

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## NOWOCZESNE POGLĄDY na symptomatologię i terapię padaczki.

(Odczyt, wygłoszony w sekcji neuro-patologicznej IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

NAPISAŁ

Dr. Kazimierz <sup>W</sup>Wisłocki.

—•••—  
*Szanowni Panowie!*

Poprzedni sprawozdawca <sup>1)</sup> przedstawił Wam etyologię i patologię eksperymentalną (doświadczalną) padaczki, podał Szanownym Panom najnowsze teorie i hipotezy, co do istoty tego cierpienia. Mnie z kolei przypadł obowiązek podzielić się z Wami ostatnimi zdobyczami nauki w dziedzinie symptomatologii, dyagnostyki i terapii tej choroby.

Mówiąc o symptomatologii, pomnę w zupełności rzeczy powszechnie znane, gdyż nie chodzi mi tu o całokształt objawów w najdrobniejszych szczegółach, nie o monografię padaczki, lecz o podanie uwadze Szanownych Panów tych nowych danych, które do skarbnicy symptomatologii padaczki, gromadzonej od wieków, dorzuciły badania lat ostatnich.

*Teorie*, objaśniające dane zjawisko, mogą być prawdziwe lub fałszywe, zjawiska jednak, fakty nie kłamią nigdy — każdy fakt

<sup>1)</sup> Kol. L. Bregman, porównaj „Kron. Lek.” 1900 r.



każde zjawisko ściśle i z dobrą wiarą spostrzegane należy do wieczno-trwałego dobytku nauki.

Pozostawiając przeto na stronie wszelkie teorye, które dziś powszechnie uznane, jutro już może pójść w zapomnienie, przejdziemy do faktów.

Szanowni Panowie! Nie tak to dawne jeszcze czasy, kiedy padaczka była uważana za samoistną jednostkę nozologiczną. Wszak w naszych oczach dopiero zaczęły jeden po drugim rozsypywać się w gruzy owe kopce graniczne, trwające lat setki, a w rozszerzone tym sposobem pojęcie padaczki, zaczęto wkluczać coraz to więcej objawów, uważanych przedtem za oddzielne stary choroby.

Wszak do tej pory w niektórych podręcznikach figuruje jako oddzielna choroba, pod nazwą korowej, tak zwana Jacksonowska padaczka częściowa, choć wyróżnia ją nie istota, lecz tylko stopień natężenia objawów. Wszak w uszach naszych brzmią jeszcze odgłosy walki o istnienie tak zwanej *epilepsia larvata* <sup>1)</sup>, lub o prawo obywatelstwa tego lub innego z równoważników padaczki.

Przy obecnym stanie nauki pod słowem padaczka, rozumiemy całość pewnych klinicznie nam znanych objawów ze strony narządów ruchu, uczucia, zmysłów; ze strony trzewiów, sfery psychicznej i sfery przemiany materji.

Objawy te, nie stanowiąc ściślej, związanej wspólnością przyczyn i podkładu anatomo-patologicznego jednostki nozologicznej, lecz będąc przejawem odczynu t. j. reakcji pewnej części układu nerwowego na działające nań podniety, — występują od czasu do czasu pod postacią napadów u osobników, które pozatem mogą nie przedstawiać częstokroć żadnych wybitniejszych zaburzeń chorobowych.

Co do sposobu swego występowania, napady takie bywają regularne czyli peryodyczne i nieregularne, przychodzące bez żadnego porządku, a także pojedynczo lub seryami. Jeżeli zjawia się cały szereg napadów jeden za drugim prawie bez przerwy, nosi to miano stanu padaczkowego „status epilepticus“. Objawy, składające się na obraz padaczki, mogą występować bądź w komplecie, wszystkie naraz, bądź też częściowo w rozmaitych kombinacjach ze sobą, bądź też nawet i pojedynczo w zastępstwie lub jako równoważniki pełnego napadu. Stosownie do tego dzielimy padaczkę z punktu widzenia symptomatologicznego na pełną, częściową i skrytą (E. completa, incompleta s. partialis et larvata).

<sup>1)</sup> Congr. de médec. mentale. Paris, 1878.



Napady padaczki zazwyczaj są połączone z utratą świadomości i pamięci; cechy tej jednakże nie można już obecnie uważać za stałą, a przeto i twierdzenie, iż „tam gdzie zachowana świadomość i pamięć, tam zawsze wykluczyć należy padaczkę“, w ostatnich czasach straciło swe znaczenie.

Najdawniejsi już obserwatorzy stwierdzili fakt, iż w bardzo wielu przypadkach pełnej, typowej padaczki, początkowy objaw, od którego rozpoczyna się napad, bywa świadomym i pozostawia ślad w pamięci. Określili go mianem aura (powiew), gdyż często przedstawia się pod postacią jakby powiewu wiatru, idącego od obwodu ciała ku ośrodkowi.

Aura w zwykłym napadzie padaczki występuje wtedy, gdy napad rozpoczyna się od objawu, nie związanego z utratą świadomości, i gdy między wystąpieniem owego objawu i utratą świadomości upływa przeciąg czasu, wystarczający dla dojścia tego objawu do samowiedzy pacjenta.

Porządek kolejnego występowania objawów, składających się na obraz napadu u danego osobnika, przy tej samej sile napadu, jest zawsze ten sam (kurcz w palcu lewej ręki, głowa skrzyta w prawo, upadek w tył, kurcz w całej lewej połowie, potem w prawej i t. d.), u rozmaitych jednak osobników bywa rozmaity. Na skutek tego każdy prawie z objawów padaczki może występować jako pierwsze ogniwo w owym łańcuchu, stanowiącym napad i w odpowiednich warunkach przedstawić się jako aura. Dlatego też aury bywają rozmaite i ruchowe, czuciowe, zmysłowe i t. d.

Po aurze, jak wiemy, występują dalsze objawy napadu, jak kurcze toniczne (okres I), potem kloniczne (II) i coma (III). Każdy jednak *pełny* napad padaczki w początku swoim jest zawsze częściowym — każdy rozpoczyna się od pojedynczego skurczu jednej grupy mięśni, jednej kończyny, przechodzi potem na całą jedną stronę, w końcu dopiero obejmuje całe ciało, staje się kompletnym, pełnym.

Nie tylko jednak aura t. j. początkowe ognisko napadu może być świadomą. Liczne obserwacje: Schroedera van der Kolka <sup>1)</sup>, Griesingera <sup>2)</sup>, Falret'a <sup>3)</sup>, Hughes'a <sup>4)</sup>, Clarke'a <sup>5)</sup>, Bom-

<sup>1)</sup> Schroeder v. der Kolk. Bau u. Functionen der Medulla spinalis.

<sup>2)</sup> Griesinger. Traité de maladies mentales.

<sup>3)</sup> Falret. De l'état mental des épileptiques. (Arch. gener. de médecine 1860—61).

<sup>4)</sup> Hughes. Weekly medic. Review, 1887.

<sup>5)</sup> Clarke. Alienist and Neurologist, 1881.



barda'y <sup>6)</sup>, Bannistera <sup>7)</sup> i innych dowodzą, że napady częściowej padaczki przechodzą nieraz z zachowaniem podczas całego napadu świadomości i pamięci.

Znacznie co prawda rzadziej, mogą jednak nawet i pełne napady padaczki przebiegać bez utraty świadomości, pamięci lub tylko z nieznacznem jej zamroczeniem. Kunze <sup>8)</sup>, Bannister <sup>9)</sup>, Lemoine <sup>10)</sup> i inni podają opisy padaczki, nie ulegające pod względem rozpoznania najmniejszej wątpliwości, gdzie podczas typowych, konwulsyjnych napadów istniała zachowana świadomość i pamięć.

Wobec tego zrozumieliśmy się stają owe dziwne napozór przypadki, opisane w ostatnich czasach np. przez Graetzer'a <sup>11)</sup> gdzie u epileptyków, mających napady z zupełną jak się zdawało, utratą świadomości i pamięci, udało się zapomocą hipnozy wywołać dokładne przypomnienie tego, co się działo podczas napadu. Były to zatem przypadki padaczki z niezupełną utratą przytomności. Amnezja bowiem po napadzie nie jest (w tych przypadkach) żadnym dowodem braku świadomości, lecz powstaje jedynie na skutek wstrząsu moralnego (schoku), związanego z napadem — podobnie jak widzimy utratę pamięci po gwałtownych wzruszeniach moralnych.

Prócz przytoczonych wyżej, wszyscy prawie autorzy, zajmujący się specjalnie padaczką, twierdzą, iż utrata świadomości i pamięci spotyka się w tej chorobie *zwykle* lecz nie *zawsze* (Delasiauve <sup>12)</sup>, Leidesdorf <sup>13)</sup>, Le Grand du Saullé <sup>14)</sup>, Charcot, Magnan <sup>15)</sup>, Rosenthal <sup>16)</sup>, Samt <sup>17)</sup>, Ingels <sup>18)</sup>.

<sup>6)</sup> Bombarda. Revue neurologique 1894.

<sup>7)</sup> Bannister. American Journal of insanity 1897.

<sup>8)</sup> Kunze. Alg. Wien. Medicin. Ztg. 1882.

<sup>9)</sup> Bannister. l. c.

<sup>10)</sup> Lemoine. Bullet. de medec. mentale de Belgique 1895.

<sup>11)</sup> Graetzer. Ein Fall von epileptischen Amnesie durch hypnotische Hypermnese beseitigt (Ztschft. f. Hypnotism) VIII. 3. 1898.

<sup>12)</sup> Delasiauve. Traité de l'épilepsie. 1854.

<sup>13)</sup> Leidesdorf. Psychiatrische Studien aus der Klinik. Wien. 1871.

<sup>14)</sup> Le Grand du Saullé. Etude medico-legal sur les epileptiques. 1877.

<sup>15)</sup> Magnan. Leçons cliniques sur l'épilepsie.

<sup>16)</sup> Rosenthal. Traité de l'épilepsie.

<sup>17)</sup> Samt. Archiv. f. Psychiatr. V., VI.

<sup>18)</sup> Ingels. Cas d'épilepsie remarquables pour la conservation de l'intelligence et de sensibilité pendant les accès. Axenfeld et Huchard. Traité de nevroses.



Tak więc obecnie nie ulega już najmniejszej wątpliwości, że wszystkie objawy padaczki, rozpoczynając od aury, a kończąc na zaburzeniach psychicznych, mogą być mniej lub więcej świadome i pozostawić ślad w pamięci.

I fakt ten ma dla symptomatologii i dyagnostyki padaczki olbrzymie znaczenie nie tylko z punktu widzenia lekarskiego, lecz prawno-społecznego.

Chory padaczkowy może, jak wiadomo, w okresach między napadami popełnić czyn karygodny zupełnie świadomie i dowolnie i wówczas jako odpowiedzialny (za swoje czyny), karany być winien (z pewnem uwzględnieniem wpływu napadów na ogólny stan układu nerwowego).

Często jednakże epileptycy spełniają czyny zbrodnicze podczas samego napadu, szczególnie podczas tak zwanego psychicznego równoważnika padaczki.

Dotychczas stwierdzenie braku świadomości podczas dokonania takiego czynu i brak o nim pamięci, uważano za warunek *sine qua non* do uznania chorego, jako działającego pod wpływem napadu padaczkowego. Tymczasem okazuje się, wbrew dotychczasowym poglądom, że i w takim równoważniku psychicznym padaczki może być czasami zachowana świadomość i pamięć.

Sprawę tę poruszano już przed 5-ma laty na zjeździe psychiatrów w Bordeaux (1895). Wówczas to Magnan bronil jeszcze zdania, iż zdarzające się u epileptyków zaburzenia psychiczne bez utraty świadomości i pamięci, trzeba uważać nie za równoważniki psychiczne padaczki, lecz za ostre, przemijające psychozy zwyrodnienia, dla których u wielu epileptyków podłoże jest gotowe.

Spostrzeżenia jednak całego szeregu badaczy (jak Ball <sup>19</sup>), Bannister <sup>20</sup>, Siemerling <sup>21</sup>, Ottolenghi <sup>22</sup>, Tamburini <sup>23</sup>, Kowalewski <sup>24</sup>, Ducoste <sup>25</sup>), stwierdziły niezbitie

<sup>19</sup> Ball. Note sur un cas d'épilepsie avec conscience.

<sup>20</sup> Bannister. l. c.

<sup>21</sup> Siemerling. Neurolg. Centralblatt, 1895 (przyćmienie pamięci i świadomości).

<sup>22</sup> Ottolenghi. Epilessia psychica. (Rivista speriment di Freniatr. V., XVI.

