moczu autor wykrył 0,15% cukru, który przy spożywaniu małej ilości węglowodanów zupełnie zniknął. Autor zastosował w celu leczniczym miąższ trzustki. Pokrajawszy gruczoł, dał go chorej w opłatku, lub też z solą i pieprzem. Czas obserwacji był podzielony na 3 okresy, każdy zaś z nich trwał dni 4. W środkowym tylko okresie była stosowana trzustka. Chora w ciągu dnia otrzymywała następujące pokarmy: 100 grm. chleba razowego, 2 jajka, 100 grm. masła, 300 grm. śmietanki, 300 grm. mleka, 250 grm. buljonu, 150 grm. gotowanych ziemniaków, 180 grm. polędwicy, 50 grm. sucharków, 25 grm. kaszy owsianej. Azot i tłuszcz, zawierające się w tych pokarmach, były w odpowiedni sposób oznaczone. W pierwszym okresie stolce były rzadkie, jasno-szare, prawie białe, cuchnące, zawierające dużą ilość tłuszczu. Pod mikroskopem znaleziono bardzo wiele kryształków kwasów tłuszczowych, krople tłuszczu i dużą ilość włókien mięśniowych, poprzecznie prążkowanych. W tym okresie chora otrzymała 889,9 grm. tłuszczu, z którego wydzielilo się z kałem 462,4 grm., co stanowi 51,96%; azotu zaś otrzymała 47,1 grm., wydzielilo się zaś go w moczu 19,48 grm. i w kale 32,17 grm. W trzecim okresie stolce zawierały jeszcze więcej tłuszczu, który w postaci płynnej sączył się z кишки odhodowej na pościel. Chora spożywała w tym okresie 840 grm. tłuszczu, w kale zaś znaleziono go 718,8 grm., co stanowi 85,57%. Wchłanianie ciał białkowych było takie, jak i w pierwszym okresie. Przy stosowaniu trzustki wyniki były zupełnie inne. Z 922,1 grm. spożytego tłuszczu, w kale znaleziono 181,7 grm., co stanowi 19,7%; 67,44 wprowadzonego azotu w kale wydzielilo się 15,06 grm. i w moczu 37,16 grm. Stolce były mniej liczne, lepiej sformowane, żółtawego koloru i niecuchnące; bóle w brzuchu były daleko mniejsze. Drugiej podobnej obserwacji poddano chorą w tydzień po pierwszej z zastosowaniem pankreatyny firmy Hauswald'a (3×0,3 dziennie).

W stosunku do pierwszej obserwacji różnicę otrzymano tylko w drugim okresie (stosowanie pankreatyny), a mianowicie: z 720,8 grm.,

spożytego tłuszczu w kale znaleziono 352,3 grm., co stanowi 48,9%, a z 42,17 grm. azotu wydzielilo się w kale 20,93 grm. Ząd wynika, iż pankreatyna Hauswald'a znacznie zwiększa wchłanianie ciał białkowych, dla tłuszczów ma w tym kierunku niewielkie znaczenie. Zupełnie inne wyniki były przy stosowaniu pankreatyny *Rhenania-Aachen* ($5 \times 0,25$ gr. dziennie), a mianowicie: z 631,7 grm. spożytego tłuszczu znaleziono w kale 109,7 grm., co stanowi 17,3%, a z 36,67 grm. spożytego azotu znaleziono w moczu 20,69 grm. i 9,25 grm. w kale. A więc, miąższ trzustki i pankreatyna *Rhenania-Aachen* działają jednakowo, podnosząc wchłanianie tłuszczów i ciał białkowych. Pankreatyna była stosowana w kapsułkach glutynowych, rozpuszczających się dopiero w kiszkiach.

Chora opuściła szpital, otrzyawszy radę dalej zażywać pankreatynę *Rhenania-Aachen*. Skoro jednak zjawił się nowy preparat pankreatyny, tak zwany pankreon, zawierający 10% taniny, zalecono go chorej (5×1 grm. dziennie). Po półrocznym stosowaniu go chora znów się zjawiła. Poprzednie dolegliwości znacznie ustąpiły, ilość cukru w moczu podniosła się do 1,8%, przy odpowiednich jednak pokarmach spadała do zera. Zastosowano względem chorej poprzedni sposób obserwacji. Okazało się, iż półroczne zażywanie pankreatonu wpłynęło dodatnio na wchłanianie się tłuszczów, gdyż z 625,6 grm. spożytego w pierwszym okresie tłuszczu wydzielilo go się w kale 240,6 grm., czyli 38,4%; w poprzednich obserwacjach liczba ta była 51,96%.

Wchłanianie ciał białkowych było nieco mniejsze, niż w poprzednich obserwacjach. W drugim, podobnym klinicznie przypadku, autor określał ilość acetonu w moczu przy stosowaniu pankreatonu i bez niego. Podług nowych badań ciała acetonowe wytwarzają się w moczówce cukrowej z tłuszczów. Ząd wynika, że, im więcej tłuszczem wchłania się, tem więcej powinno być acetonu w moczu. Przypuszczenie to sprawdziło się przy stosowaniu pankreatonu, ilość bowiem tłuszczu w kale zmniejszała się, natomiast w moczu wielokrotnie zwiększała się ilość acetonu.

T. Podczaski.

180. D-r Curt Pariser. **Zasady leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej.** („Das praktische Problem der internen Behandlung der Gallensteinkrankheit“. St.-Pet. Med. Woch. 1901, Nr. 22).

Dotychczasowe poglądy, którymi kieruje się ogół lekarzy-praktyków w leczeniu kamicy żółciowej, autor streszcza w sposób następujący: „Ponieważ istota choroby polega na tworzeniu się ciał obcych w drogach żółciowych, zasadą leczenia winno być: *ubi corpus alienum, evacua*. Jedną drogę, prowadzącą do tego celu, której według możliwości unikać należy, stanowi operacja, druga—polega na stosowaniu środków, ułatwiających odejście kamieni“. Z teoretycznego punktu widzenia zasada ta wydaje się całkiem słuszną, po odejściu bowiem kamieni znikają zarówno napady kolki, jak objawy towarzyszącego im zwykle nieżytu dróg żółciowych, który sprzyja dalszemu tworzeniu

się kamieni. Jednak i teoretycznie rzecz biorąc, można postawić pewne zarzuty wymienionej metodzie leczenia: 1) Przyczyną bólów w okolicy wątroby, a nawet napadów kolki wątrobowej, bynajmniej nie zawsze bywają kamienie żółciowe. Częstość, jak to zaznacza Naunyn, niezbyt pęcherzyka żółciowego daje klasyczny obraz kolki wątrobowej i jako taka bywa rozpoznany.

2) Niezbyt dróg żółciowych częściej bywa przyczyną, niż skutkiem kamicy i nie ustaje po odejściu kamieni, mimo, iż podmiotowe objawy uległy złagodzeniu lub znikły zupełnie. Nawroty zdarzają się bardzo często, tembardziej że na utworzenie kamieni niewiele potrzeba czasu. W tych więc przypadkach leczenie wymienione nie wpływa bynajmniej na właściwą przyczynę choroby. Ważniejszy atoli wzgląd, który przemawia za zaniechaniem tego rodzaju leczenia, stanowią trudności, jakie napotyka w praktyce usuwanie kamieni żółciowych środkami wewnętrznymi. Niebezpieczeństwo jest tu bodaj czy nie większe, niż przy operacji. Trudność odejścia zależy przede wszystkim od tego, że ścianka pęcherzyka żółciowego ulega zwykle zmianom zapalnym połączonym z wzrostem tkanki łącznej i traci wskutek tego swą sprawność ruchową. Znaczną również przeszkodę stanowi małe światło przewodów: duct. cystici i choledochi.

Naunyn sądzi obecnie, że kamienie, przewyższające wielkością ziarna grochu, nie są w stanie przejść do dwunastnicy *per vias naturales*. Takie kamienie albo tamują odpływ żółci i powodują przez to przewlekłą żółtaczkę, którą usunąć może tylko operacja, albo torują sobie drogę w tym lub owym kierunku i tworzą przetoki (do dwunastnicy, odźwiernika, poprzecznicy), albo, wreszcie, wywołują zapalenie otrzewny w razie przerwania do jamy tejże. Z drugiej strony, przypadki, w których wszystkie kamienie są małe, należą do rzadkich, zazwyczaj obok niewielkich znajdujemy jeden lub kilka większych. Z tego wynika, że liczyć na zupełne usunięcie wszystkich kamieni żółciowych nigdy prawie nie można bez znacznego ryzyka, częściowe zaś usuwanie jest pracą bezcelową, niepotrzebnie narażającą chorego na ból, a nie chroniącą od nawrotów. Wreszcie, nawet w razie odejścia wszystkich kamieni, sprawa zapalna w pęcherzyku, zależna, jak obecnie wiadomo, od *bacterium coli*, może rozwijać się w dalszym ciągu. Również wzmógłony odpływ żółci, jaki następuje pod wpływem środków żółciopędnych, więcej może przynieść szkody, niż pożytku. Tymczasem, jak wykazał Naunyn, sprawa zapalna w pęcherzyku dąży do wyleczenia samoistnego, i spokój, zapewniony choremu narządowi, więcej się przyczynia do wyzdrowienia, niż usuwanie kamieni lub zwiększanie odpływu żółci.

Że dążenie do usunięcia kamieni jest bezcelowem, na to wskazują również dwa szeregi faktów, znanych oddawna: 1) Przy badaniu pośmiertnym okazuje się, że co 10 zmarły między 30 a 60 rokiem życia posiada kamienie żółciowe, które za życia bardzo często nie dawały żadnych objawów. 2) Leczenie wyłącznie objawowe częstość zapewnia choremu spokój na długie lata i kamień żółciowy pozostaje przez ten czas w stanie ukrytym. To właśnie, zdaniem autora, winno być celem leczenia wewnętrznego: utrzymywać kamień w sta-

nie ukrytym i starać się o ułatwienie powrotu do tego stanu, kiedy rozpoczną się objawy w rodzaju napadów kolki i t. p.

