

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Z oddziału D-ra K. Chełchowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

3 PRZYPADKI PORAŻENIA LANDRY'EGO

PODALI:

Dr. Józef Winiarski i Dr. Leszek Wolfram.

—•••—
Porażenie Landry'ego należy ze względu na swą rzadkość do rzędu chorób mało dotychczas znanych. Ciemną jest dla nas etyologia tego cierpienia i istota jego, symptomatologia zaś, mianowicie odmiany kliniczne, dotąd nie są zupełnie ustalona. Spowodowane jest to zapewne tem, że wiele z pomiędzy przypadków porażenia Landry'ego uważać należy za rozsiane zapalenie nerwów (Neuritis multiplex), wiele zaś innych za cierpienie rdzenia, zwłaszcza przedłużonego.

Dlatego też Leyden radzi rozróżniać 2 odmiany porażenia Landry'ego: postać neurytyczną i postać opuszkowo-rdzeniową.

Z nowszych autorów L. Dydyński¹⁾ sądzi, że porażenie Landry'ego należy uważać za cierpienie obwodowego układu nerwowego, objawy zaś opuszkowe w tej chorobie spostrzegane, zdaniem Dydyńskiego, są spowodowane zmianami nie w układzie ośrodkowym, lecz w nerwach, biorących początek w rdzeniu przedłużonym.

Martinet²⁾ jest zdania, że cierpienie Landry'ego bywa czę-

¹⁾ Odczyt w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w dniu 6 Lutego r. z. Patrz „Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.” 1900, Tom XCVI, Zeszyt I, Str. 160—167.

²⁾ Martinet H: „La paralysie ascendante aiguë. (Syndrome de Landry). Etude historique et critique”. Thèse de Paris, 1897. p. 136. Referat w „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie“.

Bericht über das Jahr 1898, S. 518.

sto początkowym objawem poliomyelitis anterioris acutae Duchenne'a oraz polynueritidis, sądzi jednakże, że należy te 3 cierpienia ściśle pod względem klinicznym rozróżnić, jakkolwiek wszystkie 3, zdaniem jego, polegają na zajęciu przez sprawę patologiczną jednego i tego samego narządu, mianowicie neuronu ruchowego.

Thomas³⁾ porażenia Landry'ego również uważa za cierpienie neuronu ruchowego rdzenio-obwodowego; czuciowy aparat nerwowy pozostaje przytem nieuszkodzony.

Mills i Spiller⁴⁾ sądzą, że porażenie Landry'ego można zaliczyć do Myelitis. Jednocześnie może tu istnieć, zdaniem tych autorów, polyneuritis oraz zmiany w komórkach zwojowych przednich rogów, pierwotne, lub wtórne, w niektórych zaś przypadkach jad chorobowy uszkadza, prawdopodobnie, cały obwodowy neuron ruchowy.

Toż samo zdanie, że istotę porażenia Landry'ego stanowi cierpienie obwodowego neuronu ruchowego, wypowiada u nas Biro⁵⁾.

Wobec tak sprzecznych poglądów, sądzimy, że podawanie do wiadomości każdego przypadku tego cierpienia jest jeszcze wskazane, gdyż może się przydać do rozszerzenia kręgu naszych wiadomości o tę jeszcze nie wykończoną naukowo postaci nozologicznej.

Przytoczone poniżej przypadki spostrzegane były w szpitalu D-ka Jezus.

1) W przypadku 1-ym zasługuje na uwagę niezmiernie szybki przebieg choroby, która w przeciągu 6 dni zakończyła się śmiercią. T. W., lat 44, robotnik, przybył do szpitala d. 2. VI. 1888 r.

Żonaty i dzietny. Przedtem zawsze był zdrow. Na 2 tygodnie przed zachorowaniem miał bóle w prawej nodze. Po wzięciu, zaleconej mu z tego powodu, kąpieli d. 30. V poczuł silniejszy ból w nodze i w krzyżu. Nazajutrz, tj. d. 31. V, obudziwszy się, nie mógł się już podnieść z łóżka, przez pokój mógł z ledwością przejść, trzymany pod obie pachy. Tegoż dnia jeszcze mówił dobrze, pisał list o swojej chorobie, miał wypróżnienia. Następnych 2 dni wystąpiły:

³⁾ Thomas John Jenks: „Two cases of acute ascending paralysis with aatopsy”. Amer. Journ. of the med. sciences, VIII. Referat w Jahresbericht über das Jahr 1898, S. 520—521.

⁴⁾ Mills, C. has. K. und Spiller, We. G.: „On Landry's paralysis with the report of a case”. The Journ. of nerv. and menthal. dis. June. Referat ibidem, S. 522—523.

⁵⁾ Maks Biro: „O chorobie Landry'ego”. Medycyna, 1898, №№ 33, 34.

utrudnienie w mowie, połykaniu i odpluwaniu oraz coraz bardziej wzrastające osłabienie w nogach i rękach, zwłaszcza w lewej ręce; stolca nie było.

Status praesens d. 3 VI. Budowa i odżywianie b. dobre. Stan bezgorączkowy. Granice płuc nieco obniżone. Prawie zupełne, wiotkie, porażenie kończyn dolnych; lewą ledwie trochę zgina w kolanie i odsuwa na zewnątrz, prawą może nieco unieść. Kończyny górne niezupełnie porażone: prawą może wykonać wszystkie ruchy, a podaną mu rękę obejmuje nawet dość mocno; lewą może zgąć i wyprostować w łokciu, podnieść jednak ramienia nie może, rękę obejmuje niezmiernie słabo. Usiąść na łóżku nie może, a gdy go posadzić, prosi, żeby mu spuścić nogi. Wszelkie ruchy bierne całkiem swobodne.

Ruchy głowy i oczu zachowane. Niezupełne porażenie dolnych gałęzi lewego nerwu twarzowego. Czoło i brwi marszczy po obu stronach jednakowo. Lewe oko wydaje się raczej mniejszem. Przy wysuwaniu języka koniec jego zbacza na prawo, języczek zaś przy wydawaniu głosu zbacza na lewo; oblizuje się dobrze. Mowa powolna, zgłoskowana, nosowa, niewyraźna. Odpluć nie może, tak że otaczający muszą mu płocinę wyciągać z ust rącznikiem. Wzrok, słuch, dotyk, czucie bólowe oraz ciepłne całkiem prawidłowe. Odruch kolanowy prawidłowy. Łechtanie skóry pod podeszwami nie wywołuje odruchów. Mocz oddaje dobrze.

4. VI Tętno 84, miarowe. Oddechów 26 na minutę. Pogorszenie. Kaszlnąć silniej nie może, od czasu do czasu sinica. Od przybycia do szpitala literalnie nic nie je i nie pije prócz lekarstwa z obawy zachłyśnięcia się. Dzisiaj od południa i lekarstwa już przelknąć nie może.

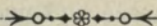
Podniebienie miękkie, drażnione piórem, nie kureczy się. Granice płuc nieco podniesione, nie zmieniają się przy próbach głębszego oddychania; słabe podnoszenie się i opadanie dołka i ruchy międzyżebrowe są jednak widoczne. Lewa połowa klatki piersiowej mniej się porusza i oddech nad nią słychać słabszy. Zaparcie stolca; mocz oddaje dobrze. Nogi słabsze: prawą tylko może odsuwać, lecz zgnać jej nie może; lewa całkiem bezwładna. Prawa ręka także jest bardziej słabszą od wczoraj: wyprostować palców, ani podnieść ramienia nie może; inne ruchy są jeszcze zachowane, chociaż b. słabe. Z ruchów w lewej ręce pozostały tylko ślady ich w palcach i w łokciu.

Chory czuje dzisiaj bóle w piętach. Ze strony czucia wykazała się daje nadzieję przedramion do łokcia.

O godzinie 6 1/2 wieczorem zmarł.

Na sekcji prof. Przewoski, prócz nieczytu oskrzeli i drobnych ognisk poczynającego się zapalenia płuc pod prawą opłucną, żadnych zresztą zmian w narządach wewnętrznych nie znalazł.

Rdzeń przedłużony, most Varola i biała substancja mózgu wydawały się lekko przekrwionemi. Po stwardnieniu rdzenia i mostu Varola gołem okiem na przecięciach nie można było w nich dostrzedz żadnych zmian. Badania drobnowidzowego nie wykonano. (*D. c. n.*)



II. O ZMIENNEJ NIERÓWNOŚCI ŻRENIC.

(Rzecz, wygłoszona na IX-tym zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.)

PODAŁ

Dr. W. Miklaszewski.

Jeżeli spójrzmy teraz na zebrane przypadki z innego punktu widzenia i zapytamy, w jakich przypadkach zmienna nierówność źrenic była wyrażona najsilniej, to zyskamy nowy materiał do wniosków. Dla ułatwienia sprawy odsyłam czytelnika do poniższej tabliczki

Spostrzeżenia z pracy poprzednio ogłoszonej.

№ przyp.	płeć	wiek	Choroba			Rodzaj nierów.		Stopień a b c ¹⁾	U W A G I
			we- wnę- trzna	nerwowa czyn.	organ.	przej- ściowa	zmien. na — przem.		
I	m ²⁾	40		1			1	b	nerwoból
II	m	28		1		1		c	nerwoból
III	m	24		1		1		a	nerwoból
IV	k	37		1			1	c	hysteria
V	k	36			1		1	c	sclerosis dissem.
VI	m	25	zdrów	zupelnie			1	c	
VII	m	19	zdrów	zupelnie			1	b	
VIII	k	67	1			1		b	
IX	k	34		1		1		b	
X	k	47	1			1		b	
XI	k	57		1		1		b	
XII	k	30	1			1		b	
XIII	k	48			1	1		a	
XIV	k	57			1	1		b	
XV	k	76			1		1	b	
XVI	k	62				1		b	
XVII	m	73	1				1	b	
XVIII	m	71			1		1	a	
XIX	m	73	1			1		a	
XX	k	54	1			1		b	
XXI	k	83	1			1		a	

1) a słaby, b średni, c znaczy stopień nierówności.
(3 : 4) (2 : 3) (1 : 2 : 3)

2) m — mężczyzna; k — kobieta.

Spostrzeżenia z pracy niniejszej.

№	płeć	wiek	Choroba			Rodzaj nierów.		Stopień	UWAGI
			we- wnę- trzna	Nerwowa		przej- ściowa	zmien. na- przem.		
				czyn.	organ.				
I	k	36	1			1		b	
II	k	27	1	1			1	b	nerwoból
III	k	37	zdrowa			1		b	przech. przym.
IV	k	70	1				1	a	
V	k	48			1	1		b	
VI	k	74	1				1	b	
VII	k	48		1		1		b	nerwoból
VIII	k	23	1	1		1		b	Rheum. i hyst.
IX	k	30		1		1		b	
X	k	50	1			1		a	
XI	k	40			1	1		b	Alcoholismus
XII	k	57			1	1		b	
XIII	k	73	1			1		b	
XIV	k	75	1			1		b	
XV	k	56	1			1		a	
XVI	k	24	1				1	b	
XVII	k	47		1		1		b	
XVIII	k	18		1		1		b	
XIX	k	23		1			1	b	nerwoból
XX	k	19		1		1		b	nerwoból
XXI	k	35		1		1		b	
XXII	k	54	1			1		c	Pacum. croup.
XXIII	k	54	1			1		b	
XXIV	m	28	1			1		b	
XXV	m	21	1			1		b	
XXVI	m	38	1			1		b	
XXVII	m	23		1		1		b	Eparsalgia
XXVIII	m	20	zdrow	zupełnie			1	b	przym. nie prz.
XXIX	m	45	zdrow	zupełnie		1		b	" " "
XXX	m	32	zdrow	zupełnie			1	a	" " "
XXXI	m	27	zdrow	zupełnie		1		b	" " "
XXXII	m	54	1			1		b	
XXXIII	m	35			1		1	b i c	Tab. incip. prz.
XXXIV	m	61			1	1		b	Diab. e luete
XXXV	m	41		1			1	b	przech. lues(?)
XXXVI	m	26	zdrow	zupełnie		1		b	przech. przym.
XXXVII	m	27	1	1			1	c	Tbc. inc. Neur.
XXXVIII	chłop.	16		1			1	b	
XXXIX	dziew.	4	zdrowa	zupełnie		1		b	
Razem		zdrowych 7 + 2			10	41	19	a = 9 b = 44 c = 7	
					19				

Z powyższej tabliczki widać, że zmienna nierówność źrenic była wyrażona bardzo znacznie w 7-iu przyaawkach, mianowicie: u jednego zupełnie zdrowego mężczyzny, u jednego, dotkniętego nerwobólem,

u jednego neurastenika, u jednej histeryczki, u chorej na zapalenie płuc, u luetyka z początkowymi objawami władu i u chorej na stwardnienie wieloogniskowe. Z powyższego zestawienia widać, że rzadkie stosunkowo zjawisko bardzo znacznej nierówności źrenic przejściowej i zmiennej naprzemiennej spotyka się w rozmaitych chorobach i nawet u zdrowych ludzi, nie stanowi przeto objawu wyłącznie cierpień organicznych nerwowych.

Toż samo z większą jeszcze słuszością można powiedzieć o średniej i małej nierówności źrenic.

Drugi wniosek z powyższej tabliczki jest taki, że nierówność źrenic przejściową spotykamy dwa razy częściej (41 przyp.), niż zmienną nierówność naprzemienną (19). Jestto względ bardzo ważny: spostrzegawczy lekarz, notujący swe spostrzeżenia, zauważy łatwo zmienną nierówność źrenic, gdy nierówność przejściowa nieraz może ująć jego uwagi. Zapewne niejednen chory został skazany na leczenie merkuryalne dlatego tylko, że przy badaniu znaleziono akurat nierówne źrenice; i niejednen lekarz był przeświadczony o skuteczności kuracyi swoistej, gdy po jakimś czasie źrenice były jednakowej wielkości. Nierówność źrenic przejściowa przy zachowaniu odruchów, współodruchów i współruchów bywa niekiedy tak dalece uporczywa, innemi słowy, źrenica rozszerzona lub zwężona ma niekiedy dążność do zachowywania swej nienormalnej wielkości wyrażoną tak silnie, że nasuwa się czasem myśl, że może to być zбочenie wrodzone. Toż samo można myśleć o niektórych przypadkach zmiennej nierówności, w których jedna ze źrenic miała skłonność do trwałego rozszerzenia lub zwężenia.

