

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (d. c.)—str. 445. II. D-r *Podciechowski*. Nowy sposób ratowania noworodków urodzonych w śmierci pozornej—str. 451.

Dział sprawozdawczy: I. *Choroby wewnętrzne i ukł. nerw.* 206. *E. Fraenkel*. Łączność zapaleń wyrostka robaczkowego z chorobami narządów płciowych kobiecych—str. 452. 207. *Hondo*. O zamianie chloru przez brom w organizmie ludzkim.—str. 455. 208. *M. Brejtman*. Eksperymentalne badanie fizyologicznej i patologicznej czynności serca—str. 457. 209. *Westphal*. Przypadek psychozy w rozszanym zapaleniu nerwów z niezwykle zachowaniem się odruchów kolanowych—str. 458. 210. *Munter*. Wodolecznictwo w gruźlicy płuc—str. 459. 211. *M. Bockhart*. Leczenie t. zw. reumatyzmu tryppowego—str. 461. II. *Choroby dzieci.* 212. *E. Ausset*. Śmiertelność niemowląt w Lille—461. 213. *C. Holsinger*. O tak zwanej gorączce gruźlowej dzieci—str. 464. 214. *Friedman*. Zatrzymanie moczu u noworodków.—str. 465. IV. *Wiadomości pomniejszych:* od Nr. 215—217—str. 466. V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 467. VI. Z Francuzkich Towarzystw Lekarskich—str. 470. VII. Odcinek. Historia chorób wenerycznych w starożytności i w wiekach średnich (dokończenie)—str. 474. *Bibliografia*—str. 477. *Czasopisma polskie w Maju*—str. 478. *Kronika bieżąca*—str. 479. *Zmarli*—str. 480. *Od Administracji*—str. 480. *Ogłoszenia*.

Sommaire du Nr. 11. Travaux originaux: I. *Dr. F. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 445. II. D-r *Podciechowski*. Une nouvelle metode de secours au nouveau née.

I. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

(*Ciąg dalszy*).

Główną drogę łączącą pas ruchowy kory mózgowej z rogami przedniemi rdzenia jest bezwątpienia *boczna droga piramidalna* (Fig. 1—5, Pb.) Droga ta biegnie w bocznych słupach poprzez cały rdzeń aż do *conus medullaris*. Objętość jej staje się w kierunku zstępującym coraz mniejszą, ponieważ oddaje ona podczas swego

przebiegu (głównie w obu zgrubieniach rdzeniowych) włókna do rogów przednich. W rdzeniu szyjowym i grzbietowym drogę piramidalną boczną odsuwa od obwodu droga mózdkowa. W rdzeniu zaś lędźwiowo-krzyżowym, który nie posiada jeszcze drogi mózdkowej, droga powyższa zajmuje pas obwodowy i ma postać klina.

Najlepszą wskazówkę w kwestyi zakończenia dolnego drogi piramidalnej bocznej w rdzeniu dają nam prace, dotyczące zwyrodnień tej drogi na skutek uszkodzenia odpowiednich okolic mózgu. Dejerine i Thomas (1896) stwierdzili w przypadkach jednostronnej apopleksyi mózgowej zwyrodnienie skrzyżowanej drogi piramidalnej bocznej, sięgające aż do *conus medullaris*. Ten sam fakt spostrzegali następnie w rdzeniu ludzkim Hoche, Straüssler, Flatau i inni.

Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że u wyższych zwierząt ssących droga ta sięga również aż do rdzenia krzyżowego.

W pracach najnowszych stwierdzono oprócz tego fakt polegający na tem, że jednostronne uszkodzenie półkuli mózgowej wywołać może obustronne zwyrodnienie dróg piramidalnych bocznych w rdzeniu. Dejerine i Thomas spostrzegali na 7 przypadków jednostronnej apopleksyi mózgowej w 2—zwyrodnienie obustronne tych dróg piramidalnych. Badacze ci nazywają włókna drogi piramidalnej bocznej, wyrodnienie na tej samej stronie, na której się znajduje ognisko wybroczynowe „*fibres pyramidales homolatérales*“. Hoche (1897) stwierdził również w przypadku nowotworu w lewym zawoju ośrodkowym zwyrodnienie zarówno prawych jak i lewych dróg piramidalnych bocznych i—przednich. Hoche wnioskuje stąd, że każda półkula mózgowa jest połączona z obydwojma słupami bocznymi i przednimi rdzenia. Istnienie „włókien piramidalnych homolateralnych“ w rdzeniu ludzkim zostało stwierdzone również przez Straüssler'a, a ostatnio i przeźemie (w przypadku jednostronnej apopleksyi mózgowej). Ten sam fakt zauważyli w rdzeniu wyższych zwierząt ssących rozmaici badacze, jak Redlich, Probst i inni.

Co dotyczy wyjaśnienia tego faktu, to Pitres, Mott, Muratoff, Sherrington, Dejerine, Hoche sądzą, że każda półkula mózgowa jest połączona z obydwiema połówkami rdzenia. Połączenie to ma się odbywać w ten sposób, że każda piramida oddaje swe włókna obydwóm drogom piramidalnym bocznym. Inni zaś badacze, jak np. Rothmann (1900) stwierdzają zgodnie z hipotezą Hallopeau, że oprócz tego czynnika odegrywa przytem pewną rolę ucisk wywierany w miejscu krzyżowania się piramid przez zwyrodniałe włókna piramidalne na włókna piramidalne strony przeciwnej.

Twierdzenie to wydaje nam się zbyt problematycznym i niedostatecznie stwierdzonym.

W ostatnich czasach zwrócono również uwagę na to, że zwyrodnienie drogi piramidalnej bocznej na skutek uszkodzenia rdzenia jest daleko intensywniejsze, niż — po uszkodzeniu dróg ruchowych w mózgu. W roku 1890 Singer i Münzer zaznaczają tę różnicę, a następnie Münzer i Wiener (1895) uwydatniają ten fakt z nadzwyczajną plastyką. Badacze ci pozbawiali mianowicie nowonarodzonych królików jednej półkuli mózgowej i po upływie 2 lat przecinali rdzeń szyjowy. Jakkolwiek naskutek operacji mózgowej droga piramidalna boczna nie mogła się wogóle rozwinąć, stwierdzono jednakowoż za pomocą metody Marchi'ego świeże zwyrodnienie w okolicy drogi piramidalnej bocznej poniżej przecięcia poprzecznego. To samo stwierdził ostatnio Thomas (1899).

Omawiając drogi piramidalne w rdzeniu, pragnęlibyśmy zaznaczyć w krótkości ważniejsze zapatrywania na umiejscowienie w nich włókien lub pęczków, przeznaczonych dla oddzielnych zgrupowań mięśniowych. Posiadamy pod tym względem bardzo mało prac zarówno z dziedziny histopatologii ludzkiej, jak i eksperymentu. Ziehen (1887) stwierdził u psa (operowanego przez H. Munka), pozbawionego ośrodków dla kończyny przedniej, zwyrodnienia tej części drogi piramidalnej bocznej, która w rdzeniu szyjowym przytyka bezpośrednio do istoty szarej. Natomiast u psa, u którego Munk wyciął t. zw. boczną okolicę karkową, włókna zwyrodniałe leżały w okolicy, leżącej na zewnątrz od „włókien piramidalnych dla przednich kończyn”.

Badania fizyologiczne, dokonane w 1897 r. przez Gada i przeziemnie na rdzeniach bardzo dużych psów wykazały, że drażnienie elektryczne bezpośredniej okolicy rogów przednich wywołuje skurecz odpowiednich segmentów mięśniowych. Drażnienie zaś istoty białej leżącej dalej ku obwodowi i ku tyłowi wywoływało skurecz mięśni coraz bardziej oddalonych pod względem topograficzno-segmentowym (tułów, kończyny tylne i specjalnie palce nóg). Skurecze te odpowiadały bez wyjątku tej stronie rdzenia, którą drażniono prądami elektrycznymi. Znikały one natychmiast po przecięciu rdzenia poniżej miejsca, w którym drażniono rdzeń.

W 1889 Sherrington dokonał doświadczeń, polegających na tem, że wycinał rozmaite części kory mózgowej i badał następnie rdzeń. Doświadczenia te dokonane na małpach i na psach nie wyświetliły jednak rozpatrywanej sprawy. Również ujemnie wypadły doświadczenia analogiczne, dokonane przez Mellus'a (1899), gdyż i w nich stwierdzano zwykle zwyrodnienie rozsiane w drogach pira-

midałnych bocznych, a nie znajdowano nigdy zwyrodnień ściśle zlokalizowanych w jednej tylko okolicy tych dróg. Ostatnio zbadał H o c h e (1900) przypadek monoplegii lewej ręki górnej, powstałej w następstwie małego nowotworu w odpowiedniej okolicy ruchowej korowej i podkorowej w prawej półkuli mózgowej. Okazało się jednak, że nawet w tym przypadku, w którym uszkodzone zostały wyłącznie włókna piramidalne przeznaczone dla lewej ręki, zwyrodnienie było rozsiane i nigdzie nie można było stwierdzić w drogach piramidalnych jakiegokolwiek lokalizacji ograniczonej, ani w pniu mózgowym, ani też w rdzeniu. Fakty te, poniekąd ze sobą sprzeczne, podajemy bez komentarzy, gdyż niepodobna obecnie wnioskować o właściwym stanie rzeczy.

Oprócz dróg piramidalnych znajdujemy w słupach przednio-bocznych rdzenia cały szereg tworów, wyrodniewających w kierunku zstępującym. Drogi te są następujące:

Fasciculus intermedio-lateralis (Löwenthal'sches Bündel, pęczek Löwenthal'a—Fig. 1—4 il) był opisany przez L ö w e n t h a l'a w latach 1886 i 1893. Badacz ten przedsięwziął cały szereg prac doświadczalnych, w których wycinał części kory mózgowej lub przecinał rdzeń u zwierząt i badał następnie powstające wskutek tego zwyrodnienia wtórne. Na podstawie tych badań L ö w e n t h a l odkrył nowy pęczek włókien, leżący w słupie bocznym pomiędzy drogą piramidalną boczną i pęczkiem G o w e r s'a resp. drogą mózdzkową. Sam L ö w e n t h a l zaznacza jednak, że już przed nim S i n g e r i M ü n z e r opisali w jednym ze swych doświadczeń analogiczne zwyrodnienie zstępujące po przecięciu słupów przednio-bocznych rdzenia szyjowego. Część włókien tego pęczka zajmuje okolicę drogi piramidalnej bocznej, większą ich liczbę napotykamy nazewnątrz od tej drogi. Stopniowo włókna te skupiają się w kierunku skośnym ku przodowi od drogi piramidalnej bocznej (Fig. 1—4, il). L ö w e n t h a l podkreśla ten fakt, że pęczek noszący jego nazwisko nie ulega zwyrodnieniu po wycięciu kory mózgowej, natomiast zwyrodnienie to występuje bardzo dobitnie i może być przesłedzone aż do rdzenia lędźwiowo-krzyżowego, jeśli przeciąć rdzeń bardzo wysoko (np. pomiędzy *medulla oblongata* i *medulla spinalis*).

Z tylko co opisanym pęczkiem L ö w e n t h a l'a lub w każdym razie z pewną jego cząstką znajduje się w związku bezpośrednim t. zw. pęczek *Monakow'a* (Monakow'sches Bündel, aberirrendes Seitenstrangsbündel; T h o m a s nazywa go również trójkątnym pęczkiem przedpiramidalnym „*faisceau triangulaire prépyramidal*). Pęczek ten opisany przez M o n a k o w'a był następnie dokładnie zbadany przez T s c h e r m a k'a,

Boyce'ego, Ferriér-Turner'a, Russell'a, Moeli-Marinesco, Held'a, Ramón y Cajal'a, Fusari'ego, Weidenhammer'a, Long'a, Rothmann'a, Fraser'a, Collier-Buzzard'a. Badacze ci stwierdzili zarówno dla człowieka, jak i dla wyższych zwierząt ssących, że włókna pęczka Monakow'a powstają głównie z komórek „jądra czerwonego“ (nucleus ruber). Włókna te krzyżują się następnie w t. zw. „krzyżowaniu Forel'a“ (ventrale Haubenkreuzung), biegną następnie nazewnątrz od górnej oliwki i pod jądrem nerwu trójdzielnego w kierunku zstępującym do rdzenia. W tym ostatnim włókna te biegną tuż przed drogą piramidalną boczną (są nawet z nią zmieszane) i stwierdzić je można w liczbie coraz to mniejszej aż do rdzenia krzyżowego.

Fasciculus sulco-marginalis descendens (Fig. 1, sm., Fig. 2—4, smd.) przedstawia pęczek leżący, w słupach przednich i wyrodniający w kierunku zstępującym. Pęczek ten zajmuje okolicę środkowego pasa obwodowego słupa przedniego, a więc okolicę drogi piramidalnej przedniej. Pęczek ten jest u zwierząt daleko lepiej rozwinięty, niż u człowieka. Na podstawie badań, dokonanych przez Löwenthal'a, Singer'a, Marie'ego, Marchi'ego, Auerbach'a, Held'a, Tschermak'a, Thomas'a, Redlich'a Probst'a, Wallenberg'a i innych stwierdzono, że część włókien tego pęczka powstaje z przednich wzgórz czworaczych, część zaś z mózdzku. Obersteiner sądzi, że 1) włókna tego pęczka sięgają aż do rdzenia lędźwiowego, 2) włókna zaczynające się we wzgórzach czworaczych kończą się w rogach przednich wyżej leżących odcinków rdzeniowych i 3) że pęczek ten otrzymuje podczas swego przebiegu włókna od komórek istoty szarej rdzenia. To ostatnie twierdzenie wypływa z tego faktu, że po przecięciu poprzecznym rdzenia u zwierząt stwierdzić można nader intensywne zwyrodnienie tego pęczka. Obecnie niepodobna odróżnić tych włókien *fasciculi sulco-marginalis descendentis*, które pochodzą ze wzgórz czworaczych od tych, które powstają z komórek mózdzkowych. Z opisu zwyrodnień, otrzymanych w drodze eksperymentu i z rysunków, które znajdujemy w obszernej pracy Thomas'a zdawać by się mogło, że włókna obu rodzajów (t. j. włókna „drogi czworaczo-przednio-sznurowej“—Vierhügelvorderstrangbahn i „drogi mózdzkowo-przednio-sznurowej“—Kleinhirnvorderstrangbahn) mieszają się ze sobą. Ponieważ w tej samej okolicy rdzenia biegną oprócz tego 1) włókna *wstępującego fasciculus sulco-marginalis* i 2) włókna drogi piramidalnej przedniej (u człowieka), to staje się jasnym, że w tym stosunkowo wązkim przesmyku, leżącym wzdłuż

sulcus longitudinalis anterior znajdują się włókna najrozmaitszego pochodzenia anatomicznego.