W myśl tej zasady autor chorym na kamice żółciową zaleca przede wszystkim spokój, nie chwilowy, do ukończenia napadu kolki, jak to stosowano dotychczas, a kilkotygodniowy. W cięższych przypadkach autor nakazuje w ciągu 8—14 dni leżeć w łóżku, następnie pozwala przechodzić stopniowo na sofę lub fotel, wreszcie jeszcze w ciągu 8—14 dni każe leżeć w łóżku po parę godzin dziennie (3 przed i 3 po południu); w przerwach wolno używać lekkiej przechadzki.

Reszta (gorące okłady, picie wód, dyeta) odgrywa jedynie rolę pomocniczą. Na u n y n w swej kuracji karlsbadzkiej w gruncie rzeczy stosuje tylko złagodzoną „Ruhekur“ autora, każe mianowicie przez 3—4 tygodnie leżeć w łóżku codziennie po 6 godzin, zaleca również gorące okłady i picie 3—4 szklanek sztucznej wody karlsbadzkiej (lecz nie roztworu soli) przed i po obiedzie. Zamiast gorących kąpieli autor stosuje często termofory, a w kilku ciężkich przypadkach stosował również z dobrym skutkiem t. zw. fango.

Picie wody karlsbadzkiej, zdaniem autora, wpływa bardzo pożyte na przebieg kamicy żółciowej, twierdzi on jednak, że nie działanie żółciopędne, ani też czyszczące, odgrywa w tem rolę. Czysta gorąca woda daje, podobno, równie dobre wyniki. Co się tyczy diety, autor zabrania obfitego i częstego jedzenia, jak to zaleca wielu lekarzy, nakazuje przeciwnie dietę lekką, każe unikać potraw ostrych, kawy, alkoholu; żadnych nadmiernych ograniczeń jednak nie stawia. Odzież powinna być lekka (gorsety u kobiet winny być zakazane), osoby otyłe z pożytkiem mogą nosić pasy brzuszne na wzór używanych w przypadkach enteroptozy. Wysiłek fizycznych, które mogą wywołać napady kolki, każe autor unikać.

Jedną wielką wadę posiada wymieniona kuracja, mianowicie podobnie jak leczenie przewlekłych chorób płuc, nerek i serca, wymaga pewnej zamożności pacjentów. Dla ubogich pozostaje operacja, jako jedyny środek zapobiegawczy przeciwko napadom kolki.

W. Starkiewicz.

II. Choroby układu nerwowego.

181. Prof. D-r A. Westphal. O **pląsawicy** chronicznej postępującej. (Ueber Chorea chronica progressiva. Deutsche med. Wochen. Nr. 4. 1902).

Autor ogłasza dwa przypadki tej choroby, z których pierwszy dotyczy 30-letniej kobiety. Ojciec pacjentki w późnym wieku również zachorował na pląsawicę i naskutek tej choroby umarł. Matka, dwoje rodzeństwa i dwoje dzieci pacjentki są zdrowe. Pacjentka zachorowała przed 5-u laty po urodzeniu młodszego dziecka w położu który przebiegał zupełnie normalnie, bezgorączkowo. Drgawki pląsa

wicze z początku nieznaczne, z biegiem czasu wzmagają się i obejmują obecnie cały układ mięśniowy. Chód jest chwiejny, ruchy chorej atyczne jeszcze bardziej go utrudniają. Ruchy skomplikowane (jak ubieranie i rozbieranie się) utrudnione i zajmują wiele czasu, chociaż wogóle przy ruchach zamiarowych drgawki się zmniejszają. Poia-wzmoczeniem odruchów kolanowych badanie obiektywne nie wykazuje nic anormalnego. Choroba rozpoczęła się od podrażnienia psychicznego w wysokim stopniu i napadów furii, co stopniowo ustąpiło miejsca zwiększającemu się wciąż otepieniu umysłowemu, charakterystycznemu właśnie dla płasawicy dziedzicznej: obecnie chora nie może wykonywać najlżejszych zadań arytmetycznych, nie zna już zupełnie alfabetu, nie orientuje się w czasie i t. d. Autor z tytułu tego przypadku zwraca uwagę na różnicę w istocie i przebiegu anomalii psychicznych, występujących w chronicznej dziedzicznej płasawicy i t. zw. *Chorea minor* (Sydenhami). O ile w ostatniej psychoza nosi charakter delirium toksycznego, występującego pod postacią halucynacyjnego pomieszania, dla płasawicy dziedzicznej charakterystycznym jest postępujący upadek inteligencji. Zaburzenia w sferze emocjonalnej (podniecenie, żywe zmiany w usposobieniu i t. d.) właściwe są obu postaciom płasawicy. W danym przypadku głównie zasługuje na uwagę fakt, że przy istnieniu obarczenia dziedzicznego połów odegrał rolę przyczyny przypadkowej w wystąpieniu choroby.

Drugi przypadek dotyczy 41-letniego mężczyzny, u którego omawiana postać chorobowa rozwinęła się *nie na tle dziedzicznem* (w wywiadach brak jakichkolwiek chorób nerwowych w rodzinie), a po ciężkim urazie, który miał miejsce 14 lat temu (1887): chory spadł z rusztowania trzypiętrowej wysokości i poza okaleczeniem głowy i krzyża nie poniósł większego szwanku. Wkrótce potem wystąpiły pierwsze ruchy choreatyczne, które w obecnej chwili dotyczą całego układu mięśniowego i dosięgły bardzo znacznej intensywności. Chód jest bez podpierania pacyenta niemożliwy; mówi zupełnie niezrozumiale bełkocząc, tułowiem wykonywa mnóstwo ruchów dziwacznych. Przy ruchach zamiarowych (jak zwykle w tych przypadkach) drgawki choreatyczne zmniejszają się lub zupełnie ustają. Toż samo daje się zauważyć podczas leżenia w łóżku. Badanie obiektywne wykazuje pod względem psychologicznym obraz apatycznego idyotyzmu, zaś pod względem somatycznym prócz wzmoczenia odruchów kolanowych nic anormalnego nie stwierdzono.

Przypadek ten należy do nieczęstych przypadków sporadycznych bez dziedziczności płasawicy dziedzicznej postępującej, które niczem ani w objawach, ani w przebiegu nie różnią się od typowych i, według *Wollenberga*, mogą być rozpatrywane jako takie, które dotyczą protoplastów całego rodu chorych na płasawicę. Również zasługuje na uwagę w danym przypadku etyologia (uraz), o czym wspomina już zresztą *Oppenheim* w drugim wydaniu swego podręcznika.

Bornstein.

182. Martin Bloch. **Przypadek wiądu rdzenia w wieku dziecięcym.** (Ein Fall von infantiler Tabes. Neurolog. Centralbl. Nr. 3. 1902).

Przypadek dotyczył 17-letniego chłopca, pochodzącego z rodziny, w której nie było ani nerwowych, ani umysłowych chorób. Rodzice pacyenta zaprzeczają stanowczo wszelkiemu zakażeniu specyficznemu; żyją ze sobą 21 lat. W przeciągu tego czasu matka pacyenta zachodziła 10 razy w ciążę, urodziła zaś tylko pięcioro dzieci żywych (z których jedno zmarło w 4, drugie w 5 miesięcy, a trzecie w 3 tygodnie po urodzeniu, a dwoje tylko — pacjent, urodzony w 8-ym miesiącu i jedna siostra żyją); pozatem miała 4 poronienia i raz urodziła przedwcześnie (w 7-ym miesiącu) płód martwy.

Chory, słabowity od urodzenia, rozwijał się dobrze, ukończył szkołę ludową i do niedawna pracował jako uczeń, w warsztacie rzemieślniczym. Od września r. z. chory cierpi na występujące napadowo uczucie obawy, bicie serca, dreszcze i nieprzewyciężony pociąg do oddawania moczu, co zmusiło go wreszcie do zarzucenia zajęcia i zasięgnięcia rady lekarza. Pacjent nie miewa ani bólów, ani zawrotów głowy, nie skarży się również na t. zw. uczucie pasa, nie miewa ani bólów, ani parestezyi w nogach, tylko przeważnie miewa zimne nogi. Apetyt niewielki, sen dobry. Od 3—4 lat oddaje chory mniejszą ilość moczu (*ischuria*), a czasami występuje niemożność zatrzymania moczu w dzień i w nocy. Onanizmowi pacjent, według jego własnych słów, nie oddawał się.

Przy badaniu obiektywnem zwraca przedewszystkiem uwagę dziecięcy wygląd pacyenta: 17-letni młodzieniec sprawia wrażenie 13—14-letniego chłopca; temu odpowiada okoliczność, że dotąd nie nastąpiła zmiana głosu i że organy płciowe znajdują się na zupełnie dziecięcym stopniu rozwoju. Pozatem istnieje kilka cech zwyrodnienia: pewna asymetria czaszki, twarde podniebienie strome i wąskie, zęby zniekształcone, na prawem uchu *tuberculum Darwini*. Ruchy gałek ocznych normalne, oczopląsu niema. Prawa źrenica szersza od lewej; ostatnia jest zniekształcona i zwężona (*miosis*); w obu brak odczynu na światło; prawa nie reaguje również na przystosowanie, lewa zaś zwęża się nieco przy badaniu na konwergencyę. Reszta nerwów czaszkowych normalna. Kończyny górne zarówno pod względem ruchowym, jak i czuciowym nie anormalnego nie przedstawiają; ucisk na nerw łokciowy (objaw Biernackiego) z obu stron mało bolesny. Na tułowiu, w okolicy brodawek piersiowych istnieje przestrzeń (szerokości dłoni) nieznacznego znieczulenia na dotyk. Przy zamkniętych oczach chory zlekka się chwieje. Chodzenie z zamkniętymi oczyma niewątpliwie chwiejne, znacznego jednak bezładu stwierdzić się nie daje. Na udach miejscami hypestezya, na podudziach hypestezya i hypalgezya. Na palcach u nóg, zwłaszcza z lewej strony, wyraźne zaburzenie czucia mięśniowego. W mięśniach kończyn dolnych lekki stopień hypotonii. Obustronny brak odruchów kolanowych. Badanie dna oka wykazało obustronne zblednienie skroniowe tarczy nerwów wzrokowych; zaburzeń wzrokowych brak. Narządy wewnę-

trzne w porządku, w moczu brak białka i cukru. Gruczoły szyjowe trochę powiększone; gruczoł tarczowy niewyczuwalny.