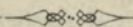
Przypuszczenie, że nierówność źrenic przejściowa może być zjawiskiem wrodzonym, nabiera pewnego prawdopodobieństwa z tego jeszcze względu, że pośród moich spostrzeżeń znajduje się jedno, dotyczące dziewczynki 4-o letniej, zupełnie zdrowej.

Przechodząc wreszcie do pytania, co jest istotą zjawiska przemijającej i naprzemiennej nierówności źrenic, nie mogę, niestety, dodać wiele do tego, com wypowiedział w mej pracy ostatniej. Zjawisko to jest, podług wszelakiego prawdopodobieństwa, nerwicą nerwu współczulnego, wyrażającą się w jego pobudzeniu, przedrażnieniu i porażeniu czasowem. Trudno powiedzieć, co sprowadza to podrażnienie układu współczulnego, często jednostronne, czasem wyrażone po jednej stronie słabo, po drugiej zaś bardzo wybitnie (maksymalne rozszerzenie jednej i zwężenie drugiej źrenicy).

Nie mogę wszakże pominąć milczeniem spostrzeżenia, które zaznaczyłem już parokrotnie, że przy bólach jednostronnych, zwłaszcza

w zakresie klatki piersiowej, widzujemy bardzo często rozszerzenie żrenicy po tej samej stronie; również przy sprawach zapalnych w płucach, przy ucisku gruczołów chłonnych na splot pachowy, przy pochluczeniu jednostronnem klatki piersiowej, spotykałem toż samo zjawisko, niekiedy wyrażone bardzo silnie.

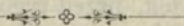
Wobec tych spostrzeżeń wydaje mi się bardzo prawdopodobnem, że wspomniane bodźce i pewno cały szereg innych, nie dających się łatwo wykazać, wpływają na pobudzenie jednostronne, lub niejednakowe dwustronne nerwu współczulnego.



III. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. (Metreuryza, hystereuryza).

PODAŁ

Dr. Antoni Hołowko.



(Ciąg dalszy).

III. Zastosowanie metreuryzy celem wywołania przedwczesnego porodu.

1) 1897 r. № 22. C., 30 lat, rodzi 2-gi raz, zwięzenie miednicy 2-go stopnia. Pierwszy poród 3 lata temu, po 7 dniach trwania bólów poród ukończono wymóżdzeniem, w czasie połogu utworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa, którą przed 2 laty z pomyslnem zejściem operowałem. Obecnie w ciąży ponownie — postanowiono wywołanie porodu przedwczesnego w 34 tygodniu ciąży. Położenie I czaszkowe, tamponada kanału szyjki gazą jodoformową, nazajutrz wyjęto gazę — bólów nie było, kanał szyjki przepuszcza palec, założono balon Brauna, natychmiast silne bóle, po 5-ciu godzinach balon wyjęto — ujście rozwarło na 4 palce, ponieważ bóle ustają, założono znowu balon; po 10 godzinach ujście zupełnie rozwarło, a w 5 godzin później urodziło się żywe dziecko, ważące 2500 grm. Połóg normalny, dziecko zdrowe.

2) 1898 r. № 32; poród odbył się w lecznicy. P. S. rodzi 2 raz. Lekko zwięzona miednica; ponieważ termin porodu minął, wywołano poród zapomocą balonu z obawy przenoszenia dziecka. Położenie I czaszkowe, główka wysoko, ujście rozwarło na palec. Włożono

balon, natychmiastowe bóle, po 4 godzinach balon wyjęto, po nim rodzi się dziecko, połów normalny, dziecko zdrowe.

3) Rok 1899. № 28. P. D., 30 lat, rodziła 3 razy; porody były zawsze ukończone wymóżdzeniem, zwężenie miednicy 2 stopnia. Postanowiono wywołanie porodu przedwczesnego w 34 tygodniu ciąży. Tamponada szyjki wązkimi paskami gazy jodoformowej, nazajutrz wyjęcie gazy i założenie balonu Barnes'a, silne bóle, po 4 godzinach balon urodził się, bóle trwają nadal, po 8 godzinach od wprowadzenia balonu rodzi się dziecko żywe, waży 2000 grm., połów prawidłowy, dziecko wkrótce zmarło.

IV. *Stosowanie balonu w drgawkach porodowych.*

1) Rok 1897. № 107. G. J., 30 lat, ciężarna po raz trzeci, drgawki porodowe w V miesiącu ciąży. Przy badaniu skonstatowano hydramnion, kanał szyjki drożny na palec. Przerwanie pęcherza, odejście dużej ilości wód, włożenie kolpeuryntera. W 2 godziny później urodził się płód V-cio miesięczny. Drgawki ustały. Połów prawidłowy.

2) Rok 1899. № 50. P. B., 25 lat, po raz pierwszy w ciąży. Ciąża obecna w VI miesiącu, przed tygodniem amauroza. Białkomocz. Wezwany zostałem z powodu krwotoku i jednoczesnych drgawek porodowych. Krwotok spowodowany przedwczesnem odklejeniem się łożyska. Tamponada pochwy gazą jodoformową, w 2 godziny potem, dla przyspieszenia porodu, ponieważ drgawki często się powtarzają, przerwanie pęcherza w narkozie chloroformowej i włożenie niedużego balonu Brauna. W 4 godziny później szyjka wygładzona, ujście prawie zupełnie otwarte, dziecko nieżywe; wymóżdzenie, wydobyte płodu, po porodzie drgawki ustają. Połów prawidłowy. W miesiąc po porodzie znikło białko z moczu.

V. *Metreuryza w Hyperemesis gravid.*

Raz jeden stosowałem balon dla ukończenia porodu w wymiotach niczem niepowstrzymanych u ciężarnej S. M., 35 lat; w ciąży VII raz od pięciu miesięcy, cierpi na uporeczywe wymioty od 2 miesięcy. Leczący ją lekarz widział się zmuszonym do przerwania ciąży i stosował w tym celu sondowanie, cewnik elastyczny według Krausego, tamponadę pochwy, wewnątrznie ergotyne — bez skutku. Od dwu tygodni wydzielają się u chorej wody w dużej ilości. Chora nadzwyczaj wycieńczona. Wezwany na naradę, zaproponowałem użycie metreuryzy. Kanał szyjki drożny na palec, założenie baloniku Barnes'a. Słabe bóle. Po 24 godzinach wyjęcie baloniku Barnes'a

i założenie kolpeuryntera Brauna. Kurcze słabe. Dopiero po zastosowaniu pociągania za koniec balonu, rodzi się, ujście maciczne drożne na 3 palce, poprzeczne położenie płodu, obrót na nóżki, wydobyć płodu. Dziecko, odpowiadające VI m. ciąży, urodziło się martwe. Płód normalny.

VI. Zastosowanie metreuryzy w zbliznowaceni u pochwy.

Rok 1898. № 30, poród odbył się w lecznicy. B. Ch., 40 lat, rodziła 11 razy, zawsze samoistnie, 2 ostatnie porody bardzo ciężkie trwały długo, ukończyły się jednak bez pomocy lekarskiej. Ostatni poród przed 5-ciu laty. Będąc ciężarną po raz 12-ty, chora udawała się do rozmaitych babek z zapytaniem, czy poród będzie ciężki i była niejednokrotnie badaną. Po takiej poradzie przybyła do lecznicy 19/IX wieczorem z T^o 39,1 P. 100, w 8-ym miesiącu ciąży. Pochwa zwężona przez blizny, lejkowata, przyczem zwężenie najsilniejsze w górnej części pochwy; cała pochwa wypełniona bliznami, których najwięcej koło szyjki. Kanał szyjki drożny na palec. Położenie I czaszkowe.

Dano chorej chininę, przestrzyknięto pochwę płynem dezynfekcyjnym (lysol 1^o/_o). Nazajutrz T^o 39,0. Kilkakrotne przestrzyknięcie pochwy. Zaczynają się bóle. Dla prędszego ukończenia porodu i rozszerzenia bliznowatej pochwy, włożono do szyjki balon. Silne bóle, po 3 godzinach balon wyjęty, ujście zupełnie rozwarte, górna część pochwy zupełnie rozszerzona. Przerwanie pęcherza płodowego, we 20 minut rodzi się żywe dziecko niedonoszone. Przebieg połogu gorączkowy, temperatura spada po 10 dniach, a po 3 tygodniach od porodu chora mogła już wyjechać do domu. Dziecko ważyło 1800 gramów—zmarło na drugi dzień.

Dla lekarza praktycznego pozostaną najważniejszymi wskazaniami do stosowania metreuryzy słabe bóle, krwotoki wskutek łożyska przoduującego i drgawki porodowe.

Co się tyczy słabych bólów, to metreuryza daje tu znakomite usługi; nawet u pierwiastek metodę tę daje się stosować tam, gdzie główka jeszcze dość wysoko stoi, jak to bywa w zwężeniach miednicy; najczęściej spotykamy w tych przypadkach przedwczesne odejście wód (na 9 przypadków 6 razy)—pomimo bólów ujście nie rozszerza się—chore czują się wyczerpane, poród przeciąga się, tu balon włożony do szyjki zamienia pęcherz płodowy, powraca warunki normalne i przyspiesza poród, który często kończy się siłami naturalnymi, lub umożliwia, przez zupełne rozszerzenie ujścia, zabieg operacyjny (w mo-

ich 9 przypadkach poród ukończono 6 razy bez operacyi i 3 razy przy pomocy operacyi).

Sądzę, że metreuryza zastąpi tu z lepszym skutkiem dotąd używane procedury, jak to: wanny, irrygacye i t. d. i wykorzeni narzęzie użycie sporyszu, niestety, i dotychczas jeszcze przy słabych bólach niekiedy stosowanego.

Nieocenioną staje się metreuryza w krwotokach, spowodowanych łożyskiem przodującym. W 6-ciu moich przypadkach, niektórych bardzo ciężkich, żadna matka nie umarła wskutek krwotoku, gdyż przy stosowaniu metreuryzy krwotok natychmiast ustaje; wyniki co do dzieci były doskonałe, gdyż wszystkie urodziły się żywe. Śmierć jednej chorej (№ 4) nie zależy od tej metody, gdyż chora, przed zastosowaniem metreuryzy już gorączkowała, a, jak się później okazało, akuszerka, która chorej do pochwy wkładała tampony z waty, pielęgnowała jednocześnie chorą na gorączkę połogową. Wszystkie inne chore miały połóg zupełnie prawidłowy.

Radzę tutaj ściśle trzymać się wskazówek Dührssena, to jest przerwać pęcherz lub przebić łożysko i dopiero wtedy włożyć balon, gdyż w przeciwnym razie balon może odkleić jeszcze więcej łożysko i nietamować krwotoku.

W 2 przypadkach ciężkiej eklampsji udało mi się w nader krótkim czasie ukończyć poród za pomocą tej metody. Na mocy moich spostrzeżeń mogę, zgodnie ze wszystkimi autorami, którzy stosowali metreuryzę, zalecić jaknajszersze stosowanie baloników kauczukowych śródmacicznie w nadających się ku temu przypadkach; przy ścisłem zachowaniu prawideł bezgnilnego i przeciwnilnego postępowania, metoda ta żadnych ujemnych skutków nie posiada, a pożądaný cel prawie zawsze osiąga.

L i t e r a t u r a .

1) C. Braun: Zeitschrift d. K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Jahrgang VII, 1851.

2) K. Schroeder: Lehrbuch der Geburtshilfe 1886.

3) Stanisław Braun: Wzniesienie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznej balonem Brauna dla przyspieszenia porodu. Przegląd Lekarski 1888 № 45.

4) Tarnier: Gazette des hôpitaux, Nov. 1862.

- 5) Barnes: Lancet 1863.
- 6) Winkler: Archiv für Gynaek. Bd. I, pag. 464.
- 7) Stehberger: Archiv für Gynaek. Bd. I, pag. 468.
- 8) Greder: Centralblatt für Gynaek. 1887.
- 9) Febling: Müllers Handbuch der Geburtshülfe. Bd. III.
- 10) Schauta: Centralblatt für die gesammte Therapie 1883.
- 11) Mäurer: Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes bei der Geburt. Centralblatt für Gynaek. 1887.
- 12) Champetier de Ribes: De l'accouchement provoqué. Arch. de Tocol. 1889, № 1.
- 13) Pinard: De l'accouchement provoqué. Ann. de gyn. et d'obste. 1891.
- 14) Dührssen: Ueber Eclampsie. Archiv für Gyn. Bd. XLII u. XLIII.
- 15) Dührssen: Kaiserschnitt, tiefe Cervixincisionen und mechanische Dilatation des Muttermundes. Berliner Kl. Wochenschrift 1893.
- 16) Dührssen: Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittels intrauteriner Kolpeuryse. Deutsche med. Wochenschrift 1894.
- 17) Dührssen: Ueber die Bedeutung der mechanischen Dilatation des Muttermundes in der Geburtshülfe. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaek. Breslau 1893.
- 18) Buschbeck: Beitrag zur künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge. Arbeiten aus der k. Frauenklinik in Dresden 1893.
- 19) R. v. Braun: Ueber mechanische und blutige Dilatation d. Cervix bei schwerer Eclampsie, Wiener klin. Wochenschrift 1894 № 7.
- 20) Pfannenstiel: Ueber die Gefährlichkeit der intrauterinen Glycerinjection behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Centralblatt für Gyn. 1894.
- 21) Zweifel: Zur Behandlung der Eclampsie. Centralblatt für Gyn. 1895.
- 22a) Knapp: Klinische Beobachtungen über Eclampsie. Monatschrift. für Geb. u. Gyn. Bd. III.
- 22b) Kleinhaus: Die intrauterine Anwendung des Kolpeurynters. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. VII.
- 23) Schulz A.: 71 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Diss. Halle 1897.
- 24) Führt: Zur Behandlung der Placenta praevia. Centralblatt für Gyn. 1896.

25a) A. Müller: Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Mäurer. Monatsschrift für Geb. und Gyn. Bd. IV.

25b) A. Müller: Ueber die in letzten Jahren angewandten Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. V, 1897.

25c) A. Müller: Zur Anwendung der elastischen und unelastischen Ballons in der Geburstshilfe. Münch. med. Wochenschrift 1897.

26) Barone: La Rassegna di Ost. e Gin. Napoli 1897 № 3, 4.