Oprócz opisanych tylko co pęczków Monakow'a i fasciuli sulco-marginalis descendentes, zwrócono w ostatnich latach uwagę na mnóstwo drobnych pęczków, które jakoby miały łączyć ze sobą rozmaite części pnia mózgowego ze słupami przednimi i bocznymi rdzenia. W 1900 r. Mott i Tredgold opisali drogę, powstającą w okolicy thalami optici i biegnącą po przez pętlicę środkową i przestrzeń międzyoliwkową (stratum interolivare) do słupów przednich rdzenia. W tym ostatnim włókna tego pęczka miały biec aż do rdzenia lędźwiowego. Wallenberg (1901) zwraca uwagę na 2 drogi, nakreślone uprzednio przez Bechterew'a i Boyce'ego, a mianowicie 1) na drogę łączącą thalamus ze słupami przednimi (Sehhügelvorderstrangbahn) i 2) na drogę łączącą thalamus ze słupami bocznymi (Sehhügelseitenstrangbahn). Wreszcie znajdujemy w obszernej pracy Collier-Buzzard'a (1901) opis najrozmaitszych pęczków, ochrzczonych nazwami tractus ponto-spinalis, tractus vestibulo-spinalis i t. d.

W ostatnich latach opisywano często specjalny pęczek, znany pod nazwą „pęczka Helweg'a”—Fig. 2, H. (Helweg'sches Bündel, Helweg'sche Dreikantenbahn, fasciculus periolivaris Bechterew'a). Opis tego pęczka znajdujemy w pracach Helweg'a, Reinhold'a, Pick'a, Bechterew'a, Obersteiner'a, a ostatnio—Dydyńskiego. Pęczek Helweg'a wyobraża wiązkę, trójkątną drogę, biegnącą w przedniej części pasa obwodowego słupa bocznego tuż nazewnątrz od wychodzących z rdzenia korzeni przednich. Dotąd stwierdzono dokładnie ten pęczek tylko w rdzeniu szyjowym. Sądono z początku, że włókna jego znajdują się w ścisłym związku z dolną oliwką (Bechterew). Okazało się jednak, że twierdzenie to nie było osnute na faktach dostatecznie sprawdzonych (Obersteiner, a ostatnio i Bechterew). Bechterew (1901) sądzi obecnie, również jak i Obersteiner, że włókna pęczka Helweg'a powstają zapewne z wyżej leżących okolic mózgowia.

Co dotyczy znaczenia fizyologicznego poszczególnych tych pęczków słupów przednio-bocznych, wyrodnających w kierunku zstępującym, to utwierdza się coraz bardziej przekonanie, że stanowią one przeważnie dodatkowe rogi ruchowe, których włókna powstają w pniu mózgowym. Twierdzenie to wynika głównie z prac doświadczalnych Tschermak'a, Probst'a i Redlich'a.

II. Nowy sposób ratowania noworodków urodzonych w śmierci pozornej. *Notatka terapeutyczna.*

Przed kilku dniami w nocy wezwany zostałem do położnicy, którą zastałem w następującym stanie. Kobieta wzrostu średniego, odżywiania umiarkowanego, 32 lata mająca, niezamężna, budowy normalnej, drugi raz rodząca. Brzuch powiększony odpowiednio do końca ciąży, bóle bardzo umiarkowane, z otworu sromnego sterczy lewa rączka, sina, silnie opuchnięta; bicie serca płodu prawie nie daje się wysłuchać. Pęcherz płodowy pękł przed 3 godzinami, a wraz z odejściem wód płodowych wypadła i rączka. Po ułożeniu rodzącej na zwykłym stole, przystąpiłem po uprzednim dokładnym wymyciu rąk spirytusem mydlanym do wykonania obrotu na nóżkę. Dojście do nówek, z powodu silnego obciągnięcia macicy na płodzie, było dość trudne. Po sprowadzeniu prawej nóżki do otworu sromnego, pociąganie za nią tylko z użyciem znacznej siły spowodowało opuszczenie się pośladków, po urodzeniu których wywiązanie rączek i główki, wykonane zostało bez szczególniejszych trudności. Urodzona, donoszona dziewczynka, była blada, nie oddychała, bicie serca jednakże było wyraźne. Zostawiwszy położnicę opiece kobiety, sam zająłem się przyprowadzeniem dziewczynki do życia. Po zastosowaniu sztucznego oddychania sposobem Schulze, na przemian z gorącą kąpielą i oblewaniem zimną wodą, uderzania w pośladki,—rozcierania podeszew i grzbietu dziecka szczotką, oddychania nie udało mi się wywołać. Pociąganie za koniec języka z powodu jego śliskości i krótkości, a głównie z powodu braku odpowiednich szczypczyków, nie mogło być dokładnie i poprawnie wykonane. Postanowiłem więc ten zabieg wykonać w inny sposób, a mianowicie: wprowadziłem wskazujący i średni palec prawej ręki do jamy ustnej dziecka, aż do podstawy języka, a wielki palec oparłem brzoścem na bródce dziecka. Uciskając następnie lekko zgiętymi palcami wyżej wspomnianej ręki podstawę języka, poruszałem go w kierunku od tyłu ku przodowi tj: wykonywałem ruchem od tyłu to, co winno być czynione przy pociąganiu języka za koniec. Przy tak wykonywanym zabiegu, nietylko głośnia przez przyciągnięcie nagłośni ku przodowi powinna się rozszerzyć, ale równocześnie zostają podrażnione i nerwy, rozgałęziające się w tej okolicy, co bardzo wpłynąć winno na wywo-

łanie ruchów oddechowych. Po kilku wyżej opisanych poruszeniach języka, dziecko głęboko westchnęło. Zachęcony takim skutkiem użytego przezemnie zabiegu, wykonywałem go jeszcze przez pewien czas, a, wywoławszy kilka wdechów, przeniósłem dziecko do gorącej kąpieli, w której nastąpiło już rytmiczne oddychanie i krzyk dziecka.

W dostępnej mi literaturze, poświęconej ratowaniu noworodków, urodzonych w pozornej śmierci, o wywołaniu oddychania za pomocą wprowadzenia w ruch języka w kierunku od tyłu ku przodowi nie znalazłem wzmianki, dla tego też podaję go do ogólnej wiadomości kolegów praktyków, sądząc, że, jako w wykonaniu dogodniejszy; nie wymagający użycia instrumentów, może w praktyce stać się bardzo użytecznym, nie tylko przy ratowaniu noworodków, ale wogóle wszędzie tam, gdzie należy stosować sztuczne oddychanie.

Trzymając się nawet zasady post hoc non semper propter hoc, sądzę jednak, że sposób przezemnie zastosowany, jako mający racjonalne podstawy, może w pewnych wypadkach okazać się pożytecznym.

A. Podciechowski.

Sieradz dnia 24 Marca 1902 r.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i ukł. nerw.

206. E. Fraenkel. Łączność zapaleń wyrostka robaczkowego z chorobami narządów płciowych kobiecych. (Sammlung klinischer Vorträge. 1901. Nr. 323.)

W ostatnich dziesięciu latach stwierdzono nieskuteczność niektórych operacji ginekologicznych, wobec częstego stwierdzania przy laparotomiach, dokonanych na rzekomo ginekologicznych chorych, stanów chorobowych wyrostka robaczkowego. Zauważono, że nieprawdą jest, jakoby rodzaj męzki był szczególnie usposobiony do zapaleń kiszki ślepej; ginekologowie zmuszeni są często przy laparotomiach usuwać chory appendix. Stwierdzona jest już dzisiaj równość obu płci pod tym względem. Zachodzi trudność w rozróżnianiu chorób części płciowych od chorób wyrostka robaczkowego wobec podobieństwa objawów klinicznych.

Kilka dróg jest, za pomocą których przechodzi stan zapalny z części rodnych w górę na wyrostek robaczkowy i odwrotnie. Taką drogą jest niezawsze jednakowo silnie rozwinięte lig. appendiculo-ovaricum, czyli fałda otrzewny idąca od lig. suspensorium ovarii

do appendix. Przeniesienie zapalenia mogą ułatwić zrosty z kiszkami, w których rozwijają się naczynia krwionośne. Według *Barnsby* zapalenie przechodzi wprost przez zetknięcie narządu chorego ze zdrowym, co bywa ułatwione przez opuszczanie wyrostka robaczkowego (według *Robinson'a* w 25%) aż do miednicy małej, względnie przez podnoszenie się adnexów (w czasie położu). Nierzadkie bywają przypadki, w których wyrostek robaczkowy sięga aż do lewych przydatków.

Najczęściej spotykamy zrosty chorego wyrostka robaczkowego z jajowodem, następnie z jajnikiem i z tylną warstwą, lub z górnym brzegiem więzu szerokiego. *Appendicitis gangraenosa* prowadzi tak szybko do rozlanego zapalenia otrzewny, że na powikłanie ze strony narządów rodnych czasu niema, zwykle więc chodzi o zapalenie wyrostka, przebiegające mniej ostro. Przez zrosty graniczących z sobą narządów tworzy się zwykle jama wypełniona ropą, część ściany takiej jamy stanowi wyrostek robaczkowy. Po przedziurawieniu ropa może się dostać do jajowodu, zresztą zakażenie jajowodu może nastąpić i bez przedziurawienia wskutek przenikalności chorej ściany jajowodu.

Nie można wykluczać i przypadkowego zupełnie współistnienia *appendicitis* i chorób narządów rodnych, w każdym razie prawostronne zapalenie przydatków u chorego na *appendicitis* wzbudzić musi zawsze podejrzenie na łączność między tymi dwoma procesami.

Co do pytania, która sprawa jest pierwotna, to daleko posunięta *appendicitis* przy małych zmianach w prawym jajniku, lub jajowodzie przemawia za sprawą pierwotną w wyrostku robaczkowym; przeciwnie, jeżeli przy obustronnej *adnexitis* mamy małe zmiany w wyrostku robaczkowym, jeżeli na przykład po kastracyi wyciągnięty silnie wyrostek robaczkowy będzie zrosnięty z kikutem jajnikowym, jeżeli zrosty znajdujemy w przypadkach stwierdzonej rzeżączki, to przypuszczać można sprawę pierwotną w miednicy.

Stwierdzona jest dzisiaj przenikalność ściany jajowodu, stanowiącego część ściany ropnia, dla *bact. coli*, lub łańcuszkowców, bez pęknięcia, wprost przez naczynia chłonne, gdyż z jednej strony w takim jajowodzie zawsze przypuszczać można pewne zmiany śluzówki, z drugiej możliwości takiego przedostawiania się zarazków dowodzą przypadki *appendicitis*, powikłanego przez *pyosalpinx*, gdzie w ropie znaleziono *bact. coli*. Również z chorych przydatków macicy zarazki mogą przenosić się na wyrostek robaczkowy, czemu sprzyja szczególnie *enterocolitis*. Tak opisał *Delagènière* przeniesienie się gruźlicy i raka na wyrostek robaczkowy z jajowodu.

Większa część ropni miednicowych spowodowana bywa przez zapalenie septyczne, lub rzeżączkowe przydatków macicy, są jednakże przypadki, gdzie należy przyczynę szukać w kiszkiach. Tak, według *Fritsch'a* przewlekłe zaparcie z owrzodzeniami kiszek, *typhlitis* mogą prowadzić do takich ropni. Ropnie w jamie *Douglasa*'a powstają albo współcześnie z pierwotną *appendicitis*, lub po pewnym czasie. W pierwszym przypadku ropa wprost ścieka do najniższego

miejsca otrzewny, w drugim podrażniona przy perityphlitis otrzewna wydziela wysięk surowiczno-krwawy, który ścieka także do jamy Douglas'a i tu zakaża się już później z pierwotnego źródła choroby, lub z innego miejsca kiszki. Tak Fowler donosi o ropniu w jamie Douglas'a, który zjawił się w 5 miesięcy po usunięciu 12,5 cm. długiego owrzodzonego i pękniętego wyrostka robaczkowego.

Wpływ wzajemny appendicitis i parametritis objaśnia wiele przypadków tak zwanych idyopatycznych zapaleń w miednicy. Parametritis dziewic u osób, które nie rodziły, a których nie można podejrzewać o posocznicę, gruźlicę, rzeżączkę, należy uważać za skutek może bardzo dawnej jawnej lub utajonej appendicitis. Niezapalne cierpienia narządów rodnych najczęściej tylko współistnieją z appendicitis. Tak spotykamy razem app. i torbiele jajnikowe i przyjajnikowe, a osobliwie skrócenie szypuły. App. może wpływać na skrócenie szypuły torbielowej przez wzmocnienie tłoźni brzusznej, przez wzmoczenie ruchów robaczkowych kiszki i zmienne napełnienie kiszki gazem. Ma się rozumieć, wydłużony a znajdujący się w stanie zapalnym wyrostek robaczkowy może łatwo zrosnąć się ze ścianą torbieli, co wprost mechanicznie spowoduje skrócenie.

Wiele przypadków jest znanych, w których operacyjne usunięcie odchylenia macicy nie usunęło dolegliwości tylko dlatego, że dolegliwości owe wywołane były przez utajone zapalenie wyrostka robaczkowego.