Brak odczynu na światło, objawy Westphal'a i Romberg'a zaburzenia w działalności pęcherza, nieznaczące, ale niewątpliwe zaburzenia czucia i koordynacji ruchów dostatecznie przemawiają za rozpoznaniem władu rdzenia. Przypadek ten należy do tych nielicznych, gdzie przymiot dziedziczny z całą pewnością stwierdzić się nie daje, chociaż i tutaj wobec tych licznych poronień jest on w każdym razie wielce prawdopodobnym. Niedorozwój fizyczny chorego znajduje się zapewne w związku z jego przedwczesnem urodzeniem się. Napady sercowe, na których skutek właściwie chory szukał porady lekarskiej, uważa autor za rodzaj „kryz sercowych“. Badanie rodziców i siostry pacjenta, prócz skrofulozy ostatniej nie wykazało nie anormalnego.

Bornstein.

183. Prof. G. Dieulafoy. **Ziarniniak syfilityczny zrazu czołowego z napadami padaczki Jacksonowskiej, przeczący nauce o umiejscowieniu ośrodków w mózgu.** („Gomme syphilitique du lobe frontale avec attaques d'épilepsie Jacksonienne grave atteinte à la doctrine des localisations cérébrales“. La Presse Médicale. 1901 r. Nr. 85, str.229—233).

Padaczka Jackson'owska lub częściowa cechuje się napadami drgawek w ręce, nodze lub twarzy z jednej i tej samej połowy ciała. Jeśli drgawki ściśle są ograniczone do wyżej przytoczonych okolic. mamy postać typową padaczki Jackson'owskiej. Często jednak drgawki przechodzą poza określoną wyżej granicę, występując początkowo na przykład w ręce i następnie obejmując twarz lub nogę, co stanowi już postać mieszaną padaczki. Padaczkę Jackson'owską często poprzedzają zwiastuny; chory podczas napadu nigdy nie traci przytomności; napad trwa 1—2 minut; napady mogą powtarzać się nawet do 300 razy na dobę, co spostrzegął autor u dwóch chorych; napadom może towarzyszyć podniesienie ciepłoty; następować po drgawkach lub je wyprzedzać mogą przelotne lub trwałe niedowłady i porażenia wiotkie.

Padaczka ma swe źródło w zaburzeniach w sferze ruchowej mózgu. Sfera ta obejmuje *gyrus centralis anterior*, *gyrus centralis posterior* i *paracentralis*. W *gyrus frontalis inferior* jest umiejscowiony ośrodek dla mięśni języka, środkowa część *gyri centralis anterioris* i *gyrus centralis posterior* stanowią ośrodek dla ręki, górna zaś część obydwóch zwojów centralnych i *gyrus paracentralis*—ośrodek dla mięśni kończyny dolnej.

Jeśli zaburzenia natury syfilitycznej, gruźliczej, bądź gliomatycznej są umiejscowione w jednym z podanych ośrodków, to otrzymujemy obraz padaczki częściowej typu twarzowego, ramieniowego i t. p. Jeśli zaś mamy do czynienia z postacią mieszaną padaczki Jackson'owskiej, to o umiejscowieniu decyduje okolica, w której drgawki występują pierwotnie. Dane te zostały wielokrotnie sprawdzone wynikami sekcyjnymi i operacyjnymi; stanowią one ważny przyczynek do

dyagnostyki topograficznej, a jednak nie są niezawodne, co stwierdza autor na zasadzie spostrzeganego przez siebie przypadku i innych zebranych z literatury.

Chory syfilityk został przywieziony do szpitala w stanie na wpółprzytomnym. Język i twarz odchylone na prawo. Kończyny prawe szczególnie górna prawa w stanie niedowładu wiotkiego, częste napady drgawek. Drgawki zaczynają się w prawej kończynie górnej, obejmują wkrótce dolną kończynę i część prawą twarzy. Podczas napadu chory zupełnie nie traci przytomności. Napad taki trwa do 40 sek. Zastosowane natychmiast leczenie swoiste nie dało wyników dodatnich. Chory po kilku dniach pobytu w szpitalu zmarł.

Występowanie drgawek na stronie prawej ciała wskazuje na sprawę zachodzącą w lewej półkuli mózgowej. Zaczynanie się drgawek na prawej ręce pozwala na umiejscowienie sprawy w ośrodkowej części *gyri praecentralis i postcentralis*, uważać zaś części górne i *lobulus paracentralis* za nienaruszone. Na seceyi okazało się, że zmiany znajdują się wyłącznie *in lobo frontali sinistro*. W miejscu tem powierzchnia mózgu była zajęta przez tkankę patologiczną barwy brunatnej, konsystencji miększej niż zwykła istota szara. Nowotwór zajmował zewnętrzną przednią część *bulbi olfactorii* na przestrzeni 3 ctm.; wgłąb nowotwór sięgał do komory bocznej, nie niszcząc jej ścian.

Granice nowotworu ściśle były odgraniczone od istoty zdrowej mózgu. Badanie drobnowidzowe stwierdziło ziarniniak syfilityczny. Na tem miejscu warto zwrócić uwagę na dane statystyki, przeprowadzonej przez Herber'a, pogłóg której na 10 przypadków ziarniniaków *lobi frontalis* tylko są 2 przypadki notowane w sferze ruchowej mózgu.

M. Lépine podaje przypadek epilepsji Jackson'owskiej z zejściem śmiertelnem — seceya wykazała ropień stary w *lobus anterior*. Faguet i Lowitz opisują przypadek padaczki Jackson'owskiej u syfilityczki. Seceya wykazała ziarniniak syfilityczny wielkości orzecha, zajmujący tylną trzecią część zwoju czołowego z przodu od *gyri paroccipitalis* Werder'a.

Chipault przytacza przypadek padaczki Jackson'owskiej z drgawkami w kończynach prawych. Seceya wykazała gliomąt w drugim zwoju czołowym.

Na zasadzie przypadku, podanego przez Dieulafoy i innych, wynika, że zaburzenia umiejscowione w zwojach czołowych daleko od sfery ruchowej są zdolne wywołać obraz padaczki Jackson'owskiej. Różniczkowanie dwóch tych umiejscowień ze względu na brak zupełny danych jest niemożliwe, ponieważ, jak wykazały spostrzeżenia Lépine'a, Faguet'a i Lowitz'a, Chipault'a w padaczce czołowej może nie być zaburzeń inteligencji, co się zaś tyczy porażień, to są one wspólne obu postaciom padaczek.

Wł. Żenczykowski.

IV. Z towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 25 lutego 1902 r.

I. Wł. Kopytowski. przedstawia *przypadek przymiotu guziczkowego pelzającego skóry* (syphilis tuberculosa cutis serpigiosa. Gummata cutis).

II. Henryk Landau demonstrował preparaty pasorzytów malaryi złośliwej.

III. W dyskusji nad odczytem J. Brudzińskiego zabiera głos Kozerski.

Nie zgadza się w zupełności z prelegentem, że istnieje absolutna niemożliwość osiągnięcia jakichkolwiek wywiadów co do niemowląt przyjmowanych do Domu Wychowawczego. W niektórych przypadkach jest to możliwe: 1) u niemowląt t. zw. „salowych“, t. j. takich, których matki leżą w innym oddziale szpitalnym i co do zdrowia tych matek możnaby zawsze zasięgnąć pewnych informacji. O ile zaś dziecko urodziło się w instytucie położniczym lub w przytulku, to dane co do łożyska mogą dać w pewnych razach doniosłe wskazówki i zakwestyonować ewentualnie zupełne zdrowie pozornie normalnego noworodka; 2) u niemowląt, których matki wstępują do Domu Wychowawczego, jako mamki i mogą być zbadane; wreszcie 3) dzieci, oddawane do Domu Wychowawczego przez rodziców lub opiekunów, którzy, według K., powinni podpisywać piśmienną deklarację, że obowiązują się ponosić wszelkie koszty na wypadek, gdyby dziecko okazało się zakażone i gdyby zaraziło mamkę. Taki zwyczaj zmniejszyłby, według K., pochopność do umieszczenia w Domu Wychowawczym zakażonego dziecka, bowiem rodzice często wiedzą o swej chorobie.

Co do danych dyagnostycznych, to, pomijając pewne i niewątpliwie oznaki przymiotu (jak exanthema maculosum, papulosum, tuberculosum, pemphigus, coryza, pseudoparalysis Parrot'a i rozlane stwardnienia skóry), istnieje wysypka, nazwana przez Parrot'a *syphilide lenticulaire*, a przez Jacquet'a Erythème, dermite lub *syphiloïde post-érosive*, która przedstawia największe trudności rozpoznawcze. Wymieniwszy różne postaci, w których owa wysypka może występować, K. obala dowody jej nieswoistości, przytaczane przez Jacquet'a, a za nim przez Brudzińskiego i sądzi, że ani fakty znikania wysypki bez leczenia, ani też to, że matka niekiedy nie zaraża się przymiotem od dziecka, posiadającego taką wysypkę, nie mogą służyć jako argumenty przeciw jej swoistości. Dalej K. twierdzi, że fakt, przytaczany przez B., że dzieci owe pozostały bez objawów, również nie przemawia przeciwko swoistości omawianej wysypki, bowiem B. badał je przez względnie krótki przeciąg czasu, a istnieje wszak *lues hereditaria tarda*. Zdanie Jacquet'a, że *dermatitis postcorrosiva* pochodzi od drażnienia zewnętrznego przez kał i mocz, również krytyki nie wytrzymuje, jeżeli sądzić o tem na

podstawie pewnej wprawy w różniczkowaniu pomiędzy sztucznym podrażnieniem skóry i tymi drobniutkimi, błyszczącymi, nadżartymi guzkami, o które tu właśnie chodzi, wreszcie badania anatomo-patologiczne. H o d a r y, który znalazł w omawianych wykwitach *endoarteriitis* z bujaniem *endo-* i *perithelium*, przemawiają szczególnie za syfilitycznym pochodzeniem omawianej wysypki. Zresztą K. przyznaje, że często, jeżeli chodzi o rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zwykłym jakimś podrażnieniem skóry, a jej zmianami swoistymi, to nastęrczają się nieprzezwyjęzone trudności i wobec tego właśnie zagrzewa do jaknajwiększej ostrożności. Z Domu Wychowawczego można przytoczyć przykłady, gdzie drobne zrazu nacieki lub guzki rozrastały się później w wielkie, już nie budzące żadnych wątpliwości co do swej natury.