27) Blacker G. J.: The treatment of placenta praevia. Tr. of the Obst. Soc. of London, Vol. 39.

28) Cushing E. W.: Ann. of Gyn. Boston, Vol. XI.

29) v. Neuner: Studier öf ver Placenta praevia. Helsingfors 1896.

30) Hofmeier: Placenta praevia. Verhandlungen der VII Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Leipzig 1897.

31) Schatz. Placenta praevia. Verhandlungen der VII Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Leipzig 1897.

32) Donat: Künstliche Frühgeburt, Referat in Frommels Jahresbericht 1897.

33) Stieda: Ueber die intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung der Frühgeburt und des Abortes. Monatsschrift für Geb. u. Gyn. Bd. V.

34) Graefe: Ueber Einleitung bezgw. Beschleunigung der Geburt durch intrauterine Kolpeuryse. München. med. Wochenschrift 1897.

35) Pobjedinskij: O wozbuźdienii preźdiewriemmiennyh row pri pomoszczu kolpejrintera i balona Champetier de Ribes. Żurnal akuszerstwa i ženskich boleznjej 1897.

36) Juge C.: De la valeur comperative de principaux methodes de traitement de l'hémorrhagie liée a l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de Paris 1890.

37) Gerich: Intrauterine Kolpeuryse. Centralblatt f. Gyn. 1897.

38) Keilmann: Klinisch-experimentelle Beobachtungen über die künstliche Erzeugung von Geburtswehen. Habilitationsschrift. Breslau 1898.

39) Deckart: Die Hystereuryse in der Praxis. Münchener med. Wochenschrift, 1900 № 17, 18.

40) Biermer R.: Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshilfe. Wiesbaden 1899.

41) Sobiestjanskij: Protokoły zasied. J. Kawkazsk. Med. Obszczestwa 1898.

42) Switalski: O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie. Przegląd Lekarski 1896.

43) Schwarzenbach: Ein Metallinstrument als Ersatz für den Ballon bei der Cervixdilatation. Monatsschrift für Geb. u Gyn. Bd. X. 1899.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. *Medycyna wewnętrzna.*

54. Prof. Dieulafoy G. **Przymiot płuc i opłucny.** (Clinique médicale de l'Hôtel Dieu de Paris. Paris 1899. Leç. 18, 19).

Przymiot płuc zasługuje na szczególną naszą uwagę. Często bardzo bywa on nierozpoznawany, i dodam zaraz, jedynie dlatego, iż rzadko cierpienie to przychodzi nam na myśl, a jednak zagraża ono życiu chorego, z drugiej zaś strony przedstawia wdzięczne pole dla leczenia, gdyż niekiedy, w kilka tygodni lub miesięcy, możemy powrócić zdrowie takim osobnikom, którzy, zdawało się, są w ostatnim okresie suchot.

Przymiot płuc może występować pod postacią bronchopneumonii, symulującej gruźlicę, pod postacią gruźlicy płuc, dalej zgorzeli, marskości płuc, wreszcie pod postacią rozszerzenia oskrzeli. Przedewszystkiem zająć się należy kwestyą: kiedy występuje syfilityczne cierpienie płuc? czy wkrótce po zarażeniu, czy też po mniej lub więcej dłuższym przeciągu czasu? Innemi słowy, czy istnieje wczesny syfilis płuc i późny syfilis płuc?

Przymiot narządów wewnętrznych bywa, jak wiadomo, wczesny i późny. Cierpienia przymiotowe płuc nigdy, lub prawie nigdy, nie występują we wczesnym okresie po zarażeniu. Zwrócić jednak należy uwagę, iż mówię tu o płucach, nie o oskrzelach, gdyż zapalny stan tych ostatnich może być jednym z bardzo wczesnych objawów syfilitycznego zarażenia. Bardzo wiele osób, które dotąd nigdy nie cierpiały na zapalenie krtani lub oskrzeli, bardzo łatwo zapada na nie po zarażeniu przymiotem, w tych przypadkach często bardzo zapalenie takie przypisywane bywa grypie, przeziębieniu, a nawet rozpoznawane bywają początki suchot i chorych tych wysyłają do Mont-Dore, Eaux-Bonnes etc., zamiast zalecania im swoistego leczenia.

W przeciwstawieniu do zapaleń krtani i oskrzeli, które stanowią jeden z wczesnych objawów zakażenia, przymiot płuc należy, przeciwnie, do późnych objawów tej choroby. Powiem więc, że ze

wszystkich wewnętrznych narządów — płuca — jak słusznie zauważył Mauriac — ulegają temu cierpieniu najpóźniej. Stanowi to, prawidło i, można powiedzieć, iż z małymi bardzo wyjątkami, syfilis płuc występuje wyłącznie tylko w trzeciorzędnym okresie syfilisu.

Anatomia patologiczna. Sprawa syfilityczna w płucach bywa albo ograniczoną, albo rozlaną. Ograniczona sprawa w postaci gumatów spostrzegać się daje stosunkowo rzadko. Gumaty te mają okrągłą lub owalną postać i bywają różnej wielkości (od ziarnka grochu do pomarańczy i większe). Z początku są one twarde, szare, później zaś ulegają rozmięczeniu i przemieniają się w żółtawą masę, która może się opróżnić przez oskrzela, a na miejscu gumatu pozostaje jama o ścianach z tkanki włóknistej. Jeżeli jama się goi, to ściany jej pokrywają się ziarniną, przez co objętość jej zmniejsza się i w końcu pozostaje blizna.

Rozlane nacieczenie syfilityczne spotyka się częściej, niż gumaty i występuje w postaci bronchopneumonii. Taki rozlany przymiot płuc może przebiegać albo szybko, albo powolnie. W pierwszym wypadku sprawa prowadzi do rozmięczenia zajętej tkanki i przypadki takie symulują ostrą bronchopneumonię gruźliczą. Przy powolnym zaś przebiegu, sprawa po upływie dopiero dłuższego czasu prowadzi do zserowacenia, owrzdzenia tkanek i do tworzenia się jam; przypadki te podobne są do zwykłej przewlekłej gruźlicy płuc.

Tym sposobem, czy będziemy mieli ograniczoną sprawę gumatyczną, czy też gumatyczne nacieczenie, i w jednym, i drugim przypadku sprawa wykazuje tendencję do owrzdzeń, przyczem może ona przebiegać mniej lub więcej szybko, albo też powolnie.

Przechodzimy obecnie do *klinicznego opisu* przymiotu płuc i rozpoczniemy go od tych przypadków, które symulują ostrą lub podostrą bronchopneumonię gruźliczą.

9/V roku zeszł. do kliniki zgłosił się 33-letni chory. Według słów jego, od niedawna wystąpiła gorączka, kaszel i osłabienie, lecz w dalszym ciągu pracował. Nieco później uczył bóle w obydwóch bokach, osobiwie w lewym; kaszel stał się konwulsyjnym, poczęła wydzielać się gęsta plwocina. Badając chorego, znaleziono w okolicy 4—5 międzyżebrza z tyłu stępienie, oddech oskrzelowy i subkrepitacje—wszystkie te objawy występowały na przestrzeni mało co większej, niż dłoń. W kilka dni potem także ograniczone ognisko ujawnione zostało w okolicy lewej łopatki, na pozostałej przestrzeni płuca nie przedstawiały nic nienormalnego, prócz pojedynczych rzeżeń świszczących. W powyższym przypadku nie mieliśmy do czynienia z zapaleniem płuc włóknikowem, gdyż nie było odpowiednich objawów, ani charakterystycznej plwociny. Nie można było przyjąć tego za przekrwienie płuc (*fluxion de poitrine*), gdyż w obydwóch płucach najwyraźniej można było skonstatować ściśle ograniczone ognisko. Należało przypuścić dwustronną bronchopneumonię niezwyklego charakteru. Skrupulatnie badając chorego, znalazł autor na lewym ra-

mieniu dosyć gęstą wysypkę dużych, miedziano-czerwonych, łuszczących się guziczków, które miały wszystkie cechy trzeciorzędnej wysypki przymiotowej. Niebolesna i nieswędząca ta wysypka zjawiała się 3 tygodnie temu, przyczem także wysypka uprzednio była w okolicy prawej łopatki i na plecach. Prócz tego na goleniach i biodrach chorego znaleziono blizny po wrzodach przymiotowych. Z wywiadów dowiedziano się, że chory leczył się u Mauriac'a skutkiem zarażenia przymiotowego. Jednocześnie z wrzodziejącymi syfilidami na goleniach miał bardzo bolesne osteoperiostitis prawej stopy. Pierwsze objawy syfilisu były 10 lat temu. Na podstawie powyższych danych naturalnem zupełnie było przypuszczenie, że mamy w danym przypadku dwustronną syfilityczną bronchopneumonię (na zasadzie zaś badania płwociny należało wykluczyć gruźlicę i zakażenie streptokokami). Choremu zalecono leczenie rtęcią (wstrzykiwania 0,004 dwujodku rtęci w oliwie). W pierwszych dniach, przed rozpoczęciem swoistego leczenia, oddech oskrzelowy w średniej części stępienia nabral odcienia dzbanowego—co wskazywało na szybki rozpad tkanki płucnej. Po 6 wstrzyknięciach sprawa rozpadowa została powstrzymana; oddech oskrzelowy na obydwóch stronach zginął, rżenia się zmniejszyły, a w 3 dni potem wydzielanie się płwociny prawie ustało. Jednocześnie z osłabieniem miejscowych objawów syfilityczna wysypka na skórze zbladła i ogólny stan również szybko począł się poprawiać. Nieco jeszcze później chory nabral sił, apetyt powrócił. Obecnie stwierdzić można miejscowo resztki byłej dwustronnej bronchopneumonii.

Przytoczę drugi przykład. Chora, lat 35, kasłała i gorączkowała już około tygodnia, przyczem C^a dochodziła niekiedy do 40° . Po wstąpieniu do szpitala znaleziono w okolicy, odpowiadającej średniej części lewego płuca, stępienie na przestrzeni mniej więcej 6 ctm. ze wzmożonem drżeniem, oddechem oskrzelowym i subkrepitacjami. Na pozostałej zaś przestrzeni płuc nie nieprawidłowego nie znaleziono. Chora wiele kasłała i odpluwała obficie płwociną śluzową. W następnych dniach spostrzegać się dawało szybkie tworzenie się jamy w płucach: chora poczęła chudnąć, pocić się po nocach; płwocina stała się kłębowatą z żyłkami krwi. Zdawało się, iż chora cierpi na ostrą tuberkulozę. Tymczasem przy badaniu ginekologicznem znaleziono w prawem sklepieniu okrągłe owrządzenie wielkości 50 centymów, o równych brzegach, pokryte szarym nalotem. Wobec tego owrządzenia gumatycznego pochodzenia, przypuszczano, że i proces w płucach zależy od syfilisu, wskutek czego zalecono leczenie swoiste. Pod jego wpływem miejscowe zmiany uległy stopniowo poprawie, poty nocne i gorączka ustąpiły tak, że po kilku tygodniach chora opuściła szpital pozornie zupełnie zdrowa. Wkrótce jednak powróciła z powodu zapalenia kości czołowej—co jednak szybko ustąpiło pod wpływem leczenia swoistego. Nie ulega więc wątpliwości, że u chorej tej w krótkim czasie wystąpiły w różnych miejscach objawy syfilityczne: gumat w pochwie, syfilis płuc i osteoperiostitis kości czołowej.

Przytoczymy jeszcze jeden przypadek.

Zawezwano autora do chorego jakoby na influencję: kastał, gorączkował, skarżył się na bóle w piersiach, a głównie w okolicy lewego wierzchołka płuc. Przy badaniu znalazłem: oddech oskrzelowy i wilgotne rżżenia. W następnych dniach kaszel się wzmógł, wystąpiła duszność, szczególnie w nocy; plwocina śluzowo-ropna, kłębowa i gargouillement; siły poczęły upadać i autor począł podejrzewać ostrą gruźlicę. Wypadkowo chory zwrócił uwagę, iż od kilku dni boli go lewe jądro. Istotnie znaleziono zapalenie jądra i wobec braku rzeżączki—rozpoznano trzeciorzędne cierpienie syfilityczne tego narządu. Zrodziło się więc podejrzenie, czy sprawa w płucach nie zależy od tej samej przyczyny. Wywiady utwierdziły w tem przypuszczeniu — zalecono choremu jodek potasu, a po naradzie z prof. Fournier, dodano jeszcze wcierania szaruchy. Chory już w krótkim czasie pozbył się duszności i po 2 tygodniach gorączka ustąpiła, w lewym wierzchołku zostało lekkie stępienie i pojedyncze wilgotne rżżenia, które następnie, jak i cierpienie jądra—ustąpiły zupełnie.

Spostrzeżenia, jakie tu przytoczyliśmy, mogą być podprowadzone pod kategorię ostrej lub podostrej syfilitycznej bronchopneumonii. Prawie we wszystkich tych przypadkach cierpienie przebiegało pod postacią bronchopneumonii gruźliczej; jak w tej ostatniej, tak i tu spostrzegamy: ostry początek, wysoką gorączkę, kaszel, duszność, plwocinę śluzowo-ropną, szybkie wychudzenie, obfite poty, a przy badaniu stwierdzamy stępienie, wilgotne rżżenia, oskrzelowy resp. dzbanowy oddech i gargouillement. Powiadają, iż syfilis płuc przebiega bez gorączki, bez wychudzenia, bez hektycznych objawów. Tak istotnie bywa w przypadkach o powolnym przebiegu. U chorych z ostrym przebiegiem spostrzega się znaczna duszność, nieodpowiadająca bynajmniej wielkości ogniska chorobowego, lecz objaw ten nie jest dostatecznym dla rozpoznania syfylisu płuc. Objawy fizykalne znajdujemy takie same, jak przy ostrej gruźlicy płuc. Podkreślają z naciskiem, iż syfilit. cierpienie płuc zawsze lokalizuje się w środkowej części płuc, zwłaszcza prawego, w okolicy 3—4 międzyżebra. Istotnie, osobliwa ta lokalizacya zasługuje na uwagę i może służyć jako wskazówka do natury cierpienia, lecz, niestety, nie zawsze jednak tak bywa. Widzimy więc, iż bronchopneumoniaczna postać syfylisu płuc i ostra gruźlicza bronchopneumonia mają wielkie między sobą podobieństwo. Wskutek tego rozpoznanie podobnych przypadków może być uskutecznione jedynie wtedy tylko, jeżeli chory ma jednocześnie i inne objawy syfylisu, a kilkakrotnem badaniem plwociny stwierdzimy brak laseczników Koch'a.