<sup>23</sup> Tamburini. L'amnesia non e carattere costante del l'epilessia larvata. (Rivista sperimentale di freniatria. 1878.

<sup>24</sup> Kowalewski } Analyses psychis. légales.  
 } De l'épilepsie au point de vue clinique et medico-leg (Annales medic. psych. T. I.).

<sup>25</sup> Ducoste. De l'épilepsie consciente et amnesique. Thèse de Bordeaux 1899.



możliwość zachowania częściowej lub kompletnej świadomości i pamięci w psychicznych równoważnikach padaczki, podobnie jak to zdarzyć się może przy wszelkich innych objawach tej choroby.

Z uwagi na ciężką odpowiedzialność lekarza - eksperta, który, biorąc za kryterium istnienia padaczki brak świadomości i pamięci, może osobnika chorego, potrzebującego opieki ze strony społeczeństwa, zaprowadzić jako zbrodniarza na stopnie szubienicy — zatrzymamy się jeszcze przez chwilę nad tą sprawą.

Nie każdy czyn świadomy jest dowolny, a spełniający go osobnik odpowiedzialny. Czyn karygodny może również być spełniony choć świadomie lecz wbrew chęci spełniającego. Artykuł 64 kryminalnego francuskiego kodeksu opiewa dosłownie: „nie może być mowy o zbrodni ani przestępstwie tam, gdzie oskarżony w chwili działania był w stanie obłądu, lub kiedy zmuszony był do danego czynu przez siłę, której oprzeć się nie był w stanie“.

Równoważnik psychiczny padaczki jest napadem nagłego obłądu, podczas którego chory pod wpływem nieprzepartego impulsu spełni dany czyn jeśli nawet świadomie, to wbrew własnej woli chęci. Nie jest on wtedy w stanie oprzeć się popędowi pchającemu go w danym kierunku, podobnie jak nie jest w stanie oprzeć się ogarniającym go podczas napadu konwulsyjnego ruchom kurezowym, choćby nawet zachował świadomość.

Działalność bowiem osobnika podległego psychicznemu napadowi padaczki ma według trafnego określenia Wundt'a, charakter „konwulsyj psychicznych“ jeśli się tak wyrazić wolno.

Możliwość zachowania świadomości i pamięci podczas padaczki utrudnia niepomiernie rozpoznanie niektórych jej postaci.

O ile bowiem rozpoznanie konwulsyjnego napadu pełnego lub częściowego nie przedstawia zazwyczaj trudności dla tego, kto choć raz jeden widział go własnymi oczami, o tyle tam, gdzie mamy do czynienia z pojedynczemi objawami, występującymi jako równoważniki padaczki, rozpoznanie jest nieraz rzeczą bardzo uciążliwą.

Dotychczas brak świadomości i pamięci służył np. za wyłączenie prawie kryterium przy odróżnianiu zaburzeń psychicznych padaczkowych od podobnych stanów u histeryków, neurasteników lub zwyrodniałych.

Obecnie wiemy, że zarówno tak zwany przez Francuzów: „*Grand mal intellectuel*“ jak i „*petit mal intellectuel*“, choć rzadko, mogą jednakże występować bez utraty świadomości i pamięci.

Dla zróżnicowania przeto napadowych zaburzeń psychicznych natury padaczkowej od podobnych im stanów, przychodzących rów-



nież napadowo lub nawet peryodycznie (*manie, obsession circulaire, automatisme ambulatoire dromomanie, poriosmanie*) u histeryków, neurasteników i degenerantów, musimy szukać cech innych.

Nie tu miejsce wdawać się w szczegóły, które chętni znaleźć mogą w pracach: Bourdin <sup>26</sup>), Regis'a i Pitres'a <sup>27</sup>), Ducoste <sup>28</sup>), sprawę tę zresztą przedstawiono wyczerpująco na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Moskwie (1897) (Regis et Pitres).

Wątpliwości w takich razach rozstrzygać musi dokładne zbadanie pacyenta, jego przeszłości, danych dziedzicznych, śladów możliwych napadów, wykluczenie histeryi i neurastenii, obecność lub brak zaburzeń w przemianie materyi, wreszcie charakter samego napadu, cechujący się przedewszystkiem: *a)* nagłym początkiem i końcem; *b)* stanem wyczerpania fizycznego i psychicznego, a często śpiączką po ustąpieniu napadu; *c)* brakiem wszelkiego związku między ideą chorobliwego czynu, a życiem poprzednim pacyenta; *d)* gwałtownością samego impulsu, odróżniającą go od *idées fixes* lub t. zw.: obsesyi (opętań) u pozostałej kategorii chorych.

A zatem, raz jeszcze stwierdzając możliwość zachowania świadomości i pamięci we wszelkich objawach padaczki i powtórzywszy wraz z Tamburinem, że „wyświetlenie tej kwestyi jest jedną z *wielkich* zasług medycyny wobec nauki, prawdy i sprawiedliwości“ przechodzimy do dalszych objawów padaczki.

Nadzwyczaj ważną zdobyczą ostatniej doby w symptomatologii padaczki, jest wykrycie poważnych zaburzeń w ogólnej padacze stroju, dotkniętego tą chorobą, w przemianie materyi.

Zaburzenia te występują zarówno na pewien czas przed napadem, jak i po samym napadzie, mając charakter wprost sobie odwrotny, przed napadem bowiem mamy zmniejszenie, zwolnienie ogólnej przemiany materyi, po napadzie zaś znaczne jej powiększenie.

Rzecz to już wielokrotnie sprawdzona; w ostatnich czasach raz jeszcze opracował ją Fleury <sup>29</sup>), w r. 1899 (zdawał z niej sprawę na posiedzeniu *Société de Biologie w Paryżu* 16-go grudnia 1899 r.,

<sup>26</sup>) Bourdin. De l'impulsion, sa definition etc. 1896. (Annal. médic. psych. T. I.)

<sup>27</sup>) Pitres et Regis. Semeiologie des obsessions et idées fixes. (Congr. internat a Moscou 1897).

<sup>28</sup>) Ducosta. loc. cit.

<sup>29</sup>) Fleury. Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement. Paris, 1900.



a obecnie potwierdził w swej pracy, jednej z najnowszych w tej kwestyi).

Przez pewien czas uważano owe zaburzenia w przemianie materii wyłącznie za skutek nadmiernej pracy mięśniowej i psychicznej podczas napadu, przeczą jednak temu następujące okoliczności:

1) Zmiany w przemianie materii — zjawiają się już na pewien dłuższy czas (kilka dni) przed napadem.

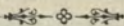
2) Istnieją one i w równoważnikach padaczki, gdzie mowy być nie może o wysiłkach mięśniowych.

3) W napadach występujących seryami zmiany ponapadowe zjawiają się dopiero po ostatnim, kończącym seryę napadzie, a niema ich po pierwszym, drugim napadzie, choćby owe napady były znacznie silniejsze, większego nateżenia, niż ostatni (Voisin <sup>30</sup>).

Owe zaburzenia w przemianie materii dadzą się w krótkości zgrupować w następujący sposób:

1) Zmniejszenie wydzielania moczu, potu i zwiększenie wagi chorego na pewien czas przed napadem, a zwiększenie wydzielin wraz z upadkiem wagi po napadzie (Kowalewski <sup>31</sup>), Krainski <sup>32</sup>), Feré, Mainer, Haig, Horsley, Landenheimer, Voisin <sup>33</sup>). 2) Zmniejszenie przed, a zwiększenie po napadzie ilości części stałych w pocie i moczu (moczany, kwas moczowy — Haig, Krainski; fosforany ziem; wogóle związki azotowe Mairret <sup>34</sup>). 3) Zmniejszenie przed napadem toksyczności potu i moczu, a jednocześnie zwiększenie toksyczności krwi, po napadzie zaś odwrotnie (Maurojannis <sup>35</sup>), Arloing <sup>36</sup>), Voisin, Mairret).

Spotykany po silnych napadach białkomocz jest objawem niestałym, lecz zależy od stopnia asfiksyi. (C. d. n.).



<sup>30</sup>) Voisin. L'Epilepsie. Paris 1897, str. 126 (obszerna monografia).

<sup>31</sup>) Kowalewski, Feré, Mainer, Haig cytow. u Krainskiego.

<sup>32</sup>) Krainski. Izslidowanie obmiana wieszcz. u epileptykow, 1895,

<sup>33</sup>) Landenheimer. Neurologisches Centralheft. 1897. [Charkow.

<sup>34</sup>) Mairret. Compt. Rendus d. Academ. de Médec. Séance 27/I 1897.

<sup>35</sup>) Maurojannis. Societé de Biologie. Séance 6/XI 1887.

<sup>36</sup>) Arloing. Bulletin médic. 18/VIII 1897.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. *Chirurgia.*

1. Dr. Lauwers (Courtrai). **Gruźlica nerki prawej, powikłana przez obfite wynaczynienia w pęcherzu.** (Annales de la société belge de chirurgie. № 9. Novembre. 1900).

Przypadek dotyczy 34 l. mężczyzny z rodziny gruźliczej, chorego od lat dwóch. Cierpienie rozpoczęło się od bólów dość mocnych w okolicy nerki prawej, które jednak występowały tylko w nocy i rzadka. Z postępem czasu chory zauważył, że musi oddawać moczu coraz częściej, że wtedy doznaje bólu i że mocz ów staje się coraz bardziej mętnym, zawierając osad coraz obfitszy; niebawem doznawać zaczął częstego parcia, wystąpiły objawy zwięzienia cewki, w urynie zaś pokazywała się domieszka krwi i ropy. Stosowanie wód mineralnych i środków wewnętrznych, odpoczynek, wkraplania do pęcherza nie odnosiły żadnego skutku, przeciwnie, objawy chorobowe wzmożyły się gwałtownie, a stan ogólny podupadał coraz więcej.

Podczas badania osobnik, w mowie będący, błady, zbiedzony i pocący się obficie, narzekał na straszliwe parcia i błagał o otworzenie pęcherza, który, jak twierdził, był wypełniony skrzepami oraz blizkim pęknięciem; co 5 minut badany próbował oddać urynę, a po szeregu wysiłków daremnych wydzielał tejże, mocno krwią zabarwioną zaledwie kropel kilka. Te pobudzenia rzekome nie dawały choremu ani chwili spoczynku i nie pozwalały zasnąć. Szybko przeprowadzone badanie podbrzusza mogło przekonać tylko, że chory sam rozpoznanie postawił trafnie. Rozdęty, kulisty i bardzo twardy pęcherz sięgał aż do pępka i był na obmacywanie i perkusję nader czuły.

Po zachloroformowaniu chorego, ułożonego w pozycji Trendelenburga, wykonano, sposobem Kocher'a, poprzeczne cięcie nadłonowe, a skoro pęcherz został już obnażony dostatecznie, przeprowadzono przez ściany tego narządu dwie podporządkowane podwiązki jedwabne, w odległości 8 ctm. jedna od drugiej dla podźwignięcia pęcherza i ułatwienia zaszycia. W dalszym ciągu otworzono pęcherz cięciem rozległym w kierunku linii środkowej i wygarnięto zeń duże skrzepy czarne, którymi tenże był wypełniony. Po pochwytceniu brzegów rany w pincety i szerokim jamy narządu rozwarciu, obsuszono ją tamponami z gazy, poczem zbadano starannie dno rany. Przekonano się wówczas, że, prócz pewnego zaczerwienienia, prawidłowa na całej przestrzeni śluzówka pęcherza, nie zdradzała zmian żadnych. W pęcherzu nie było ani kamyka, ani guza, ni zwyrodnień żadnych. Jedynie tylko otwór moczowodu prawego miał brzegi przekrwione i obrzmiałe. Z otworu moczowodu lewego wytryskiwał co chwila stru-



myk czystego na pozór moczu i cewnikowanie moczowodu tego było zupełnie łatwym. Odwrotnie, z moczowodu prawego uryna nie wydzielala się wcale i wprowadzenie zgłębnika do narządu było niemożliwym. Celem przekonania się na dobre, do otworu każdego z moczowodów przyłożono na chwil kilka waciki, po odjęciu których stwierdzono, że tampon lewy jest nasycony moczem, a prawy krwią tylko. Ranę pęcherza zaszyto szwem dwupiętrowym i założono do cewki zgłębnik à demente.