Co się tyczy karmienia niemowląt syfilitycznych, to K. sądzi, że należałoby wyjednać zmianę ustawy szpitalnej, zabraniającej utrzymywanie mamek syfilitycznych i dawać niemowlętom z przymiotem niewątpliwym mamki z wczesnym przymiotem, a dla dzieci o przymiot podejrzanych zachowywać mamki z przymiotem, znajdującym się w późnym okresie. Bowierni takie dzieci muszą być od piersi zdrowej kobiety na wszelki wypadek odstawione, a przy projektowaniu przez K. postępowaniu dziecko, które nie okaże się syfilitycznym od mamki z *lues tarda* przymiotu nie nabędzie i również nie udzieli jej przymiotu, o ile by się podejrzenie ziściło. Taki jest, według K., jedyny radykalny sposób zaradzenia zbytnej śmiertelności niemowląt, pozabawionych piersi z jednej strony i ograniczeniu liczby zarażeń mamek—z drugiej.

K o r y b u t t-D a s z k i e w i c z streszcza wyniki swych spostrzeżeń odnośnie tak ważnego przedmiotu, poruszonego przez Bru-dzińskiego.

Rozpoznanie wczesnych okresów przymiotu dziedzicznego (*lues hereditaria recens*) należy do kwestyi bardzo ważnych i wcale nielatwych. Typowe objawy przymiotu dziedzicznego (*roseolae, papulae, psoriasis palmarum et plantarum, condylomata, etc.*) spostrzegać się dają w Domu Wychowawczym bardzo rzadko, natomiast najczęściej spotykał mówca pewien typ błyszczących i jakby polakierowanych (szczególniej z polyskiem jedwabistym lub woskowym) podeszew, stopek lub piątek, zwłaszcza z wyraźnemi nacieczeniami na piętkach i małymi guzickami z powodu nacieczenia na podeszwowej stronie palców. D. uważa ten objaw za szczególnie podejrzany, jeżeli mimo kilkakrotnych kąpeli higienicznych nie ustępuje. Również za wielce podejrzany objaw uważa D. czerwone, błyszczące nacieczenia na skórze pośladków. Dalej, zaznacza względną rzadkość tak zwanej „sapki“, uważanej przez większość autorów za obowiązkowy niemal objaw przymiotu; również bardzo rzadko spotykał mówca opisywaną powszechnie, jako swoistą, cerę, porównywaną do tego, jakby się skórę niemowlęcia pokryło rozcynem fusów od kawy. U dzieci, mających niewątpliwie objawy przymiotu, znajdował mówca wszelkie pozory zdrowia, t. j. dobrą wagę i dobry ogólny wygląd, o ile, rozumie się, były karmione piersią.

Dla rozpoznania wczesnych okresów przymiotu dziedzicznego należy, według D., mieć pewną wielorakość (polimorfizm) objawów; mając np. „trio“ objawów (typowe podeszewki—błyszczące nacieczenia na pośladkach — sapka; lub dwa pierwsze objawy, a zamiast sapki — *seborrhoea superciliarum* lub *rhagades oris* lub *paronychia*) można prawie z wszelką pewnością postawić pewne rozpoznanie. Przy pewnej wprawie można na podstawie 1 tylko z objawów wyżej wymienionych powziąć poważne podejrzenie co do istnienia u danego niemowlęcia przymiotu dziedzicznego. Do bardzo rzadkich objawów zalicza D. *pseudoparalysin* Parrot'a i t. z pletwowe obustronne ułożenie kiści (Flossenstellung).

W przewidywaniu zarzutów D. zaznacza, że do rozpoznania przymiotu na podstawie nietypowych i nieklasycznych objawów upoważniały go: 1) *experimentum in vivo spontaneum* (zarażenie się mamek przymiotem), 2) *cura specifica* (poprawa na skutek kuracji) i, wreszcie, 3) obserwacja nad dalszym rozwojem i przebiegiem cierpienia, która stwierdzała częstokroć rozpoznanie.

W końcu swego przemówienia D. stawia kilka wniosków praktycznych, z których najważniejszy ma na celu zmniejszenie śmiertelności wśród dzieci obarczonych przymiotem dziedzicznym. Należy żywić je wyłącznie piersią; a więc, co się tyczy Domu Wychowawczego, przyjmować dla nich mamki notorycznie syfilityczne, a w praktyce prywatnej żądać, ażeby matki same karmiły swoje dzieci lub ewentualnie radzić przyjmowanie mamek syfilitycznych. W razie, jeśli w charakterze karmicielki zgłosi się kandydatka zdrowa, obowiązkiem lekarza jest poinformować rodziców chorego dziecka o odpowiedzialności moralnej, jaką biorą na siebie, narażając mamkę na zarażenie się i ewentualnie należy samemu mamkę o grożącym jej niebezpieczeństwie objaśnić.

K o p c z y ń s k i St. sądzi, że zapytywanie mamki, kobiety zazwyczaj prostej i nie rozumiejącej całej grozy skutków, jakie pociągnąć może dla niej karmienie dziecka syfilitycznego, jest nieetyczne.

W odpowiedzi K o p c z y ń s k i e m u K o r y b u t t - D a s z k i e w i c z zaznacza, że lekarz, nie posiadając władzy wykonawczej, nie ponad to, co D. w przemówieniu swem zalecił, uczynić nie może.

B r u d z i ń s k i w odpowiedzi K o r y b u t t o w i - D a s z k i e w i c z o w i zaznacza, że przy rozpoznaniu *dermatitis post-erosiva papulosa*, jako cierpienia przymiotowego, dużą rolę odgrywają wywiady, które w przypadkach opisanych przez B. nie wykazywały stanowczo przymiotu u rodziców.

Dalej, brać trzeba w rachubę również ten fakt, że cierpienie to występuje z nawrotami pod wpływem podrażnienia częstymi kwaśnymi wypróżnieniami, co B. mógł stwierdzić parokrotnie w przeciągu pewnego okresu czasu. Co do znikania objawów skórnych przymiotu bez leczenia, B. uważa rozpoznanie przymiotu za wątpliwe wtedy, jeżeli przytoczone objawy skórne znikają *w parę dni* bez wszelkiego leczenia. Co się tyczy karmienia dzieci syfilitycznych, B. już na poprzednim posiedzeniu zaznaczył, że młodsza szkoła pediatrów jest daleko ostrożniejszą od starych lekarzy i, obawiając się

zarażenia mamki przez dziecko, uznają jedynie zasadę mamek syfili-tycznych, i w myśl tej samej zasady przemawiał B.

Posiedzenie z d. 4. III 1902.

I. Neugebauer przedstawił potworka z *meningocoele bilateralis*.

II. Józef Brudziński przedstawił dziewczynkę 3-letnią z *exostosis multiplex*; siostrę chłopca, przedstawionego na jednym z posiedzeń poprzednich.

III. Bregman przedstawił przypadek *akromegalii*. Poza typowem powiększeniem rąk, nóg, twarzy, klatki piersiowej, języka istnieją u pacyenta napadowe bóle głowy, *hemianopsia bilateralis* i apatya—objawy, które wskazują na nowotwór przysadki.

IV. Borsuk przedstawił żelazną blaszkę z haczykami od krawatu męskiego, szerokości 2 ctm i długości tyleż, która usunięta została z przelęku dziecka rocznego.

V. Józef Jaworski wygłosił odczyt p. t. „O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi“. Badania J., dokonane wespół z Stanisławem Iwanickim, polegały na sprawdzeniu twierdzeń Fliess'a odnośnie leczenia miesiączki bolesnej (*dysmenorrhoea*). Autorzy badali ogółem 73 przypadki miesiączki bolesnej i obserwowali je przez parę, kilka miesięcy, a niektóre przez rok cały. Spostrzeganym chorym autorzy przyzęgali kwasem trójchloracetowym, galwanokauterem, elektrolizą. Trwałość co do czasu i natężenia efektu leczniczego bywa różna w oddzielnych przypadkach; wahania tutaj są od paru godzin do paru miesięcy, a nawet występuje zupełne wyleczenie z bolesnej miesiączki (11 przypadków na 73). Najtrwalsze wyniki obok elektrolizy dawała galwanokaustyka, najczęściej też ją stosowano (32 razy). Badaniu i leczeniu poddane były 2 kategorie chorych. 48 kobiet pierwszej kategorii z bolesną miesiączką miały zmiany chorobowe mniej lub więcej wydatne w narządach rodnych, 25 kobiet drugiej kategorii, u których obok *dysmenorrhoeae* nie wykryto żadnych zmian chorobowych w narządach rodnych. Z pierwszej kategorii chorych 65% przy stosowaniu metody Fliess'a uwolnione zostały doraźnie i mniej lub więcej stale od bólów miesiączkowych. Z drugiej kategorii 88% wykazało w mniejszym lub większym stopniu odczyn na zabieg leczniczy Fliess'a. Najmniej oddziaływały chore ze starymi sprawami rzeźączkowymi w przydankach, a zupełnie bezskutecznym okazał się zabieg Fliess'a w *exfoliatio mucosae menstrualis sine endometritide* i w *dysmenorrhoea mechanica*. Przy zmianach chorobowych w narządach rodnych należy stosowanie metody Fliess'a poprzedzić miejscowem leczeniem ginekologicznem, gdyż wówczas szybciej i trwalej działa owa metoda. Najtrwalsze wyniki zapewnia elektroliza i galwanokaustyka, stosowane w *dysmenorrhoea* na wiadome miejsca w nosie. Ostatnia część odczytu poświęconą została obszernemu omówieniu mechanizmu powstawania i znikania bólów w podbrzuszu i krzyżu podczas miesiączki przez kokainowanie i przy-

żeganie „Genitalstellen der Nase“. W zakończeniu prelegent rozpatrywał przypuszczalne zarzuty odnośnie samego sposobu stosowania tej metody i jej leczniczego znaczenia. Jako wniosek ostateczny wypowiada prelegent zdanie, że metoda Fliessa nie zawsze i nie wszędzie zapewniać może skuteczne działanie: konieczną bywa i tutaj, jak w każdym leczeniu, indywidualizacja przypadków.