Przechodzimy obecnie do innej postaci syfylisu płuc, mianowicie przewlekłej postaci, przebiegającej pod postacią gruźlicy płuc przewlekłej. Kilka dni temu do kliniki autora zgłosił się chory, lat 32, cierpiący z pozoru na suchoty. Osobnik ten bladej i wyniszczony, z zapadłemi oczyma, zakomunikował nam, że kaszle już około 2 lat; kaszel powoli się wzmagał, przyczem wydzielala się gęsta zielona plwocina, niekiedy z żyłkami krwi, właściwego zaś krwioplucia nigdy nie było; nieco później zjawiły się poty noene, wychudzenie, upadek

sił, pomimo to chory nie przerywał swej pracy. Miesiąc temu choro-
roba się zaostrzyła i chory uczył ból w lewej stronie klatki piersio-
wej, kaszel występował częściej, plwocinę spluwał obficie, ogólny
stan się pogorszył, tak, że chory zmuszony był udać się do szpitala.
Przy badaniu znaleziono w lewym płucu dwa ogniska: jedno z nich,
prawdopodobnie, dawniejsze, umiejscowione było w górnej trzeciej
płuca (stępienie etc.), drugie zaś—na podstawie tegoż. Laseczników
Koch'a w plwocinie nie znaleziono. Zwrócił jednak uwagę autora
osobliwy dźwięk mowy choroego, prócz tego przy łykaniu część płynu
wypływała przez nos z powrotem. Przedziurawienie miękkiego pod-
niebienia, jakie znaleziono, wystąpiło u chorego niepostrzeżenie.
Fournier utrzymuje, iż przedziurawienie takie bywa zawsze po-
chodzenia syfilitycznego. Wywiady potwierdziły podejrzenie co do
syfilisu, wskutek czego sprawa w płucach została rozpoznana, jako
syfilis płuc. Zalecono leczenie swoiste i wkrótce chory opuścił szpi-
tal jako zupełnie zdrowy.

Fournier ogłosił również przypadek tego rodzaju, dotyczący
młodej kobiety, która leczyła się u niego z powodu wielkiego wrzodu
fagedenicznego na stopie. Rozpoznawszy charakter wrzodu syfilityczny,
—F. zalecił leczenie swoiste. Chora ta, prócz tego, skarżyła się na
kaszel z obfitą plwociną, duszność, kłucie w piersiach, brak apetytu,
poty nocne, wychudnienie. F. po zbadaniu rozpoznał gruźlicę płuc.
Po zaleceniu swoistego leczenia rżęciovego, chora, której dni, jak
mówią, były policzone, poczęła szybko się poprawiać, tak, iż po 4
miesiącach leczenia wypisała się ze szpitala zupełnie zdrowa. W kil-
ka miesięcy potem F. widział swą pacjentkę, cieszącą się zupełnym
zdrowiem.

Landrieux w swej rozprawie przytacza niemniej pouczające
sposzczenie: Mężczyzna 35 lat, kaszlący od roku, wstąpił do szpi-
tala w stanie znacznego wychudnienia, przyczem w obydwóch wierz-
chołkach znaleziono stępienie, rżenia i oddech oskrzelowy. Ponie-
waż jednocześnie z wystąpieniem cierpienia płucnego zjawiała się ek-
zostoza na grzebieniu kości goloniewej i ponieważ wywiady stwier-
dziły, iż chory ten przed kilku laty zaraził się przymiotem — przeto
rozpoznano syfilis płuc i zalecono odpowiednie leczenie, pod wpływem
którego wszystkie objawy ustąpiły i chory po 3 miesiącach się wy-
pisał. Autor widział chorego w $\frac{1}{2}$ roku potem i znalazł go w sta-
nie zadawalniającym.

Młody człowiek jakoby znajdował się w ostatnim okresie su-
chot; szło o to, aby zdecydować, czy chory może jeszcze pojechać
na południe, aby tam dokonać te kilka miesięcy pozostałego mu ży-
cia. Przyszły do niego, poznał autor w nim swego dawnego pa-
cyenta, który leczył się u niego z powodu syfilisu.

Obecnie zaś opowiedział mu, że 8 miesięcy temu przeziębził się, po-
czął kasłać i kilkakrotnie miał krwioplucie. Następnie stracił apetyt,
wystąpiły poty nocne, a plwocina stała się śluzowo-ropną; leczono go
wszystkimi specyfikami przeciw gruźlicy, lecz bez skutku. Przy ba-
daniu znaleziono około dolnego kąta lewej łopatki oddech amforyczny
i dźwięczne grubobańkowe rżenia. W średniej więc części płuc

była jama. Taka niezwykła dla gruźliczej jamy lokalizacya zastanowiła autora; zważywszy, iż chory ten przechodził syfilis, rozpoznano syfilis płuc i zalecono leczenie swoiste. Po kilku tygodniach nastąpiła zupełna zmiana na lepsze, tak, iż chory po 3 tygodniach mógł wyjechać za granicę, gdzie w dalszym ciągu przeprowadzał leczenie swoiste i, gdy po 2 miesiącach powrócił do Paryża, czuł się zupełnie zdrowym. W powyższym przypadku mieliśmy syfilityczne cierpienie płuc i chory niewątpliwie zginąłby jako suchotnik, gdyby nie było zastosowane leczenie swoiste. Kilkakrotnie chorego potem widział autor i płuca miał zupełnie zdrowe.

Opisał również przypadek syfilisu płuc, pod postacią gruźlicy, P a n a s, u kobiety 32-letniej, która zwróciła się do niego z powodu cierpienia oka i płuc. P. rozpoznał na zasadzie danych obiektywnych i wywiadów cierpienie syfilityczne, jak oka, tak i płuc i zastosował leczenie swoiste. Wynik był zdumiewający: owrzodzenia w płucach zabiły się bardzo szybko, a jednocześnie i cierpienie oka zostało usunięte zupełnie.

Wyżej przytoczone spostrzeżenia dają nam pojęcie o przewlekłej postaci przymiotu płuc, rozpoznawanego jako przewlekła gruźlica płuc. Powyższa postać syfilisu płuc rozwija się niepostrzeżenie, prawie bez gorączki; w początkowym swym okresie symuluje ona bronchitis, ograniczone przekrwienie płuc lub nieokreśloną bronchopneumonię: apetyt zwykle bywa zachowany, chory chudnie, często kaszle; przy wysłuchu znajdujemy wilgotne rżenia, które przeważnie umiejscowione bywają na pewnej ograniczonej przestrzeni. Następnie przyłączają się nowe zjawiska: bóle, duszność, niekiedy bardzo silna i zwiększająca się ku wieczorowi i w nocy — dalej ropna płwocina, poty nocne, utrata apetytu, wychudnienie, wreszcie gorączka wyniszczająca, a w płucach konstatujemy objawy albo nacieczenia, albo też jamy. Krwioplucie rzadko się zdarza i bywa zwykle, choć nie zawsze, nieznaczne. Sprawa zazwyczaj umiejscawia się w średniej części prawego płuca, podobnie jak i w ostrych postaciach przymiotu płuc. Lecz z tego ogólnego prawidła spotykają się liczne wyjątki.

Co do stanu ogólnego, to pomimo obecności w płwocinie włókien sprężystych i strzępów gumatycznych, chory z syfilisem płuc może przez pewien czas pozostawać w stanie pozornego zdrowia, lecz wczesniej czy później sprawa się pogarsza, przyłączają się wyżej wspomniane objawy i chory bez leczenia umiera w stanie zupełnego wyniszczenia, jak w suchotach. Jakież jednak są przyczyny takich syfilitycznych suchot? Wiadomo, iż gumaty w płucach po rozmiękczeniu prowadzą do tworzenia się jam; pojmujemy również i to, iż syfityk charłaczęje wskutek rozwijających się jednocześnie zmian swoistych lub skrobiowatego zwyrodnienia innych organów, lecz jakim sposobem syfilis płuc może sprowadzić objawy suchot? Wszak trzeciorderny syfilis innych organów nie sprowadza wyniszczającej gorączki, nocnych potów etc. Autor przypuszcza, iż objawy powyższe nie zależą bezpośrednio od samego syfilisu, lecz są rezultatem wtórnych zakażeń, których pochodzenie jest zupełnie zrozumiiałem. Syfilis płuc sprowadza owrzodzenia, jamy, w których znajduje się bardzo

wiele różnorodnych drobnoustrojów; niektóre z nich znajdują tu podatny grunt dla swego rozwoju i w ten sposób prowadzą do tworzenia się zaraźliwych i jadowitych produktów.

Rozpoznanie przewlekłego syfilisu płuc jest połączone z wielkimi trudnościami, gdyż nie posiadamy ani jednego objawu, któryby pozwalał na rozpoznanie z wszelką pewnością. Obecność laseczników gruźliczych w płwocinie usuwa poniekąd trudności, lecz należy pamiętać, iż gruzełek i syfiloma mogą rozwinąć się jednocześnie w jednym i temże płucu i w tym razie czynnościowe zaburzenia, fizykalne objawy i bakteryologiczne poszukiwania przyprowadzić mogą do fałszywych wniosków. Jeżeli w jakiejkolwiek części ciała nie rozwinię się przypadkowo gumat, osteoperiostitis, trzeciorzędna wysypka, jeżeli gdziekolwiek nie ma syfilitycznych blizn, to rodzaj sprawy płucnej pozostaje często nierozpoznany.

Następnie przechodzi autor do bardzo ważnej sprawy, mianowicie *dziedzicznego* syfilisu, przy którym mogą być zajęte również i płuca.

Przymiot dziedziczny bywa *wczesny i późny*. Wczesna postać obecnie dobrze jest znana, spotyka się ona u martwourodzonych i u dzieci, które przeżyły zaledwie kilka miesięcy, posiada dla tego prawie wyłącznie znaczenie anatomo-patologiczne. Już Depaul spostrzegł u płodów syfilitycznych jednocześnie ze zmianami na skórze lub w innych narządach cierpienie płuc, które później zostało opisane przez Virchow'a pod mianem „*pneumonia alba*“. Ta postać w zupełności zasługuje na nazwę białej, ponieważ zajęta tkanka płucna posiada biały lub szarawy kolor. Części takie płuca są gładkie, twarde, bezpowietrzne, wydają chrzęst przy krajanu nożem i toną w wodzie.

Przymiot dziedziczny jest mniej znany, lecz za to o wiele więcej interesujący. Występuje on w kilka miesięcy po urodzeniu, lecz najczęściej spostrzega się w 6—7 do 20 roku życia, a niekiedy i później.

Zmiany anatomiczne nie różnią się niczem od podobnych przy nabytym syfilisie. Autor zestawia przypadki wykazujące, że syfilis płuc może się rozwinąć tylko u dzieci rodziców—syfilityków. Fournier, Lannelongue i Lancereaux podali po jednym spostrzeżeniu, w których gumaty były przypadkowo znalezione przy sekcji.

Fournier przytacza spostrzeżenie D-ra Latty, tyżące się 8-letniej dziewczynki, obarczonej dziedzicznym syfilisem podobnie, jak i inne dzieci tejże rodziny. Dziewczynka ta zapadła na cierpienie płuc ze wszelkimi objawami zgorzeli płuc. Dziewczynka ta wyzdrowiała, przyczem jedna połowa klatki piersiowej pozostała mocno zapadniętą. Autor również spostrzegł przypadek tego rodzaju u 14 miesięcznego dziecka, którego ojca w swoim czasie leczył z powodu syfilisu. Dziecko przedtem cierpiało na zapalenie oczu, ropne zapalenie ucha środkowego i periostitis kiści. Przy badaniu znalazł obecność jamy w średniej części jednego płuca i wogóle dziecko sprawiało wrażenie tuberkulicznego. Wiedząc, iż ojciec przechodził kiłę, autor rozpoznał u dziecka bez wahania dziedziczny przymiot płuc,

zalecił leczenie swoiste i wyraził zdanie, że dziecko wyzdrowieje. Przeczucia sprawdziły się: poty po kilku dniach ustąpiły, apetyt powrócił, objawy w płucach zmniejszyły się i po kilku tygodniach leczenia nie pozostało śladu w płucach po przebytem cierpieniu. Bez wątpienia, gdyby inny lekarz leczył to dziecko, nie wiedząc o chorobie dziecka, to na pewno zginąć by musiało.

Wielce pouczającym jest spostrzeżenie, opisane przez Dubouquet-Laborderie i Gaucher. Dziewczynka 8 i pół lat—bardzo wyniszczona, ciągle kasłała, prawie nie jadła, ciepota przytem dochodziła do 39°, puls 140. Przy badaniu znaleziono nad grzebieniem prawej łopatki oddech amforyczny i gargouillement. W innych częściach płuc rozsiane grubobańkowe rżenia. Rozpoznano gruźlicę. Leczenie odpowiednie nie dało żadnego rezultatu. Dziecko tymczasem poczęło się uskarżać na bardzo silny ból w środkowej części mostka: ból ten przy ucisku się wzmacniał. Rozpoznano gruźlicę mostka. W kilka dni w tem miejscu zjawił się guz, chęlboczący, wielkości niewielkiej pomarańczy. Niezwykły przebieg tego guza zrodził przypuszczenie, czy to nie gumat, tembardziej, że u dziecka była nieprawidłowość zębów, co z początku było przypisywane krzywicy. Wobec jednak możliwości w danym przypadku dziedzicznego syfilisu zalecono leczenie swoiste. Tymczasem ojciec chorego dziecka zwrócił się do jednego z autorów z powodu syfilisu. Antysyfilityczne leczenie—usunęło objawy chorobowe.

Wobec tak przekonywających spostrzeżeń, trzeba zawsze mieć na uwadze przymiot dziedziczny dróg oddechowych; spotyka się on często, lecz jeżeli nie tak często bywa rozpoznawany, to jedynie dla tego, że się o nim nie pamięta.

Rozpoznanie w tych przypadkach może być postawione na zasadzie następujących zwykłych objawów dziedzicznego syfilisu: 1) Nieprawidłowość zębów. 2) Cierpienie oczu i uszu. 3) Nieprawidłowość kości goleniowej.