Wobec takiego stanu rzeczy podejrzenia co do gruźlicy nerki prawej nabierać zaczęły pewności coraz większej. Nie szukano, wprawdzie, w obec nagłości sytuacji, laseczników Koch'a w urynie i nie starano się dowieść ich pochodzenia z nerki, poprzestano na rachowaniu się z faktem, że krwawi z prawej nerki. Zwyrodnienie tejże nowotworowe należało wyłączyć wobec braku guza w okolicy właściwej i wieku chorego, który był za młodym na raka, a na mięsaka za starym. Przeciw kamicy przemawiał brak objawów takich, jak wydzielanie się piasku lub kamyków wraz z moczem, kolka nerkowa i t. p. I krwimocz sam nie przemawiał tu, bynajmniej, za kamicy. U usobników, obarczonych tą ostatnią, hematurya ustaje, gdy chory zażywa spoczynku, jest nadto nie obfita i trwa krótko, zdradzając obecność swoją małemi bardzo skrzepami lub też brunatnem zabarwieniem. mocz. W danym przypadku krwimocz występował samoistnie, nie ustępował od zaprzestania przez chorego ruchów, a krwawienie stawało się nieraz do tyła obfitem, że zagrażało życiu.

Nazajutrz po operacji pierwszej chorego zachloroformowano powtórnie, ułożono na boku lewym i poprowadzono w okolicy żebro-biodrowej prawej cięcie łukowate sposobem Guyon'a. Po dostatecznem obnażeniu nerki wyciągnięto ją z rany, obkluto i podwiązano krótką szypułą, a narząd sam wycięto. Ranę skóry zaszyto z wyjątkiem jej końca górno-tylnego, dokąd założono dren z gazy jodoformowej. Powiększona w trójnasób prawie nerka przeistoczona była w konglomerat jam rozpadowych, zawierających ropę bądź płynną, bądź o spoistości mleka zwarzonego, bądź wreszcie—gruzelki zserowaciałe. W części dolnej cała istota korowa była zniszczona, a torbka posiadała ściany bardzo cienkie. Warstwa korowa górnego odcinka nerki była grubą jeszcze na 3 do 4 mm, przerzynały ją jednak i wyłabiwały gruzelki i małe ropnie.

Lubo w okresie czasu od 7-go do 15-go dnia po operacji chory gorączkował w następstwie wytworzenia się ropnia na dnie rany lędźwiowej, powikłanie powyższe nie wywarło wpływu ujemnego na pomysłny wynik ostateczny. Od dnia 17-go ropienie zaczęło zmniejszać się szybko, a po trzech tygodniach z rany całej pozostała mała przetoka, głęboka na 2 cm. Rana pęcherza zagoiła się drogą rychłozrostu, stan zaś ogólny operowanego nie pozostawiał nic do życzenia.

*K. Niedzielski.*



2. Dr. Goris (z Brukselli). Przypadek częściowego wycięcia gardzieli wraz z połowiczną amputacją języka i jamy ustnej. (Annales de la société belge de chirurgie. № 9 Novembre, 1900).

Na posiedzeniu Tow. chir. w Brukselli dr. G. przedstawił mężczyznę, któremu dokonał na swym oddziale operacji wycięcia wrzodziejącego nabłoniaka o wymiarach znacznych. Nowotwór wyradniał część tylną lewej połowy języka, zajmował jamę języko-nagłośniową (fossa glosso-epiglottica), przechodził na migdał lewy i na łuk tylny. Chory, świadomy dobrze całej grozy położenia, sam domagał się wykonania zabiegu, lubo nie tajono bynajmniej jego skuteczności wielce wątpliwej.

Dodać należy, że statystyka operowanych przypadków odnośnych brzmi niepomyślnie. Z pracy np. Kröle i n'a dowiadujemy się, że z liczby 29 operowanych przez tego chirurga raków gardzieli, w spostrzeżeniach 11 otrzymano wyniki złe zaraz po operacji, w 16—nawroty szybkie i w 2-ch tylko—wyzdrowienie. D-r G., który operował w 3-ch takich przypadkach, otrzymał w jednym zejście niepomyślnie szóstej miesiąca po operacji na skutek recydywy, w drugim—już po upływie dni pięciu, w trzecim wreszcie, w mowie będącym—wynik zadawalniający, operowany bowiem żyje, (dwa tygodnie upłynęło od operacji) i czuje się dobrze. Zważywszy więc, że w obec biernego w tych razach postępowania, czeka chorego śmierć pewna a szybka od postępującego szybko charłactwa, właściwsze będzie operować, tem więcej, że owe 6% następstw pomyślnych należy również brać w rachubę.

Przystępując do operacji, autor postanowił nie rezekować szczęki dolnej, ani też, chcąc zyskać na czasie, nie dokonywać nakładania podwiązki przedniej. Po wykonaniu zatem tracheotomii i wytamponowaniu gardzieli rozcięto język na poły, począwszy od jego wierzchołka aż po za guz, poczem zeszyto obie błony śluzowe kikuta zdrowego. Na kikut zwyrodniałą nałożono dwie pincety Kocher'a, t. j. jedną na część kikuta górną, a drugą na dolną, dzięki czemu krwawienie ustąpiło zupełnie. Dalej, poprowadzono cięcie krzywe od spojenia podbródkowego (symphysis menti), które, okalając długość całej okolicy podszczękowej, kończyło się na wysokości skrawka (tragus); mniej więcej od środka tego cięcia wykonano drugie wzdłuż tętnicy szyjowej (a. carotis) i wyłuszczone doszczętnie znajdujące się na tym poziomie gruczoły. Wycięto również śliniankę podżuchwową oraz podjęzyczną, podwiązano pień tarczko-języko-twarzowy (truncus thyreo-linguo-facialis) oraz tętnicę twarzową (a. facialis), przecięto mięśnie: podjęzyczny i dwubrzuścowy (hyoglossus i digastricus) naprzeciwko kości gnykowej i podwiązano teraz dopiero tętnicę językową. Po rozcięciu dna jamy ustnej jednym posunięciem skalpela łatwo już było przez ranę skórną wyciągnąć odpreparowany częściowo język i odciąć go od przyczepów do kości gnykowej. Po usunięciu bocznej części gardzieli i zmieszczaniu tkanek oddzielonych ku przodowi, posunięto się z kolei ku tyłowi gardzieli, wycięto migdał, leżącą pod nim część gardzieli i łuk



tylny, a na przeciętą dużą gałąź tętnicy dolnej (a. pharyngea inf.) nałożono podwiązkę. Pod koniec wreszcie dla zabezpieczenia naczyń wielkich od wydzieliny jamy ustnej, przymocowano szwem gardziel do skóry i zeszyto jamę, która powstała po usunięciu łuku tylnego. Ranę skóry zamknięto szwem doszczętnie. *K. Niedzielski.*

3. Dr. V. Chlumsky (z Würzburga). **O sposobach przywrócenia sprawności ruchowej w stawie sztywnym.** (Centralbl. f. Chir. № 37, 1900).

Leczenie niepowikłanych przykurczeń oraz zeszytwnień stawowych daje quoad restitutionem ad integrum wyniki bardzo mierne. Jak widać z przytoczonej w pracy autora statystyki wolnych od gruźlicy przypadków, spostrzeganych w ciągu ostatnich lat 10-ciu na klinice Wrocławskiej, nie zauważono prawie ani razu polepszenia bardziej wybitnego co do funkcji lezonego stawu kolanowego, o co przecie operowanemu chodzi najbardziej. A jednak odzyskanie zdolności ruchowej w stawie, który uległ częściowej albo zupełnej zagładzie, nie jest niemożliwym w zasadzie, gdyż niekiedy udaje się osiągnąć ją zapomocą środków zwykłych, a nadto zdolność ruchowa powstaje w rzadkich przypadkach wbrew woli naszej, jak to widzimy na stawie rzekomym lub nowowytworzonym (pseudartroza i nearthroza).

Powstawanie przykurczeń i zeszytwnień stawowych zależy od: a) kurczenia się części miękkich, dalej od b) rozwoju zrostów kostnych i łączno-tkankowych pomiędzy końcami kości stawowymi, wreszcie, co zdarza się najczęściej, od c) łączności obu tych czynników. Skurcz części miękkich staramy się zazwyczaj usunąć drogą mięsienia lub wykonywanymi cierpliwie ruchami czynnymi i biernymi oraz zapomocą t. zw. brisement forcé; zrostów kostnych zniszczyć sposobem bezkrwawym niepodobna, z drugiej znów strony wyniki, ztąd osiągnane, są nietrwałe, a stan chorego nawet pogorszyć się może. To samo da się powiedzieć i o zastosowaniu metody krwawej, o ile zwłaszcza nie jesteśmy w stanie zapobiedz nowemu urobieniu się zrostów, a środki ku temu dyktuje nam właśnie sposób, w jaki powstają stawy rzekome i nowe.

Te ostatnie wytwarzają się najczęściej w ten sposób, że w przestrzeń pomiędzy dwoma końcami kości wciskają się części miękie (mięśnie i powięzie) i przeszkadzają tą drogą zbliżeniu się odłamów. Gdybyśmy więc byli w stanie sprawę taką wywołać sztucznie, możnaby spodziewać się, że kwestya uruchomienia zeszytwniałego stawu zostanie rozwiązana pomyślnie. Dr. Chlumsky' postanowił zatem wprowadzać w rozszczyepy stawowe ciała obce z materiałów różnych, sądząc, że w taki sposób otrzymać będzie można restytucję stawu. W szeregu całym doświadczeń rezekował autor ten psom i królikom stawy kolanowe kończyn tylnych, poczem wprowadzał do jamy stawowej dopasowane szczelnie płytki z celuloideu, srebra, cyny, gumy



lub batystu Billroth'a, końce zaś stawowe powlekał grubą warstwą kolodyonu.

Po znieczuleniu zwierzęcia, wymyciu i odkażeniu pola operacyjnego, otwierano staw cięciem płatowem nieco powyżej rzepki. Więzy przecinano, usuwano końce stawowe częściowo lub zupełnie, poczem do brzegów piszczeli przytwierdzano szwem płytkę w ten sposób, by ta ostatnia pokryła zupełnie powierzchnię przepiłowaną. Płytki, grube na 0,1—0,8 mm., miały postać trójkątów z zaokrąglonymi brzegami i końcami. Otwory dla przeprowadzenia nitki jedwabnych na płytkach grubszych wyłabiano uprzednio. Po umocowaniu płytki pokrywającej zeszywano więzy boczne oraz wiąz rzepkowy właściwy szwem węzłkowym, a na torebkę nakładano szew ciągły, wreszcie szew skórny pociągano kolodyonem. Tam, gdzie wypadło dokonać rezekeji rozległej, zwięzono nieco torebkę i skracało więzy dla uniknięcia nadmiernego rozluźnienia stawu; w tych jednak przypadkach, w których wypadło poprzestać na prostym tylko zeszkrobaniu chrząstek, zeszywano końce więzów tuż szczelnie. W doświadczeniach pierwszych nakładano po operacji opatrunki prawidłowe z gazy, waty i opasek, niebawem jednak trzeba było zrzec się ich, gdyż zwierzęta zrywały i zanieczyszczały opaski, opatrunek zaś gipsowy znosiły źle, marniejac prędko.

Wyniki doświadczeń były wcale zadowolniające. W ciągu dni pierwszych po rękoczynie zwierzęta oszczędzały, rozumie się, kończynę operowaną, wkrótce, wszelako, posługiwały się nią dosyć zręcznie. Sprawność ruchowa stawu pozostawała prawidłową niemal, a ograniczenie niejakie zauważano tylko w zakresie ruchów wyprostnych. Na oględzinach pośmiertnych, dokonywanych zazwyczaj po upływie 3—20 tygodni, licząc od dnia operacji, prócz zawierającej nieco płynu surowiczego ukształtowanej prawidłowo jamy stawowej, znajdowano zazwyczaj na rezekowanych końcach kości dość cienką nowowytworzoną warstwę chrząstki, zabarwionej zlekka, zresztą prawidłowej zupełnie. W innych przypadkach końce stawowe miały gładką, składającą się z tkanki łącznej powierzchnię, przyczem rozliczne, zależne od operacji nierówności kostne ulegały mniej lub więcej znacznemu wygładzeniu. Płytki gumowe i celuloidowe leżały na swem miejscu niezmiennie; niekiedy w bocznych uchyłkach stawu można było odnaleźć resztki pokruszone cienkich cynowych albo srebrnych płytek, bądź pomarszczonego batystu Billroth'a. Rzeczywistego ropienia w stawie nie stwierdzono nigdy, u kilku jedynie zwierząt powstawały ropnie okołostawowe. Dwa psy zdechły na posocznice.