W dyskusji Sokołowski podnosi ważność kwestyi poruszanej przez prelegentów, a mianowicie kwestyi stosunku dysmenorrhoeae do cierpień nosa, razi go jedynie wniosek prelegentów, że w 70% przypadków leczenie cierpień nosa usuwa zaburzenia w narządach rodnych. S. przypomina, że zwykle po ogłoszeniu jakiejś nowej metody leczniczej, wynik leczenia bywał narazie zwykle doskonały. To samo miało miejsce z leczeniem astmy oskrzelowej przy pomocy operacji w nosie, gdyż z czasem okazało się, że teoria objaśniająca nosowe pochodzenie astmy oskrzelowej nie wytrzymała krytyki. I tu więc również nie należy wniosku prelegentów uogólniać i leczyć wszystkie dysmenorrhoeae tą metodą. W końcu Sokołowski uważa za niesłuszne ściśle różniczkowanie poszczególnych punktów w nosie: kokainizację, stosowaną w tych razach, trudno ograniczyć do jednego z tych punktów; w astmie oskrzelowej na początku istniało mniemanie, że pewne punkty w nosie posiadają właściwość wywoływania odruchowo napadu astmatycznego, co potem okazało się niesłusznym, gdyż odruch może być wyzwolony z różnych miejsc błony śluzowej.

Jakimiak przypomina, że Fliess w swoich pracach poruszył cały szereg innych spraw odnośnie do objawów odruchowych w częściach rodnych i podaje, jakim jest, według Fliessa, podkład anatomiczny owego łuku odruchowego.

Tuchendler sądzi, że trudno w tych razach zupełnie wykluczyć suggestyę.

K. Daszkiewicz zapytuje, czy mówcom udało się przez drażnienie odpowiednich punktów w nosie wywoływać bóle w krzyżu.

Nusbaum i Chwat przypominają fakty fizyo- i biologiczne, dotyczące związku pomiędzy narządami oddechowymi i płciowymi.

Lubliner nie sądzi, ażeby nerwice zwrotne, z jam nosowych pochodzące, specjalnie odnosić należało do tego lub owego punktu: każde miejsce na błonie śluzowej jam nosowych, odpowiednio podrażnione, może być punktem wyjścia sprawy odruchowej (np. astmy i t. d.). Punkty zatem przez Fliessa wskazane nie zasługują na specjalne wyróżnienie, chyba tylko ze względu na łatwy dostęp do nich. Dalej L. zwraca uwagę, że punkty wskazane obfitują w sploty naczyniowe (cavernöses Gewebe, Schwellkörper Zuckerkandl'a), co może, oczywiście, również wpływać na sprawy patologiczne w jamach nosowych. L. przekładałby wreszcie galwanokaustykę nad elektrolizę.

Logucki zaznacza, że z 5 przypadków z własnej praktyki, leczonych tą metodą, w 3-ch otrzymał wyraźną poprawę.

Bregman twierdzi, że w stanie ogólnego pobudzenia nerwowego, który u osób usposobionych towarzyszy miesiączce, znajdujemy tak samo, jak i w innych przypadkach nerwicowych szereg

punktów naczulych (zones hyperaestétiques), a jednym z takich punktów jest, oczywiście, błona śluzowa nosa. Jak przy naciskaniu na wrażliwą okolice jajnika można przerwać napad histeryczny, tak samo kauteryzacja błony śluzowej nosa modyfikuje w jakiś nieznanym nam sposób—bynajmniej nie przez sugestywę—stan ogólny układu nerwowego.

Luksenburg zwraca uwagę na teoretyczną stronę kwestyi. Jeżeli tło anatomiczne przyjąć z pewnemi zastrzeżeniami w nerwach odruchowych, to w metodzie Fliess'a napotykamy nieprzewyżnione trudności. Narządy rodne wywołują odruchowe zmiany w błonie śluzowej nosa, ta znowu odruchowo dolegliwości w krzyżu, narządach okołomaciczych, w innych narządach brzusznych, bicia serca i t. d. Wypływało by stąd, że cały szereg najróżniejszych narządów związany jest odruchowo z błoną śluzową nosa. Na to jednak nie posiadamy dotąd żadnych danych.

Flatau przypuszcza, że u podstawy omawianych objawów leży następująca sprawa odruchowa. Przedewszystkiem zwraca uwagę, że, co dotyczy bólów w krzyżu i w hypogastrium w dysmenorrhoea, pamiętać należy o teorii Head'a, który stwierdził ścisłą zależność pomiędzy chorobami narządów wewnętrznych z jednej strony i zmianami czucia skórnoego z drugiej. Otóż, powstawanie bólów w krzyżu i w hypogastrium można objaśnić sobie w ten sposób, że włókna czuciowe z plexus uterinovaginalis bywają podczas miesiączkowania podrażnione; podrażnienie to biegnie do rdzenia, stąd po pewnych drogach utorowanych (Bahnung) do mózgu, gdzie powstaje ból z projekcją tegoż w okolice krzyża lub brzucha. Obrzęk błony śluzowej nosa w miesiączce bolesnej objaśnić można w ten sposób, że podrażnienie czuciowe, z tegoż plexus uterino-vaginalis biegnie poprzez rdzeń i następnie wywołuje odruchowo (za pomocą włókien sympatycznych) rozszerzenie naczyń nosowych (a więc zwykły odruch czuciowo-naczynio-ruchowy). Najtrudniej jest objaśnić znikanie bólów w krzyżu i w hypogastrium na skutek zabiegów w punktach Fliess'a. Ponieważ wraz z kokainizacją lub przyżeganiem punktów Fliess'a następuje ból, sądzić więc należy, że w całym tym procesie bierze jednocześnie udział kora mózgowia (bocznice nerwu trójdzielnego, nerwu czuciowego nosa, połączone za pomocą innych neuronów z korą mózgową). W każdym razie, mamy, zapewne, w tym wypadku do czynienia nie ze zwykłym odruchem (czuciowo-ruchowym), lecz z oddziaływaniem jednego nerwu czuciowego (n. trigeminus w punktach Fliess'a) poprzez korę mózgową i rdzeń na neurony czuciowe (w skórze krzyża i hypogastrium).

Prezes rozpatruje daną sprawę ze stanowiska patologicznego, nie wdając się w jej stronę praktyczną. Obrzmienie błony śluzowej nosa to nie odruch: tu, bez wątplenia, dużą rolę gra mózgowie. Podrażnienie muszli nosowej, jak każde podrażnienie zmysłowe, zwiększa napięcie energii pewnych komórek w mózgu, a stąd prąd nerwowy biegnie po najbardziej utorowanych drogach.

Jaworski odpowiada, że zadanie prelegentów ograniczało się tylko do streszczenia tych prac Fliess'a, które oma-

wiają leczenie dysmenorrhoeae, że jamy nosowe znane były pod względem anatomicznym jeszcze przed Zuckerkandl'em (w r. 1884 Mackenzie wydał o tem specjalną rozprawę), lecz dopiero Fließ wskazał oddzielne punkty, jako Genitalstellen, gdzie podczas miesiączki występują największe obrzmienie, przekrwienie i wrażliwość. Lubliner jest w błędzie, sądząc, że są to rzeczy dawno i dobrze znane. Według nowszych poszukiwań (Mihalkovics) na tuberculum septi nasi znajduje się nie skupienie naczyń, lecz gruczołów śluzowych. Galwanokaustyka działała w odnośnych przypadkach prawie równie skutecznie, jak elektroliza, której jednak utożsamiać z galwanokaustyką nie można.

K. Daszkiewiczowi odpowiada, że nie udało się mówcom wywołać dysmenorrhoeam eksperymentalnie.

W końcu J. zaznacza, że nerwice odruchowe płciowe należą etyologicznie do najmniej może zbadanych i wogóle ciemnych spraw w neuropatologii, klinicznie jednak nader ciekawych. Czy uważać je za samoistne cierpienie, czy za przejaw częściowy ogólnej nerwicy w odnośnych przypadkach, jak sobie objaśniać mechanizm ich powstawania—pod tym względem istnieją różne poglądy, i sprawa ta dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą.

M. Bornstein.

V. Z towarzystw lekarskich zagranicznych.

a) Z Towarzystw lekarskich niemieckich.

Verein f. innere Medizin. 17/II 1902.

1) V. Mosse zdawał sprawę z badań swych nad kolką ołowianą. Zmiany anatomiczne pod wpływem ołowiu w układzie nerwowym, zarówno obwodowym jak ośrodkowym, znajdowano już dość dawno. Tanquerel des Planches, Kussmaul i inni stwierdzili w kilku przypadkach kolki ołowianej rozrost i stwardnienie przegródek łącznotkankowych w *ganglion coeliacum* i w *g. cervicale supremum* nerwu współczulnego. Drażnienie *g. coeliaci*, jak wykazały badania Joh. Müllera, powoduje objawy, zbliżone do kolki ołowianej, mianowicie nadmierne wzmoczenie ruchu robaczkowego kiszek z biegunką i silny skurcz ogólny kiszek. Prelegent wywoływał podobne objawy u królików za pomocą wstrzykiwań podskórnych octanu ołowiu, następnie badał *g. coeliacum* mikroskopowo. Normalnie *g. coeliacum* królików zawiera dwa rodzaje komórek: 1) duże komórki dwujądrowe z brylkami chromatyny, ułożonemi w kształcie pierścienia u obwodu, i z drobną ziarnistością bliżej środka komórki; 2) mniej liczne małe komórki z równomiernym układem ziarenek. U zwierząt, otrutych ołowiem, prelegent konstatował stale zmiany w komórkach pierścieniowatych (*Ringsellen*). Bryłki chromatyny

traciły poprzedni swój układ (w kształcie pierścienia) i skupiały się w jednym miejscu, bądź też równomiernie układały się po całej komórce. Użycie *inf. sennae* i środków pokrewnych nie jest w stanie powodować zmian tego rodzaju, więc nie wzmożenie ruchu robaczkowego jest ich przyczyną. Natomiast, wstrzykując podskórnie *berberinum sulfuricum*—środek, mający własność wywoływania skurczu kiszek, prelegent obserwował w *g. coeliacum* zmiany zupełnie analogiczne do wyżej wymienionych. Prawdopodobnie więc zmiana w *g. coeliacum* powstają wogóle pod wpływem środków, wywołujących skurcz kiszek na wzór ołowiu. Badając chemicznie tkankę *g. coeliaci* zwierząt otrutych, prelegent stale konstatował w niej obecność ołowiu. W swoim czasie Hans Maier dowiódł, iż jad tężcowy dochodzi do ośrodków nerwowych drogą nerwów obwodowych. Na zasadzie swych badań chemicznych, prelegent przypuszcza, iż podobnie rzecz się ma w przypadkach otrucia ołowiem, mianowicie, że ołów dochodzi do *g. coeliacum* przez włókna kiszki nerwu współczulnego.