Zajmowaliśmy się dotąd dwiema postaciami syfilisu płuc: ograniczoną i rozlaną. Jedna z nich, jak widzieliśmy, symuluje ostrą bronchopneumonię gruźliczą, druga zaś przewlekłe suchoty płucne we wszystkich ich okresach. Obie te postaci są to zwykłe formy syfilisu płuc, lecz prócz nich bywają i inne formy, do poznania których obecnie przechodzimy. Przedewszystkiem *syfilityczna zgorzel płucna*. W tych przypadkach, powiada Mauriac, płwocina odznacza się nieprzyjemnym zapachem, który niekiedy bywa tak przykrym, jak w zgorzeli płuc. Podobne zjawisko zdarza się niezbyt często, lecz zasługuje na naszą uwagę; należy jednak dziwić się, że nie daje się ono spostrzegać częściej, gdyż w syfilisie płuc mamy wiele warunków, sprzyjających zgorzeli: mianowicie rozpad tkanki płucnej, zektnięcie produktów rozpadu z powietrzem i zatrzymywanie się płwociny w rozszerzonych oskrzelach lub jamach gumatycznych.

Następujący przypadek Feulard'a może posłużyć jako przykład syfilitycznej zgorzeli płuc. 37-letni mężczyzna, który zaraził się syfilisem w 20 roku życia, po kilku dniach niedomagania począł kasłać, uczuwać kłucie w boku i gorączkować. Przy badaniu znaleziono

w okolicy, odpowiadającej średniemu płatowi prawego płuca, z tyłu— oddech oskrzelowy i rżenia wilgotne. Płwocina czarnawego koloru o nieprzyjemnym zapachu. Rozpoznano zgorzel płuc i, na zasadzie wywiadów, zalecono jodek potasu. Z początku wystąpiła poprawa, lecz mniej więcej po miesiącu zaczęła przy silnych napadach kaszlu wydzielać się cuchnąca, ropna, czerwonego koloru płwocina. Po 2 miesiącach można już było skonstatować obecność jamy pod prawym obojczykiem; ogólny zaś stan i objawy były tego rodzaju, iż lekarze rozpoznali suchoty płuc w ostatnim ich okresie. Ponieważ jednak badanie płwociny, dokonane przez Chamtenesse'a, nie wykryło laseczników Koch'a, choremu zalecono jodek potasu w tem przekonaniu, że, być może, cierpienie powyższe jest natury syfilitycznej. Pod wpływem takiego leczenia wystąpiła znów widoczna poprawa, lecz po miesiącu zaczęła wydzielać się napowrót obfita płwocina cuchnąca. Wtedy prócz jodku potasu zalecono wcierania szaruchy i leczenie uwieńczone zostało pomyślnym skutkiem. Po 6 latach Feulard widział swego pacyenta i mógł się przekonać, iż tenże jest zupełnie zdrow.

Inną jest postać syfilisu, przebiegająca jako *marskość płuc*. Przy tej sprawie znajdujemy rozrost tkanki łącznej. W tym lub innym płacie danego płuca zjawia się czerwono-szare, duże ognisko, całe poprzerastane wrzecionowatymi bronchiektazjami i pokryte silnie zgrubiałą opłucną; przylegająca do tej ostatniej okostna odpowiednich żeber znajduje się w stanie zapalnym. Niekiedy na powierzchni płuc znajdujemy blizny w rodzaju tych, jakie bywają na wątrobie syfityków; prócz tego płuca i w głębi są poprzerastane szerokimi bliznami. Cała sprawa może występować w najrozmaitszych postaciach. To może mieć charakter czystej marskości, bez widocznych zserowaciałych lub gumatycznych gruzelków, lub też może posiadać charakter sklero-gumatyczny. W tym ostatnim przypadku na oskrzelach lub też w otaczającej oskrzela i zraziki tkance bliznowatej znajdują się gumaty, niekiedy tak małe, iż na pierwszy rzut oka trudno określić, czy to są istotnie mikroskopijne gumaty, czy też gruzelki. Wreszcie, cała sprawa może się przedstawić w postaci podobnej do syfilitycznego cierpienia płuc u noworodków, która to postać nosi, jak wiadomo, nazwę *pneumonia alba*.

Rozwój syfilitycznej marskości płuc i histogeneza ma niektóre ciekawe osobliwości. Najczęściej sprawa zaczyna się około oskrzeli średniego kalibru na wysokości hilus, zkad rozprzestrzenia się na tkankę płucną. Nowowytworzona tkanka w postaci włóknistej lub chrząstkowatej otacza oskrzela lub towarzyszące im małe tętniczki; następnie przechodzi na pęcherzyki, a wreszcie na zraziki płucne. Rozrośnięta tkanka łączna powoduje zmianę formy oskrzelików, które przytem ulegają albo rozszerzeniu albo też zwężeniu. Pęcherzyki płucne zwykle są spuchnięte, a ich nabłonek w stanie zwyrodnienia tłuszczowego.

W niektórych przypadkach powyższej postaci syfilisu płuc towarzyszy przewlekłe zapalenie opłucny, ze zgrubieniem i wysiękiem.

Jeżeli marskość syfilityczną trudno rozpoznać pod względem anatomo-patologicznym, to stokroć trudniej rozpoznać ją klinicznie. Na zasadzie tych lub innych objawów możemy rozpoznać bronchopneumonię lub rozszerzenie oskrzeli, lecz określić charakter tychże — jest rzeczą wielce trudną i, jeżeli wypadkowo nie wystąpi cierpienie swoiste krtani, skóry etc., to zazwyczaj sprawa pozostaje nierozpoznana.

Syfilityczna marskość płuc często wikła się *rozszerzeniem oskrzeli*, przyczem to ostatnie może nawet występować na plan pierwszy.

Ze wszystkich anatomicznych postaci syfilisu płuc — rozszerzenie oskrzeli zdarza się niewątpliwie najrzadziej. Najczęściej bywa ono powikłaniem bronchopneumonii, marskości płuc, lub też zapalenia opłucny. Przebieg i objawy powyższych rozszerzeń syfilitycznych oskrzeli są takie same, jak przy bronchiektazyach wogóle; rokowanie jednak bywa tu mniej pomyślnem, gdyż zwykle jednocześnie mamy syfilityczne cierpienia i innych narządów.

Przechodzimy obecnie do *syfilitycznego zapalenia opłucny*. Może ono być wczesnem lub późnem: pierwsze spotyka się jako cierpienie samoiste, gdy tymczasem ostatnie zwykle bywa powikłaniem syfilitycznej marskości płuc.

Autor znalazł w literaturze zaledwie kilka przypadków trzeciorzędnego syfilisu opłucny. Dwa z tych przypadków znajdujemy w rozprawie Carlier'a i jeden w rozprawie Jacquina. Ostatnie spostrzeżenie dotyczy 32-letniego chorego, który wstąpił do szpitala z objawami prawostronnej pneumonii. Po miesiącu zjawilo się prawostronne zapalenie opłucny z obfitym wysiękiem. Po 4 dniach chory zmarł; na sekcji znaleziono wątrobę syfilityczną, syfilis prawego płuca (gumaty), w jamie prawej opłucny — 2 litry mętnej, krwistej cieczy; opłucna była znacznie zgrubiała i pokryta włóknistą warstwą, której grubość u podstawy płuca dosięgała 1 ctm. Na przekroju znaleziono twarde żółtawe zserowaciale masy wielkości ziarnka prosa lub grochu.

Autor również obserwował przypadek trzeciorzędnego syfilisu opłucny.

Zawezwano autora do chorego, cierpiącego na duszność, która już od roku występowała napadami. Rozpoznanie uprzednie brzmiało: bronchopneumonia gruźlicza. Przy badaniu znalazł pleurytyczny wysięk (800—1000 c. c.). Aezkolwiek powyższa ilość płynu niedostatecznie objaśniała istniejącą duszność, jednak za pomocą przekłucia wypuścił autor 650 c. c. lekko czerwonego płynu. Zabieg ten ulgi widocznej choremu nie przyniósł. Dowiedziawszy się, iż chory przechodził syfilis — zalecił rtęć i jodek potasu w dużych dawkach, w następstwie czego duszność szybko ustąpiła i po kilku tygodniach oddech stał się normalnym. Po pewnym czasie objawy pleurytu ustąpiły zupełnie, lecz sprawa w płucach ulegała wolnej poprawie.

Przytoczone tu przykłady wykazują, iż istnieje trzeciorzędny pleuryt syfilityczny, któremu zwykle towarzyszy syfilityczne cierpienie płuc.

Przechodzimy obecnie do *wczesnego* syfilitycznego pleurytu, który należy do drugorzędnych objawów syfilisu. Postać ta została bardzo dobrze opisaną przez Chamtenesse'a i Widala. W klinice też autora leżał chory 20-letni, który skarżył się na klucie w boku. Przy badaniu znaleziono objawy suchego pleurytu wysypkę syfilityczną, powiększone gruczoły, plaques—w gardzieli. Wobec tych danych określono pleuryt jako przymiotowy i zalecono leczenie swoiste; w 10 dni potem chory się wypisał bez śladu przebytego cierpienia.

Chamtenesse i Widal podają następujący przypadek: 29-oltnia kobieta z wysypką syfilityczną, łepieżami, obrzmieniem gruczołów etc., uczuła silny ból w prawym boku. Lekarz stwierdził pleuryt z wysiękiem. W miesiąc później podobny ból z utrudnionym oddechem wystąpił i w lewym boku. Chora udała się wtedy do wyżej wzmiankowanych autorów, którzy znaleźli obfitą wysypkę syfilityczną, powiększone gruczoły etc., w jamach zaś opłucny—obecność płynu. T^o 38—39. Rozpoznano pleuryt reumatyczny. Po 2 miesiącach płyn znajdował się w jamie opłucny i w tym czasie wystąpiło zapalenie tęczówki, z powodu którego zastosowane zostało leczenie swoiste. Dopiero wtedy płyn w opłucny zaczął się zmniejszać i chora w krótkim czasie potem opuściła szpital zupełnie zdrową.

Podobne spostrzeżenia były zakomunikowane i przez innych autorów, tak, że obecnie nie ulega wątpliwości, iż istnieje pleuryt przymiotowy, towarzyszący drugorzędnym objawom syfilisu. Bywa on suchy lub wysiękowy, ilość płynu jest zazwyczaj nieznaczna.

Między wczesnym a późnym syfilitycznym pleurytem zachodzi ta ważna różnica, iż pierwszemu nie towarzyszy sprawa w płucach, gdy tymczasem ostatni jest jednym z objawów syfilisu oskrzelowo-płucnego.

Syfilityczne cierpienie gruczołów śródpiersia spotyka się zarówno w dziedzicznym, jak i w nabytym syfilisie i jest dość rzadkiem zjawiskiem, lecz może mieć duże znaczenie ze względu na ucisk, jakiemu ulegać mogą sąsiednie narządy ze strony powiększonych gruczołów.

Cierpienia syfilityczne gruczołów śródpiersia bywają również i w nabytym syfilisie. W jednym przypadku Balzer'a, w którym u chorego na równi z innymi objawami obserwowano chrapliwy oddech, na sekcji znaleziono sklero-gumaty w gruczołach śródpiersia, syfilis opłucny, płuc i oskrzeli.

U chorej Raymond'a, która miała za życia prócz innych objawów również chrapliwy oddech, znaleziono na sekcji syfilityczne cierpienie gruczołów w sąsiedztwie tchawicy, zwężenie jej i ucisk prawego nerwu zwrotnego.

Powikłanie syfilisu płuc gruźlicą. Gruźlica albo przyłącza się do uprzednio istniejącego syfilisu, lub też ten ostatni wikła gruźlicę. W pierwszym przypadku gruźlica może wystąpić we wczesnym okresie choroby lub też nieco później. Niekiedy gruźlica wybucha jednocześnie z wystąpieniem wysypki; w podobnych przypadkach może zrodzić się pytanie, czy gruźlica nie istniała już przedtem w stanie utajonym i czy syfilis obecnie nie stał się przyczyną dalszego jej

rozwoju. Autor widział dwa podobne przypadki: w jednym z nich u 20-letniego, silnego młodzieńca, pierwsze krwioplucie i początkowe objawy gruźlicy lewego wierzchołka wystąpiły w 2 miesiące po zarażeniu się syfilisem. Jacquinet zebrał w swej rozprawie 8 obserwacji, w których gruźlica płuc rozwinęła się w drugorzędym okresie syfilisu po kilku miesiącach, a nawet lat po zarażeniu się syfilisem. W tych przypadkach gruźlica płuc miała szybki przebieg i po kilku miesiącach sprowadziła śmierć. Sądząc ze statystycznych danych, ciężkie przypadki gruźlicy spostrzegać się dają w tym okresie, kiedy syfilis jest najwięcej zaraźliwym. Być może, iż tak bywa, lecz w przypadkach autora gruźlica nie miała takiego ciężkiego charakteru. Najczęściej gruźlica rozwija się w trzeciorzędym okresie syfilisu. Obie sprawy postępują równolegle, lecz niezależnie jedna od drugiej, jak to zostało stwierdzone anatomicznie przez Potain'a. Według zapewnień Landouzy, wystąpienie gruźlicy u starych syfilityków o wiele mniej jest niebezpieczne, aniżeli wybuch gruźlicy w początkach syfilisu.

Zgodnie z badaniami powyższego autora, gruźlica przynajmniej w $\frac{1}{10}$ części takich przypadków przebiega powolnie, bez gorączki, a anatomicznie wyraża się przeważnie zmianami śródmiąższowymi.

Co się tyczy, wreszcie, *leczenia* syfilisu płuc, to sprowadza się ono do stosowania, jak i przy leczeniu syfilisu wogóle, rtęci i jodu. Obadwa te środki działają bardzo dobrze w trzeciorzędym syfilisie, autor oddaje pierwszeństwo rtęci i to w postaci wstrzykiwań dwujodku rtęci w oliwie (1 szpryca—0,004 Hg). Wstrzykiwania te robią się codziennie (po 1 szpryce) w ciągu 2—3 tygodni, poczem następuje przerwa, podczas której podaje się jodek potasu po 2—10.00 na dobę. Po 10—14 dniach kuracyi jodowej, znów okres wstrzykiwań i powtarza się taki cykl leczenia w razie potrzeby kilka razy.