Edebohls z własnego 10-letniego doświadczenia przyszedł do przekonania, że w 80-90 % przypadków nerki wędrującej (którą spotyka jakoby u 20% kobiet) znajdujemy appendicitis przewlekłą, że jest ona tutaj najważniejszym powikłaniem, że przyczyną jest ciśnienie, wywierane przez nerkę na główkę trzustki, pośrednio na żyłę trzewiową górną, co wywołuje zastój i zapalenie wyrostka robaczkowego. Edebohls wyrobił sobie odrębną metodę badania wyrostka. Mianowicie, ułożywszy chorą, stając z prawej strony i palcami prawej ręki maca, poczynawszy od pępka aż do spina sup. oss. ilei, przyczem wyrostek, znajdujący się w stanie zapalnym, wyczuwa jako twór obły, twardy i wrażliwy na ucisk; kierować się przytem można art. iliaca com. i externa dextra, od której na 2½ cm. nazewnątrz znajduje się podstawa wyrostka. Częstość współistnienia nerki wędrującej i wielu chorób kobiecych, osobliwie odchylenia, opuszczenia macicy i endometritis Edebohls objaśnia wspólną przyczyną-zwiotczeniem laminae fibrosae. Autor uważa wywody Edebohls'a za przesadzone, nie wierząc przedewszystkiem w możliwość dokładnego rozpoznania każdego przypadku appendicitidis, jak również nie przypuszczając takiej częstości nerki wędrującej. Zdarzały się przypadki rozpoznania appendicitidis, gdzie był tylko skurcz częściowy mięśnia (obl. int.) na tle naderzości histerycznej.

Ginekolog ma często do czynienia w appendicitis z powikłaniami ze strony pęcherza (porażeniem lub podrażnieniem jego), co bywa spowodowane przez zrosty wyrostka z pęcherzem. Przy bólach perytyflicznych często się zdarzają nieprawidłowości w miesiączko-

waniu, które po usunięciu wyrostka, względnie zrostów jego z narządami rodnymi zwykle znikają.

Należy rozróżnić przypadki, w których przy zapaleniu wyrostka istnieje stan chorobowy narządów rodných, od przypadków, w których genitalia są prawidłowe i gdzie nieprawidłowości w miesiączkowaniu są czysto nerwowe lub funkcjonalne. W pierwszym razie przed, lub w czasie bolesnego okresu bywa lekka colica app. często z nasileniami gorączkowemi.

Nerwowa dysmenorrhoea w przewlekłym zapaleniu wyrostka bywa najczęściej u niezamężnych, lub u zamężnych bezpłodnych kobiet. Według Delagénière ból bywa tutaj na początku okresu, podczas gdy przy adnexitis przy końcu okresu. Często następują opóźnienia, lub przerwy okresu na miesiące całe. Wyrostek robaczkowy podczas okresu bywa obrzęknięty, wrażliwy na ucisk i przedstawia pewien opór. Zwykle przytem bywa zaparcie i napełnienie kiszek gazami.

Najważniejszym dowodem appendicitidis simplicis jest znalezienie wyrostka robaczkowego w postaci walca wrażliwego na ucisk na m. ileo-psoas. Znaleźć go można łatwiej podczas napadu, o ile nie przeszkadza podrażnienie obrzuszny, napięcie mięśni, albo znaczny meteorismus. Za guzem paratyflicznym przemawia położenie wysokie nad talerzem os. ilei, nieprzesuwalność i stłumiony dźwięk bębnowy (dźwięk ten pozwala odróżnić od guza rzekomego, powstającego przy skurczu mięśni brzusznych). Taki guz rzadko można wymacać ze strony pochwy; przeciwnie, można zwykle wykazać łączność z macicą wszelkich spraw, zachodzących w prawych jej przydatkach.

Przy współistnieniu app. i adnexitis można za pomocą badania obiektywnego stwierdzić tylko ostatnie.

Co do leczenia, rzecz prosta, wszelkie resorbentia nie pomagają tam, gdzie wyrostek robaczkowy jest ciąglem źródłem choroby; nie może również dysmenorrhoea ustąpić po wszelkich nervina, antispasmodica, narcotica, gdzie zrosty jajnika z wyrostkiem robaczkowym ciągle przy ruchach kiszek bywają drażnione.

Pomódz tu może tylko operacya.

W końcu swej pracy autor wymienia rozmaite cięcia ściany brzusznej, dokonywane w celu usunięcia wyrostka.

St. Muszyński.

207. Hondo (z Japonii). O zamianie chloru przez brom w organizmie ludzkim. (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 10. 1902).

Oddawna już jest rzeczą znaną, że w organizmie ludzkim sole chloru zastąpione być mogą przez sole bromowe. Już w r. 1868 zajmował się amerykańnin Bill działaniem bromku potasu na organizm ludzki; polecał on mianowicie sól kuchenną jako odtrutkę przeciwko bromkowi potasu. Już w roku 1878 Richet wiadomy był proces substytucyi chloru przez brom, a dwa lata temu zużytkował on wspólnie z Toulouse'em wiadomości w swej słynnej metodzie lecze-

nia padaczki. W r. 1894 Nencki wraz z Simanowską próbował rozstrzygnąć kwestyę, jak długo i w jakiej ilości występuje HBr w soku żołądkowym. Jakkolwiek praca ta nie uwzględniała badania moczu, zajmując wyłącznie kwestyę zamiany Cl H przez H Br w soku żołądkowym, jednak po raz pierwszy rozwiązała doświadczalnie kwestyę substytucyi owej w organizmie zwierzęcym. W ostatnich kilku latach prace Laudenreimer'a, Lauter'a i Balint'a stwierdziły działanie bromu, który wypycha chlor z organizmu.

Autor dokonywał doświadczeń swych w klinice Gerhardt'a, badając działanie soli bromowych przy pożywieniu mieszanem i jednocześnie przy niedostatecznym dowozie soli kuchennej, przyczem zachowywana była najzupełniej równowaga azotowa dla uniknięcia rozpadu substancyi białkowych. Określanie bromu dokonywane było tylko w moczu, przyczem nie uwzględniano zupełnie zawartości bromu w kale, ślinie, soku żołądkowym i krwi. Wypróbowawszy najrozsądniejsze sposoby określania bromu (Ributeau, Billa, Bowditch'a, Caigniet'a, Pflaumer'a, Fresenius'a, Büchner'a), autor doszedł do wniosku, że najlepsze wyniki daje metoda Berglund'a zmodyfikowana przez Nenckiego. Chlor określany był według Vilhard'a, azot zaś metodą Kjeldahl'a.

Otóż doświadczenia te doprowadziły autora do wyników następujących.

1) Sole bromowe zostają przy dyecie mieszanej wydzielane prędzej i intensywniej; przytem dawki skuteczne zostają wydzielone po większej części w przeciągu 10 dni po odstawieniu bromu, podczas gdy na zupełne uwolnienie organizmu od bromu potrzeba całych miesięcy.

2) Jeżeli podawać będziemy sole bromowe jednocześnie z niedostatecznym dowozem soli kuchennej, wtedy wydzielanie bromu następuje daleko wolniej i w znacznie mniejszym stopniu. Przy obfitem zaś podawaniu soli kuchennej wydzielanie to wzmagają się w stopniu bardzo znacznym.

3) Dyeta, polegająca na zmniejszonym dowozie chlorków do organizmu—nawet wtedy, jeżeli ilość soli kuchennej doprowadzona jest do minimum (w pokarmach wraz z dodatkami 3 grm.), nie wywiera zupełnie szkodliwego wpływu na przemianę materii—oczywiście, jeżeli usunięcie chlorków z organizmu nie trwa zbyt długo.

4) Wnioski owe mogą posiadać doniosłe znaczenie dla leczenia (cierpienia nerwowe). Tak np. dają one naukową podstawę dla znanej metody leczniczej Richetta i Toulous'a, którzy, ograniczając dowóz chlorków w padaczce, otrzymywali doskonałe wyniki (znaczne zmniejszenie ilości napadów). Należy jednak zwrócić baczną uwagę, ażeby obfita dyeta odpowiadała ilości ciepłostek, wymaganych przez organizm.

Władysław Sterling.

208 M. Brejtman. **Eksperymentalne badanie fizyologicznej i patologicznej czynności serca.** (Wraczebnaja Gazeta, 1902, Nr. 5).

Po znakomitem odkryciu Harveya cały szereg uczonych zbadał zależność czynności serca od wpływów nerwowych i zmiany zachodzące w chorobach zastawek i mięśni. Większość spostrzeganych w czynności serca zjawisk zdawała się już być wyświetlona, gdy, powstała w czasach ostatnich, *teorya automatyczna* czyli *myogenna* skurczów sercowych znów zaciemniła sprawę.

Okazuje się, że mięsień sercowy ma zupełnie samodzielne znaczenie dla automatycznej pulsacji, nerwy zaś są tylko łącznikiem między sercem i resztą narządów. Po za wpływami nerwowymi dla wytłumaczenia czynności serca trzeba przyznać istnienie jakichś sił, jakichś warunków tkwiących bezpośrednio w muskulaturze sercowej.

W swoich badaniach autor zauważył bardzo ciekawe zjawisko, że *zajęciu tej lub owej określonej części serca, ze ścisłością matematyczną prawie, odpowiadają określone zmiany czynności serca.*

Septum ventriculorum, według autora, gra znaczną rolę: koordynuje skurcze obu połów serca. Dowodzi tego fakt, że proces patologiczny w septum wywołuje zawsze zmianę prawidłowej koordynacji obu połów mięśnia sercowego, przez co występuje zaburzenie i osłabienie jego funkcji, w niektórych zaś przypadkach paraliż mięśnia. A priori można przypuszczać, że prawa komórka, jako funkcyjalnie słabsza, więcej ucierpi, co też potwierdzają spostrzeżenia kliniczne. Poważniejsze zmiany chorobowe w septum mogą wywołać nagłą śmierć chorych.

Ograniczone zmiany łącznotkankowe różnych miejsc komórki lewej dają niekiedy obraz zupełnie określony, zależnie od umiejscowienia procesu.

Przy umiejscowieniu procesu łącznotkankowego w bliskości zastawek aortae na wysokości ostium venosum sin., lub u conus pulmonalis spostrzegać się daje zwykle zwolnienie skurczów sercowych lub nawet hemistolia—skurcz połowiczny komórki lewej. Umiejscowienie procesu w środkowej części komórki wywołuje przyspieszenie pulsu czyli tachycardiam. Jeżeli lokalizacja procesu łącznotkankowego nie jest prawidłową, to trudno spodziewać się regularnych zmian czynności serca—te przypadki odpowiadają obrazowi klinicznemu arytmii.

Tkanka łączna, ześrodkowując się w okolicy wierzchołka serca, wywołuje w pierwszym okresie swego rozwoju osłabienie czynności serca, niekiedy zaś i ataki duszniczy bolesnej piersiowej (angina pectoris) pochodzenia mięśniowego; toż samo wywołuje aneurysma partiale, umiejscowione w okolicy wierzchołka lewej komórki. Znaczące zmiany w wierzchołku lewej komórki najczęściej powodują śmierć nagłą.

Z powyższych przykładów uwidocznia się związek między umiejscowieniem procesu patologicznego w sercu i klinicznymi objawami.

Przez sztuczne wywoływanie zmian ograniczonych w różnych częściach serca moglibyśmy dojść eksperymentalnie, jaką rolę ta lub owa część serca gra w ogólnej ekonomii czynności serca. W ten sposób rzucilibyśmy promień światła na mnóstwo ciemnych punktów z dziedziny fizjologii i patologii serca.

Mieczysław Themerson.

209. Prof. Westphal. **Przypadek psychozy w rozszanym zapaleniu nerwów** (psychozy Korsakowa) z **niezwykłym zachowaniem się odruchów kolanowych**. („Ueber einen Fall von polyneuritischer „Korsakow'scher“ Psychose mit eigenthümlichem Verhalten der Sehnenreflexe“. Deutsche. medic. Woch. Nr. 5).

Przypadek dotyczy 53-letniego rybaka, chronicznego alkoholika, który pozatem dzięki swemu zajęciu często narażony był na przeziębienia. Po krótkotrwałym obłędzie rozwinęła się wraz z rozszanym zapaleniem nerwów typowa postać psychozy, nazwanej przez Lolly'ego psychozą Korsakowa. Chory wykazuje charakterystyczne zaburzenia pamięci, polegające na szybkim zapomnianiu wszelkich świeżo odbieranych wrażeń, podczas kiedy pamięć czasów dawno minionych pozostaje zupełnie zachowaną. Halucynacje, o ile występują, grają w obrazie klinicznym rolę podrzędną. Z cech zapalenia nerwów chory wykazuje rwące bóle i parestezye w ramionach i nogach, obiektywnie dającą się stwierdzić anestezję w dolnych kończynach i wrażliwość łydek na ucisk. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że odruchów kolanowych z obu stron zupełnie brak i nie mogą być wywołane nawet przy pomocy sposobu Jendrassik'a, natomiast przy uderzeniu ścięgna rzepkowego występuje regularnie żywy, wyraźny skurez w okolicy doprowadzaczy biodra (adductores femoris) po przeciwnej stronie, czyli, że mamy tu do czynienia z objawem skrzyżowanych odruchów. Odruchy skrzyżowane napotykał autor nieraz przy jednostronnem wzmożeniu odruchu np. w porażeniach połowicznych, a Sternberg spozstrzegał ten objaw w przypadkach zranienia rdzenia. Występowanie skrzyżowanego odruchu w doprowadzaczach biodra przy braku zupełnym kolanowych jest objawem niezwykłym. Sternberg spozstrzegał go raz w przypadku wiaudu, w zapaleniu nerwów objaw ten nie był dotąd notowanym. Autor stara się wyjaśnić ten objaw na podstawie doświadczenia, dokonanego na zwierzętach przez Sternberg'a, który dowiódł, że po przecięciu nerwu i odłączeniu mięśnia czworogłowego od rzepki występuje przy uderzeniu ścięgna rzepkowego skurez mięśniowy po stronie przeciwnej, który należy uważać jako skutek odruchu z kości (okostnej), przeniesionego przez biodro i miednicę na przeciwną stronę. Na możliwość tego rodzaju zjawiska wskazywał już ojciec autora, znakomity Karol Westphal. W danym przypadku zamiast przecięcia nerwu mamy jego zapalenie, stanowiące również oczywiście przerwę w przeprowadzaniu podniet, a po stronie przeciwnej wzmożenie odruchu na

skutek stanu podrażnienia w okolicy nerwu, unerwiającego doprowadzacza n. obturatorius), co odpowiadałoby wzmożonej pobudliwości odruchowej u zwierząt, podlegających doświadczeniu na skutek stale podejmowanego w takich razach przecięcia rdzenia.