Berliner Medizinische Gesellschaft. 17/III.

2) Max Joseph i Piórkowski przedstawili preparaty **laseczników**, które uważają za specyficzne dla **przymiotu**. Opierając się na fakcie, iż zarażenie żony przez męża następuje częstokroć dopiero w okresie ciąży—prawdopodobnie za pośrednictwem nasienia, prelegenci starali się przekonać, czy tkanka łożyskowa nie stanowi dogodnego podłoża dla rozwoju zarazka przymiotowego. Używając w tym celu łożyska za podłoże, już po 12 godzinach zdołali wyhodować z nasienia syfilityków długie zaokrąglone na końcach laseczniki, zbliżone wyglądem do pałeczek dyfterytycznych. Jednakże szczepienie świniom dało wyniki ujemne. W dyskusji większość przemawiających wyraziła się powątpiewająco o wynikach, otrzymanych przez autorów.

Aerztliches Verein. Hamburg. 21/I. 1902.

3) Werner przedstawił dwie chore z objawami **przymiotu** trzyczorzędnego. U obu chorych guzy gumiakowe wystąpiły w okolicy pośladkowej w miejscach, w których niegdyś zastrzykiwano salicylan rtęci. Obok tego istniały zmiany gumiakowe i w innych narządach.

W. St.

Z Towarzystw lekarskich w Wiedniu.

Gesell. d. Aerzte. Posiedzenie z d. 4/IV 1902.

1) Fein przedstawił 2 chorych, którym leczył **nos siodłowaty** (*Sattelnase*) za pomocą **wstrzykiwań wazeliny** według Gersuny z doskonałym wynikiem kosmetycznym. W dyskusji Matzenauer zauważył, że wynik po 1—2 latach się pogarsza; prof. Ehrmann dodaje, że zabieg ten wtenczas tylko się udaje, jeżeli zastrzykiwania są robione do tkanki podskórnej, a nie do mięśni. Weil zaleca do wstrzykiwań mieszanie białej wazeliny z parafiną twardą.

2) K. Ullmann mówił o lecniczem działaniu ciepła w różnych sprawach chorobowych. Do przenoszenia ciepła U. używa wody, utrzymywanej w jednostajnej temperaturze w specjalnym przyrządzie, zbudowanym przez mówcę (Hydrothermoregulator). Aparat składa się ze zbiornika wody, ogrzewanej za pomocą samodzielnie regulującego się palnika gazowego; z aparatu woda przechodzi do zastosowanych do kształtu danej okolicy ciała przyrządów, które pozostają na cierpiącym miejscu w ciągu 2—3 dni. Wysokość ciepłoty może dosięgać w zastosowaniu dla skóry 41,05, dla błon śluzowych 45°. Dotychczas U. otrzymał dobre wyniki ze swej metody w szankrze, długotrwałych sprawach ropnych, rzeżączkowych cierpieniach stawów, w zapaleniu przyjądrza, a szczególnie w przypadkach zastarzałych z twardem nacieczeniem. Ciepło ma przenikać głęboko w tkanki. Tego twierdzenia autora prof. Zeissl nie podziela.

Posiedzenie z d. 11/IV 1902.

3) S. Ehrmann przedstawił chorego z zanikiem skóry na lewym udzie i biodrze. Skóra w tych miejscach jest zacerwieniona, zcieńczała i gdzieniegdzie złuszczoneą; w tkance podskórnej przebiegają szerokie sieci żyłne. Na goleni znajdują się zmiany podobne do sclerodermia; tkanka tłuszczowa w stanie zaniku. Zaburzeń czuciowych niema. W danym przypadku zaszyły zmiany troficzne pochodzenia nie nerwowego, lecz prawdopodobnie naczyniowego: Cierpienie to należy zaliczyć do zaburzeń, znanych pod nazwami *erythromelia*, *erythema angioparalyticum* etc.

4) M. Englisch. O raku prącia. Według statystyki szpitali wiedeńskich z lat 1892—1898 rak prącia wynosi 1,78% wszystkich przypadków raka wogóle; najczęściej spotykamy raka nabłonkowego. Rak prącia występuje zwykle w wieku późniejszym (50—60 lat); autor jednakże spostrzegł 2 przypadki u osobników poniżej lat 20. W 29% przypadków rak był poprzedzony stulejką (*phimosi*); uraz gra również ważną rolę w jego pochodzeniu. Rak prącia zwykle rozwija się bardzo szybko (około roku); bierze początek zwykle na listku zewnętrznym napletka lub na żołądzi, rzadko na skórze prącia. Stosować należy wczesną amputację prącia. Przerzuty bywają w gruczolach pachwinowych, około kanału udowego, na przedniej powierzchni spojenia łonowego i t. d. Nawroty miejscowe spotykają się w 1—20% przypadków, w gruczolach zaś w 4—12%.

Gesell. f. innere Medicin. Posiedzenia z d. 6/III 1902.

1) Doc. Spiegler przedstawia dwa przypadki *sclerodermiae*, które były poprzedzone obrzękiem. U obu chorych gruczoł tarczowy niezmienny; leczenie wyciągiem tegoż gruczołu bezskuteczne. Według S. obrzęki mają znaczenie etyologiczne w powstawaniu *sclerodermiae*. Prof. Nothnagel zauważył, że istota omawianego cierpienia dotychczas jeszcze jest ciemną, a obrzęki i nerwice naczyniowe zapewne są tylko czynnikami usposabiającymi.

2) W. Schlesinger przedstawia chorego z *acromegalia* i mo-

czówką cukrową. Moczówka istnieje od 6 roku życia; jednocześnie wystąpiły objawy acromegaliae i otyłość. Zaburzeń umysłowych niema. Zdaje się, że moczówka zależy w tym przypadku od guza mózgu, chociaż żadnych objawów guza niema.

Posiedzenie z d. 20/III 1902.

3) H. Goldmann. **Marasmus montanus.** Tem mianem autor dlatego zamienia dotychczas używaną nazwę *cachexia montana*, gdyż obraz tej profesjonalnej choroby górników nie odpowiada obrazowi charłactwa. Warunki, w jakich pracują górnicy w kopalniach, mianowicie: wysoka temperatura (do 40° C), brak dostatecznej ilości tlenu w powietrzu i wysiłki fizyczne, prowadzą do rozdęcia płuc z następczym przerostem serca. Gorąco wywołuje pragnienie, gaszone zwykle dużą ilością wody: ztąd zaś powstaje rozszerzenie żołądka i przewlekły jego nieżyt. Powietrze w kopalniach zawiera gazy, niezdadne do oddychania: amoniak, siarkowodór. Brak tlenu w powietrzu wpływa ujemnie na tworzenie się krwi i na odżywianie całego ustroju. Prócz tego górnicy cierpią na inne jeszcze swoiste choroby: *furunculosis*, *nystagmus* i *hemeralopia*, pylice i bardzo często spotykane przepukliny. Większość objawów *marasmus montanus* ustępuje, jeżeli górnik przez dłuższy czas nie przebywa w kopalni.

Na pytanie prof. Manna berg'a G. odpowiada, że dzieci górników są bardzo zdrowe i odporne, choroby nagminne rzadko się trafiają wśród nich, gruźlicy podlega około 1% pracującej ludności. Ziją zaś górnicy bardzo długo.

Gesell. d. Aerzte. Posiedzenie z d. 21/III. 1902.

E. Freund. **Poszukiwania i badania w dziedzinie patologii przemiany materii.** F. omawia istotę niektórych chorób przemiany materii. Objasnienia moczówki cukrowej na drodze czysto chemicznej zaniechano; obecnie tłumaczy się ta sprawa nienormalną przepuszczalnością naczyń włoskowatych wątroby wskutek porażenia zwieraczy, wzgl. podrażnienia rozszerzaczy; jedyną zmianą w wątrobie, znajduwaną na sekcji, bywa jej przekrwienie. Gorączka, według nowszych poszukiwań, zależy od krążenia we krwi pewnych substancji, które w innych miejscach nieszkodliwe, tutaj wywołują charakterystyczne dla gorączki zaburzenia. W powstawaniu otyłości wykryto również ścisły związek procesów chemicznych i fizycznych. Cały szereg spraw chorobowych daje się objaśnić różnicami, zachodzącymi w procesie przemiany materii co do czasu i co do miejsca. Normalna przemiana materii w komórce może się stać patologiczną dzięki, nadmiernej czynności i niedostatecznemu odżywianiu; ma się rozumieć, że i produkty działalności komórki będą wtedy również patologicznymi.

T. B.

VI. Notatki bibliograficzne.

Zakrzewski J. **Maryówka**, sanatorium i zakład wodoleczniczy. Lwów.

Jest to opis zakładu o 3 klm. oddalonego od Lwowa, założonego w r. 1890.

Bystra, sanatorium i zakład wodoleczniczy. 1902 r.

D-r A. Puławski. **Sprawozdanie z zakładu w Naęczowie za r. 1902.**

D-r Zaleski. **Druskieniki.** Warszawa. 1902.

Opis zakładu, rozbiory solanki i opis jej własności.

Czasopisma polskie w Kwietniu ¹⁾.

Patologia ogólna. Dzierżkowski. Przyczynę do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy. G. L. 14, 15, 16. Korczyński. Badania przemiany pierwiastków w rozmięczeniu kości. P. L. 15, 16, 17.

Choroby wewnętrzne. Borzęcki. Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalu. K. L. 7. Cybulski. Wskaźnik gruźliczy u nas. G. L. 17. Jaworski W. O racjonalnym składzie i terap. stosowaniu wód leczniczych. P. L. 14, 15, 16, 17. Weinsberg. Przycz. do lecz. gruźl. jelita. P. L. 17.

Choroby dzieci. Arnstein. Kilka uwag o płonicy. M. 16, 17. Kraushar. Kilka uwag z powodu 114 przyp. błonicy krtaniowej u dzieci. M. 14, 15.