Rezultaty otrzymywane przy takim postępowaniu nie są jednokowe, stosownie do tego, z jaką postacią syfilisu płuc mamy do czynienia. Przy oskrzelowo-płucnej syfilitycznej sklerozie poprawa występuje powoli, a zupełne wyzdrowienie, ze względów łatwych do zrozumienia, następuje w bardzo rzadkich wypadkach. Przeciwnie zaś, jeżeli mamy do czynienia z ograniczonymi gumatami lub też z syfilitycznym nacieczeniem płuc, to otrzymujemy niekiedy zdumiewające rezultaty, jak to wyżej mieliśmy możność się przekonać.

W. Cennère.

55. Dr. Markl. **O toksynie dżumowej oraz o otrzymywaniu surowicy (antytoksyny) przeciwdżumowej.** (Wien. Med. Wochenschrift № 51 1900).

Większość badaczy nie mogła wykazać w jałowych przesączach hodowli dżumowych żadnych ciał jadowitych, wskutek czego przy-

puszczano, że jad dżumowy na podobieństwo cholery i tyfusu jest silnie związany z ciałem drobnoustrojów, tworząc integralną część składową komórki, w ustroju w stan wolny nie przechodzi, do płynu zaś hodowlanego przedostaje się jedynie w nader niewielkiej ilości. Przypuszczenie to jednakże nie było w zgodzie ze spostrzeżeniami poczynionymi przez niemiecką komisję dżumową, która między innymi wykazała, że u płodów matek chorych na dżumę znajdowano zmiany przez chorobę tę wywołane.

Spostrzeżenie to przemawia bardzo za tem, że laseczniki dżumowe wydzielają jad rozpuszczalny, czy to produkt przemiany materii, czy też substancję, wylugowaną z ciał drobnoustrojów. Badania autora potwierdzają to przypuszczenie. Znalazł on ciała jadowite w jałowych przesączach hodowli bulionowych laseczników dżumy. Owe przesącze jadowite otrzymywano zarówno przy ciepłocie pokojowej, jak w termostacie, zarówno ze starych, jak i ze świeżych hodowli bulionowych. Stopień jednakże jadowitości zależy od wielu czynników. Przedewszystkiem od ciepłoty, przy której hodowlę otrzymywano, następnie od świeżości hodowli, wreszcie od większego lub mniejszego dostępu powietrza. Największą jadowitość wykazywały przesącze, otrzymane z hodowli 6—8 tygodniowych, trzymany przy ciepłocie pokojowej. Mniej jadowitymi okazały się przesącze hodowli, otrzymanych w kolbach Fehrenbacha o dużej powierzchni przy ciepłocie termostatu. Nizka zatem ciepłota i obfity dopływ powietrza do hodowli bulionowych sprzyjają tworzeniu się toksyn. Skład podłoża, o ile nie przekracza zwykłych granic, przyjętych w bakterjologii, nie ma wpływu na tworzenie się toksyn. Zarówno i odczyn podłoża znaczenia tu nie ma, chociaż obojętny odczyn bulionu jest odpowiedniejszy od zasadowego lub kwaśnego. Trwałość toksyny jest tem większą, im jest ona słabszą. Bardzo jadowite przesącze tracą na sile przy ciepłocie pokojowej już po kilku dniach; w termostacie idzie sprawa ta jeszcze szybciej. Natomiast przesącze średniej siły trzymają się bez zmiany w chłodzie całymi tygodniami. Wyższe ciepłoty zobojętniają toksynę już w przeciągu kilku minut.

Działanie toksyny dżumy na zwierzęta jest różne, stosownie do rodzaju zajęcia. Najwrażliwszymi okazały się myszy i szczury, które zdychają w określonym czasie po stosunkowo niewielkich dawkach, zastosowanych podskórnie lub też pod otrzewną.

U myszy wystarcza 0.005—0.05 cm³ starej hodowli, 0.2 cm³ zupełnie świeżej (48 godzin), aby zabić te zwierzęta w przeciągu 24—48 godzin. Dla szczurów minimalna śmiertelna dawka toksyny wyniosła 0.1 cm³. O wiele mniej stale przebiega intoksykacja u królików i świnek morskich. Zwierzęta te zdychają po stosunkowo dużych dawkach przesączu 5—10 cm³ po kilku godzinach, natomiast małe dawki sprowadzają śmierć po kilku dniach, a nawet tygodniach. U zwierząt tych działanie jadu jest więcej powolne. To samo rzecz można o intoksykacji u kóz.

Objawy chorobowe i zmiany patologiczne przy tej intoksykacji zależą od rodzaju zwierząt, jakie do doświadczeń bierzemy i od dawek, jakie stosujemy. U myszy już w kilka godzin po zatruciu spo-

strzegamy jeżenie się włosów, sklejanie oczów, poczem następuje śmierć przy długotrwałych drgawkach. Badanie pośmiertne u myszy daje albo wyniki ujemne lub też znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, szczególnie przy stosowaniu większych dawek toksyny. Króliki i świnki morskie nie mają przez szereg dni po zastrzyknięciu żadnych objawów chorobowych; następnie chndną, włosy im wypadają i nakoniec zdychają przy objawach wysokiego marazmu. Badanie pośmiertne w tych przypadkach wykazuje zanik i zabarwienie narządów.

Przeciwno działaniu toksyny można myszy i szczury bardzo łatwo uodparniać, tak, że mogą one bezkarnie stokrotną dawkę przetrzymać. Króliki i świnki morskie uodporniają się bardzo trudno, ponieważ maksymalna dawka toksyny dla tych zwierząt nie jest jednostką stałą, lecz waha się stosownie do osobnika, przytem działania jadu jest przeciągłe. Kozy również uodporniają się z trudnością. Surowica krwi uodpornionych zwierząt działa w pierwszym rzędzie antytoksycznie, paraliżując działanie toksyny bez względu na to, czy była przed, czy też jednocześnie z toksyną wstrzyknięta. Działanie antytoksyczne surowicy występuje jedynie wtedy, jeżeli krew u zwierząt brana była przynajmniej w trzy tygodnie po ostatniem wstrzyknięciu toksyny.

Autor zrobił spostrzeżenie, że działanie przesączu hodowli ginie pod wpływem wysokiej ciepłoty.

Wobec tego zdaje się, że jest wykluczone otrzymanie surowicy antytoksyicznej przez uodpornianie zwierząt hodowlami, zabitemi przez wpływ wysokiej ciepłoty.

Surowica paryska nie okazywała najmniejszego działania antytoksyicznego względem toksyny, otrzymanej przez autora. Spróbował on zatem skombinowanego uodporniania przesączem i zabitemi hodowlami, aby otrzymać tą drogą surowicę, któraby zarówno antytoksycznie, jak i prewentywnie działała. Sposób ten dał zadawalniające wyniki. Surowica, tą drogą otrzymana, działała zarówno antytoksycznie względem przesączów, jak i zapobiegawczo względem zakażenia.

Co się tyczy pochodzenia toksyn dżumy, to autor nie wypowiada się w tym względzie ostatecznie, czy są to produkty przemiany materji, czy też wyługowane substancje z ciała lasecznika. Są jednakże pewne dane, że pierwsze przypuszczenie jest właściwsze.

H. Kucharzewski.

II. Choroby nerwowe.

56. Ferrier z Londynu i Roth z Moskwy. **Rozpoznanie porażenia połowicznego organicznego i hysterycznego.** (Le diagnostic de l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique. Referat z sekcji neurolog. kongr. paryskiego).

Ferrier: *hemiplegia hysterica*: Rozpoznanie winno się opierać na uwzględnieniu licznych czynników, z których najważniejsze:

- 1) Wywiady osobiste i rodzinne.
- 2) Sposób powstania.
- 3) Cechy charakterystyczne samego porażenia.
- 4) Jego przebieg i zejście.
- 5) Zachowanie się odruchów powierzchownych i głębokich.

Co do 1-go. Osobnik odznacza się dziedzicznością nerwową i był hysterykiem, miewał ataki, miał znamiona stałe hysteryi, lub przynajmniej temperament hysteryczny. Może być natomiast zarówno młodym jak starym.

Przeciwnie, osobnik usposobiony do porażenia połowicznego organicznego przedstawia zwyrodnienia serca, naczyń lub nerek.

Ponieważ możliwe są połączenia u jednego osobnika cech obu typów, przeto konstytucja chorego sama przez się nie wystarcza do rozpoznania różniczkowego.

Co do 2-go. Poraż. hysteryczne powstaje wskutek wstrząsu nerwowego, wzruszeniowego, jako następstwo ataku hysterycznego. Tak zw. *apoplexia hysterica* bywa po większej części fazą ataku nerwowego i zwykle różni się od udaru mózgowego prawdziwego brakiem zaburzeń w krążeniu, oddychaniu i termicznych.

Co do 3-go. Co do cech charakterystycznych porażenia połowicznego hysterycznego. Porażone bywają: kończyna dolna i górna. Porażenie prawdziwe twarzy prawie się nie zdarza, tylko jego symulacja pod postacią hipertonii mięśniowej w zakresie dolnej gałęzi n. twarzowego po stronie przeciwnej, rzadziej tej samej porażenie kończyn (*Spasm. glosso-labialis*).

Kończyna dolna porażoną bywa w silniejszym stopniu niż górna, a w chodzie pociąga nią chory jak masą bezwładną (objaw *Todda*), nie zakreślając charakterystycznego odcinka linii krzywej jak w hemipl. organicznej. Hemiplegii hysterycznej towarzyszą w znaczniejszym stopniu zaburzenia czucia, niekiedy *hemianaesthesia sensitivo-sensorialis*. *Monoplegia hysterica* pojawia się zwykle wskutek urazu miejscowego i różni się od monoplegii organicznej korowej ograniczeniem się ściśle do jednej kończyny lub tylko jej odcinka i skojarzeniem z anestezją typu morfologicznego, który nieodpowiada ani rozprzestrzenieniu się obwodowemu jakiegoś nerwu czuciowego ani korzenia rdzeniowego tylnego.

Co do 4-go. *Hemiplegia resp. monoplegia hysterica* może trwać przez czas nieokreślony, zachowując tenże charakter wiotki jak w początku, wówczas gdy w hemiplegii organicznej występuje kontraktura, która znika dopiero w następstwie zaniku mięśniowego. Kontraktura organiczna rozwija się zwolna, nie zaś nagle jak w hemiplegii hysterycznej.

Hemiplegia hysterica ulegać może wahaniom znacznym w swym przebiegu i znikać nagle po okresie trwania nieokreślonym.

Co do 5-go. Odruchy głębokie w hemiplegii hysterycznej nie są zwykle zmienione, *clonus pedis* jednostronny jest rzadki, wówczas gdy w hemiplegii organicznej są one stale po stronie porażonej zwiększone. W hemiplegii hysterycznej odruch z podeszwy jest zniesiony lub daje zgięcie palców. W hemiplegii organicznej, jak w ogóle

w zmianach w pęczku piramidalnym, odruch z podeszwy wyraża się zgięciem grzbietowym palców (B a b i ń s k i).

Roth: *hemiplegia organiczna*.

Autor zwraca uwagę, że jeśli z jednej strony na podstawie anatomo-patologicznej, klinice oraz analizie warunków patogenetycznych opierając się, możemy odróżniać porażenie połowiczne organiczne od porażenia połowicznego hysterycznego, to jednak po za tem istnieją porażenia połowiczne, których przyroda nie jest dotychczas dostatecznie wyświetloną jak np. porażenia połowiczne w migrenie, w pewnych intoksykacyach. Prócz tego, pewne objawy hemiplegii organicznej mogą ulegać zmianom nateżenia pod wpływem działania psychicznego mimo, że nie są natury hysterycznej. Dane anatomiczne nie zawsze wystarczają do wytknięcia granic porażen organicznych. Istnieje pokaźna liczba porażen połowicznych, które z punktu oceny klinicznego trzeba zaliczyć do organicznych mimo braku zmian organicznych, widocznych przy autopsyi.

Większość czynników etyologicznych porażenia połowicznego organicznego, działając z mniejszem nateżeniem, może sprowadzić zmianę w mózgu „ogniskową funkcyjonalną“, której objawem będzie „*hemiplegia functionalis*“, nie mająca nic wspólnego z hysteryą, a której nie można oddzielić od organicznej. Można zatem napotkać porażenia połowiczne, w których jest niepodobieństwem określić a priori rolę zależną od hysteryi, od zmiany anatomicznej w mózgu, lub od zaburzenia ogniskowego funkcyjonalnego.

W większości jednak przypadków *ogół objawów*, związanych we wnętrzu z porażeniem połowicznym, oraz rozwój jej charakteryzują wystarczająco por. poł. organiczne i hysteryczne.

Z objawów najbardziej charakterystycznych hemiplegii organicznej podnosi autor:

A. Grupę objawów tworzących syndrom t. zw. *apopleksyi*. Tak zw. apopleksya hysteryczna symulować może prawdziwą tylko w przypadkach wyjątkowych.

B. Objawy ogniskowe:

I. *Aphasia* we wszystkich swych postaciach. Nie trudne różnienie od niej t. zw.: *mutismus hystericus*.

II. Hypotonia mięśniowa i porażenie.

1) *Déviations conjugués des yeux*. Amplituda ruchów gałek ocznych ku stronie porażonej często na długo pozostaje zmniejszoną. Niekiedy zmniejszenie to ma miejsce tylko dla ruchów dowolnych, nie zjawia się zaś w ruchach nieświadomych, odruchach, lub nawet gdy chory idzie wzrokiem za przedmiotem poruszonym w kierunkach bocznych.

2) *Porażenie twarzowe*. W organicznej chory „*pali fajkę*“; górna gałąź n. twarzowego jest zajęta.

Porażenie twarzowe może być systematyczne i objawiać się jedynie w ruchach mimicznych.

W hemiplegii hysterycznej porażenie twarzowe jest nader rzadkie. To, co się spostrzega, jest najczęściej pseudo-porażeniem, hy-

potonią, która się łączy z hipertonią z towarzyszeniem małych skurczów mięśni twarzy po stronie przeciwnej.

3) Zboczenie paretyczne języka i *dysarthria* typowa zależna od stopnia porażenia języka.

W hysteryi zboczenie języka jest bardzo zmienne i kapryśne pod postacią hemispasmus, paresis systematica, zboczenie w stronę przeciwną porażeniu i t. d.

4) Nacężenie względne porażenia kończyn i grup mięśniowych jednej kończyny jest zwykle w porażeniu organicznem typowe. Ztąd położenia i chód w hemipl. org. opisujący odcinek linii krzywej, w hysteryi zaś chód typu Todd'a.