M. Bornstein.

210. Munter. **Wodolecznictwo w gruźlicy płuc.** (Berliner klinische Wochenschrift Nr. 10. 1902).

Wodolecznictwo z fizykalnych środków zajmuje dzisiaj przy leczeniu gruźlicy płuc jedno z pierwszych miejsc. Stosowane już dawniej przez Aberg'a, Brehmer'a, Winternitz'a, Jacoby'ego, dopiero dzisiaj zyskało podstawy naukowe, rozwiniętą metodykę i racjonalne wskazania. Na gruźlicę płucną zapatrujemy się dzisiaj jako na *miejscowe zakażenie* płuc lasecznikiem gruźliczym, do którego dołączają się mieszane zakażenia gronkowcami, paciorkowcami i t. d., określone przez Brieger'a, jako *posocznica przewlekła*. Oto, czego wymaga leczenie gruźlicy płucnej w ogólności: dobrego powietrza i podniesienia odżywiania. Dla podniesienia odżywiania zaś niezbędne jest pobudzenie apetytu, usunięcie zaburzeń trawienia, biegunki, zaparcia, dokładniejsze spotrzebowanie i przyswajanie pokarmów, oddziaływanie na objawy nerwowe, zwalczenie bezsenności, usunięcie bólów. Przyrost na wadze nie może być tutaj miarodajnym, gdyż zależy on może od odkładania się tkanki tłuszczowej. Odporność organizmu jest tem większa, im żywsza jest w nim przemiana materii, tłuszcz zaś stanowi dla organizmu masę beczynną. Nie chodzi więc tutaj o otłuszczenie chorych gruźliczych, lecz o przyrost białka, nie chodzi o przyrost wagi wogóle, lecz o przyrost wagi swoistej. Otóż, wodolecznictwo, polegające na metodycznym indywidualnym zastosowaniu podrażnienia ciepłego, we wszystkich niemal okresach gruźlicy płucnej sprzyja przyswajaniu pokarmów, lepszemu odżywianiu i wzmacnianiu organizmu.

Zasadniczym prawem, jakim kierujemy się przy stosowaniu podrażnienia ciepłego jest, że zimno hamuje, a ciepło wzmacnia czynności narządów. Fiziologia poucza nas o pozornym wyjątku z tego pravidła—mianowicie, że zimno pobudza *utlenienie*, a ciepło *obniża* je, dopóki procedury te nie obniżą własnej ciepłoty ciała. Wiemy natomiast, że przy wzniesieniu się lub opadnięciu ciepłoty organizmu—zimno zwalnia sprawy utleniania, ciepło natomiast przyspiesza je. Te oto czynniki fizyologiczne są nicią przewodnią przy wodolecznictwie gruźlicy płuc, technika zaś i metodyka: wycierania, natrysk, oblewania czy kąpiele zależne są tylko od stanu cierpienia, odczynu chorego organizmu. Ponieważ w gruźlicy płucnej mamy do czynienia zazwyczaj z upośledzoną przemianą materii, przeto powinniśmy stosować takie podrażnienia ciepłe, któreby nie odejmowały organizmowi ciepła, lecz któreby jednocześnie nie podwyższały jego ciepłoty, ponieważ w pierwszym przypadku następuje zwolnienie spraw utleniania, w drugim zaś, co stwierdzono doświadczalnie, otrzymujemy nie przyrost,

lecz rozpad substancji białkowych, my zaś dążymy do przyrostu, czyli do lepszego przyswajania pokarmów. Możemy osiągnąć cel ten w taki sposób, że za pomocą pewnego dowozu ciepła lub utrudnienia oddawania ciepła otrzymujemy na powierzchni ciała, pewną stałą ilość ciepła, którą możemy zmniejszyć za pomocą następczego podrażnienia zimnem, nie odbierając ciała ciepła. W pierwszym przypadku usuwamy wszelkie podrażnienie, w drugim za pomocą następczego podrażnienia zimnem otrzymujemy zwiększenie się utleniania wraz z zwiększeniem się asymilacji. Wzmożenie się spalania w organizmie nie zamienia się na energię kinetyczną, lecz służy celowi zaoszczędzenia potencjalnej energii komórki czyli jej przyrostu.

Dla podwyższenia ciepłoty powierzchniowej posiadamy środki następujące: leżenie w łóżku, suche owijania, częściowe owijania wilgotne (2—5 godzin), całkowite owijania wilgotne ($\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ godziny), kąpiel letnią (35—38° $\frac{1}{4}$ godziny), ciepły prysznic (38—42° C), kąpiel elektryczną (5—10 minut) oraz kąpiel słoneczną. Jako podrażnienia zimnem stosujemy: częściowe, lub całkowite wycierania, oblewania, kąpiel połowiczną, lub całkowitą. Rzecz prosta, że stosować możemy najrozmaitsze kombinacje tych środków w zależności od okresu cierpienia, objawów głównych, a głównie od tego, czy w danym przypadku stosować należy system oszczędzania czy też rozwijania. Głównym warunkiem przy wszelkich zimnych procedurach jest otrzymanie odczynu, czyli szybkiego rozgrzania się po zabiegu, czemu przy sposobie oszczędzania sprzyja ogrzewanie chorego bierne (łóżko), przy sposobie zaś rozwijania—ruch czynny.

Omówiwszy ogólne zasady wodolecznictwa w gruźlicy płuc, autor zatrzymuje się na zabiegach, które mają na celu zwalczanie pojedynczych objawów tego cierpienia, przyczem ściśle rozróżnia przypadki gruźlicy płuc, zależne od t. zw. zakażenia czystego i mieszanego. Przypisuje on wielkie znaczenie podrażnieniu zimnym w postaci t. zw. opaski krzyżowej (*Kreuzbinde*). Badania Bouchar'd'a i John'a wykazały upadek ciśnienia tętniczego oraz ciężaru właściwego krwi w cięższych postaciach gruźlicy płucnej. Prócz tego wiadomo jest od dawna, że przekrwienie płuc jest środkiem obronnym, niedokrwistość zaś ich momentem usposabiającym do gruźlicy, oba zaś stany zależne są od działalności serca. Podrażnienia zaś zimne, jak wiadomo, posiadają właściwość zwalniania tętna, podwyższania ciśnienia tętniczego, dzięki tonizującemu działaniu na naczynia; wskutek nie tylko wydłużenia pauzy pomiędzy dwoma skurczami serca, oraz rozkurezu, lecz wzmocnienia skurczu serce lepiej się odżywia, następuje dokładniejsze ukrwienie płuc oraz podwyższenie ogólnego odżywiania, co stanowi główną zasadę leczenia.

Już prace Strümpf'a, Brieger'a i innych wykazały, że tak doniosłe pod względem klinicznym podwyższenia i wahanja ciepłoty w gruźlicy płuc zależne są wyłącznie od zakażenia mieszane-go, gdyż gruźlica, polegająca na zakażeniu czystym, przebiega prawie wyłącznie bez gorączki. I w tych przypadkach wodolecznictwo może być środkiem pomocniczym przy zwalczaniu gorączki obok in-

nych środków przeciwgorączkowych, zaleca jednak autor tutaj wielką ostrożność w stosowaniu podrażnień zimnem.

Władysław Sterling.

211. M. Bockhart. **Leczenie t. zw. reumatyzmu tryprowego.** („Ueber die Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündung“. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band XXXIII. Nr. 11).

Zdanie o bezskuteczności salicylanu sodu w zapaleniu stawów pochodzenia tryprowego, czyli w tak zw. reumatyzmie tryprowym stało się niemal pewnikiem; niesłusznie jednak, gdyż środek ten może być bardzo nawet pomocnym, byle tylko był w odpowiedni sposób użyty. Leczenie odbywało się dotąd zwykle w ten sposób, że choremu dawano po 6—10 grm. dziennie salicylanu sodu. Po 2—4 dniach ból i obrzęk stawów zmniejszały się, ale już począwszy od dnia trzeciego zamiast polepszenia dawało się nieraz zauważyć nawet pogorszenie stanu. W ten sposób lek zdobywał sobie złą reputację, chociaż niesłusznie. Lek posiada własności lecznicze dobre, trzeba tylko umieć go zastosować. Autor postępuje w ten sposób: pierwszego dnia daje choremu 8—10 grm. salicylanu sodu (1 grm. *pro dosi*), na drugi dzień—6 grm; jednocześnie stosuje leczenie miejscowe: maść ichtjową z owinięciem stawów watą i flanelą. Na trzeci dzień bóle, obrzęk stawów i gorączka zwykle łagodnieją i oto w tym trzecim dniu, również w czwartym chory dostaje wyłącznie opatrunek miejscowy, od użycia zaś salicylanu sodu wstrzymuje się. Poprawy żadnej przez ten czas nie widać. Szóstego i 7-go dnia chory dostaje znowu 6 grm. sal. sodu, następują trzy dni przerwy, znowu w ciągu dwóch dni 4—6 grm. (teraz już po 0,5 *pro dosi*) i znowu przerwa i t. d., czyli po każdym trzech dniach przerwy dwa dni leczenia. Gdy ból zmniejszy się o tyle, że chory może poruszać dotkniętą cierpieniem kończyną, stosujemy kąpiele 26—28 R.; jeżeli bólu niema zupełnie, pozostał tylko obrzęk, wtedy można zastosować mięsień. Leczył autor w ten sposób 65 chorych i tylko u 5 nie osiągnął pożądanego rezultatu. Przekonał się autor, że salicylan sodu działa właśnie tylko stosowany z przerwami i tylko w przypadkach niezastarzanych. W zakończeniu przestrzega autor przed nakładaniem opatrunków unieruchamiających, które stanowczo sprzyjają późniejszemu powstawaniu sztywności stawów.

Fr. G-yc.

II. Choroby dzieci.

212. D-r E. Ausset. **Smiertelność niemowląt w Lille. Sposoby zaradzenia szybkie i praktyczne** („La mortalité des enfants du 1-er age à Lille. Les moyens d'y remédier rapidement et pratiquement“). (Ann. de médecine et chirurgie infantiles. 1901. Nr. 24).

W przeciągu roku 1900 w Lille na 5422 śmierci liczono 1462 dzieci, liczących mniej niż rok życia. W tej liczbie jako przyczynę 957 przypadków śmierci podano gastro-enteritis czyli chorobę, która spowodowana została przez wadliwe karmienie. Stąd wniosek, że 65,45% niemowląt zmarłych nie powinnyby właściwie umrzeć, gdyby były inaczej karmione.

Cyfra ta, jakkolwiek zastraszająca, jest jednakże zanizka. W wyżej wspomnianej statystyce istnieje oddzielna rubryka śmierci, spowodowanej przez słabość kompleksy (faiblesse de constitution). Rzezc prosta, niejedno dziecko słabowite mogłoby być utrzymane przy życiu, gdyby było lepiej żywione. To samo da się powiedzieć o przypadkach śmierci wskutek chorób zakaźnych: rzecz wiadoma, że choroby te przebiegają łagodniej znacznie u dzieci dobrze żywionych. Cyfry te pobudziły p. A u s s e t do zastanowienia się nad sposobami zaradzenia złemu.

Wielu pisarzy rozpowszechniają myśl, że należy wspierać kobietę, gdy jest w stanie brzemiennym, w czasie położu i conajmniej przez 6 tygodni następnych. Autor zgadza się, że miałyby to bardzo dobry wpływ na stan zdrowia dzieci, ale zwraca zarazem uwagę na olbrzymie koszty takiego przedsięwzięcia i na okoliczność, że po upływie owych 2—3 miesięcy kobieta byłaby zmuszona znów iść do fabryki, a dziecko zostawić na opiece obcych, wsadzić mu w usta smoczek, albo dawać mu pierś pozbawioną dobrego mleka wskutek lichego żywienia się i zbyt wyczerpującej pracy matki.

Dla tych względów autor uważa projekt ów za niepraktyczny i zaleca zwrócić całkowitą uwagę na zapewnienie zdrowego pokarmu niemowlętom.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że najlepszy pokarm dla dziecka daje matka. W rzeczywistości jednakże widzimy, że matka, która pracuje gdzieś w fabryce, może dawać dziecku pierś najwyżej trzy razy dziennie, a poza tem musi uciekać się do smoczka, albo do najemnicy.

Niektórzy są za urządzaniem żłobków koło fabryk, w których matki zostawiałyby dzieci i co parę godzin przychodziłyby je karmić. Przeciwno temu można postawić zarzut, że wiele kobiet mieszka bardzo daleko od fabryki, noszenie więc dzieci w zimie lub dżdżyste powietrze z domu do żłobka źle by się odbijało na ich zdrowiu. Prócz tego wrócić znowu musimy do okoliczności, że matka, często pobierająca bardzo nędzną zapłatę w fabryce, zmuszona jest żywić się niedostatecznie, nie może więc dostarczyć obfitego i dobrego pokarmu dziecku. Czy nie lepiej więc będzie pozwolić matce karmić dziecko 2—3 razy dziennie, a postarać się, by przez resztę dnia dziecko miało zdrowe, dobrze przygotowane mleko. Autor zastrzega się przeciwko podejrzeniu, jakoby uważał sztuczne karmienie za lepsze od naturalnego. Owszem, powstaje z oburzeniem przeciwko zamożnym kobietom, które dla własnej wygody oddają dziecko mamee. Mówi tutaj tylko o owej masie nędzarek, które nie karmią same, bo nie mają czem i nie mają kiedy. Na dowód, jak wpływa rodzaj pożywienia na jakość mleka, autor przytacza kozy.

Mleko kozie uważano za niestrawne z powodu wielkiej ilości sernika i tłuszczu, a przytem za nader nieprzyjemne w użyciu z przyczyny zapachu odstęczającego. Otóż, dzięki doborowi odpowiednich osobników, ale głównie przez odpowiednią paszę otrzymują dzisiaj mleko kozie bez przykrego smaku i zapachu, z zawartością 22—24 gramów sernika w litrze.