Lubo wyniki doświadczeń były, jak widać, w ogóle pomyślne, autor odczuwał dobrze niejakie braki swej metody. Zdaniem też jego, reforma dotknąć by musiała przedewszystkiem materiału, z którego płytki owe wyrabiane być winny. Otóż pozostawianie w ustroju płytek, nie ulegających wessaniu, może doprowadzić z czasem w niektórych razach do następstw niepożądanych; z chwilą, gdy płytki uczyniły zadość zadaniu swemu, t. j. przeszkodziły wytworzeniu się zrostu, powinny być z ustroju usunięte. Należałoby więc, po upły-



wie kilku tygodni, płytkę taką ze stawu wyciągnąć, po wykonaniu uprzedniem małego cięcia, lub, co jeszcze lepsze, używać płytek, łatwo wysysających się np. z kości odwapnionej, słoniowej, z magnezy i t. p. Te ostatnie uważa autor za najstosowniejsze, odkazić bowiem dają się dokładnie, i płytki takie, grube na 0,1—0,5 mm., stosował też w szeregu prób ostatnich. Płytki cienkie ulegały wessaniu już po upływie dni 18, a wyniki ogólne wcale nie były gorsze od następstw, otrzymanych w doświadczeniach dawniejszych.

K. Niedzielski.

## II. Choroby weneryczne i skórne.

4. Prof. M. v. Zeissl. **Rzeżączka i małżeństwo.** (Tripper u. Ehe. Wiener Med. Presse 46. 900).

Niebezpieczeństwo rzeżączki w małżeństwie dotąd nie jest podnoszone z dostateczną surowością. Kwestya ta, poruszona po raz pierwszy przez Nöggerath'a z Bonn w 1872, z biegiem czasu nabrała coraz większego znaczenia, a to z powodu rozszerzania się naszych wiadomości co do zakresu i szkodliwego wpływu gonokoków. Wiadomo dziś, że nietylko ciężkie powikłania ze strony narządów płciowych, ale i sprawy ogólne, zmiany w układzie tętnicznym, nerwowym, niepłodność itd., wywołwane zostają przez gonokoki.

Wobec tego pytanie, kiedy można choremu na rzeżączkę pozwolić się żenić, nabiera szczególnej wagi.

Badanie drobnowidzowe często okazuje się niewystarczającym—raz, z powodu że obok swoistych dwuziarniaków Neissera w wydzielinie cewki znajdują się diplokoki również odbarwiający się postępowaniem według Grama, powtórę dla tego, że wynik ujemny nie pozwala na wnioski stanowcze. Pozostaje przeto przeprowadzenie hodowli czystej. I tu wynik ujemny nie usuwa wątpliwości. Należy uciekać się do endoskopii, a wreszcie do wywołania sztucznego ropnego zapalenia przez zastrzyknięcie 0,04 Argenti nitrici, poczem badany powinien wypić obfitą ilość piwa. Wytwarzająca się obfitą wydzielinę, która zresztą szybko sama przechodzi, należy badać pod drobnowidzem i przez hodowle. Jeżeli po tem wszystkim nie uda się wykazać gonokoków, badanego można uważać za wolnego od zakażenia rzeżączkowego.

Na zawodność badania drobnowidzowego zwracał uwagę sam Neisser, który widział przypadki, w których w wydzielinie zarażającej nie można było wykryć gonokoków. Badanie drobnowidzowe, wynik hodowli, oraz badanie kliniczne, powinny dawać zgodne rezultaty.

Co się tyczy kobiet, to badanie powinno dotyczyć u nich: cewki, wydzieliny kanału szyjki, krypt periuretralnych, ujścia gruczołów Bartoliniego i rectum.



Autor w końcu powtarza wymagania Neisser'a, z którym zgadza się zupełnie:

1) W ciągu tygodni należy b. często badać wydzielinę wszystkich części cewki, a nawet kanalików nasiennych.

2) Wywoływać sztucznie wzmoczenie wydzieliny cewki.

3) Wygniatać błonę śluzową, wywracać ją (Einstülpen) zgłębnikami zaopatrzonymi w główki; centryfugowanie obłoczków, nitek.

Jeżeli po dokonaniu tych sposobów, nie otrzymamy dodatniego wyniku t. j. wykrycia gonokoków, możemy zabronić zawarcia małżeństwa.

Jeżeli znajdują się przytem jakie objawy podrażnienia cewki, podtrzymujące wydzielinę śluzu—należałoby je leczyć wszelkimi dostępnymi środkami; ponieważ jednak, jak wiadomo, nie poddają się one często naszemu obecnemu leczeniu—nie powinny stanowić przeciwwskazania do małżeństwa, o ile uprzednio wykluczona została obecność gonokoków.

W końcu autor wypowiada życzenie, aby państwo zajęło się profilaktyką chorób wenerycznych, zarówno syfilisu jak i trypra.

O. II.

---

5. Scholtz. **Rzeżączka i małżeństwo.** „Gonorrhoe und Eheconsens“ Vortrag, gehalten in der Medizinischen Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.—„Allgem. Medic. Central—Zeitung“. № 45, 46).

Na równi z odrą rzeżączka należy do chorób najbardziej rozpowszechnionych, a że zbyt dokuczliwych dolegliwości nie sprawia, bywa przeto nieraz zaniedbywana i przechodzi w stan przewlekły. W tym okresie doprowadzenie błony śluzowej do stanu pierwotnego, nawet przy nader starannem leczeniu, trwającym niekiedy po kilka miesięcy, zwykle już się nie udaje, zostaje natomiast pewny stan zapalny tej błony, przejawiający się wydzieliną śluzowo-ropną, która występuje po nocy z otworu cewki moczowej, lub też daje w moczu powszechnie znane „nitki tryprowe“. Te to właśnie nitki, ukazujące się w moczu stale przez lata całe, niepokoją głównie chorego i one przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę lekarza, do którego zwróci się taki chory z zapytaniem, czy wolno mu bezpiecznie wstąpić w związki małżeńskie? Istotnie bowiem, jeżeli uznamy, że nitki te powstają stale pod wpływem gonokoków, każdego mężczyźnego, w którego moczu znajdziemy je, musimy uważać za pozbawionego prawa do tworzenia rodziny. Tak jednak nie jest, a raczej przeciwnie: w znacznej większości przypadków (90 na 100) „nitki tryprowe“ nie zawierają zarazka swoistego pod postacią gonokoków, a znajduwane tam drobnoustroje szkody nijakiej na zdrowiu kobiecie wyrządzić nie mogą. Rzecz to znana z doświadczenia codziennego i z obserwacji naukowych Neissera, Jadassona, Torstona i wielu innych. Rzecz



więc jasna, że nie w obecności nitki w moczu chorego mamy widzieć odpowiedź na postawione przezeń pytanie, ale w obecności lub braku gonokoków w tych nitkach. Jeżeli więc badanie nasze, powtórzone wielokrotnie w odpowiednich warunkach, da wynik ujemny, możemy pozwolić choremu na małżeństwo bez obawy popełnienia błędu. Że błąd w takich razach nie często się trafia, poncza nas doświadczenie Neissera, który, przeprowadziwszy w ciągu 15 lat setki takich badań i obserwując potem chorych przez czas niemały, raz tylko jedyny wprowadził w błąd pytającego. Jeżeli natomiast badanie moczu wykaże w wydzielinie obecność gonokoków, możemy twierdzić stanowczo, że rzeżączka istnieje, że istnieje w stanie zaraźliwym, a co za tem idzie, że dotknięty nią mężczyzna traci prawo do małżeństwa i powinien poddać się leczeniu.

Co się tyczy badania samego, powinniśmy przeprowadzić je najmniej sześć razy, ułatwiając warunki wyraźniejszego i liczniejszego wystąpienia na jaw gonokoków przez wygniatanie zawartości z gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, przez wprowadzanie sond metalowych, zastrzykiwanie do cewki środków drażniących, zalecenie choremu diety odpowiedniej (alkohol) i t. p. Można nadto użyć innego sposobu, przeprowadzić mianowicie próby hodowli sztucznej. Sposób to bardzo kłopotliwy, wyników pewniejszych atoli nie daje. Zdarzało się, wprawdzie, mówcy wykryć tą drogą gonokoki zaraz za pierwszym razem tam, gdzie trzykrotne nawet badanie wydzieliny sposobem zwykłym dawało wynik ujemny, ale i w tych nawet razach dalsze badania doprowadzały w końcu zawsze do rezultatów jednokowych.

Z tego, co się powiedziało, dadzą się wyprowadzić wnioski następujące:

- 1) Ogólnie znane nitki i kłaczkki, ukazujące się stale w moczu chorych po przebyciu rzeżączki, tylko w małej liczbie przypadków zależą od obecności gonokoków, określenie przeto takich stanów nazwą „rzeżączki przewlekłej“ zwykle nie jest właściwem, a sami chorzy niesłusznie uważani są za zdolnych do udzielenia zarazy; 2) usunięcie tych nitki i kłaczków, przy wielkiem nawet doświadczeniu lekarza specjalisty, udaje się nie często; 3) nie jest więc rzeczą słuszną uważać je „z zasady“ za przeszkodę do zawarcia małżeństwa; 4) tylko badanie nitki może rostrzygnąć wątpliwość, nie zaś sama ich obecność; 5) jeżeli badania, przeprowadzone w warunkach odpowiednich, dadzą wynik ujemny, upoważnią tem lekarza do sądu stanowczego o nieszkodliwości nitki.

W rozprawach na ten temat zabierali głos:

Chotzen, aczkolwiek zgadza się z mową w kwestyach zasadniczych, uważa atoli pierwsze dwa wnioski jego za zbyt stanowcze. Już obecnie widzimy, że nie tylko chorzy, ale nawet lekarze sami zbyt mało przywiązują wagi do przejawów rzeżączki przewlekłej, jeżeli nadto specjaliści zaczną wygłaszać tak stanowczo, niemal bez zastrzeżeń, zdanie o nieszkodliwości „nitki tryprowych“, sprawa jeszcze bardziej się pogorszy. Przypadki, w których przy starannem a umiejętnem leczeniu nitki nie dają się usunąć, nie są znowuż tak częste,



aby mogły zniechęcać lekarzy do podejmowania przynajmniej prób w tym kierunku. W 10-ciu przypadkach na 100 znajdujemy gonokoki w „nitkach tryprowych”—to nie jest bynajmniej mało—główne wszakże niebezpieczeństwo polega na tem, że obecność ich bywa przejściową, że nieraz po dłuższej przerwie i bez widocznych nawet przyczyn ukazują się one tam, gdzie przedtem zgoła ich znaleźć nie można było, z czego wypływa: 1) że badania należy prowadzić w dłuższych odstępach czasu, powtórzyć zaś je 10—20 razy i 2) należy użyć wszelkich sposobów, aby wygubić nitki doszczętnie.

Oppler zwraca uwagę na cierpienie pęcherzyków nasiennych przy rzeżączce; trafia się ono wprawdzie względnie rzadko (4%), pociąga atoli za sobą następstwa, które bezwarunkowo należy uwzględnić przy rozstrzygnięciu pytania o zdolności mężczyzny do stanu małżeńskiego. Mówca przytacza dwa przykłady, dowodzące, że nawet po wygaśnięciu wszelkich widocznych objawów rzeżączki, może ona pozostać w utajeniu i wyjść na jaw dopiero po stosunku płciowym, dzięki temu, że gonokoki dostają się ponownie do cewki z wytryskającym nasieniem; radzi przeto w przypadkach wzbudzających podejrzenie lub wątpliwości zbadać sperma post coitum condomatum.

Neisser zwraca uwagę, że nie można wymagać od twierdzeń lekarskich ścisłości i dokładności matematycznej, że w żadnym jednak innym przypadku pewność nie może być większa, niż w wynikach badania—dodatnich lub ujemnych—na gonokoki. Co się tyczy możliwości wyleczenia rzeżączki przewlekłej lub nawet usunięcia śladów jej, pozostających pod postacią nitek bez gonokoków, radzi N. mniej się powodować pesymizmem i użyć wszelkich środków możliwych, tudzież pracować nad wynalezieniem nowych sposobów, a nie poprzestawać wyłącznie na wyszukiwaniu coraz to nowych leków.

Löwenheim dodaje, że mają nieraz pewne znaczenie pozostałe po zapaleniu stwardnienia przyjądrzy. Oto w jednym przypadku po przygnieceniu przyjądrza w czasie przejażdżki konnej obrzmiało najpierw ono, stało się bolesne, a wkrótce potem wystąpiły objawy rzeżączki. U innego chorego to samo nastąpiło po usunięciu przymiotowego cierpienia jądra (orchitis syphilitica); tu widocznie jodek potasu wpłynął również na przyjądrze. Należy mieć na względzie, że poprzednio w obu przypadkach nie było już żadnych śladów rzeżączki w cewce moczowej chorych, jedynie pozostawały nieznaczne stwardnienia przyjądrzy po zapomnianem niemal ich zapaleniu.