Choroby ukł. nerwowego. Flatau. Budowa rdzenia. K. L. 8, 9. Koelichen. Meningo-mylitis tbc. N. L. 4. Koelichen. Przyczynę do badań nad syringo- i hydromyelią. G. L. 14, 15, 16, 17. Kopezyński. Stan. Przypadek syfilisu opon i rdzenia. M. 15, 16, 17.

Choroby kobiet. Jaworski i Iwanicki. O związku obj. ze str. nosa z narz. płciow. G. L. 17. Themerson. Leczenie gorączki połogowej. K. L. 8.

Chirurgia. Goldman. Przycz. do nauki o krwotokach śmiertelnych po cięciu tchawicy. C. L. 4. Męczkowski. Spondylitis rhizomelica. G. L. 15, 16.

Choroby skóry. Alopecia ogólna. N. L. 4.

Hygiena. Bier. Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań. P. L. 16, 17. Brudziński. Odczynie Umikowa. Z. 4. Bregman. Leczenie pijaków. Z. 4. Piasecki. Jak uprzyjemnić ćwiczenia cielesne. P. H. 4. Piasecki. Szwedzki i niemiecki system gimnastyki. P. L. 14. Szulistański. O nowej metodzie Wingen'a. P. H. 4. Wysłouch. Ohyda wieku. Kr. L. 4.

¹⁾ *Skrócenia:* G. L.—Gazeta Lekarska. P. L.—Przegląd Lekarski. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. N. L.—Nowiny Lekarskie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. Z.—Zdrowie. P. H.—Przegląd Higieniczny. Kr. L.—Krytyka Lekarska.

VII. O D C I N E K.

I. K. Proksch. **Historia chorób wenerycznych** (Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Alterthum und Mittelalter) w starożytności i w wiekach średnich.

(Ciąg dalszy).

Rzym. Oprócz niektórych działów chirurgii, zwłaszcza operacji plastycznych, opracowanych samodzielnie, cała literatura lekarska rzymian opiera się na źródłach greckich. Korneliusz Celsus (ur. około 30 r. przed Nar. Chr.) opisuje dosyć szczegółowo owrzodzenia prącia, a gdy przeciwko nim zaleca te same środki, które potem stosuje na owrzodzenia jany ust i nosa, sprawia wrażenie, iż podejrzewał związek drugich z pierwszymi. Nie można przypuszczać, iżby znany mu był przymiot w całości jako choroba dająca przeróżne objawy, związane z sobą jedną wspólną przyczyną, pojedyncze atoli wzmianki przy cierpieniach oddzielnych narządów pozwalają wnosić, że mówi tam o zmianach przez przymiot wywołanych. W opisie rzeżączki idzie wzorem greckich poprzedników swoich: uznaje ją za „*profusio seminis*“, wywołującą niekiedy uczucia bólu i klucia. Mówiąc o zatrzymaniu moczu, opisuje szczegółowo cewniki i sposób ich użycia. Uderza dokładnością swoją opis zapalenia przyjądrza: „*Interdum etiam ex inflammatione tumet ipse testiculus, ac febres quoque affert; et nisi celeriter ea inflammatio conquiescit, dolor ad inguina atque ilia peruenit, partesque eae intumescunt; nervus, ex quo testiculus dependet, plenior fit, simulque indurescit*“. Nie mniej dokładnie opisuje zapalenie żołądki (*balanitis*), stulejkę (*phymosis*) i załupkę (*paraphymosis*), oraz leczenie tych cierpień: zaleca obmywania wodą, przestrzykiwania, wreszcie nacięcia napletka w razie, gdy próby odciągnięcia go nie powiedą się. Przy operowaniu stulejki radzi proste przecięcie, albo też wycięcie trójkąta. Rozdział cały poświęca higienie spółkowania, nie zaznaczając wszakże roli, jaką akt ten odgrywa w przenoszeniu chorób zaraźliwych. Z licznych wzmianek u historyków i satyryków rzymskich, zaznaczających związek pomiędzy rozpustą a chorobami rzymaitami, zwraca na siebie uwagę przedewszystkiem ustęp, w którym Seneka (I w. po Chr.), piętnując życie rozwiązłe, zwraca uwagę na skutki jego, między którymi wymienia: cierpienia mózgu, oczu, uszu, zawroty głowy, wrzody wewnętrzne: „*Quid capitis vertigines dicam? quid oculorum auriumque tormenta et cerebri aestuantis verminationes et omnia, per quae exoneramur, internis ulceribus adfecta?*“

Wogóle, można powiedzieć, że, nie bacząc na wysoką kulturę starożytnych greków i rzymian, w literaturze ich lekarskiej nie można dopatrzeć się żadnego postępu co do znajomości istoty chorób wenerycznych w porównaniu z narodami Wschodu: te same źródła rozpowszechnienia chorób powmienionych, a więc życie nierzadne i pro-

stytueya, może tylko w mniejszym stopniu rozwinięte, ten sam kult bóstw opiekuńczych pod inną tylko postacią i nazwą, to samo nieodróżnianie cierpień narządów płciowych zaraźliwych od niezaraźliwych. Badacz historii tych chrrób znajduje mało materiału jeszcze z innych powodów: oto autorów ówczesnych cechuje pewna wstrzeźliwość w opisywaniu chorób pomienionych, wstydlivość nawet (zaznaczona wyraźnie przez Celsa), powtóre—większość pomników literatury lekarskiej starożytnych greków i rzymian zaginęła bezpowrotnie, wreszcie—lekarze ówcześni poświęcali główną uwagę swoją terapii, pomijając patologię, a zwłaszcza etiologię. W opisach rzeżączki nie tylko nie znajdujemy dowodu, iżby był znany lekarzom związek pomiędzy powikłaniami a samą chorobą podstawową, nie tylko jej umiejscowienie, ale nawet symptomatologia. Rzeżączkę uważano stale za wyciek nasienia (*sperma*), spowodowany nadużyciem płciowem lub też wstrzeźliwością zbytnią. Dopiero lekarze czasów polipokratesowych zaczęli odróżniać okresy choroby, zaznaczając, że wyciek bywa niekiedy przezroczysty, niekiedy zaś ropny że wydziela się stale, albo też tylko przy defekacyi, że towarzyszy mu niekiedy bolesność. Również wyraźnie zaznacza się postępowanie w terapii, gdy bowiem u Hipokratesa podstawę leczenia stanowią środki wymiotne i przeczyszczające, następcy jego zalecają nie tylko leczenie miejscowe (kapiela, obmywania, okłady z octu lub odwarów aromatycznych, pijawki i t. p.), ale nadto odpowiednie przepisy dyetyetyczne (spokój, wystrzeganie się spółkowania, nawet pobudzenia płciowego wogóle), wreszcie w końcu VI wieku—szprycowania do cewki (Paweł z Egiptu). Zapalenie żołądka, przyjądrza, zwężenia cewki moczowej były znane lekarzom ówczesnym, nie była atoli znana zależność tych cierpień od rzeżączki, cewnikiem też posługiwano się wyłącznie dla wypuszczania zatrzymanego moczu; dopiero w VI w. po Chr. Heliodor wskazał na owrzodzenie cewki jako na przyczynę późniejszego jej zwężenia, zalecając przecięcie z następczem rozszerzeniem sondami. Pod nazwą „*condylomata*“ rozumiano rozmaite wyrostki na narządach płciowych i dookoła otworu stolcowego; że pomiędzy nimi były również lepsze ostre (*condyl. acuminata*), jasno wynika z opisów. Leczenie stosowano przeważnie racjonalne: wycinano je nożycami, podwiązywano, wypalano. Liczne wzmianki o śluzowych i ropnych wydzielinach z macicy oraz towarzyszących im objawach wskazują na rzeżączkę u kobiet, pomimo że opisu choroby, jako całości, nie znajdujemy. Leczenie zato było bardzo staranne: dowodzą tego liczne przepisy dyetyetyczne, tudzież naparzań, szprycowań, zakładania tamponów, i t. p., a pomiędzy tymi jeden lek, zalecany później przez Ricord'a i F. Niemeyer'a przeciwko rzeżączce u mężczyzn, mianowicie wino czerwone z alunem. Wszelkie owrzodzenia narządów płciowych opisane pod względem symptomatologicznym dokładnie, co zaś do etiologii ich i następstw, jakie za sobą pociągają mogą, to te (oprócz bubonów) zgoła nie były znane lekarzom ówczesnym. Jeżeli owrzodzenia lub jakiegobądź wykwyty wogóle powstawały nie pod wpływem czynników chemicznych lub mechanicznych, przyczynę ich widziano w „zepsuciu soków“, rozmaitość zaś owrzodzeń

miała zależeć od rozmaitego stopnia i rodzaju zepsucia, tudzież od temperamentu chorego. Przez owrzodzenia na skórze „soki“ owe zepsute wprost się oczyszczały. Teorią tą, dodać należy, posługiwano się jeszcze w XVI wieku ery naszej. Leczenie owrzodzeń było rozmaite, bardzo często racjonalne: wycinano je, przypalano rozżarzonem żelazem lub środkami kaustycznymi, zwłaszcza wapnem, arszenikiem, przetworami miedzi; w przypadkach lżejszych poprzestawano na środkach nie tyle energicznych. Nazwę „bubonów“ nadawano wszelkim nabrzmieniom gruczołów limfatycznych, wiedziano atoli stanowczo o związku bubonów pachwinowych z owrzodzeniami na narządach płciowych. Przechodzimy do przymiotu. Jeżeli ktoś zapyta, czy lekarzom starożytnych rzymian i greków znany był przymiot jeżeli nie we wszystkich, to przynajmniej w głównych swoich przejawach i okresach jako choroba *sui generis*? odpowiedź wypadnie— „nie“, z zastrzeżeniem wszakże, że u niektórych autorów, nie tylko lekarzy, znajdujemy dowody, iż dostrzegali oni związek przyczynowy między objawami wtórnymi a owrzodzeniem pierwotnem i widzieli źródło choroby w zarazie. Jeżeli natomiast zapyta kto, czy istniał wtedy przymiot i czy starożytni rzymianie i grecy podlegali mu? odpowiedź wypadnie— „tak“. Dowody na to znajdujemy w licznych a wcale nie dwuznacznych wskazówkach, podanych w pismach lekarzy, historyków i satyryków ówczesnych.

F. G-yc.

(D. c. n.)

KRONIKA BIEŻĄCA.