Żeby kobiety, mające karmić dzieci, miały dobry pokarm, muszą w domu zarabiać dostatecznie, by mogły się jako tako odżywiać. Tu piętrzą się trudności. W biednej warstwie dziewczęta posyłane bywają do fabryki od lat tak młodych, że nie mają czasu nauczyć się czegoś innego prócz mechanicznej czynności, spełnianej w fabryce. Względnie łatwo dostarczyć zajęcia tylko robotnicom, które i w zwykłym czasie pracują w domu.

Prócz tego należy zwrócić uwagę na взгляд, że gdyby dostarczono pracy domowej wszystkim biednym matkom, fabryki zostałyby pozbawione znacznej ilości pracowni. Jest to взгляд, mający na widoku fabrykantów, ludzi zamożnych, ale, bądź co bądź, ludzie ci, którzy dzisiaj gotowi są do udzielenia pomocy, przestaliby jej udzielać, gdyby to sprzeciwiło się ich interesom.

Autor przychodzi do wniosku, że najwłaściwszy będzie system karmienia mieszanego. Matka karmić powinna conajmniej 2—3 razy dziennie. Poza tem dziecko winno być karmione mlekiem wyjąłwionem.

Prawda, że wyjąłwienie, zabijając drobnoustroje chorobowe, niszczy zarazem zaczyny rozpuszczalne, konieczne do strawienia mleka, ale drobna nawet ilość owych fermentów, wprowadzona z mlekiem matczynym do żołądka dziecka, wystarczy na cały dzień.

Poza tem względy moralności przemawiają za dopuszczaniem dziecka chociaż parę razy dziennie do matczynej łona, zresztą i wydatek pieniężny na sztuczne karmienie będzie trochę mniejszy.

Autor radzi opiekę nad niemowlętami, względnie ich matkami urządzać w sposób następujący.

Po urodzeniu dziecka każda położnica otrzymuje kartkę objaśniającą ją, w jaki sposób ma postąpić, by otrzymać pomoc, jeżeli jej potrzebuje, lub proszącą ją o pomoc dla dzieci biednych, jeżeli jest zamożna. Każda matka, szukająca pomocy, obowiązana jest udzielić wiadomości o stanie swego zdrowia, o środkach utrzymania, o zajęciu, o zarobkach męża, i o robocie, którą mogłaby wykonywać, pozostając przy dziecku. Lekarz bada, czy położnica może sama karmić. Jeżeli zachodzi potrzeba, dziecko otrzymuje mleko wyjąłwione.

W Wersalu nie rozdają mleka, a sprzedają: biednym za połowę ceny złego mleka na rynku, bogatym za cenę podwójną. W ten sposób robią nawet pewne oszczędności.

S. Muszyński.

213. C. Hochsinger. O tak zwanej gorączce gruczołowej dzieci. (Wiener Medicinische Wochenschrift 1902. N-ra 6, 7, 8).

W roku 1889 lekarz S. Pfeiffer z Wiesbadenu opisał nową jednostkę chorobową, którą nazwał „gorączką gruczołową dzieci”. Według opisu Pfeiffer'a jest to ostra choroba gorączkowa, napotykająca się u dzieci w wieku lat 5 do 8, której towarzyszy bolesne obrzmienie gruczołów szyjowych lub podszczękowych po obu, częściej po jednej stronie szyi. Obrzmienie zazwyczaj nie przechodzi w ropienie. Z innych objawów Pfeiffer notuje ogólne niedomaganie, bóle w członkach, brak apetytu, przekrwienie języka, gardzieli, ból przy łykaniu, zatrzymanie stolca, czasami wymioty, trzymanie głowy nieprawidłowe (podobnie jak przy torticollis rheumatica). Na zasadzie tych objawów, a także na zasadzie epidemicznego nieraz pojawiania się tej choroby, Pfeiffer uważa swą „gorączkę gruczołową” za sui generis infekcyjną, etyologicznie odrębną, chorobę.

Spostrzeżenia Pfeiffer'a zostały potwierdzone przez spostrzeżenia wielu innych autorów, w krótkim czasie powstała obfita kazyjstka gorączki gruczołowej i nowa jednostka chorobowa, zdawało się, zyskała sobie prawo obywatelstwa w patologii. J. Hochsinger spotykał często przypadki cierpienia podobne do opisywanego przez Pfeiffer'a. Dokładne jednak zbadanie tych przypadków, jak również przypadków, opisanych w literaturze, doprowadziło go do wniosku, że pogląd Pfeiffer'a na istotę gorączki gruczołowej jest błędny, że cierpienie to nie jest odrębną etyologicznie chorobą, lecz że powstaje ono tylko jako powikłanie niektórych innych chorób infekcyjnych. Pogląd Hochsinger'a na tak zwaną gorączkę gruczołową jest następujący.

W przebiegu wielu chorób infekcyjnych z lokalizacją w gardzieli, jamie ustnej i nosogardzielowej spotykamy obrzmienia gruczołów szyjowych lub podszczękowych. Do chorób tych należą między innymi odra, płonica, błonica, angina follicularis, stomatitis i wiele innych. Towarzyszące tym chorobom obrzmienie gruczołów występuje albo jednocześnie z podstawową chorobą, albo też (rzadziej) rozwija się dopiero po pewnym czasie, jako następca choroby. W ostatnim przypadku obrzmieniu gruczołów towarzyszy często, choć niezawsze, gorączka i objawy ogólnego niedomagania. Objawy te objaśnić się dają tak zwaną *reinfekcją* ustroju pasorzytami lub toksynami podstawowej choroby, które po jej ustąpieniu często pozostają w gruczołach limfatycznych w stanie ukrytym. Podobne wtórne cierpienie gruczołów z towarzyszącymi mu ogólnymi objawami zdarza się nieraz w przypadkach, kiedy pierwotne cierpienie było bardzo lekkie i nawet mogło być zupełnie niezauważone. Tego rodzaju przypadki wprowadziły właśnie w błąd Pfeiffer'a, który, nie zwróciwszy dostatecznej uwagi na wywiady, uznał objaw wtórny za pierwotne, odrębne cierpienie. Przeglądając obszerną literaturę gorączki gruczołowej, H. odnajdywał zawsze w wywiadach wskazówki na przebyte uprzednio zakaźne cierpienie gardzieli, nosa, lub ust; w innych przypadkach spotykał istniejące jeszcze przekrwienie, lub stany zapalne tych części

ciała; w jeszcze innych przypadkach spotykał objawy zapalenia nerek, które naprowadzały na myśl, że pierwotną przebytą chorobą była płonica. Opisywane przez Pfeiffera epidemie gorączki gruczolowej objaśnia H. epidemicznem występowaniem cierpienia pierwotnego.

Omawiając patogenę wtórnych spraw chorobowych w gruczolach szyjowych, H. twierdzi, że gorączka nie jest w tych sprawach jakimś istotnym patognomonicznym objawem. Może ona być, może jej nie być wcale. Bywa też ona bardzo różnych typów: continua, remittens lub intermittens. Po ustąpieniu gorączki obrzmienie gruczolów często pozostaje jeszcze jakiś czas. Obrzmienie gruczolów rzadko przechodzi w ropienie, ale i to, podług H., nie jest stałym objawem. Przypadki ropnego zapalenia gruczolu zdarzają się, ale bywają zazwyczaj fałszywie rozpoznawane. *Abscessus pharyngealis* autor uważa też za sprawę analogiczną z gorączką gruczolową, z tą tylko różnicą, że cierpieniu ulega gruczoł głębiej położony i sprawa przechodzi w ropienie. Sprawie w gruczolach towarzyszy prawdopodobnie zwykle lymphangoitis, które to cierpienie powoduje podniesienie ciepłoty. „Gorączka gruczolowa“ zdarza się prawie wyłącznie w wieku dziecięcym, a to z powodu małej odporności gruczolów małych dzieci przeciw infekcyi, a także wskutek szczególnie bujnego rozwoju u nich tkanki adenoidalnej, która łatwo ulega pierwotnym sprawom zapalnym i tem daje powód do występowania wtórnych spraw w gruczolach. Do narządów zbudowanych z tkanki adenoidalnej prócz migdałków, będących najczęściej punktem wyjścia choroby, należy jeszcze tak zwana tonsilla Luschka, znajdująca się w jamie nosogardzielowej i podlegająca często cierpieniu zupełnie analogicznemu z tonsillitis. Cierpienie to, choć nieopisywane w żadnym podręczniku, nie należy do rzadkich i, zdaniem H., stanowi jedną z częstszych przyczyn „gorączki gruczolowej“.

W końcu H. dotyka i sprawy leczenia omawianej choroby. Zaleca on w pierwszych jej okresach wilgotne opatrunki z aq. Goulardi, a po ustąpieniu gorączki wcieranie 5% maści ichtyolowej. Jako środek profilaktyczny zaleca czystość i dezynfekcyę jamy ustnej i gardzieli, to jest miejsce pierwotnego zakażenia ustroju. Zamiast mało skutecznych płukań gardła H. radzi dawać dzieciom cukierki, napojone środkami ściągającymi i antyseptycznymi. *Z. Grudziński.*

214. D-r F r i e d m a n. **Zatrzymanie moczu u noworodków.** (Der Kinderarzt. Heft 130. 1900).

Jako przyczynę częstego zatrzymania moczu u noworodków w pierwszych dniach życia autor podaje podniesienie ciepłoty ciała, wywołane wskutek sprawy zapalnej, towarzyszącej odgraniczeniu się i odpadnięciu sznurka pępkowego. Dla wywołania podniesienia ciepłoty nie potrzeba ciężkiego zapalenia septycznego, w większości bowiem przypadków lekkie miejscowe podrażnienie występujące w po-

staci umiarkowanego zaczerwienienia okolicy pępkowej bywa przyczyną podniesienia ciepłoty ciała. Zatrzymanie moczu autor uważa tutaj za oznakę stanu gorączkowego, radząc we wszystkich podobnych przypadkach mierzenie ciepłoty i baczące zwracanie uwagi na pępek. Stosowanie obojętnych proszków osuszających, jak np. dermatolu, na okolicę pępkową i czyste utrzymanie ciała przez codzienne obmywanie lub kąpiel—oto środki, którym autor w tych razach oddaje pierwszeństwo przed innymi metodami, opierając się na własnych doświadczeniach. Stan podrażnienia zapalnego tem prędzej znika, im ściślej przestrzeżanem jest suche utrzymanie pępka.

M. Roszkowski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

215. W laboratorium „The Lancet“ przedsięwzięto badanie na **arszenik** całego szeregu **pokarmów i leków**, przy przygotowaniu których używa się kwas siarczany. Między innymi badane były sztuczne nawozy, używane w rolnictwie, przyczem wykazano w nich dość dużą ilość arszeniku w postaci, łatwo rozpuszczalnej w wodzie. Tłumaczy się to tem, że podstawową częścią nawozów sztucznych jest fosforan wapna (calcium phosphoricum), otrzymywany działaniem kwasu siarczanego na popiół kostny. Pod względem praktycznym najważniejszym jest to, że rośliny, wyrastające na sztucznie nawożonym gruncie, wchłaniają w siebie arszenik: niewątpliwe jego ślady znalezione były np. w kapuście i rzepie, wyrosłych na takim gruncie. (The Lancet.)

L. N.

216. A. Kisiel podaje 8 przypadków **onanizmu u małych dzieci** (u jednego dziecka w 4-ym miesiącu życia, u drugiego—w 6-ym, a u reszty w wieku do 3 lat). Ważną rolę w rozwoju onanizmu u dzieci autor przypisuje dziedziczności; w trzech z opisanych przypadków rodzice onanizujących się dzieci, lub ich kuzyni też byli w swoim czasie onanistami, lub też posiadali jakiegokolwiek nieprawidłowości w sferze płciowej; oprócz tego w 3 przypadkach ojcowie nadużywali alkoholu. (Prakticz. Medic.)

L. N.

217. W kwestyi **leczenia za pomocą ciężaru** różnych **chorób zapalnych w sferze płciowej u kobiet** prof. Schauta w Tow. Akuszeryjno-Ginekologicznem w Wiedniu wskazał na to, że sposób ten daje bardzo pomyślne rezultaty w twardych para- i perimetritach. Pod wpływem tego leczenia czasami długotrwałe i rozległe wysięki podlegają wessaniu w stosunkowo krótkim przeciągu czasu, a pozostałe stwardnienia (infiltraty) usuwają się za pomocą masażu, stosowanego jednocześnie z kąpielami nasiadowemi. Gładkow, chcąc wypróbować sposób Schauty, kilkakrotnie stosował leczenie za pomocą ucisku w przypadkach poporodowych parametrytów, przyczem otrzymał bardzo pomyślne rezultaty.

Technika tego sposobu polega na następującem: chora kładzie się na wznak z podniesioną nieco miednicą; do pochwy wprowadza

się kolpeurynter, który następnie napelnia się rtęcią (w początku wlewa się 500,0 rtęci, przy następnych seansach ilość ta wzrasta stopniowo do 800,0); na brzuch, na tę lub ową stronę, zależnie od położenia wysięku—kładzie się woreczek ze śrutem (5 funt.).

Każdy seans trwa od 1 do 3 godzin, zależnie od wytrzymałości chorych. (Żurnal Akusz. i Żensk. bol. Luty 1902 r.) L. N.

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 25 marca 1902 roku.