Loewenhardt i Karol Aleksander zwracają uwagę na fakt, stwierdzony już niejednokrotnie, że *sarazliwe* zapalenie błony śluzowej cewki powstaje nie tylko pod wpływem gonokoków, ale i innych drobnoustrojów ropnych, jako też np. bacterium coli; następnie, że w przypadkach zastarzałych rzeżączki gonokoki siedzą ukryte głęboko w gruczołach i kryptach, wywołując obecnością swoją drobnokomórkowe nacieczenia, zgrubienia błony śluzowej na małych przestrzeniach i t. p., że zatem do dokładnego zbadania okazuje się niezbędnem użycie endoskopu, co prelegent pominął milczeniem.

*Fr. G-yé.*



6. M. Lohnstein, Posner. **Odczyn wydzieliny prostatycznej w przypadkach przewlekłego nieżytu gruczołu przyprątneho i wpływ jego na żywotność nitek nasiennych** (La Sem. Med. № 44, 46, 900).

M. Fürbringer wykazał, że odczyn normalny wydzieliny gruczołu przyprątneho jest kwaśny.

Podług mniemania pewnej liczby badaczy, wydzielina powyższa chorych, cierpiących na nieżyt przewlekły prostaty, ma odczyn obojętny lub alkaliczny, a to z powodu ropy z nią zmieszanej; utrata życia ciałek nasiennych jest właśnie następstwem tych zmian.

Ażeby sprawdzić powyższe poglądy, Lohnstein zrobił 542 badań wydzieliny z prostaty 82 osób, cierpiących na wspomniany nieżyt. Badania te wykazały: odczyn kwaśny 404 razy, t. j. 75%, obojętny 30 razy t. j. 5%, alkaliczny 108 razy t. j. 20%. Płyn brany do badań otrzymywany był drogą mięsienia gruczołu przyprątneho.

Stosunek nitek nasiennych ruchomych był w płynie prawie zawsze stały, bez względu na to czy wydzielina posiadała odczyn kwaśny lub alkaliczny. Na podstawie powyższych badań, autor wyprowadza wniosek, że chroniczny nieżyt prostaty nie posiada przypisywanego mu wpływu ujemnego na zapłodnienie.

Posner twierdzi, że w stanie normalnym nitki nasienne mogą żyć tylko w płynie alkalicznym; to nam tłumaczy, dla czego ciałka te w zetknięciu z błoną śluzową pochwy, której odczyn jest kwaśny, łatwo zamierają, a mogą zachować kilka tygodni swą żywotność w szyjce, macicy, której wydzielina jest obojętna.

Casper utrzymuje, że przynajmniej w 80% przypadkach rzeźączki przewlekłej bywa porażony gruczoł przyprątny. Otóż, gdyby odczyn wydzieliny gruczołu tego miał tak ważne znaczenie, to bezpłodność spotykałibyśmy bardzo często. Tymczasem niepodobnego nie ma miejsca; główną przyczyną niepłodności mężczyzn nie jest nieżyt prostaty, lecz obustronne zapalenie przyjądrze.

*J. Wojciechowski.*

7. Leo Lejstikow. **Ichtargan, nowy środek przeciw ostrej rzeźączce**. Ichtargan, eine neues Mittel gegen Gonorrhoea anterior acuta. (Monatshefte für prakt. Dermatol. XXXI B. 1900).

8. Lohnstein. **Działanie Ichtarganu w rzeźączce i innych chorobach moczopłciowych**. (Allgem. Med. Centr. Zeit. № 80, 81, 1900 r.).

Ichtargan jest związkami srebra z kwasem ichtyolosiarczanym, zawierającym pierwszego pierwiastku 30%, siarki zaś 15%. Związek ten srebra przedstawia się w postaci bezkształtnego, brunatnego proszku bez zapachu, łatwo rozpuszczalnego w wodzie, glicerynie i słabym



wysokoku; w wysokoku bezwodnym, chloroformie i eterze nie rozpuszcza się.

Roztwór białka i soli kuchennej, dodane do zgęszczonego roztworu ichtarganu, tworzą osad rozpuszczalny w nadmiarze białka.

Spostrzeżenia nad działaniem tego środka w ostrych postaciach rzeżączki, Lejstikow przeprowadził nad 55 chorymi i przyszedł do przekonania, że jest to środek nieszkodliwy, bardzo dobrze znoszony przez błony śluzowe, a dzięki swemu połączeniu z białkiem, posiada bardzo znaczną siłę bakteryobójczą, gdyż w kilku przypadkach ostrej rzeżączki już po 10-ciu dniach nie można było wykryć gonokoków w wydzielinie cewki moczowej.

Do zastrzykiwań, zatrzymywanych w cewce moczowej około 15 minut, robionych szprycą 20,0, autor używał roztworów 0,02 do 0,06%. Chorzy robili sobie zastrzykiwania 2 do 4 razy dziennie, a niekiedy 1 do 2 r. w nocy.

Lohnstein leczył ichtarganem z również bardzo dobrym wynikiem 124 chorych z ostrą rzeżączką i 64 z przewlekłą.

W ostrym peryodzie autor zalecał do zastrzykiwań, robionych co 3 godziny, roztwory ichtarganu 0,01 do 0,05. Do Janet'owskich przemywań części przedniej cewki używał roztworów 1:1800 do 1:1000. Przy silnej wrażliwości cewki, po znieczuleniu tejże kokainą, zastrzykiwał roztwory 1:1000 szprycą 30 do 50 gramową co 24 do 72 godzin; chory zatrzymywał płyn w cewce 15 do 30 minut.

W okresach przewlekłych choroby, połączonych z naciekiem błony śluzowej, dobrze działają przemywania roztworami 1:1—2000 za pomocą cienkiego cewnika Porger's'a, używając do tego celu  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{3}{4}$  litra płynu. Niezależnie od tego, autor stosował rozszerzenia cewki i wkraplania cewnikiem Guyon'a 5% roztworów; przez endoskop zaś 10%.

W przewlekłych zajęciach gruczołu przyprątłego stosuje co 2 do 3-ch dni miśnienie tegoż i przemywania Janet'owskie 1:4000 ichtarganu, a jeżeli te bywają źle znoszone, zastrzykiwania szprycą Guyon'a 5,0 roztworu 3 do 5%.

*J. Wojciechowski.*

9. Minne. **Badania histologiczno-patologiczne nad liszajem okołowłosowym dzieci.** Etude histopathologique de l'impetigo circumscrite de l'enfant. (La Sem. Med. № 28. 900).

Z punktu widzenia histologicznego autor rozróżnia trzy okresy w rozwoju liszaja okołowłosowego dzieci: najwpierw ulega porażeniu sama warstwa rogowa, następnie zmiany rozszerzają się na warstwę Malpigięgo; nakoniec następuje okres powrotu do stanu normalnego.

Zmiany widzimy pod postacią pęcherzyków ropnych rozwijających się zawsze około włosów a cierpienie umiejscawia się wyłącznie w siatce Malpigięgo pomiędzy włosem a jego pochewką woreczko-



watą. Sklepienia pęcherzyków składają się z warstwy rogowej niezmienionej, zazwyczaj ściany ich tworzą komórki Malpigiiego; podstawa zaś składa się z dwóch lub trzech rzędów komórek głębokich siatki śluzowej.

Sprawa chorobowa polega na przenikaniu staphylococci aurei pod warstwę rogową, bezpośrednio na miejscu wychodzenia włosa.

Obwód ujścia włosa jest w samej rzeczy słabo zabezpieczony skórą. Rozwój mikrobów, zawsze słaby, ogranicza się na utworzeniu trzech lub czterech kolonii małych ograniczonych sklepieniem pęcherzyka ropnego. Pęcherzyk ten, zawierający mało płynu, jest wypełniony fagocytami, których większość bywa wielojądrowa; wewnątrz nich znajduje się włos.

Czysty *Staphylococcus aureus* był obecny we wszystkich przypadkach, badanych przez autora. Z powyższego wynika, że impetigo circumpilaris jest prostym zakażeniem skóry, wywołanem przez tego lasecznika.

Postać ta liszaja ma ścisły związek z trądzikiem (acne heroica) i czyrakami, albowiem wystarcza, ażeby ropień rozszerzył się na skórę lub też głębiej został porażony woreczek włosowy, a powstaje zaraz jedno lub drugie z wymienionych cierpień. Nierzadko również można spotkać pośrodku typowych wykwitów impet. circumpilaris czyrak lub ropień trądzika, tworzących w tym przypadku istotne powikłanie.

J. Wojciechowski.

10. M. Ch. Viannay. Dwa przypadki niezwykłe krótkotrwałej odporności na ospę po zaszczepieniu krowianki (Lyon. Med. 14 Oct. 1900).

Powszechne jest mniemanie, że ochronne szczepienie krowianki (z wynikiem dodatnim) zabezpiecza od ospy naturalnej na całe lata; utrzymują również, że osoby, którym kilkakrotnie szczepiona krowianka nie przyjęła się, posiadają odporność wrodzoną lub pozostałą z dawnego szczepienia. Praktyka jednak wykazuje, że powyższe dwa poglądy nie są oparte na dostatecznych podstawach.

Spostrzeżenie pierwsze dotyczy samego autora, który w tydzień po dokonanych oględzinach pośmiertnych pewnego osobnika, zmarłego na ospę z wybroczynami krwistymi, zapadł sam na lekką postać tej choroby. Zarażenie nastąpiło pomimo tego, że V. zaraz na samym początku pojawienia się ospy w Lyonie kazał sobie wykonać 5 po sobie następujących szczepień krowianki, 6-te zaś we 24 godziny po dokonanych oględzinach wspomnianego trupa; żadne jednak z tych szczepień nie przyjęło się.

Spostrzeżenie drugie dotyczy matki i siostry autora, które, pielęgnując go podczas choroby, dostały same lekkiej ospy naturalnej, lecz jaknajtypowszej, pomimo tego, że pierwszej z nich krowianka przyjęła się dobrze przed 5-ma miesiącami, a drugiej przed siedmioma.



Spostrzeżenia powyższe, dobitnie wykazujące krótkotrwałe działanie krowianki, zmuszają nas do zapatrywania się z pewnem niedowierzaniem na nieudające się szczepienia krowianki; autor w tych przypadkach radzi brać rozmaite krowianki i szczepienia powtarzać, aż do osiągnięcia pożądanego wyniku.

*J. Wojciechowski.*

11. Roger i Weil. **Znaczenie chorobotwórcze ciałek, napotykanych we krwi i narządach osób cierpiących na ospę.** (La Sem. Med. № 48, 900).

Krostki ospy zawierają, oprócz leukocytów, liczne ciała okrągławe lub owalne, wielkości 1 do 3  $\mu$ ., które zatrzymują bardzo silnie barwniki. Ciała te, uważane przez jednych autorów za pasorzyty ospy, przez innych są przyjmowane za szczątki jąder komórkowych.

Ciała te, spostrzegane we krwi ospowatych, posiadają wygląd bardzo charakterystyczny: około jądra zauważyć można obwódkę słabo barwiącą się.

Pierwiastki powyższe napotykały się we wszystkich wybroczynach krwistych osób, cierpiących na peteciową postać ospy; po śmierci widzieć je można było w rozmaitych narządach, przedewszystkiem w śledzionie i szpiku kostnym, jak również w cieczy około-płodowej, w której wykonywały ruchy.

U królików, którym szczepiono krew ospowatych, wykryć można było we krwi i narządach takie same ciała.

We krwi takich królików, utrzymywanej w temp. 38<sup>o</sup>, autor zauważył bardzo znaczne powiększenie się ilości wzmiankowanych ciałek w próbkach; proliferacya ta była znaczna, lecz nie dająca się porównać z taką czynnością laseczników.