Warszawa, d. 1 maja 1902 r.

W kwestyi zdrojowisk.

(j.z.) Na 2 ostatnich posiedzeniach wydziału zdrojowisk Tow. hyg. kol. H. Dobrzycki wystąpił z odczytem, omawiającym stosunek nasz do zdrojowisk zagranicznych, w szczególności zaś niemieckich. Treść odczytu na 2 daje się podzielić części: kwestya sprowadzania wód zagranicznych i wyjazdu zagranicę.

Sprowadzamy olbrzymie ilości wód mineralnych zagranicznych przeważnie z Niemiec, choć z łatwością zastąpić je możemy swojskimi, w najgorszym razie nie niemieckimi, w każdym zaś razie sztucznymi, wyrabianymi na miejscu. Dzieje się to dzięki reklamom, tradycyi i, co najważniejsza, dzięki temu, że nasze zdrojowiska bądź nie wysyłają wód, bądź też wysyłają je źle opakowane. Nie będę wdawać się w szczegóły, te bowiem autor ogłosił już w *Medycynie*, zaznaczę tylko, że, o ile rozumiem kampanię przeciw wodom, sprowadzanym z zagranicy wogóle, nie widzę racyi, aby popierać wody zagraniczne nie—niemieckie, stanąć bowiem winniśmy na stanowisku obrony wód naszych, jeśli one wystarczyć nam mogą, a czy kraj ubożeje na korzyść Niemców czy Francuzów, zło jest jedno i toż samo.

Ten sam zarzut ciąży i na drugiej części odczytu, omawiającej wyjazdy do wód. I tu również tylko o popieraniu wód swoich myśleć należy i starać się, aby chorzy pozostali w zakładach krajowych i, o ile można, unikali wód nie tylko niemieckich, ale wogóle zagranicznych.

Za podniesienie tej kwestyi kol. D. należy się uznanie, odczyt jego jednak, niestety, nie może wydać na razie owoców pożądaných.

W każdej akcji tego rodzaju musimy zawsze 2 punkty mieć na uwadze: stan obecny kwestyi i środki dla dopięcia celu.

Pierwszą część zadania kol. D. wypełnił zadowalniająco, nie szczędząc kłopotliwych studyów nad daną kwestyą. Drugiej rozwiązzać nie mógł nie z własnej winy, ale z winy zakładów naszych. Myliłby się ten, ktoby sądził, że popieranie zakładów krajowych od dziś istnieje. 12 lat temu zwiedziłem wszystkie zakłady w Królestwie i dałem opis opłakanego ich stanu, nawołując do poprawy. Po artykule moim w *Zdrowiu* nastąpiły repliki lekarzy zdrojowych, którzy zło zwalali na słabą frekwencyę publiczności. Zmieniło się nieco od tego czasu: w zakładach niektórych wprowadzono pewne ulepszenia, ale daleko jeszcze stoją one poza zakładami zagranicznymi. I znów winna temu publiczność i lekarze, którzy, jakoby, nie popierają swoich. Rozumiem dobrze, że mogę wyrzec się lepszego materiału na ubranie, by korzystać z wyrobu krajowego, rozumiem, że ktoś słusznie pije piwo krajowe, by nie pić zagranicznego, ale, doprawdy, zrozumieć nie mogę, jak można zalecać choremu zakład, gdzie w czasie kuracyi będzie miał setki powodów do skarg i narzekań, które udaremnią mu kuracyę, dla tego, żeby leczył się w zakładzie krajowym. Godną potępienia jest rzeczą wysyłać chorych, wymagających tylko odpoczynku na wsi do zakładów zagranicznych, ale nie prawdziwie chorych, jeśli ci w zakładach krajowych zdrowia odzyskać nie mogą. Na szczęście, w wielu zakładach naszych stan tak zły nie jest i ulepszenia wprowadzane są stale, w interesie jednak zakładów tych bałbym się zbyt wielkiej agitacyi, gdyż nie będą mogły podolać podaży i narażą publiczność na niewygody. Od zakładów więc zacząć reformę należy i pobudzać je do działalności, ale to nie zależy od lekarzy, a od właścicieli. Ojców np. rozwinął się w ostatnich 4 latach znakomicie, w zakładzie stale brak miejsca, a właściciel kategorycznie odmawia rozszerzenia, mimo wszelkie perswazye. Nie jest to wyjątek, ale prawidło.

Wiele sposobów podniesienia zdrojów krajowych, zalecanych przez kol. D., nie doprowadzi tak szybko do celu, jak jeden—rozszerzenie i udoskonalenie zakładów. Czego od nich wymagamy—wiedzą, gdyż stanowi to 3-letnią pracę wydziału, niech zatem z prac tych skorzystają skwapliwie, a chorzy przybędą.

Naturalnie, nie będą przybywać tam, gdzie ich uważają za niżej od naszych sąsiadów stojących pod względem kultury, bo zarzutu tego nawet niemieckie bady nie stawiają swym gościom—polakom. Nie tu miejsce na rozbiór tego, czy wistocie nasza kultura jest niższą od niemieckiej, zaznaczyć jednak muszę, że nie musi być ona tak niską odnośnie do tej kategorii osób, która leczy się w zakładach, jeśli na wartości tych zakładów poznać się umie, i, właśnie, wypowiedziane

przez kol. Puławskiego słowa, że kraj ma takie zakłady, na jakie zasłużył, najdobitniej przekonywają, że poznał się na złej ich stronie, skoro ich unika.

I dalszy ciąg przemówienia kol. P. zestawienie cen nie wytrzyma krytyki, zestawienia bowiem są tendencyjne i dotyczą głównie bardzo drogiech zakładów austriackich. U nas zakłady są drogie względnie, bo za drogie pieniądze zbyt mało dają i bezwzględnie, gdyż kapitał u nas jest drogi i przez to właściciel zbyt wysokie z zakładu chce wyciągnąć %. I nie tylko zakłady: mieszkanie letnie pod Warszawą (2 pokoje) kosztuje 250—300 rb. na sezon (Skolimów, Konstancin), toż samo zaś mieszkanie w Sobotach np. 75—120 rb., tu dogodności żadnych—tam wszystkie.

Nie występuję bynajmniej w obronie zdrojowisk zagranicznych, owszem pragnąłbym, aby zastąpiły je krajowe, ale radziłbym źródła ucieczek zagranicę szukać gdzieindziej, niż kol. D. i P.: w winie zakładów samych. Skoro się pracowało przez długie lata nad zdyskredytowaniem zakładów, sztuczną agitacją nie podniesiemy ich odrazu, ale nawoływaniem do reform i ulepszeń—wyda to trwalsze i lepsze owoce.

Nawołujemy więc do korzystania z zakładów krajowych ale pod warunkiem, że zakłady nasze rozumieją konieczność postępu nie tylko w zwiększaniu cen, ale w dostarczaniu publiczności tego, czego za drogie pieniądze ma prawo wymagać.

—z— 16 z. m. odbyło się posiedzenie ogólne Towarzystwa higienicznego w Warszawie. Członków liczy T-wo 509 rzeczywistych i 190 zwyczajnych. Wpływy wyniosły 5446, wydatki 6899 rb., powstał tedy niedobór 1452 rb, pokryty z rezerwy r. p. Niedobór ten powstał skutkiem dopłaty do wydawnictwa Zdrowia 2200 rubli, przy ogólnym koszcie wydawnictwa 4033 rb. co wynosi około 4 rb. dopłaty od każdego członka rzeczywistego.

Nie bardzo rozumiemy cel wydania opisu szpitala Dzieciątka Jezus w odbitce, na co asygnowano 200 rubli, ani 70 rubli na odbitkę o dżumie, zwiększyło to niepotrzebnie koszt wydawnictwa Zdrowia bez widocznej korzyści dla Towarzystwa i jego zadań.

W roku ubiegłym prace T-wa szły bardzo żywym tempem: otwarto ogródki dziecięce, uzyskano zatwierdzenie instytutu higieny dziecięcej, zorganizowano komitet budowy sanatorium. W wydziałach ogłoszono 75 odczytów z rozmaitych dziedzin higieny, a nadto kosztem 500 rubli urządzono bibliotekę i skompletowano inwentarz.

—z— Stuletni jubileusz Goliczyńskiego szpitala w Moskwie odbędzie się 22 lipca st. st.

—z— Kongres lekarski w Kairze odbędzie się nie 19—23 grudnia r. b., a 19-23 stycznia 1903. Dla uczestników obniżono o 35—50% ceny biletów na parostatkach, o 50% ceny przejazdu kolejami w Egipcie, o 25% ceny mieszkań, o 50% ceny wycieczek organizowanych przez kompanię Cooka. Zwracać się należy do sekretarza d-ra Woronoffa w Kairze.

Stan Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 1 maja 1902 r.

1.	W Kasie gotowizną	22.39
2.	W Banku Handlow. na rachunku bieżącym	545.60
3.	W Listach Z. M. W. 4 ¹ / ₂ % nom. wart. rb. 9000	8.190.25
4.	W sumie hipotecznej.	4.000
5.	U członków na pożyczkach:	
	a) na wkłady osobiste	2.159.25
	b) za poręczeniem	595
	c) pod zastaw papierów publicznych	218
6.	W inwentarzu, drukach-blankietach.	202.76
	Razem	<u>15.933.25 rb.</u>

Z M A R L I.

D-r Aleksander S z c z e n i o w s k i zmarł dnia 24 Kwietnia r. b. we Włocławku, w wieku lat 76.

Ogłoszenia.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1902/3 wakować będzie stypendyum w kwocie rub. 225 rocznie z legatu ś. p. D-ra Ignacego Gołębiowskiego, zmarłego w roku 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane ma być innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż Uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego. Życzący ubiegać się o rzezone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały

Dr. Hoyer.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akad. 1902/3 zawakuje sześć stypendyów, każde po Rub. 300 rocznie z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkałi; c) Strojceccy, synowie po Adolfie Strojceckim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wy-

szczególności imion — stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała № 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

Dr. Hoyer.

Od Administracji

Z powodu kończącego się półrocza upraszamy sz. prenumeratorów o łaskawe uregulowanie prenumeraty oraz odnowienie jej na półrocze następne. W celu uniknięcia nieporozumień upraszamy o przesyłanie prenumeraty wprost do administracji (Marszałkowska 99).

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Апрелья 1902 г.