Bregman i Steinhaus *omawiają przypadek limfosarkomatu, przechodzącego ze śródpiersia do kanału kręgowego.*

19-letnia chora zaczęła doznawać od 2^{1/2} miesięcy gwałtownego bólu w okolicy lewej łopatki i w lewej kończynie górnej. Zrazu ból napadowy, potem stałe parestezye w tych samych okolicach. Przedmiotowo znaleziono, co następuje: zwężenie lewej źrenicy i lewej szpary ocznej oraz lekkie zaburzenia czucia wzdłuż łokciowego brzoğu przedramienia i ramienia. Po paru tygodniach wystąpiło w przeciągu 48 godzin zupełne porażenie kończyn dolnych, anaesthesia do 3-go żebra, retentio, a potem incontinencia urinae. Po 10-u dniach nieznacznej poprawy nanowo pogorszenie: kaszel, kilkakrotnie haemoptoe (laseczników gruźliczych nie wykryto); napady duszności; zaburzenia w łykaniu. Rozszerzenie żył na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Duży gruczoł nadobojczykowy lewy. Zanik mięśni kończyny górnej lewej. Lżejsze zaburzenia czucia kończyny górnej prawej. Gorączka. Exitus przy objawach duszenia się. *Rozpoznanie:* nowotwór śródpiersia i kanału kręgowego, uciskający rdzeń na wysokości ostatnich 2-ch odcinków szyjowych i górnych grzbietowych. Wobec tego, że chora przed 2 laty miała na ciele wysypkę i krostę na narządach płciowych, Bregman przypuszczając możliwość gummatu, zastosował leczenie specjalne, które jednak żadnej poprawy nie dało. Na zakończenie B., opierając się na wynikach autopsyi, która w zupełności potwierdziła rozpoznanie kliniczne, rozpatruje znaczenie pojedynczych objawów, i zaznacza nadzwyczajną rzadkość przejścia limfosarkomatu śródpiersia do kanału kręgowego. Przy badaniu pośmiertnem pomienionego przypadku Steinhaus stwierdził obecność guza olbrzymiego, wychodzącego z górnej części śródpiersia i przechodzącego ztąd do lewej połowy klatki piersiowej z odepchnięciem wdół płuca lewego. Pozatem guz obrastał wielkie naczynia śródpiersia i, zawijając się około tchawicy i przełyku, na wysokości 7 szyjowego i 1-go i 2-go kręgow piersiowych zrastał się z ciałem kręgow, przerastał je i tedy przedostał się do kanału kręgowego. W kanale kręgowym masa nowotworowa zajmowała przestrzeń z lewej strony między 6-ym kręgiem szyjowym a 3-im piersio-

wym pomiędzy oponą twardą i kością. Na tej przestrzeni rdzeń był uciśnięty. Badanie drobnowidzowe wykazało, że nowotwór był limfosarkomatem. Co do jego punktu wyjścia, wahać się można pomiędzy gruczołami limfatycznymi śródpiersia, a grasicą; ciała Kassala, charakterystycznych dla igracicy nie znaleziono pod drobnowidzem. Zmiany anatomiczne w rdzeniu były następujące: na miejscu ucisku metoda Marchi'ego wykazano zwyrodnienie białej substancji na całym przekroju, pozatem zaś lewy róg był zniszczony częściowo przez wybroczyny, które na niewielkiej przestrzeni przeszły na przedni lewy pęczek, na spoidło przednie. Nad miejscem ucisku znalezione zostało klasyczne zwyrodnienie wstępujące w słupach Golla i w drogach bocznych mózdkowych; pod miejscem ucisku zwyrodniały drogi zstępujące, ruchowe.

W dyskusyi Gabszewicz przytacza przypadek, spostrzegany przez niego w r. 1885 w klinice chirurgicznej, a dotyczący 22-letniego mężczyzny, który przybył do szpitala na skutek guza bolesnego, chęlbocącego pomiędzy łopatką i kolumną kręgową z prawej strony. Chory miał bezwład nóg obustronny. W okolicy 6—10-go kręgu grzbietowego wyraźne wygięcie kręgosłupa ku tyłowi (*kyphosis*). Chory gorączkował. Rozpoznano cierpienie grzlicze kręgow, powikłane ropieniami. Po otworzeniu guza przekonano się, że zamiast ropy znajdowała się w nim masa krwawo-galaretowata, z powodu obfitego krwawienia zatamponowano jamę. Po tygodniu exitus letalis. Sekcyja wykazała, że istniał guz miękki w śródpiersiu, zajmował dolny płat prawego płuca, zniszczył trzony kręgow, przeszedł na rdzeń kręgowy, a następnie wydostał się nazewnątrz pod postacią guza chęlbocącego, który brano za ropień. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz należał do mięsaków.

St. Kopeczyński zaznacza, że wobec tego, iż przedewszystkiem i głównie dotknięte były w przypadku Bregmana korzenie rdzeniowe czuciowe, ciekawą rzeczą byłoby zbadać zwyrodnienia zstępujące w pęczkach tylnych.

Bregman odpowiada, że objawy ucisku rdzenia, jakie się później przyłączyły, nie pozwolą, zapewne, na wyodrębnienie tych zwyrodnień. Odnośne badania są w toku.

Posiedzenie z d. 8 kwietnia.

1. T. Stano i St. Kopeczyński przedstawili preparat mózgu z kostniakami opony twardej, pochodzącego z chorego, lat 58, dotkniętego gruźlicą płuc i objawami ze strony systemu nerwowego (silne bóle głowy, stan pewnego podniecenia z przejściowem bredzeniem, brak oddziaływania na światło w źrenicach). Sekcyja wykazała prócz zmian gruźliczych w płucach objawy przewlekłego zajęcia wszystkich opon, zwłaszcza zaś opony twardej pod postacią niezwyklego nowotworzenia kostnego, a mianowicie twardej skorupy kostnej (17 ctm. długości, 7 szerokości), pokrywającej całą przednią i całą środkową część lewej półkuli, głównie pod oponą twardą i zrośniętej z oponami miękkimi i z istotą mózgu.

Rychliński demonstrował również mózg z kostniakiem opony twardej z przypadku, rozpoznanego za życia, jako Taboparalysis. Badanie pośmiertne wykazało na wewnętrznej powierzchni opony twardej w okolicy przedniej części zrazów czołowych 2 kostne blaszki o nierównej dolnej powierzchni, mającej $1\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy; trzecia mniejsza kostka znaleziona w okolicy przedniego środkowego zwoju po stronie lewej. Prócz tego znaleziono nieznaczny leptomeningitis i wybitny obrzęk bocznych komór.

Z powodu demonstracji Rychlińskiego St. Kopeczyński zaznacza, że małe blaszki, znalezione przez R. u wspomnianego chorego z taboparalysis, należy uważać za przypadkowo wykryte skostnienia w oponie twardej. Demonstrowany przez K. preparat, gdzie kostniak miał 17 ctm. długości i 7 szerokości aż nadto przekonująco, że nawet takie kostniaki mogą przebiegać klinicznie bez wyraźnych objawów zajęcia mózgu. Nowotworzenia takie zaliczane są przez anatomo-patologów do kategorii t. zw. „zufälliger Befund“.

Rychliński w odpowiedzi zaznacza, że być może, że w przypadku Stano i Kopeczyńskiego mózg stopniowo do owego ciśnienia się przystosował.

II. Moraczewski Wacław wygłosił odczyt p. t. „O spalaniu w organizmie“.

Prelegent zdaje sprawę z doświadczeń nad wydzielaniem organicznych składników moczu pod wpływem diety przeważnie mięsnej, tłuszczowej i węglowodanowej, które wykonano w przypadkach cukrzycy rozmaitego stopnia. Badania nad kwasem szczawiowym, indykanem, siarczanami i acetonem doprowadziły mówcę do następujących wniosków:

1) Indykan, kwas szczawiowy ulegają wahaniom, zbliżonym do siebie tylko kierunkiem, ale nie wielkością, t. j. zmiany w moczu dotyczą zwykle obu tych ciał, choć w nierównej mierze.

2) Wyrażna i wszędzie spotykana zależność siarczanów związanych od tłuszczowej diety i tu została stwierdzona.

Zestawione liczby wykazują, że oprócz indykanu musiały przy dyecie tłuszczowej uleść powiększeniu inne ciała aromatyczne, albo im podobne, ponieważ ilość siarczanów przewyższa stosunkowo ilość indykanu. Wzmoczenie się ilości kwasu szczawiowego i acetonu wskazuje na to, że dieta tłuszczowa wpływa wogóle na wzmoczenie wydzielania ciał organicznych w moczu. Produkty spalania w ustroju zależne są tylko w części od żywności, a w znaczniejszej części od jakości procesu i zmian, jakie dieta w nim wywołuje.

W dyskusji Pruszyński zaznacza, że doświadczenia Moraczewskiego przeczą dotychczasowym poglądom na przyczynę wydzielania związków aromatycznych, kwasów eterosiarkowych, wreszcie kwasu szczawiowego z ustroju, wymagają sprawdzenia. Jeżeli tłuszcze zwiększają wydzielanie indykanu, a jeszcze bardziej kwasów siarkowych związanych, to można byłoby przypuścić, że, albo pod ich wpływem następuje upośledzenie trawienia, albo też ogranicza się spalanie w ustroju, resp. upośledza się czynność fermentów utleniających (oksydoz). Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi należałoby prze-

prowadzić szereg badań, których M. nie podaje. Co się zaś tyczy powstawania kwasu szczawiowego z tłuszczów, to możliwość taka niewątpliwie istnieje. Przemawia za tem fakt, że otyłość, oksalurja, cukromocz i skaza moczanowa mogą występować naprzemian i dziedzicznie, co dowodzi niedostatecznego spalania (braku odpowiednich oksydoz). Fakt, że ilość eterosiarkanów w doświadczeniach Moraczewskiego nie odpowiada ilości indolu, przemawia za tem, że wraz z indolem, jako produktem z grupy skatololctowej białka mogą wydzielać się inne związki aromatyczne, tak z grupy kwasu fenylamidopropionowego, jako też i tyrozyny.

Bornstein.

VI. Z francuzkich Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo chirurgów paryzkich. *Posiedzenia z d. 19 i 26 Lutego oraz z d. 12, 19 i 26 Marca 1902 r.*

1) Reynier i Souligoux przedstawili chorego *po gastrostomii*. 47-letni osobnik już od 19-go roku życia doznawał zaburzeń w odżywianiu wskutek kojarzących się z dylatacją zwężęu przelyku. Po obnażeniu żołądka i częściowem jego wyciągnięciu na zewnątrz odcinek ten skrócono podwójnie i przymocowano do ściany brzusznej, poczem otworzono narząd na szczycie sporządzonego w sposób powyższy stożka i wprowadzono doń zgłębnik. Wynik był doskonały, a przetoka-trwała. W sposób taki operuje również i Ullmann z Wiednia.

2) Poirier leczył kobietę, przysłaną z postawionem przez wielu lekarzy rozpoznaniem *raka odźwiernika*. W przebiegu laparotomii próbnej nie znaleziono guza ani na żołądku, ani na trzewach przyległych. Wobec widocznego jednak skurczu odźwiernika tenże rozcięto, poczem znaleziono na tegoż powierzchni przedniej wygórowanie duże, jak orzech laskowy. Guzowatość ta, jak wykryło badanie pod drobnowidzem, była *mięśniakiem włóknistym (fibromyoma)*. Operowana wyzdrowiała szybko, a zaburzenia w trawieniu ustąpiły na dobre.

3) Tuffier. *O zmianach we krwi w przypadkach bąblowca*. Autor wspólnie z Milian'em doszedł do przekonania, że bąblowiec wywołuje całkiem osobliwszą reakcyę ze strony krwi, a mianowicie — eozynofilię bez względu na to, jakim jest umiejscowienie pasorzyta. Na przypadków 12 autorzy w jednym tylko zostali wprowadzeni w błąd przez wynik badań krwi, a mianowicie po stwierdzeniu eozynofili postawiono rozpoznanie bąblowca, gdy tymczasem był to śluzak (myxoma).

4) Tuffier. *Zabiegi chirurgiczne wobec tętniaka aorty*. Przypadek dotyczył 40-letniej kobiety, nie obciążonej dziedzicznie, u której znaleziono w drugim międzyżbrzu prawem mały, wypuklający się guz, z wyraźną pulsacyą, uznany za tętniak części wstępującej

łuku. Za pomocą prześwietlania wykryto, że worek powstał kosztem prawej powierzchni bocznej tętnicy głównej, zdjęcia zaś graficzne przekonały, iż był to tętniak workowaty (aneurysma sacciforme), który łączył się z aortą przez otwór wązki. Ze względu na nader szybki rozrost guza i prawdopodobieństwo pęknięcia przystąpiono do operacji, lubo ogólny stan chorej był ciężki. Rozcięcie guza udało się względnie łatwo, choć otwartą była przytem szczelnie zrosnięta opłucna; w miarę jednak zbliżania się do miejsca, w którym guz wraстал w aortę, warunki układały się coraz trudniej. Po wyciśnięciu zawartości worka na otwór nałożono podwiązkę i zaciśnięto takową bardzo lekko, co powtórzonem zostało raz jeszcze z ligaturą drugą. Nie dowierzając, wszelako, mocy podwiązek, autor nie wycinał worka, co też obecnie poczytuje sobie za błąd. Chora trzymała się nieźle przez dni 11, odtąd jednak zaczęła gorączkować i 16-go dnia po zabiegu zmarła na skutek krwotoku wtórnego, wywołanego przez zgorzel worka. T. sądzi, że wyrezekowanie worka dałoby wynik całkiem inny, rozumie się, dla chorej pomyślny.

W dyskusyi zaznacza Poirier, iż w ogromnej większości przypadków zmiany w ścianie aorty są zbyt wybitne, by można było łudzić się myślą o skuteczności jakiegokolwiek interwencji. De lorme, nie dziwiąc się, bynajmniej, pokusom chirurgicznemu, uważa je za zbyt liczne z uwagi na znakomite wyniki, osiągnięte za pomocą leczenia żelatyną. Reclus nie przypuszcza możliwości dobrego wyniku nawet w razie wyrezekowania worka, ściana bowiem aorty w sąsiedztwie tętniaka tak zawsze jest zwyrodniała, że na podwiązanie rachować nie można. Na to odpowiada prelegent, że, właśnie, w przypadku tym badania wykryły brak istoty w ścianie tętnicy głównej całkiem miejscowy, że dokoła otworu stan tkanek był całkiem zadowalniający, zagojenie zatem po rezeceji byłoby niewątpliwem.