Dzieląc te hodowle macierzyste, autor starał się otrzymać rozmaite jej formy pochodne. Próba ta udała mu się ze krwią królika odwłóknioną, jak również z krwią królika niekrzepnącą, przygotowaną do tego celu poprzedniem zastrzyknięciem wyciągu pijawki. Autor zrobił tym sposobem 18 pochodnych hodowli; ciała zachowywały zawsze w nich swój charakter pierwotny, były tylko nieco większe i posiadały protoplazmę więcej wyraźną. Hodowle te zachowywały całą swą siłę jadowitą. Zastrzyknięte do przedniej komory oka królikowi, wywoływały wysięk, podobny do tworzącego się pod wpływem ropy ospowatych; zwierzętom, którym szczepiono hodowle pod skórę lub do żyły, tworzyły się niekiedy małe ropnie ograniczone; wszystkie zaś umierały odseptycemii na 8 lub 13-ty dzień, nawet po słabych zastrzykiwaniach. Szczepienia te sprowadzały takie same zmiany krwi, jakie otrzymywano przy szczepieniu produktów osób ospowatych; oględziny pośmiertne zmian mikroskopowych nie wykazywały.

Zdaje się zatem, że te niezwykle ciała, które spotyka się w narządach osób cierpiących na ospę i zwierząt, którym szczepiono



produkty ospowatych lub hodowle tychże, są czynnikami wywołującymi ospę. Należy uważać je za pierwotniaki (protozoa), prawdopodobnie zarodnikowe, albowiem starsze ciała zamieniają się na twory błyszczące o podwójnych konturach, bezbarwne, podobne do zarodników (sporów).

*J. Wojciechowski.*

12. M. Tendlau. **Zupełny brak gruczołów potowych i brodawek.**  
(La Sem. Med. № 46, 900).

Autor spostrzegł zupełny brak wydzieliny potowej u chorego, mającego 47 lat. Brodawek piersiowych chory wcale nie posiadał; skóra była gładka, sucha i słabo usiana włosami.

Ciepłe kąpiele i zastrzykiwania pilokarpiny nie wywoływały nigdy pocenia się u tego chorego, pod wpływem promieni słońca, temperatura ciała podnosiła się blisko o stopień, w tymże czasie zauważać się dało częstsze oddychanie i przyspieszenie tętna.

Gdy chory przebywał w temperaturze chłodniejszej, ciepłota jego ciała zniżała się stopniowo w ciągu dwóch godzin. Kąpiel chłodna nie przyspieszała zniżania się temperatury ciała, objaw ten jednak otrzymywano łatwo pod wpływem fenacetyny. Czynności pozostałych narządów były zupełnie prawidłowe.

Wycięte kawałki skóry wykazały pod drobnowidzem zupełny brak gruczołów potowych i łojowych na całej powierzchni ciała; na skórze głowy znaleziono zaledwie kilka gruczołów łojowych. Brak brodawek dowodzi pomiędzy innymi, jak to wykazał Benda, na istniejący związek pomiędzy rozwojem gruczołów piersiowych i skóry.

*J. Wojciechowski.*

### III. Wiadomości terapeutyczne.

13. — (*j. w.*) — **Cytofeng przeciwko krztuścowi** przepisywał dr. A. Feuchtwanger i zauważył, że środek ten łagodził kaszel i skracał czas trwania choroby. Zażywany przez czas dłuższy, nie powodował żadnych objawów ujemnych. W smaku jest przyjemny. Cytofena (Phenetidinum citricum) rozpuszcza się w wodzie dosyć łatwo.

Dawka: dla ssawców 3 razy dziennie po 0,1

dla dzieci 1—3 letnich  
po 0,15—0,3

a dla dzieci starszych  
po 0,4—0,5.

(„Der Kinderarzt“, H. 8, 1900).

14. — (*j. w.*) — **Eczema.**

Okolice zajęte wysypką, pokryte przedtem cienką tkaniną koloru ciemno czerwonego, Winternitz wystawia wprost na działanie światła słonecznego, tak długo, jak tylko można. U wszystkich chorych, leczonych tym spo-



sobem, bez względu na postać pryszczycy, zauważyć się dały szybkie przemiany wsteczne objawów chorobowych. Wydzielina surowicza, przekrwienie i nacieczenie zapalne skóry zmniejszały się, później znikwały zupełnie.

(„La Sem. med.“ № 34, 1900).

15. —(j. z.)— **Hygiena włosów.**

Jackson z New.-Yorku zaleca w celu zapobieżenia wypadaniu włosów następujące postępowanie: 2 razy na tydzień namięścić skórę głowy maścią:

Rp. Sulfur. praecip. 1,0  
Goldcream 30,0

MfUngt.

poczem 2—3 razy na tydzień dokładne zmycie głowy wodą z mydłem płynnym (szare mydło w spirytusie).

16. —(j. wo.)— **Impetigo.**

W. Scholtz radzi po usunięciu strupów zapomocą zmywać wodą lub 5% waseliną salicylową, miejscę zajęte smarować następującą mieszaniną:

Rp. Sulphuris praecip. 10,0

Zinci oxydati	} ana 20,0
Amyli pulv.	
Glycerini	} ana 25,0
Aquae dest.	

Mieszaniną tą, która przed użyciem powinna być dobrze skłócona, smarują się zapomocą pędzelka zajęte miejsca. Po dokonaniem posmarowania, tworzy się rodzaj przylegającej błonki, wywierającej z jednej strony działanie lecznicze, a z drugiej zabezpieczającej od rozsiewania się mikrobow chorobotwórczych na inne miejsca i powstawania nowych wykwitów.

(„La Sem. méd.“ № 26, 1900).

17. —(j. wo.)— **Hydrogenium hydroxydatum.**

Wykwity naciekowe, które jeszcze nie przeszły w ropnie, znika-

ją szybko, jak twierdzi Cochart, pod wpływem dokonywanych dwa razy dziennie obmywań wodą utlenioną w stosunku 1:2. Gdy utworzyły się już ropnie, przecięcie takowych jest niezbędne; obmywania wodą utlenioną i w tych przypadkach mają wielką wagę, albowiem zabezpieczają od tworzenia się nowych ognisk ropnych.

W powyższy sposób zastosowana woda utleniona nie objawiała własności gryzących i nie sprowadzała różycowatych zapaleń skóry.

(„La Sem. med.“ № 21, 1900).

18. —(j. wo.)— **Psoriasis.**

M. Ewald otrzymał bardzo dodatnie wyniki, podając cierpiącym na łuszczycę 3 do 9 pastylek dziennie tyreoidynowych, z których każda zawierała 0,10 powyższego środka. Autor dodaje, że w celu uniknięcia pobocznego działania tyreoidyny, podawał jednocześnie solut. Fowleri po 3 krople dziennie, tej jednak małej ilości arszeniku nie przypisuje żadnego wpływu na łuszczycę.

(„La Sem. med.“ № 31, 1900).

19. —(j. w.)— **Surowica fizyologiczna końska przeciwko płasawicy.**

Dr. Vidal stosował u dziewcząt w wieku lat 9—13, dotkniętych płasawicą, zastrzykiwania surowicy fizyologicznej końskiej (od 3 do 8 ctm. sz. na raz, a od 60 do 120 ctm. sz. ogółem) i zauważył korzystny wpływ tego leczenia już po kilku dniach. Wyzdrowienie miało miejsce najczęściej po upływie 2—3 tygodni, przyczem stwierdzić było można powiększenie wagi ciała.

(Ref. w „Kinderarzt“ H.10, 1900).

20. —(j. z.)— **Tussis.**

Przeciw kaszlowi u suchotników zależnemu od owrzodzeń krtań i nagłośni zaleca dr. Weissenberg następujące krople:



Rp. Dionini muriat.  
Codeini muriat. aa 0,1  
Cocaini muriat. 0,025  
Amm. valer. dil.  
Aqu. amygd. amar. aa 7,5  
MDS. 3—4 r. dz. po 15  
kropel.

Kropole używać radzi W. na cukrze i połykać powolnie.

21. —(j. wo.) — **Variola.**

Begg świeżo opublikował wpływ poronny salolu, danego po 4,0 na dobę, na wykwity ospy. Spostrzeżenie powyższe zostało potwierdzone przez dwóch lekarzy angielskich Jones'a i Bierneckiego, którzy zauważyli, że dobroczynny ten wpływ występuje przedewszystkiem wtedy, gdy salol podany będzie choremu we wczesnym okresie cierpienia, gdyż w epoce tworzenia się wykwitów działa już słabiej. W ostatnim jednak przypadku zauważono również mniejszą ilość występujących

krostek (pustula), spadek znaczny gorączki t. zw. wtórnej, mniejsze podrażnienie skóry i szybkie odpadanie strupów.

(„La Sem. med.“ 18, 1900).

22. —(j. w.) — **Zinnica. Błękit analinowy (Anilinblau).**

A. Iwanow zaleca ten środek w zimnicy w dawkach 3 razy dziennie po 0,1—0,2—0,3 zwłaszcza w tych razach, w których chorzy nie znoszą błękitu metylenowego. Stosować należy preparat czysty (Chemisch rein waserlöslich Merk). Błękit analinowy posiadać ma tę wyższość nad błękitem metylenowym, że nie powoduje uczucia palenia i bólu przy oddawaniu moczu, ani parcia na mocz, co przy stosowaniu błękitu metylenowego ma miejsce bardzo często.

(„Bolnicznaja gazieta Botkina“ № 51, 1900).

## IV. BIBLIOGRAFIA.

23. H. Higier **Z higieny ciała i ducha etc.** Warszawa, 1900.

Literatura nasza lekarska mało zajmowała się dotąd kwestyą higieny szkoły głównie dla tego, że lekarzom naszym brakło materiału do badań oraz terenu odpowiedniego. Położenie lekarza w szkołach ministerium oświaty sprowadzało się do zapisywania recept uczniom w czasie tygodniowej wizyty, poświadczania świadectw; higieną szkoły i uczniów, lekarz źle płatny, usunięty z rad pedagogicznych, nie zajmował się zgoła. Zakłady prywatne większe nie posiadały lekarzy, ściślej mówiąc, w nielicznych tylko szkołach utrzymywano lekarzy.

W r. z. na tem miejscu podnosiłem kwestyę lekarzy szkolnych, zaznaczając wtedy pobieżnie ich rolę, nie będę więc powtarzał, zaznaczę tylko, że lekarz szkolny li tylko higienę powinien mieć na oku, być stałym członkiem rad pedagogicznych, układać zajęcia wspólnie z pedagogami, zwracać uwagę pedagogów na stan fizyczny i umysłowy poszczególnych uczniów i w tym celu przeprowadzać badania odpo-



wiednie, wreszcie dbać winien o higieniczne warunki lokalu szkoły i pouczać uczniów o potrzebie stosowania przepisów higieny.

Tak pojmowałem rolę lekarza szkolnego i z prawdziwą przyjemnością znalazłem w książce kol. Higiera mniej więcej tę samą myśl przewodnią, z prawdziwym zajęciem odczytałem tę pracę, o ile się nie mylę, jedyną w swoim rodzaju w języku naszym.

Na tem miejscu mogę zdać sprawę tylko z pierwszej części pracy kol. H., dotyczącej higieny szkolnej, druga połowa—poświęcona pedagogii i jej reformie—musi być ocenioną w piśmie specjalnie pedagogicznym.

W pierwszej tej części autor rozpatruje kolejno kwestyę przeciążenia fizycznego i umysłowego uczniów, wraz z historią przeciążenia i metodami badania Kraepelina, Sikorskiego, Motto itd., gimnastykę, długość dnia, zajęcia nadprogramowe, wahania w rozwoju fizjologicznym ucznia, higienę osobistą ucznia w najszerszym zakresie, kwestyę wakacji, odpoczynku, higienę nauczycieli, rolę lekarza szkolnego itp.

Uwagi w pracy kol. H. zawarte są tak trzeźwe, tak logicznie wysnute z przesłanek psychofizjologii i fizjologii ciała, że rzecz sama, barwnie napisana, czyta się z niesłabnącem zajęciem do końca.

Jaskrawo odmalował autor stan współczesny szkół naszych, obserwował je pilnie, a i doświadczenia własne, jak każdego z nas, dały mu dostateczny materiał do tego obrazu. Odtworzył w pamięci chwile przeżyte w murach szkolnych przez każdego z nas, te chwile, kiedy właściwie nie wiedzieliśmy, czego chcą nasi nauczyciele od nas, oni zaś—czego uczniowie od nich żądają.

Stara jak świat scholastyka prześladowała nas ciągle i zdaje się końca nie ma jej panowaniu. Wtłaczano w nas gramatyki, formuły, chronologię bez należytego wyjaśnienia, bez chęci przewodniczenia ruchom myślowym ucznia, a rezultat był taki, że tylko dzielniejsze jednostki mogły przetrwać tę próbę ogniową i skończyć nauki, mniej odporne—ustały w pół drogi.