5) Ruchy mimowolne skojarzone w kończynach porażonych.

6) Okres rozwoju porażenia i okres zwrotny są w poraż. poł. org. całkiem charakterystyczne.

III. *Przykurczenia* (kontraktury) są charakterystyczne tak pod względem ich postaci jak rozwoju.

IV. *Zwiększenie odruchów ścięgowych i kostnych* (drżenie rzepekowe, stopowe i ręki) idzie w parze z hipertonią muscularis.

Drżenie (trepidatio) zwrotne stopy może być wyjątkowo w por. poł. hysterycznem.

V. Odruchy powierzchowne mają mniejsze znaczenie z wyjątkiem *objawu palcowego* Babińskiego. Jednak odruch ten widuje autor wyjątkowo i w hysteryi. Brak odruchu brzuszno i na cremaster tylko po stronie porażenia należy brać pod uwagę.

VI. Hemianaesthesia w hemipl. organicznej nie zajmuje w jednakim stopniu całej połowy ciała, lecz nie ma też i ostrych przejść oraz rozkładu odcinkowego (np. ograniczenia podł. linii amputacyjnych), jaki się spotyka w hysteryi. Często też przeważa w hemipl. organicznej zaburzenie zmysłu stereognostycznego.

VII. *Hemianopsia*.

2) Brak zmian w innych narządach zmysłowych.

VIII. *Stan psychiczny*.

IX. Zaburzenia krążenia i termiczne.

X. *Ostra odleżyna*.

W hemiplegii spowodowanej uszkodzeniami isthmus, bulbus i rdzenia objawy ogniskowe są typowe.

Hysterya, jeśli je symuluje, to w sposób niedokładny.

A priori nie można uznać żadnego z objawów za patognomoniczny, jednakże jeśli istnieje którykolwiek z objawów wyszczególnionych cursive, przemawia on za rozpoznaniem hemiplegii organicznej, jeśli nie nie skłania do przypuszczenia *assocycacji* hysteryi z cierpieniem organicznem.

Co się tycze etyologii, osobnika oraz warunków, w których powstaje choroba, to autor przypisuje im w rozpoznaniu znaczenie drugorzędne. W razie, gdy same objawy nie wystarczają dla rozpoznania, badanie drobiazgowie i gruntowne w tym kierunku może się okazać pomocne.

Na korzyść hemiplegii organicznej można szukać dowodów, biorąc pod uwagę wiek, płeć, narodowość chorego, jego rodzaj życia

jego stan ogólny, stan narządów poszczególnych jak serca, naczyń, nerek. Trzeba umieć oceniać znaczenie zakażeń malarycznych, tyfusowych i innych chorób zakaźnych, zapalenia płuc, opłucny, chorób układu nerwowego jak sclerosis disseminata, guzy, przymiot, diabetes, intoksykacje i t. p.

Badanie wzornikiem ocznym jest obowiązujące. Okoliczności towarzyszące powstaniu pozwalają niekiedy wykluczyć możliwość auto-sugestyi, czynnika wywołującego objawy hysteryi (zajęcie spokojne, głęboki sen i t. p.), lub przemawiają raczej na korzyść wylewu mózgowego (wysiłki mięśniowe, kąpiel gorąca lub zimna, defekacja, coitus i t. d.).

Inne okoliczności powstawania, jak wzruszenie gwałtowne, uraz, nie mają, zdaniem autora, decydującego w rozpoznaniu znaczenia powstawania hemiplegii (np. anemia częściowa u aterosmatyków) może działać jak shock moralny i wywołać objawy należące do hysteryi (abasia, hemianaesthesia i t. d.). Trzeba w takich razach strzedz się przeoczyć przyczynę organiczną.

Za ogólne prawidło winno być przyjęte, że we wszystkich przypadkach z objawami hysterycznymi trzeba szukać, czy nie maskują one zaburzenia organicznego, które jest istotną przyczyną hemiplegii.

Nie każda hemiplegia przejściowa ma być uważana za hysteryczną. Uleczenie przez suggestyę w jakiegokolwiek postaci nie jest również w tej mierze, zdaniem autora, decydujące. W tym ostatnim przypadku hemiplegia mogła być zależną od przyczyn organicznych jak sclerosis disseminata, paralysis progresiva incipiens, nephritis interstitialis i t. d.

Nie znamy wszystkich przyczyn porażęń połowicznych przejściowych, z drugiej znów strony w poraż. połow. organicznych wogóle nie jest zawsze możliwym odnaleźć ich przyczynę. Dlatego też nie wolno jest rozpoznawać hemiplegii hysterycznej per exclusionem.

W dyskusyi dr. Mendelsohn z Petersburga zwraca uwagę na 2 objawy, mogące znaleźć zastosowanie w różniczkowym rozpoznaniu obu rodzajów porażenia połowicznego.

1) Zmiana t. zw. strumienia czynnościowego (courant d'action), t. j. energii elektrycznej, która uwolnioną zostaje w kureżu dowolnym mięśnia i może być mierzona zapomocą zboczeń igły galwanometru, które znowu mogą być przedstawione graficznie pod postacią linii krzywej.

W kontrakturze hysterycznej igła galwanometru odchyłona w skureżu dowolnym mięśnia powraca zwolna do O. Krzywa graficzna podnosi się zrazu a następnie przedstawia długą i ciągłą linią spadku. W kontrakturze organicznej igła galwanometru w cofaniu się do O zatrzymuje się 2—3 razy, a nawet waha się, co odpowiada wzmaganii się strumienia czynnościowego mimo, że nowy ruch nie jest widoczny. Linia graficzna posiada wówczas 2 wierzchołki rozdzielone. Widać ztąd różnicę w czynności mięśni kureżących się, czyli różny mechanizm skureżu w obu razach. W hemiplegii hyste-

rycznej cała masa mięśniowa kureczy się, w hemiplegii organicznej zaś kureczą się oddzielne pęczki mięśniowe.

2) Zmiany zmysłu wzroku, mianowicie stosunek percepcji różniczkowej do ostrości widzenia. W przypadkach cierp. nerwow. organicznych ostrość widzenia więcej cierpi niż percepcja różniczkowa. Hemiplegicy organiczni czytają z trudnością alfabet Snellena, a łatwo tablice specjalne, służące do sprawdzania różnych stopni percepcji różniczkowych.

W przypadkach zaburzeń hysterycznych percepcja różniczkowa dotknięta jest w wyższym stopniu niż ostrość widzenia. Hysterycy hemiplegicy czytają łatwo w stosownym oświetleniu najdrobniejszą skalę alfabetu Snellena, napotykać zaś trudności w rozpoznaniu charakterów tablic do oznaczania percepcji różniczkowych.

Rzeczniowski.

III. Choroby dzieci.

57. M. Mosse (Berlin). **O jednoczesnem występowaniu nacieczenia szczytów i skrzywienia kręgosłupa pierwszego i drugiego stopnia u dzieci** (Zeitschrift f. klin. Med. T. 41. str. 137—159 r 1900).

W obszernym artykule autor (asystent kliniki uniwersyteckiej Senatora) na zasadzie własnych obserwacji roztrząsa sprawę w nagłówku wymienioną, nieopisywaną ani w podręcznikach chorób dzieci ani w zbiorach spostrzeżeń tego rodzaju, jakkolwiek wpływ zniekształceń klatki piersiowej na płuca obfitą posiada literaturę.

Po treściwym przeglądzie tej ostatniej, a zwłaszcza poglądów Turbana, Neiderta, Bachmanna i De Giovanni (Padua), autor przystępuje do opisu swoich spostrzeżeń na 100-u dzieciach w wieku od lat 6 — 15, u których uwzględnił następujące 3 punkty; 1) czy dziecko ma nacieczenie szczytów? 2) czy ma boczne skrzywienie kręgosłupa? i 3) czy dotknięte jest obu cierpieniami. Tylko przez porównanie cyfr, na tej drodze otrzymanych, można odpowiedzieć na pytanie czy współistnienie nacieczenia wierzchołków i skoliozy jest częste.

Skrzywienie kręgosłupa określał autor według prawideł, ogólnie przyjętych w podręcznikach chirurgii i ortopedyi. Przy oznaczaniu stopnia skrzywienia trzymał się zwykłego podziału, w myśl którego mianem 1-szego stopnia oznacza się skrzywienie, dające się wyprostować przez zawieszenie pionowe; nazwę 2-go stopnia nosi skrzywienie niezupełnie dające się wyrównać przez zawieszanie; 3-go stopnia skrzywienie stałe (niepodatne), nie ulegające zmianie od zawieszania. Co do rozpoznawania *nacieczenia szczytów gruczołowego* miarodajnym dla autora było jedynie badanie fizykalne. Badania na łaseczniki gruczołowe *zaniechał*, gdyż dzieci rzadko kiedy wykrztuszają płwocinę (Senator), a zresztą w początkowym okresie gruczołicy u dorosłych

często nie napotykamy plwociny, a nawet tam, gdzie się znajduje obecność laseczników gruźliczych częstokroć nie daje się wykryć.

Z pomiędzy 100 dzieci, badanych przez autora, u 12 znaleziono tylko nacieczenia szczytów, u 35 tylko skrzywienie 1-go i 2-go stopnia z nacieczeniem wierzchołków. Nacieczenia uznaje za gruźlicze na zasadzie takiego samego prawdopodobieństwa, z jakim (w myśl Turbana) w ogóle jesteśmy w możności rozpoznawać choroby wewnętrzne. W myśl tych określeń autor podaje krótką historię choroby każdego z wzmiankowanych 53 przypadków.

Wnioski autora. 1) Znaczna część dzieci ze skoliozą pierwszych 2-ch stopni w wieku od 6—15 l. posiada jednocześnie nacieczenia gruźlicze ($53 : 88 = 60,2\%$) 2) Jeszcze liczniejsza odsetka dzieci w tym wieku z nacieczeniami gruźliczemi posiadała współcześnie skoliozę 1-go i 2-go stopnia ($53 : 65 = 81,5\%$) 3) z powyższych faktów wynika, że współistnienie skrzywień kręgosłupa 1-go i 2-go stopnia i nacieczeń szczytów jest częste w wieku dziecięcym. 4) Siedlisko skrzywienia o tyle wpływa na lokalizację nacieczenia, że przy skrzywieniach w okolicy grzbietowej nacieczenia wierzchołków najczęściej znajdują się na stronie wypukłej; w odpowiedzi bowiem na pytanie, które z tych cierpień jest pierwotne, autor skłania się do poglądu Martiusa, że skolioza wywołuje usposobienie chorobowe, sprzyjające działaniu chorobotwórczemu laseczніка gruźliczego, stwarzając locum minoris resistentiae dla infekcyi. Przyczyną jest, prawdopodobnie, utrudnione rozszerzanie się wierzchołka płuc, zawartego w wypukłej części skolocy. (Neidert i Bachmann).

W końcu autor zastanawia się nad wpływem krzywicy jako czynnika pośredniczącego przy powstawaniu nacieczeń gruźliczych, stwierdzając wiadomy powszechnie fakt, że często osobniki skoliozytyczne przebyły krzywicę, i nad niektórymi specjalnemi punktami (stosunki dziedziczne i rodzinne, wpływ utrudnionego oddychania nosem na powstawanie skoliozy). Ważnych tych kwestyj badania autora nie wyjaśniają, natomiast, zdaniem autora, mogą mieć wartość dla profilaktyki. Ponieważ dzieci skoliozytyczne więcej zdają się być zagrożone gruźlicą, przeto pożądaną jest rzeczą, założenie uzdrowisk, (jak to dla Niemiec proponuje Heubner) dla dzieci wątłych, zagrożonych gruźlicą, włączając do nich i dzieci ze skoliozą.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

58. Mayer na zasadzie badań doszedł do wniosku (Pos. Związ-med. wewn. w Berlinie 4. II 1901), że *kwas glikuronowy*, stojący bardzo blisko do cukru, znajduje się w postaci podwójnego związku w moczu ludzi zdrowych zupełnie. Tem tłumaczy owe niepewne wyniki próby Trommera na cukier, odróżnić jednak ciała te łatwo, gdyż mocz, zawierający kwas glikuronowy, nie polaryzuje na prawo, lecz

na lewo, stąd mocz, zawierający kwas ten i cukier może nie polaryzować wcale. Ilość patologiczną kwasu glikuronowego spotykamy w gorączkach, w zaburzeniach oddechania i krążenia, w stanach z zaburzeniami w utlenianiu, mianowicie przy obniżeniu się sprawności utleniającej ustroju. Jest to pierwszy produkt tej niedomogi w utlenianiu—następnym jest cukier, stąd przy zanikaniu cukru kwas glikuronowy spotykamy czas jakiś, jako oznakę, że niedomoga w utlenianiu jeszcze nie przeszła. Kwas szczawiowy jest, według autora, produktem utlenienia cukru, wyższym, niż kwas glikuronowy. Cukier naprzód utlenia się na kwas glikuronowy, później szczawiowy, następnym produktem jest woda i kwas węglowy. Z tego łatwo zrozumieć, czemu w moczówce spotykamy tak często oksalurę. J. Z.

59. Pels-Leusden na pos. lekarzy w Charité miał wykład o *zapaleniach trzustki*, w jednym z operowanych przez niego przypadku stwierdził ropne zapalenie tego zarządu, w drugim martwicę z torbielami w główce. Pierwszy chory wyzdrowiał, druga zmarła. (M. ac. W. 8).

J. Z.

60. E. i O. Freund ogłaszają *wyniki badań nad Succii*: 1) strata dzienna azotu spaść może do 3 grm; 2) w ostatnim okresie głodzenia strata azotu jest nieprawidłowa, tylko 20% azotu wydziela się w postaci mocznika 3) żaden ze znanych składników moczu nie zastępuje zmniejszonej ilości azotu 4) wydzielenie kreatyniny jest stosunkowo większe w czasie pracy fizycznej, niż w czasie spokoju; 5) ilość ciał aloksurowych jest większa, niż kwasu moczowego; 6) zwiększenie stosunkowe amoniaku jest nieznaczne; 7) w czasie głodzenia nie zmniejsza się kwasność moczu. („Wien Klin. Rund.“ 5, 1901).