5) Reynier. *Aneuryzm tętniczo-żylny zatoki jamistej wylczony surowicą żelatynową.* Z okazji sprawozdania Tuffier'a autor przytacza spostrzeżenie, dotyczące 41-letniej kobiety, która przed 9 miesiącami uległa złamaniu podstawy czaszki, na skutek czego rozwinął się wyszczególniony w nagłówku tętniak. Po nałożeniu we 2 miesiące od wypadku podwiązki na prawą tętnicę szyjową (a. carotis communis) otrzymano zrazu wynik zadowalniający, niebawem jednak powrócił szmer podmuchowy tętniaka, jednocześnie zaś wystąpiły zaburzenia ze strony mózgu, zależne od podwiązania naczynia. Ponieważ powtórzenie takiego zabiegu po stronie lewej nie mogło być wskazaniem, spróbowano zastrzykiwać surowicy żelatynowej, która po przejściowej na razie poprawie ostatecznie doprowadziła do wyników trwałych. Wyrazistość podmuchu zmniejszyła się stopniowo, wreszcie znikł tenże zupełnie.

6) Schwart z. *Przypadek rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego (Pseudo-appendicitis).* Posługaczka szpitalna, dwukrotnie operowana na skutek objawów zapalenia wyrostka robaczkowego i przepukliny brzusznej pooperacyjnej, zaczęła znów doznawać bólów w dole biodrowym prawym (fossa iliaca dex.), powikłanych gorączką. Naciek wymacywano wyraźnie. W przebiegu laparotomii bocznej

stwierdzono przedewszystkiem brak wyrostka, z którego pozostał tylko kikut na pozór zdrowy. Sprawcą zaburzeń był guz niewielki, włókniak, wrastający w jelito czcze, w okolicy okołokątnicznej (ileo-coecalis). Guz wycięto, a na kiszkę nałożono szew.

7) *Guinard* powraca raz jeszcze do ciekawego, bądź co bądź *przypadku Tuffier'a*. Godząc się z ostatnim co do bezskuteczności samego tylko podwiązania szypuły tętniaka, *G.* mniema, że również należy wyrzec się wycinania worka, byłby to bowiem, wobec zmian na aorcie, półśrodek tylko. Mówca w 12 przypadkach dokonywał podwiązania prawej tętnicy szyjowej i podobojczykowej z wynikiem stale pomyślnym u osobników z tętniakami części wstępującej łuku aorty lub pnia głowo-barkowego (truncus brachio-cephalicus); za rękoczynem tym przemawia nadto mniejszy stopień wiążącego się z nim niebezpieczeństwa.

9) *Potherat i Charrier*. *Wycięcie częściowe nasieniowodów w przypadkach przerostu gruczolu krokowego*. Operacji tej dokonali autorzy w 4-ch przypadkach, powikłanych zatrzymaniem się moczu. Jeden z chorych, w stanie wyjątkowo ciężkim, zmarł w dni kilka po zabiegu; w dwóch przypadkach wynik był zadowalniający, a poprawę w oddawaniu uryny zauważono po upływie dni 10—12. Wreszcie, w spostrzeżeniu czwartem nie odniesiono z rękoczynu korzyści żadnej. Tu dodaje *Legueu*, że uważa również rezekcję vasorum deferentium za bezużyteczną zupełnie, a wyników trwałych można się spodziewać jedynie od wycięcia gruczolu—prostatektomii.

a) *Société médicale des hopitaux*. *Posiedzenie z d. 13-go i 27-go Grudnia 1901 roku*.

1) *Jules Courmont* z Lyonu omawia *obecność lasecznika Eberth'a we krwi chorych na dur brzuszny i wartość drobnoustroju tego dla dyagnozy wczesnej*. Lasecznik pokazuje się we krwi zazwyczaj już przed dniem 5-ym choroby i trzyma się tamże do końca 3-go tygodnia. W postaciach, dających nawroty, można go wykryć później jeszcze. Lasecznik taki, wzięty ze krwi, posiada wszystkie swe cechy właściwe, wyjąwszy chyba nader ograniczoną zdolność aglutynacyjną. Celem dokonania badań, należy zaszczerpić 2—4 ccm. krwi na 500, o bulionu; mniejsze bowiem ilości dadzą zawsze wynik ujemny.

2) *Simonin* podnosi częstość *zapaleń wyrostka robaczkowego w przebiegu rozmaitych cierpień zakaźnych*. Autor przytacza pokrótce kazuistykę, zawierającą 18 przypadków, w skład których wchodziły: niezbyt gardzieli (*angina infectiosa*), płonica, róża i zapalenie gruczolu przyusznego. Obok głównego obrazu chorobowego stwierdzano tu wszelakie postaci zapalenia wyrostka (*appendicitis*) aż do ropienia i przeżarcia. Sprawa ta szerzy się najczęściej drogą infekcyi ogólnej, przyczem czynnym tu głównie bywa paciorkowiec. Mając fakty te na uwadze, nie trudno zgodzić się na pogląd niektórych anatomów, utrzymujących, że stwardnienie wyrostka robaczkowego, tak często stwierdzane u osobników starych, jest okresem końcowym szeregu ukrytych lub podostrych spraw zapalnych. Te występują zwykle w pierwszej połowie życia osobnika, wtedy więc, gdy i cierpienia zakaźne nie są rzadkie.

b) Académie de médecine. Posiedzenie z dnia 10-go i 24-go Grudnia 1901 roku.

1) Mosse (z Tuluzy). Leczenie cukrzycy kartoflami. Na mocy badań szczegółowych dr. M. przechodzi do wniosków następujących: Węglowodany dla dyabetyków są niezbędne, lecz z drugiej strony w większym, niż inne środki odżywcze, stopniu zwiększają hyperglikemię (nadcukrzycę); otóż, należy określić sposób odżywiania i proporcye, w jakich środki te zabezpieczają spożebowanie najlepsze, bez ujemnego działania pobocznego. Za odżywkę taką autor uważa kartofle, które dawać można z korzyścią zamiast chleba w stosunku 3: 1. Zamiana taka znoszona była dobrze we wszystkich prawie spostrzeżeniach. Dzięki jej zauważono u chorych w krótkim czasie: zmniejszenie się pragnienia oraz cukromoczu, a nadto — zmiany w wydzielaniu się różnych części składowych moczu, co z poprawą stanu ogólnego szło współcześnie. Polepszenie stwierdzono również i w najcięższej trzustkowej postaci cierpienia (*diabetes pancreaticus*). Gdy wracano do karmienia chlebem, w stanie polepszenia ogólnego następowała przerwa, lubo niekiedy zaburzenia dawniejsze mniej już były wybitne, niż przed zastosowaniem diety kartoflowej. Ta użyteczność kartofli, oczywiście, znajduje się w związku z obfitą w tychże zawartością soli, których niezbędność dla odżywiania wciąż jeszcze nie jest oceniona, jak należy; są to przeważnie sole potasowe, związane z kwasami. Wreszcie, pamiętać trzeba, że przewlekłe zapalenie nerek z nieznacznymi nawet przejawami mocznicy jest przeciwwskazaniem do stosowania omawianej diety, potas bowiem wzmacnia jado-wość krwi.

2) Arloing. O gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej. D-r. A., przeciwnik poglądów Koch'a, przeprowadził 5 seryi doświadczeń z lasecznikiem gruźlicy, pochodzącym od człowieka i wyhodowanym w pracowni. Drobnoustrojami temi zakażano następnie wielkie roślino-żerne, jak byka, jałówkę, osła i kozę. Wyniki otrzymywano różne; pewna ilość zwierząt zachorowywała ciężko, pozostałe nieznacznie tylko. Poglądy autora streścić można, jak następuje: 1) ponieważ jadowość lasecznika jest zmienną i tenże przystosować się umie niekiedy do ustroju, nie jest więc niespodzianką żadną, że lasecznik gruźlicy ludzkiej wywołuje u niektórych zwierząt objawy mniej groźne, niż ten sam drobnoustrój gruźlicy bydłowej. 2) Można wykryć pochodzące od człowieka laseczniki, które zaszczepią zwierzętom gruźlicę. 3) Jeżeli zdarza się czasami, że do stanu tego nie dochodzi, to wynik taki nie zależy, bynajmniej, od różnego rodzaju gruźlicy. 4) Należy uznać stanowczo jednolitość gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej. 5) Koch i Schüt z nie dowiedli odmienności tejże. Trzeba więc 6) utrzymywać w całej swej sile znane przepisy sanitarno - policyjne co do mięsa i mleka, które mogą być rozsadanikami zarazy. K. N.

VII. ODCINEK.

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

(Dokończenie).

Francya. Gérard de Berry, lekarz paryzki z pierwszej połowy wieku XIII, rozdziale „de ulceribus et apostematibus virgae“ pisze: „Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in collo matricis recepto; nam virga inficitur et aliquando alterat totum corpus“. Bernard de Gordon (XIII w.) zalicza rzeżączkę do chorób prowadzących rodzaj ludzki na zatracenie i dlatego zwie ją „fluxus humani generis“. Mówi o wziernikach macicznych, których sam, o ile wnosić można z opisu, nie używał. Lafranchi, profesor chirurgii w Paryżu z końca XIII w., posunął nieco naprzód wiadomości o chorobach narządów płciowych, poznał dokładniej warunki przeniesienia zarazy i wskazał, że można nabyć wrzód od kobiety, która jest zdrową, a która w razach takich bywa tylko ogniwem pośrednim przy przeniesieniu zarazy. Wykazał, że owrzodzenie powstaje z pryszczu, który pęka i rozszerza się; odróżniał nadżerki od wrzodów i raków. Jako środek profilaktyczny zalecał obmywania prącia wodą z octem po każdym stosunku z kobietą podejrzaną o nieczystość. Yperman, uczeń Lafranchi, dotkniętym rzeżączką każe wstrzymywać się od użycia kawy, mówi o licznych przypadkach trądu, lub chorób do trądu zbliżonych, które prędko wyleczył maścią merkuryalną. Guido de Cauliaco (XIV w.), lekarz papieski (Klemensa VI, Inocentego VI i Urbana V), w znakomitem dziele swoim, poświęconem chirurgii, dał dowody, że był nie tylko dobrym kompilatorem, ale nadto obserwatorem dzielnym i spostrzegawczym. Chwali bardzo obrzezanie, jako środek zabezpieczający od wielu chorób; zaleca zabieg niezmiernie ważny, mianowicie przecięcie napletka w razie, gdy nie można odciągnąć go za główkę i mieć dostępu do owrzodzeń. Balescon de Tarente zwraca uwagę, że owrzodzenia na narządach płciowych powstają skutkiem skaleczeń przy stosunku płciowym z kobietą niezdrową, że także skaleczenia mogą powstać i na innych częściach ciała; w leczeniu owrzodzeń zaleca przedewszystkiem czystość. Tyle lekarze. Historyk francuski Mezeray pisze: „Ce fut un grand malheur dans la Maison royale, et un plus grand encor de ce que Lotaire (król L.) mourut le 12 jour de Mars l'année suivante (988) de quelque mauvais Boucon qui lui avoit été donné par sa propre femme“. Ustawy dla bordelów z r. 1347 w Avignonie i z r. 1388 w Strasburgu nakazują rewizję prostytutek przez chirurga miejskiego i usuwanie chorych od obcowania płciowego. Fr. Villon, genialny poeta, zmarły około

roku 1489, daje w utworach swoich dowody, iż ówczesnej ludności paryskiej dokładnie były znane nie tylko choroby weneryczne miejscowe, ale również przymiot, oraz związek tych chorób z rozpustą. Rozporządzenie z 25 marca r. 1493 nakazuje, aby wszyscy dotknięci przymiotem („touts malades de la Grosse Vérole“) opuścili Paryż.

Anglia. Gilbertus (Anglicus) około roku 1290 ułożył „Compendium“ medycyny praktycznej; opisuje tam rzeżączkę, szankra, sposób przygotowania maści ręciowej. Richardus ułożył (w XIII w.) małą encyklopedyę lekarską, w której poucza, że owrzodzenia na narządach płciowych powstają skutkiem spółkowania z kobietą w miesiączce. W razie bólu dotkliwego i opuchnięcia prącia radzi możliwie przedłużać stosunek płciowy z kobietą, ponieważ pochwa niewieścia rozmiękzeza, oczyszcza, wyciąga ropę i przeto ból łagodzi. Z przesądem tym spotykamy się jeszcze w XVI wieku u lekarzy, którzy zalecają chorym spółkowanie z dziewczynami. John Gaddesden, lekarz królewski z początków XIV w., obmywanie prącia moczem własnym uważa za cenny środek profilaktyczny, nadto przy niektórych cierpieniach prącia i jąder zaleca pewnego rodzaju suspensoryum („in passionibus virgae vel testiculorum peplo vel benda supposita convenit...“). John Arden, lekarz królów Ryszarda II i Henryka IV, uważa rzeżączkę za zapalenie w połączeniu z nadżerkami w cewce moczowej; zaleca zprycowania mlekiem kobiecym z dodatkiem cukru, olejku fiołkowego i mleka migdałowego. William Wallace (1842), jeden ze znanych syfilidologów, zapewnia, że w Irlandyi znano na setki lat przed odkryciem Ameryki pewną chorobę, którą roczniki irlandzkie nazywają „Bolgach francach“, t. j. pryszczę (pustulae) francuskie; nazwa ta pozostała tam do dziś dnia i oznacza przymiot. W regulaminie dla bordelów, wydanym w roku 1162 przez biskupa w Winchester, znajdujemy zakaz trzymania kobiet, dotkniętych chorobą narządów płciowych oraz kary na przekraczających ten zakaz.