Karmiono nas suchym chlebem nauki, nie okraszając go wcale, oddzielano nas od życia i jego zagadnień murem chińskim, broniąc dostępu świeżym powiewom nowoczesnych wymagań. I rzucano garść za garścią młodzi w świat nieznaną, gdzie ginęło dużo sił pierwszorzędnej nieraz wartości, zmrożonych jak roślina cieplarniana pod podmuchem mroźnego wiatru. A tym, co się ostali, w duchu zostało wiele niechęci do świata, nadwreżony układ nerwowy i jakaś niechęć do szkoły, co takie warunki stworzyła.

Dziś dla młodzieży zabłysło światło lepsze. Ministerjum oświaty zajmuje się kwestyą reformy wychowania na seryo, ministerjum skarbu, otwierając szkoły nowego typu, pozostawiło dużo swobody radom pedagogicznym, powołało do nich lekarzy, których wpływ na wychowanie wzrasta stale, zabłyśnie więc nowa era w przyszłości dla pokolenia młodszego i ku tej erze nową społeczność zwraca oczy z niecierpliwością.

To też książka kol. Higiera jest na dobre i bardzo na dobre. Można polemizować z autorem co do sposobów i metod nauczania,



rzecz to jednak nie moja, ja chciałbym tylko zwrócić na nią uwagę lekarzy jako na studyum psychologiczne nader cenne i umiejętnie przedstawione.

Rzecz napisana została dobrym językiem i dość popularnie.

*Józef Zawadzki.*

## V. Korespondencye „Kroniki Lekarskiej“.

*Łódź, w styczniu 1901 r.*

Przyszedł rok nowy, zamknął bilans trudów w bawełnianym grodzie i technął nadzieją w polepszenie stosunków przemysłowych i społecznych. Rozpoczął się dobrze, bo ścisnął mrozem kilkunastostopniowym wyziewy i opary łódzkie i, jak różczką czarodziejską, odpędził widmo epidemii ospy, grypy i szkarlatyny. Ludność m. Łodzi, żyjąca w ściśle zakreślonej sferze interesów finansowych i przemysłowych, mniej jest wrażliwą na wszelkie epidemie, nie więc dziwnego, że panika ospowa nie znalazła tutaj odpowiedniego gruntu, i choć ludziska chorowali, choć często gęsto ktoś umarł, to stosunkowo niewielkie, zdaje się, było u nas zapotrzebowanie limfy ochronnej. Również niepostrzeżenie, że tak powiem, przeszła tu epidemia zaraźliwego zapalenia powiek o przebiegu ostrym wśród objawów silnego podrażnienia i obfitej wydzieliny ropnej. Szczególniej zapadali mieszkańcy przedmieścia Bałuty, Radogoszcza, Dąbrowy i Widzewa. Na szczęście epidemia trwała krótko i była względnie łagodna, więc i chorzy, o ile nie zasięgałi porady bab i znachorów, o ile utrzymywali oczy w czystości, prędko powracali do zupełnego zdrowia. Badania bakteryologiczne, dokonywane niejednokrotnie w pracowni kol. Serkowskiego wykazywały prawie zawsze obecność bac. pseudo-diphtheriticus i staphylococcus p. aureus, natomiast ani razu nie można było otrzymać hodowli prątka (diplobacillus) M o r a x - A x e n f e l d a i lasecznika K o c h - W e e k s ' a .

W dniu 3-cim b. m. odbyło się posiedzenie ogólne wyborcze Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego, budzące zaciekawienie ze względu na długoletniego, zasłużonego prezesa swego d-ra K a r o l a J o n s c h e r a , który przed posiedzeniem rzekł się godności piastowania urzędu przewodniczącego. Widząc atoli, że ogólnem życzeniem członków Towarzystwa byłoby, aby pozostał nadal prezesem, słysząc wyraźnie zdania, że Towarzystwo nasze straciłoby wiele, będąc pozbawione wpływu d-ra J o n s c h e r a zarówno na lekarzy miejscowych, jak i na ogół mieszkańców Łodzi, Szanowny Prezes, pomimo braku czasu, zgodził się i w tym roku poświęcić się pracy dla dobra Towarzystwa. Wiceprezesem został ponownie wybrany dr. L e o p o l d S i k o r s k i , nestor lekarzy łódzkich, człowiek niezmiernie zacny i poważany. Wreszcie stanowisko sekretarza Towarzystwa



przypadło z wyboru ogromną większością głosów d-rowsi Bronisławowi Handelsmannowi, ordynatorowi szpitala Ś-go Aleksandra. Po posiedzeniu zebrani członkowie Towarzystwa podczas biesiady o nastroju serdecznym i niewymuszonym wyrazili uznanie kol. M. Kohnowi z okazji 25-letniej działalności lekarskiej.

Redakcyja Czasopisma Lekarskiego pozostaje w tym roku pod tym samym kierunkiem i administracyą, przynajmniej tak ma być do czasu wyjazdu z Łodzi kol. Stankiewicza, który postanowił przenieść się do Warszawy; stanowisko wydawcy zająłby wówczas, zdaje się, kol. Fankanowski.

\*

— (j. z.) — Od kol. W. otrzymujemy list, z którego wyjmujemy bardziej samoistne poglądy:

„List kol. Them. w kwestyi felczeryzmu, umieszczony w 23-cim zeszytacie „Kroniki Lekarskiej“ z r. z., nasunął mi kilka własnych uwag w tej kwestyi.

Nie uważając bowiem tej ostatniej za wyczerpaną, sądzę, że im częściej będą w niej głos zabierać pisma lekarskie, ogólne, tem prędzej zrozumiana zostanie przez ogół nasz szkodliwa działalność felczerów, a przez lekarzy podjęta walka z nimi. Kol. Them. uważa aptekarzy za najbardziej winnych rozpanoszenia się felczerów — mojem zaś zdaniem, w równej a może i większej mierze wina jest po stronie samych lekarzy, później dopiero aptekarzy i wreszcie całego ogółu inteligentnego.

Nie czekając zupełnego zniesienia kasty felczerów, co jedynie mogłoby się okazać środkiem radykalnym i na czem ogół napewno nie a nie by nie ucierpiał, pozwolę sobie przytoczyć parę środków mniej radykalnych, które jednakże, sądzę, mogłyby dać jakie takie rezultaty.

Lekarze zarówno wolnopraktykujący, jak i szpitalni, powinni możliwie rzadko i tylko w razie koniecznej potrzeby uciekać się do pomocy felczerów, redukując działalność ich do *minimum* t. j. stawiania baniek, pijawek i robienia lawatywy i nie wtajemniczać ich żadną miarą w rzeczy, które w zakres ich wiedzy wchodzić nie powinny.

Najlepiej zaś starać się obchodzić bez felczerów; lekarze szpitalni, jak słusznie któryś z kolegów zauważył, mogliby do tego celu przyuczać posługaczy, a w praktyce prywatnej nawet, każdy przyzna, stawianie baniek i lawatywy lub irygacje mogą być doskonałe stosowane przez samych domowników.

Aptekarze nie powinni wydawać recept felczerskich.

Nie należy felczerom powierzać apteczek, za lekarstwa bowiem fabrykowane przez siebie, czerpią największy dochód.

Częstokrotne poruszanie kwestyi felczerskiej w prasie, a szczególnie w pismach przeznaczonych dla włościan. Pouczanie ich o szkodliwości praktyk felczerów, często pseudo-felczerów, którzy żadnej



szkoły nie ukończyli. Dużo tu mogłyby zrobić również odczyty popularne o tej kwestyi traktujące.

Organizowanie przez obywateli okolicznych stałej pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Ta ostatnia bowiem wtedy i sama nie będzie potrzebowała udawać się o poradę do felczerów, jak również, widząc dobroczynne skutki pomocy lekarskiej i mając krewnych i znajomych we wsiach sąsiednich z majątkami, może w znacznym stopniu przyczynić się do wyrobienia zaufania większego wśród włóścian do leczenia się u lekarzy.

Organizowanie stałej pomocy lekarskiej przez same wsi, drogą umowy z lekarzem, jak to, o ile sobie przypominam, zostało w jakiejś okolicy zastosowane.

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 15-go stycznia 1901 r.*

—(O. H.)— W № 12 „Krytyki lekarskiej“ (r. z.) spotykamy się z oryginalnym artykułem p. M. Kramsztyka, w którym to artykule autor czyni lekarzom zarzut, jakoby w przypadkach ciężkich, zrozpaczonych — zamiast przynajmniej pocieszyć chorego, skoro mu nie są w stanie pomódz, pozbawiają go wszelkich złudzeń, rzucając mu brutalnie: „A napisz pan testament i urządz stosunki majątkowe, na katastrofę trzeba być przygotowanym“.

Autor widział, jakoby, bardzo wielu (?) ludzi zgnębionych taką troskliwością lekarzy, a przypuszcza, że jest ona u nas tak dalece w zwyczaju, że utarła się nawet formuła, w której w tych razach zwracamy się do nieszczęśliwych ofiar, zamieszcza bowiem ów frazes: „A napisz pan testament i t. d.“ w cudzysłowie, ilekroć go powtarza, jakby zdanie często słyszane i powtarzane.

Następnie p. K., skromnie powściągając chętkę dania nam lekyi o wpływie takich „memento mori“ na stronę fizyczną i psychiczną organizmu pacjenta, jakkolwiek z obserwacji własnej mógłby przytoczyć bardzo wiele nieszczęśliwych rezultatów takiego postępowania, każe nam pilnować własnych interesów, a nie mieszać się w cudze. Czy nie inde ira?

W interesach obcych mamy być tak dalece pozbawieni wszelkiego doświadczenia, że nie powinniśmy, według autora, o nich rozmawiać z chorym nawet na równi z jego rodziną i przyjaciółmi, bo tylko wywołujemy przestrah i bezład w dziedzinie majątkowej. Jest to ostatecznie zakres działalności adwokata i lekarzowi zaś wkraczać w dziedziny obco jego specjalności.

Możemy uspokoić Sz. autora, którego to jakoby wkraczanie nasze w działalność adwokatów zdaje się najbardziej irytować, że obawy jego są zupełnie płonne, że lekarze mu chleba nie odbiorą, ponieważ urojonem jest wprost całe to niebezpieczeństwo, o którym pisze, zarówno dla chorych jak i dla przedstawicieli interesów obcych.



Przypadki, w których lekarz wprost namawiałby chorego do pisania testamentu należeć mogą do nader rzadkich wyjątków, jeżeli bywają, i wprost nazwiemy przesadą wielką to, co autor pisze, że sam jeden zna ich bardzo wiele. (Jak pogodzić zresztą z tem twierdzeniem ustęp, „że w przeciągu blisko 30-letniej praktyki obrończej nie widział ani jednego testamentu, sporządzonego wskutek porady lekarza“, nie rozumiemy).

Gdyby ostatecznie i były przypadki, że lekarz, na prośbę rodziny, nasunie choremu myśl o blizkiem niebezpieczeństwie i zatrafi o testament — to trudno jednak nawet przypuścić, aby mógł się po za tę inicjatywę posuwać i przyjmować udział w rzeczywistym sporządzaniu tego omawianego aktu.

Umyslnie zapytywaliśmy wielu kolegów, w tej liczbie i starych doświadczonych praktyków, czy mieli w praktyce podobne ewentualności i spotkaliśmy się ze stanowczym zaprzeczeniem.

Jeszcze jeden zarzut, nie wiemy również na czem ugruntowany, czyni p. K. lekarzom, mianowicie, że przesadzają ważność sporządzania testamentu! Autor wypowiada tu kilka zdań o tym akcie, które, gdyby były napisane wcześniej, możeby wstrzymały — jako zupełnie zbyteczne — wydanie obu dziełek, traktujących o spadkach i testamentach, które w roku ubiegłym wzbogaciły naszą popularną literaturę prawniczą \*).

Znaczenie testamentu, pisze autor, jest tak ograniczone, że wogóle nie wiele na tem zależy, czy został on zrobiony, czy nie. Jeżeli są dzieci, majątek przechodzi na nie i bez testamentu, jeżeli niema dzieci, prawo wskazuje, kto spadek weźmie bez testamentu. Oto cała nauka o testamentacie, zwięzła i wyczerpująca.

Ustęp ten zapewne zadziwi jeszcze więcej prawników, niż lekarzy, którym pomimo to (*dla własnego użytku*) polecamy wspomniane dziełka. Pozostawiając jednak krytykę jego prasie fachowej, musimy zauważyć, że wygłaszanie podobnych zdań przez specjalistę wobec niespecjalistów uważamy za nieostrożne.

---

— h. — Ostatnie (10 stycznia r. b.) zebranie ogólne Towarzystwa Hygienicznego miało za zadanie rozpatrzenie budżetu Towarzystwa oraz zatwierdzenie regulaminu dla redakcyi „Zdrowia“, jako organu Towarzystwa. Co do pierwszego punktu ograniczamy się uwagą, iż pensya redaktora (500 rb.) oznaczona została znacznie wyżej, niż to bywa w naszych stosunkach w wydawnictwach naukowych, zbyteczną za to zupełnie wydaje się nam posada administratora piśmie z płacą 240 rb., gdyż bardzo ograniczona czynność administracyjna przy wydawnictwie miesięcznika o niewielkiej liczbie prenume-

---

\*) Fr. Podlewski: „O spadkach i testamentach“. Warszawa, 1900.  
H. Cederbaum: „Jak napisać testament własnoręczny“. Warszawa, 1900.  
F. Ochimowski: „Dział prawny w kalendarzu na Pogotowie ratunkowe“ 1901 r.



ratorów (800 z których przeszło  $\frac{3}{4}$  członków) mogłaby bardzo dobrze prowadzić niezbyt obciążona pracą kancelarya Towarzystwa.

Piękną zasadą jest niewyzyskiwanie pracowników, ale niebezpiecznym jest z wielu względów — stwarzanie synekur.

Odnosnie regulaminu, z żalem zauważyliśmy obojętność, z jaką skasowane zostały „artykuły wstępne“. Pierwszy artykuł regulaminu, omawiający zadania „Zdrowia“, wymienia wśród nich „budzenie twórczości naukowej na polu higieny“. Jeżeli nie ma to być pustym frazesem, przeznaczonym raczej do prospektów, to nie wiemy, jak się z zadania tego wywiąże redakcyja, odrzucająca „artykuły wstępne“, w których właśnie powinnyby odbijać się poglądy redakcyi na uwydatniające się w danej chwili prądy i kierunki w higienie teoretycznej, gdzieby mogła zaznaczać palące kwestye z praktyki, bądź leżące odłogiem, bądź wprowadzane w życie, zachęcając do ich badania i krytyki.

Ta jedyna strażnica, z którejby można było budzić, jeżeli już nie twórczość, to przynajmniej zainteresowanie, prawie że drzemające, w naszym ogóle na kwestye pierwszej wagi — z dziedziny zdrownictwa, ten posterunek redakcyja „Zdrowia“, organ Towarzystwa higienicznego, porzuciła dobrowolnie.

Nie uważamy też za korzystne dla pisma zbyteńskie skrepowanie redaktora przez członków komitetu redakcyjnego, którzy powinni mieć głos tylko doradczy, a nie równy. Ogranicza to w wysokim stopniu indywidualność redaktora i naraża go na próżną stratę energii i czasu na przekonywanie tak złożonego ciała.

Niezrozumiałem zaś wprost dla nas jest dopuszczenie do „kierownictwa Zdrowiem“ — administratora, którego „pismo“ winna być brana pod uwagę jedynie chyba odnośnie pisania kwitów i adresów, ale nie w czynnościach redakcyjnych.

— z. — Przy wyborach w Tow. lek. warsz. zostali ponownie wybrani: na prezesa kol. S. Markiewicz, na wiceprezesa kol. H. Nusbaum, na sekretarza zaś wybrano kol. L. Dydyńskiego.

— z. — Z ogłoszonego niedawno artykułu Helera (D. M. W. № 48, 1900) wyjmujemy ciekawsze dane statystyczne co do wyników sekcyi w 300 przypadkach samobójstw w Kielu.

	a) wiek	mężcz.	kobiety
	niżej 10	—	1
	11—15	2	1
	16—20	17	14
	21—30	44	25
	31—40	56	7
	41—50	54	10
	51—60	34	6
	61—70	13	4
	71—80	6	—
	81—90	—	2
	nieznany	4	—
		230	70



b) przyczyna śmierci	mężczyźni	kobiety
powieszenie . . . . .	127 (55,2 %)	20 (28,5 %)
utopienie . . . . .	23 (10 %)	29 (41 %)
postrzały . . . . .	55 (23 %)	2 (2,8 %)
rany cięte . . . . .	9 (3,9 %)	2 (2,8 %)
otrucia . . . . .	14 (6,1 %)	15 (21,4 %)
przejechania . . . . .	1 (0,4 %)	—
rzucenie się z wysokości	1 (0,4 %)	1 (1,4 %)
uduszenie . . . . .	—	1 (1,4 %)

Najwięcej samobójstw było w miesiącach: od kwietnia do lipca 125, najmniej w sierpniu do listopada 82, nieco więcej w grudniu do kwietnia.

— z. — O. Moczutkowski ogłasza obecnie nader ceune spostrzeżenie z r. 1876, dowodzące jego poświęcenia dla nauki. Oto zaszczyił sobie wtedy krew chorej na tyfus wysypkowy bezpośrednio do krwi. Po 18 dniach wystąpiły objawy prodromalne i następnie ciężka postać tyfusu. M. czekał na inne w tym kierunku badania, nie doczekawszy się ich, ogłosił swoje doświadczenie stwierdzając *zaraźliwość krwi chorych na tyfus wysypkowy*.

— j. z. — *Przeciwko onanizmowi*. Mairet i Ardin-Delteil stosowali z powodzeniem u 19-letniego chorego podskórnie hyocyneę. W 12 innych przypadkach spostrzeganych w ciągu 8 miesięcy onanizm ustał, w 6 polepszenie trwało dni kilka, w 1 przypadku wyników żadnych nie otrzymali. Stosowali hyocyneę w roztworze po 0,00025 grm. pro dosi, zwiększając dawkę stopniowo do 0,002 grm. Działanie przypisują oddziaływaniu tego środka na ośrodek piciowy w rdzeniu.

— z. — W szpitalach galicyjskich jak donosiły pisma codzienne, lekarze asystenci zagrozili bezrobociem, o ile pensye nie będą podwyższone, już rok temu; zapobiegła wykonaniu obietnica wydziału krajowego, że desiderata lekarzy będą uwzględnione w r. 1901. Skoro jednak i w budżecie na ten rok nie znaleźli zadosyćczynienia ponowili groźbę, która w czyn jednak nie weszła i tym razem w Krakowie, dzięki taktowi dyrektora szpitala powszechnego prof. Ponikły. Lekarze zażądali ustanowienia 14 posad sekundaryuszy po 1400 koron (około 518 rb.) i 10 posad praktykantów z pensją po 600 (około 230 rb.) rocznie. Jakkolwiek różnie można się zapatrywać na wybór sposobu postępowania kolegów galicyjskich, słuszności ich żądaniu odmówić niepodobna. Co by jednak zrobili, gdyby znaleźli się w naszych stosunkach, gdzie nie tylko asystenci szpitalni, ale ordynatorzy nadełtatowi i lekarze ambulatoryjni są *wcale* niepłatni, a nawet pozbawieni (asystenci i lekarze ambulatoryum) praw służby państwowej. Stan ten u nas trwa oddawna, a kandydatów na posady nie brak nigdy...

— (pol.) — W uzupełnieniu spisu pism na przefomie XVIII i XIX-go wieku dodajemy:

22) Acta physico-medica Academiae Caesareae naturae curiosorum exhibentia, Ephemerides etc. Norimbergae, zaczęły się jeszcze



w 17-ym wieku, a w bibliotece są od r. 1725, potem (w 19-ym wieku) zwa się Nova Acta Academiae Cesareae.

23) Annalen der Entbindungs Lehranstalt zu Göttingen. (1800).

— h. — Osada Kowal, powiatu włocławskiego, 4 wiorsty od stacyi tejż nazwy, licząca do 6 tysięcy mieszkańców, potrzebuje lekarza. Poprzednio praktykujący tu kolega miał rocznie 2,000 rb. (porzucił miejsce z powodu zmiany stosunków rodzinnych). Zasiłku osada nie daje żadnego.

— z. — W Kijowie urządza się na wzór Warszawy stacya Pogotowia ratunkowego. Inicyatorzy zaczerpnęli ustawę oraz wzory z Warszawy. Między założycielami figurują: prof. uniwersytetu Morozow, Wysokiewicz, Tritszel, Sikorski, Sachnowski, Obołonski, Wagner, Czerniakowski, Modzelewski i wielu innych. Warto by było, aby przy urządzeniu stacyi kierowano się i nadal wskazówkami instytucyi warszawskiej.

— z. — VIII kongres międzynarodowy przeciwalkoholiczny odbędzie się 9—14-go kwietnia r. b. w Wiedniu, pod prezydencyą prof. M. Gruby.

— z. — Kongres przeciwgruźliczy odbędzie się w Londynie 22-go lipca r. b. Składka 1 f. sztr., adres sekretarza: Londyn, W. Hanover, Square 20.

— z. — W d. 9 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie wydziału poświęconego gruźlicy Tow. higienicznego. Inicyatorem jest prof. Baranowski, prezesem wydziału kol. A. Sokołowski.

— z. — Na konkursie stulecia „Kuryera Warszawskiego“ z pomiędzy 63 głosujących za najbardziej zasłużonego na polu medycyny w Polsce w XIX uznano prof. J. Chałubińskiego. Głos ten opinii, coprawda, szczupłego grona głosujących, zdaje się, nie myli się wcale.

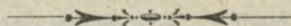
— z. — Nadetatowymi ordynatorami szpitala na Pradze zostali mianowani kol. Reutt, Downarowiczówna i Maliszewski.

— z. — Dr. Józefa Joteyko otrzymała nagrodę Akademii nauk w Paryżu.

— z. — W końcu grudnia otwarte zostały w Warszawie dyżury lekarskie stałe dla udzielania pomocy w nagłych zachorowaniach w domach prywatnych. Urządzenie lokalu dyżurów jest zupełnie odpowiednie. Na stacyi, połączonej z miastem zapomocą telefonu, dyżuruje 1 lekarz. Taksa za udzielenie pomocy nie została ustalona.

— z. — Tow. lekarskie w Wilnie powołało na prezesa kol. Erbsteina, na wiceprezesa kol. A. Wojnicza, na sekretarza kol. J. Świąteckiego.

— z. — „Wiener medicinische Wochenschrift“, najstarsze pismo wiedeńskie lekarskie, obchodziło 50-lecie swego istnienia.





## Od wydawców.

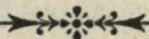


„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901-ym w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

Dla uniknięcia zwłoki w odbiorze pisma upraszamy Pp. prenumeratorów o wczesne przesyłanie przedpłaty, oraz zawiadamianie o zmianie adresu. Pp. prenumeratorów, za legających w opłaceniu przedpłaty, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

---

Z d. 1 stycznia biuro redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ zostało przeniesione na ul. Orłą № 5 |A m. 3 (Telefonu 1264), upraszamy o nadsyłanie rękopisów, pism i książek pod tym adresem.





# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki — Dr. Kazimierz Wisiołcki — str. 71.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

1. Dr. Lauwers — Gruźlica nerki prawej, powikłana przez obfite wynaczynienia w pęcherzu — str. 79. 2. Dr. Goris — Przypadek częściowego wycięcia gardzieli z połowiczną amputacją języka i jamy ustnej — str. 81. 3. Dr. V. Chlumsky — O sposobach przywrócenia sprawności ruchowej w stawie sztywnym — str. 82.

### II. Choroby skórne i weneryczne.

4. Prof. M. v. Zeissl — Rzeżączka i małżeństwo — str. 84. 5. Scholtz — Rzeżączka i małżeństwo — str. 85. 6. M. Lohnstein, Posner — Odczyn wydzieliny prostatycznej w przypadkach przewlekłego niezytu gruczołu przyprątneho i wpływ jego na żywotność nitek nasiennych — str. 88. 7. Leo Lejstikow — Ichtargan, nowy środek przeciw ostrej rzeżączce — str. 88. 8. Lohnstein — Działanie Ichtarganu w rzeżączce i innych chorobach moczowo-płciowych — str. 88. 9. Minne — Badania histologiczno-patologiczne nad liszajem okołowłosowym dzieci — str. 89. 10. M. Ch. Viannay — Dwa przypadki niezwykle krótkotrwałej odporności na ospę po zaszczepieniu krowianki — str. 90. 11. Roger i Weil — Znaczenie chorobotwórcze ciałek, napotykanych we krwi i narządach osób cierpiących na ospę — str. 91. 12. M. Tendlan — Zupełny brak gruczołów potowych i brodawek — str. 92.

III. Wiadomości terapeutyczne — 13—22 — str. 92.

IV. Bibliografia — str. 94.

V. Korespondencje „Kroniki Lekarskiej“ — str. 96.

Kronika bieżąca — str. 98.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Января 1901 года.