Niemcy i Szwajcarya. Henryk von Pfolspendt w niemieckiem dziełku swoim (z r. 1460), dla chirurgów przeznaczonem, poświęca sporo miejsca i uwagi chorobom narządów płciowych, co, oczywiście, dowodzi, że choroby owe były za jego czasów rozpowszechnione. Godnem zaznaczenia dla historii jest tu jedno miejsce, mianowicie przepis proszku na owrzodzenia ust, nosa i na „wilde werten“; czemu zaś przysługiwała ta nazwa, znajdujemy objaśnienie w dziełku z roku 1496 Józefa Grünbeck, który mówi: „Bösen Franzos, das man nennet die wylden Wärtzen“. Hieronim Brunswig (urodzony w r. 1424) mówi w dziełku wydanem w roku 1500, że od kilku lat coraz częściej spotykają się chorzy, dotknięci rodzajem ospy, którą lekarze nazywają obecnie „male francose“, albo „malum mortuum“, ale choroba ta, acz spotykana rzadziej, znaną była i dawniej, tylko pod inną nazwą: „farmica ulceratio“. Wskazówka wyraźna i ważna. Konrad Schellig w dziełku swoim z przed roku 1500 również zwraca uwagę na to, że „Malum de Francia“, uważane przez niektórych, nieświadomych rzeczy, za chorobę nową, jest dobrze i oddawna

znanem cierpieniem „Formica“. Jan Widmann „eximius artis medicae professor et physicus principis Badensis“ (ur. 1440 r.) uważa przymiot za chorobę identyczną z „Formica“ i „Saphati“ arabów. Z autorów nie lekarzy: Michael Scotus (XIII w.) w dziele: „De procreatione et hominis physionomia“ wskazuje na cierpienia, udzielające się przy spółkowaniu i przechodzące na potomstwo drogą dziedziczności: „Si vero mulier fluxum patiat, et vir eam cognoscat, facile virga sibi vitiat, ut patet in adolescentulis, qui hoc ignorantes vitiantur quandoque virga, quandoque lepra... Sciendum est, quod si erat fluxus, quando erat facta conceptio... creatura concipitur vitiosa in plus aut minus“. Peterman Etterlyn z Lucerny opisuje epidemię, która powstała w Niemczech w roku 1400; drugi opis podaje kronikarz szwajcarski Krzysztof Sylbereisen; opisy ich mogą przekonać najuporczywszych nawet zwolenników teorii o amerykańskim pochodzeniu przymiotu, że są w błędzie i że przymiot znany był od dawien dawna. Johann Heidenberg von Trithem (1462—1516), przytoczywszy opis epidemii, która, zaczawszy się w roku 1401, przez lat 12 trapiła Europę „pustulis turgentibus et ulceribus nimis horrendis“, dodaje uwagę, że ta sama choroba za jego czasów przyszła ponownie do Niemiec z Francji i dlatego nazwana „malum gallicum“. Diebold Schilling, kronikarz szwajcarski, opisując wojnę, w której jakoby wojska francuskie po raz pierwszy zaniosły przymiot do Neapolu, dodaje uwagę, że choroba ta, którą francuską zwał („die man nennt Frantzosen“), znana już była dawniej i w ciągu jakichś lat 20-stu dotknęła wiele biednych ludzi.

Hiszpania. Kacper Torella (1497) należy do tych wyjątkowych syfilografów XV wieku, którzy twierdzą, że przymiot po raz pierwszy dostał się do Europy dopiero w roku 1493, natomiast Pedro Pintor, który żył i pisał w tym właśnie czasie, zna już dokładnie różnicę pomiędzy cierpieniami jamy ustnej, powstającymi skutkiem przymiotu, a skutkiem zatrucia rtęcią, zwraca uwagę na przewlekłość choroby, zaznacza wreszcie wyraźnie, że w roku 1494 choroba przyjęła charakter epidemii, gdy sporadycznie ukazywała się już od roku 1483, a była znaną dawniej jeszcze.

Z tego, co się dotąd powiedziało, wynika, że nauka o chorobach wenerycznych nie zrobiła w wiekach średnich znacznych postępów. Jedną z przyczyn stanu takiego należy upatrywać w tajemnicy, jaką otaczali chorzy choroby swoje, oraz w niezrozumiałej dla nas odrazie, jaką mieli dla tych chorób lekarze, dzięki czemu nie chcieli wcale ich leczyć nawet. Wobec takich warunków można się dziwić, że jednak w dziełach lekarskich tych czasów znajdujemy sporo miejsca, poświęconego chorobom narządów płciowych. Dzieła te dowodzą również stanowczo, że przymiot, acz pod innymi nazwami, znany był w starożytności i w wiekach średnich, wbrew dawniejszym przypuszczeniom o amerykańskim jego pochodzeniu.

Fr. G-yé

BIBLIOGRAFIA.

(js) W. Ostwald. **Chemia analityczna**. Z II wydania przełożyli L. H. i W. M., stud. uniw. warsz. Warszawa, skład główny w księgarni M. Borkowskiego.

Brak podręcznika chemii analitycznej oddawna uczuwać się dawał w naszym piśmiennictwie, dobrą więc usługę zrobili tłumacze, przyswajając językowi naszemu pracę Ostwald'a, prof. uniwersytetu lipskiego. Tembardziej zaś należy wybór podręcznika pochwalić, że autor ten odłam chemii postawił na ściśle naukowej podstawie opierając ją na zdobytych w czasach ostatnich ogólnej teorii spraw chemicznych.

Całe dziełko autor podzielił na 2 części: teorię i zastosowanie; wykład zarówno 1-szej, jak i 2-giej części jest jasny wogóle, choć tu i owdzie niekiedy autor tłumaczy się zawile.

Język tłumaczenia jest dobry naogół, należałoby jednak starać się o spolszczenie niektórych wyrażen np. zamiast „proces“ pisać „sprawa“.

W każdym razie nader to pożyteczny dla piśmiennictwa nabytek i spodziewać się należy, że wobec dużej już dziś liczby studentów uniwersytetu i politechniki 1-szy nakład wkrótce będzie wyczerpany.

(jz) D-r E. Biernacki. **Pro domo mea. Kartki z dziejów nauki polskiej**. Warszawa 1902.

W broszurze tej, która stanowi odbitkę z „Głosu“ autor występuje z samoobroną przeciw krytyce. Dużo gorzkich zarzutów pod adresem traktowania u nas pracowników naukowych wypowiedział w niej autor, rzecz sama jest jednak zbyt subiektywna, aby już dziś można o niej napisać coś ogólniejszego. Skoro czas, ten wielki łagodzielec namiętności, przyprószy rzecz całą, skoro uciechną namiętne komentarze, wrócimy do tego z pod serca wyrwanego wyznania, aby wysnuć z niego szersze wnioski i pogłębić sprawę, niewątpliwie, pierwszorzędnej wagi dla przyszłych badaczy naszych stosunków.

(jz) K. Rogoziński. **O fizjologicznej rezorbcyi bakteryj z jelita**. Kraków, nakł. Akad. Umiej. 1902.

Praca niniejsza wykonana została w pracowni prof. Kleckiego.

Autor na zasadzie wielu bardzo doświadczeń na zwierzętach doszedł w niej do następujących wyników:

1. W gruczołach krezkowych zwierząt normalnych stale znajdują się drobnoustroje, głównie należące do grupy *bact. coli*, co daje się stwierdzić za pomocą hodowli oraz przy badaniu skrawków uprzednio umieszczonych w bulionie. 2. W gruczołach krezkowych można wykazać obecność różnych obojętnych dla ustroju roztoczy, wprowadzonych do kanału pokarmowego; 3. przechodzenie z jelita do gruczołów zwykłych bakteryj jelitowych oraz wprowadzonych sztucznie dowodzi, że rezorbcyja bakteryj jest stanem prawidłowym; 4. ponieważ

w stanach chorobowych znajduwane bywają bakterye jelitowe w różnych narządach, rzuca to nowe światło na stany podobne rezorbeyi fizyologicznej; 5. fakt znalezienia bakteryi w gruczołach krezkowych nie jest odosobniony, gdyż znajdujemy je, wogóle, w całym układzie chłonnym, jak dowodzą dotychczasowe badania.

(jz) D-r J. Ziarko. **Działanie lecznicze wody żegiestowskiej.** Autor podaje kilkanaście obserwacyi własnych, dokonanych w szpitalu przy stosowaniu wody żegiestowskiej.

(jz) L. Dydyński. **O porażeniu Landry'ego** (odb. z Nowin lekarsk.)

(jz) J. Majkowski. **Zapalenia stawów** (odb. z Medycyny).

Czasopisma polskie w Maju ¹⁾.

1. **Fizyologia.** Popielski. Ośrodek odruchowy gruczołów trawięncowych. P. L. 18.

2. **Anatomia patologiczna.** Engländer. O jednokomorowej torbieni nerkowej. P. Ch. 1. Ryko. Przypadek sympodyi, M. 19.

3. **Patologia ogólna.** Marischler. O wpływie NaCl na wydzielanie nerek chorych. P. T. L. 1. Flaum. Chemia fizykalna w medycynie. G. L. 19, 20, 21.

4. **Farmakologia.** Mutniański. Ferrum oxydulatum. G. L. 21. Surzycki. O środkach nasercowych. P. T. L. 1. Sadkowski. H. Pyramidon. K. L. 9, 10.

5. **Choroby wewnętrzne.** Arnstein. O zewnętrznem użyciu alkoholu w gość. stawowym. M. 20. Dziembowski. Palol. iter. zmian w sercu przy miażdżycy tętnic. N. L. 5. Kędzior. Spostrzeżenia nad zimnicą. G. L. 20. Korczyński. Kilka uwag w sprawie patologii miażdżycy. G. L. 18, 19. Moraczewski. O wydz. kw. szczawiowego w cukrzycy. M. 18, 19, 20, 21. Orłowski W. Przyp. niezwykłego połączenia tęt. głównej z tęt. płucną. P. L. 21. Rabek. Przyczynę do leczenia niedrożności jelit atropiną. M. 20. Wąsowicz. O leczeniu przewlekłym chorób serca w Krynicy. M. 21. Wiczkowski. Przycz. do nauki o żywieniu i lecz. chorych na zapal. nerek. P. L. 20.

6. **Choroby dzieci.** Brudziński. Badanie mikrosk. stołców niemowląt. G. L. 19.

7. **Choroby ukł. nerw.** Flatau. Budowa rdzenia. K. L. 9, 10. Strzemiński. Rzadki przyp. histeryi u mężczyzny. N. L. 5. Zanietowski. Badania neuramöbimetryczne i kondensatoryczne w myastenii. G. L. 21.

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny. M.—Medycyna. P. T. L.—Pamiętnik Tow. Lek. G. L.—Gazeta Lekarska, K. L.—Kronika Lekarska, N. L.—Nowiny Lekarskie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. Z.—Zdrowie. P. H.—Przegląd Higieniczny.

8. **Chirurgia.** Goldman. Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy. C. L. 5. Herman. O przedoperacyjnym badaniu nerek. N. L. 5. Tenże. Przecięcie nerek. P. L. 19, 20, 21. Jastrzębski. Przedziurawienie klatki piersiowej. P. L. 19. Kijewski. O wycięciu płuc. P. T. L. 1. Krajewski. Epityphlitis. P. Ch. 1. Wertheim. Przyczynek do anat. i topogr. wyrostka robaczkowego. P. Ch. 1.

9. **Choroby nosa, gardła.** Spira. Oko a ucho. P. L. 19, 20, 21.

10. **Hygiena.** Chełmoński. Ot. zw. zaziębieniu. Z. 5. Legeżyński. Obecne systemy usuwania śmieci z miast. P. H. 5. Fidler. Projekt pomocy lekarskiej w g. Radomskiej. C. L. 5. Kopeczyński. Stan. Urządzenia higien. we wzor. szkoł. Z. 5. Serkowski. O badaniu przez lekarzy prod. spożyw. C. L. 5.

11. **Historia medycyny.** Giedroyć. Źródła biogr. i bibl. dla dziejów med. w Polsce. P. T. L. 1.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 Czerwca 1902 r.

—z— W Niemczech pod przewodnictwem prof. Leyden'a organizują się wycieczki do zdrojowisk, we Francyi zwyczaj ten upowszechnił się oddawna, wobec tego należało by zapytać, czemu wydział zdrojowisk Tow. hig. zaprzestał wycieczek w tym roku.

—z— Ministerjum marynarki we Francyi wzbronilo lekarzom marynarki drukowania prac naukowych w innych pismach prócz „Arch. de méd. navale“.

—s— Dyżury lekarskie nocne udzieliły w Tyflisie pomocy 505 chorym w ciągu roku, płatnych było 72%. Na sześciu lekarzy, czyli za 4380 godzin otrzymali 767 rubli, czyli po 15 kop. za godzinę pracy, a po 1 kp. 50 za wizytę w przecięciu. Ciekawa była by statystyka warszawskich „pomocy stałych“ i „posterunków“.

—z— 28 maja r. b. o g. 6 wieczorem w zakładzie prof. Szajnochy odbył się obchód jubileuszowy kol. Kwaśnickiego z powodu 25-lecia pracy zawodowej. Kol. Kwaśnicki położył wielkie zasługi dla Tow. lek. Krakowskiego, a jako redaktor Przeglądu Lekarskiego na stanowisku tem umiał wykazać obok światłego kierunku umiejętność zyskiwania sobie dzielnych współpracowników. Praca rekaktorska, pochłaniająca wiele czasu, nie stoi bynajmniej na przeszkodzie szerszej działalności kol. K., której dowody składał nie jednokrotnie. Zasłużonemu koledze życzymy sił i chęci do pracy dalszej, zawsze owocnej i zawsze uczeziwej.

—s— W Piatigorsku zawiązało się Towarzystwo lekarzy zdrojowych.

—z— W min. oświaty powstał projekt urządzenia etatowych pracowni i katedr bakteryologicznych na wydziałach lekarskich i w instytutach weterynaryjnych.

—z— Jak donosi *Kur. Warsz.*, grono osób podało do zatwierdzenia ustawę: Tow. nauk ścisłych i stosowanych im. Marcelego Nenckiego. Przybędzie nam nowa instytucja naukowa, której działalność zależy będzie jednak nie tyle od ustawy, ile od kierownictwa właściwego.

—z— Moskwa otrzymała 800000 rb. od niejakiego Razwiewtowa na budowę i utrzymanie przytułku dla podupadłych lekarzy.

—s— 1 czerwca w Berlinie została otwarta wystawa pomocy naukowych przy nauczaniu medycyny.

Z M A R L I.

D-r Konstanty Szatrowski dnia 28 Maja w Warszawie, w wieku lat 32.

D-r Marya Zakrzewska dnia 13 Maja w willi Jamaica Plain pod Bostonem, w wieku lat 73. Zmarła była jedną z pierwszych kobiet, które otrzymały dyplom doktora medycyny w Stanach Zjednoczonych. Założyła w Bostonie szpital „England Hospital“, którego blisko przez 40 lat była ordynatorem. W Ameryce osiadła w r. 1853-im.

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.