J. Z.

61. Parkon i M. Goldstein w *România medicala* podają ciekawe spostrzeżenia co do *nieznanej roli jajników*. Przypisują im np. własność wpływu na włosy, notując fakt, że u wielu kastrowanych rosną wąsy i broda, sądzą więc, że wydzielina jajników przeskadza temu porostowi u kobiet, im również przypisują znaczenie w rozwoju głosu, piersi, macicy, wogóle twierdząc, że rola „wewnętrznego“ wydzielania gruczołów niedostatecznie zbadanych, jest większa, niż to przypuszczamy.

J. Z.

62. Walthard z Bernu, zajmuje się w niedawno ogłoszonej pracy rolą *diplostreptococcus* w zapaleniu popołogowem otrzewny. Pasożyt ten znajduje się w zawartości kiszek, w wydzielinie pochwy ciężarnej, w odpiywach popołogowych. W razie zapalenia znajdowano go w *endometrium*, w śluzie jajowodów oraz w wysiękach okołomaciczynek. Z błony śluzowej macicy dostaje się do jajowodów, a stąd do otrzewny. Przebieg zapalenia otrzewny, zależnego od *diplostreptococcus* różni się od zapalenia, spowodowanego przez łańcuszkowca, dłuższym i nieco łagodniejszym przebiegiem. (M. f. Geburt. XII 1900).

J. Z.

63. Na posiedzeniu chirurgów paryskich, odbytem w listopadzie r. z. dr. Szczypiórski z Mont-Saint-Martin mówił o trzech przypadkach *uszkodzeń ciężkich kończyny dolnej*, w których dokonał *amputacji na sposób Gritti'ego*. W spostrzeżeniu pierwszym wyko-

nano zrazu amputację podudzia, szerząca się, wszelako, w ciągu dalszym zgorzel zniewolila do posunięcia cięć wyżej jeszcze; innemu choremu zrobiono operację wśród objawów zakażenia posokowatego, w trzecim przypadku wreszcie, gdzie, na skutek urazu, goleń odzieloną była prawie zupełnie od górnej swej trzeciej części, amputowano doraźnie. Za każdym razem otrzymywano po operacji wynik wyborny, wszyscy bowiem poszkodowani chodzą na swych kikutach bez trudu. Dla otrzymania trwałego przyrostu rzepki, uniknięcia ześlizgiwania się tejeż ku przodowi, autor dokonał prawdziwego jej odrutowania. Zazwyczaj przedziurawiano perforatorem rzepkę w kierunku osi większej w odległości 3 ctm. od powierzchni okrwawienia; po przepiłowaniu kłykciów borowano również w kierunku poprzecznym odłamek udowy, przeprowadzano przez oba kanały drut srebrny i zakręcano tenże na zewnątrz. Dzięki tej modyfikacji otrzymywano kikut daleko lepszy, niż po amputacji diafizalnej. W wywiązanej ztąd dyskusji Delbet oświadczył, że metody amputacji kostnowytwórczych zasługują zbadania na nowo. O dobrych następstwach operacji Gritti'ego mówili również Poirier i Tuffier, podnosząc głównie tę dobrą stronę omawianego zabiegu, że operowany opiera się później na skórze, przywykłej do ucisku.

K. N.

64. Gorąco — jako środek rozpoznawczy w obecności ropy.

Przyjętem jest uważać za pewnik, że gorąco zmniejsza ból w zapaleniach ostrych. Tymczasem Lewin na podstawie licznych spostrzeżeń utrzymuje, że bywa to tylko w ostrych zapaleniach nie ropnych; w tych ostatnich zaś, przeciwnie, gorąco nie sprawia ulgi, a większe bóle. Proste zapalenie gośćcowe stawów z ostremi bólami, unieruchamiającami kończynę, przechodzi pod gorącemi okładami, przyczem bóle łagodnieją niezwłocznie. Ropne zapalenia stawów nie poprawiają się przy tem leczeniu, a bóle pogarszają się znacznie.

To samo da się, według Lewina, powiedzieć o zapaleniach wyrostka robaczkowego. W 10 przypadkach tego cierpienia Lewin stosował okłady gorące bez użycia jakichkolwiek innych środków uspakajających, — u 8 chorych po 2—3 tygodniach nastąpiło wyleczenie; u 2, którzy pod wpływem okładów nie tylko nie doznali ulgi ale pogorszenia, trzeba było uciec się do zabiegu chirurgicznego. To samo zostało sprawdzone odnośnie do 3 przypadków „parametritis“. U dwóch chorych, które doznawały ulgę od gorąca — nastąpiło wyleczenie, u trzeciej, której gorące okłady zwiększały bóle, doszło do wytworzenia się ropy.

(„Sem. med.“ № 3).

O. H.

V. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“.

Wiedeń w lutym.

Izba lekarska. — Kasa majstrów. — Nędza lekarzy w Wiedniu. — Ambulatorya. — Towarzystwa ubezpieczeń. — Lekarz przed sądem. — Zjazd przeciwalkoholyczny.

W listach z Wiednia do „Kroniki Lekarskiej“ w r. 1899 doniosłem czytelnikom, że izba lekarska wiedeńska w tymże roku, z powodu braku formalności przy wyborach, została rozwiązana, a na jej miejsce namiestnictwo Dolnej Austrii przeznaczyło urzędnika w osobie Dra Rescha, starszego c.-k. fizyka, który podczas bezkrólewia sprawować miał zarząd izby lekarskiej i przygotować nowe wybory. Bezkrólewie trwało prawie dwa lata. Dr. Resch, celem jaknajlepszego wywiązania się z poruczonego sobie zadania, dobrał sobie radę, złożoną z 10 członków, i w ten sposób mógł podołać pracy przyjętej. Pierwszem zadaniem tak dobranej komisji było przeprowadzić nowe wybory, które ostatecznie w październiku 1900 doszły do skutku. Na 1850 wyborców 979 zgłosiło się do urny. Ukonstytuowanie się nowej izby nastąpiło 28 listopada 1900 r. Na prezesa wybrany został dawny prezes Dr. Heim, a cała izba lekarska liczy 29 członków i tyluż zastępców. Tak więc, wreszcie, po długim bezkrólewiu mamy izbę lekarską i z niemałym zaciekawieniem wyglądamy, jak też ta nowa izba lekarska wywiąże się ze swego zadania.

Ze sprawozdania, jakie komisya zastępcza z Dr. Reschem na czele wydała za czas swego urzędowania, dowiadujemy się, że liczba członków, do izby należących, w roku 1899 wynosiła 2,093, zaś przy końcu roku 1900, a więc w czasie ustąpienia komisji, wzrosła do 2,178. Majątek izby wynosi przeszło 27 tysięcy koron. Podczas bezkrólewia interesy lekarzy, nie będące natury urzędowej, oddano związkowi lekarzy wiedeńskich, obejmującemu prawie wszystkich lekarzy w Wiedniu. Związek ten lekarzy jest instytucją nadzwyczaj poważną, zajmuje się nadzwyczaj pilnie sprawami lekarskimi i jest niejako korporacją, ton innym związkom lekarskim nadającą. Kiedy zeszłego roku kasy majstrów (Meisterkrankenkaſſe) ogłosiły konkurs na posadę lekarzy, związek lekarzy wiedeńskich był pierwszym, który zajął się uregulowaniem tej sprawy. Kasy chorych majstrów przez lekarzy i przez izbę lekarską nie zostały za instytucje konieczne potrzebne uznane i wprost szkodliwe dla lekarzy—bo przecież jasną jest rzeczą, że leczyć bogatego, milionowego fabrykanta, jako członka majstrów, za 7½ kr., to przechodzi granice najbardziej wygórowanej filantropii. To też związek lekarzy zwołał na naradę wszystkich lekarzy wiedeńskich. Na zebraniu tem jednogłośnie przyjęto następującą rezolucję: 1) Zgromadzenie oświadcza, że przyjęcie jakiegokolwiek posady w kasie majstrów jest niedozwolone i uważane będzie jako zdrada całego stanu lekarskiego. 2) Zgromadzenie spodzie-

wa się od izby lekarskiej, że rezolucję tę poprze i lekarzy, którzyby urząd jakikolwiek w kasie majstrów przyjęli, pociągnie do odpowiedzialności pod sąd honorowy. 3) Zgromadzenie uznaje zasługi w tym względzie związku lekarskiego i nawołuje do wytrwania na obranej raz drodze. Skutek zgromadzenia tego był zaraz widoczny—na ogłoszony konkurs zgłosiło się wprawdzie 23 lekarzy, którzy jednak później swoje podania wycofali. Tak więc, solidarność lekarzy, którą tak rzadko widzieć można w naszym stanie, odniosła chwilowo zwycięstwo, a zdaje się być rzeczą pewną, że kasa majstrów poddać się musi jurysdykcji izby lekarskiej — a ewentualnie powinna przestać istnieć. Dosyć wyzyskiwanym jest lekarz przez kasy robotnicze i t. d., a więc kasę biedaków, toć trudno wymagać, by ten, co może płacić i to bez żadnego dla siebie uszczerbku, miałby również wyzyskiwać pracę lekarza, który dzisiaj z małymi tylko wyjątkami, zaledwo może na chleb zarobić, nie myśląc już o jakichkolwiek oszczędnościach.

Że tak jest, mieliśmy najlepszy dowód w ostatnim czasie. Lekarz praktyczny, w jednym z okręgów wiedeńskich, na drodze do chorego, złamał sobie nogę. Skutkiem tego nie mógł, naturalnie, wykonywać żadnej praktyki, co za tem poszło, że w parę tygodni znalaziono biedaka i jego żonę w mieszkaniu, z głodu prawie umierających—a dzisiaj żyje on z dobroczynności, otrzymując wsparcia w postaci jałmużny drogą składek w gazetach politycznych ogłaszanych. Dla nas młodszych lekarzy przykład odstraszaający.

Jak bezbronnymi są lekarze wobec kas chorych i ich matorów, świadczy dobitnie fakt zaprzysiężenia lekarzy kas chorych. W ostatnich miesiącach zeszłego roku wydało namiestnictwo ukaz, według którego lekarze kas chorych nie są urzędnikami tychże i dla tego też nie są obowiązani do składania przysięgi (W Austrii każdy urzędnik musi składać przysięgę na wierność i posłuszeństwo swej władzy). Nie małe było zdziwienie lekarzy kasy chorych okręgowych wiedeńskiej, kiedy w październiku z. r. otrzymali zawezwanie do złożenia przysięgi. Na wiadomość o tem bezprawiu prezes związku lekarzy udał się do dyrektora kasy, przekładając mu, że lekarze, według powyżej przytoczonego ukazu namiestnictwa, nie są obowiązani do przysięgi. Przedstawienie to nie odniosło skutku, owszem z przebiegu rozmowy widać było, że dyrektor dał prezesowi związku lekarskiego do zrozumienia, że w razie niewykonania przysięgi, lekarzy oporni zostaną z kasy usunięci. Ponieważ, prócz dwu lekarzy, wszyscy są w kasie chorych prowizorycznie ustanowieni i w razie niewykonania przysięgi musieliby swoje stanowiska porzucić, a nadto na ich miejsce już co najmniej 500 lekarzy jest proponowanych i, wreszcie, są to przeważnie lekarze bardzo skromnie finansowo uposażeni, nie pozostało im nic innego, jak swoim przełożonym przysiąc posłuszeństwo, przełożonym o bardzo niskim stopniu inteligencji, czasami zaledwie czytać i źle pisać umiejącym. Zresztą, w jaki sposób może lekarz być posłusznym w leczeniu wezwaniu przełożonych laików? Przypuścić tylko należy, że dygnitarze kasy chcą mieć z inteligentnych lekarzy posłusznych parobków, którym lada chwila grozić mogą karami. Czy jednak to zaprowadzi daleko, o tem bardzo wąt-

pimy, bo lekarze wiedeńscy także i gdzieindziej zaczynają się powoli budzić z letargu i więcej swojemi sprawami zajmować.

Już od dłuższego czasu ambulatoryja szpitalne odbierały lekarzom praktycznym znaczną część klienteli i to klienteli zamożnej. Ambulatoryja bowiem szpitalne są bezpłatne i, choć w gruncie rzeczy tylko dla biednych przeznaczone, nadużywane były przez ludność nawet zamożną. Związek lekarzy zwrócił się tedy był swojego czasu do namiestnictwa, jako władzy naczelnej nad szpitalami wiedeńskimi, z prośbą o uregulowanie ambulatoryjów w ten sposób, by tylko rzeczywiście ubogim także pomoc bezpłatną udzielano. Prośba ta pozostała bez skutku, wszędzie bowiem napotkano na opór i na pokrywkę ze strony ludzkości od lekarzy wymaganej, boć takowa nic nie kosztowała. Kiedy jednak finanse szpitalne okazały się niezbyt pomysłne, a koszta ambulatoryjów w obrachunku wykazały kolosalne wydatki, wtedy „Humanität“ zmałała u rządu, bo trzeba było pokryć je z kasy rządu. To też namiestnictwo przystąpiło do uregulowania ambulatoryjów i wydało rozporządzenie treści następującej: „Wzywa się wszystkich dyrektorów i przełożonych szpitali, aby celem powstrzymania nadużyć przez osoby zamożne, wspólnie z inżynierami i nadzorcami szpitalnymi natychmiast przeprowadzili, aby we wszystkich ambulatoryjach powywieszać tabliczki z napisem wyraźnym: „porada jedynie dla biednych“ i „tylko“ od tej do tej godziny“. Dalej, w ambulatoryjach samych, na kartkach ambulatoryjnych i na receptach ma być następujący tekst wydrukowany: „W razie wątpliwości co do ubóstwa, ma przełożony ambulatoryjum lub jego zastępca prawo i obowiązek od chorego ambulatoryjnego żądać świadectwa ubóstwa“. Tak więc, przynajmniej tyle zrobił rząd dla lekarzy, ale dopiero wtedy, gdy owa słynna „humanitas“ ze strony lekarzy zaczęła z powodu wydatków na opatrunki etc. być dla rządu kosztowną. Zresztą, i w tym kierunku niewiele, a prawie nic rząd do ambulatoryjów nie dopłaca, bo istnieją specjalne zapisy przez osoby dobroczynne tylko dla ambulatoryjów, mogące pokryć wydatki ambulatoryjów, które jednak są używane na utrzymanie szpitali.

Że związek lekarzy Wiednia stara się, o ile w jego mocy leży, o polepszenie bytu lekarzy, świadczy między innymi i umowa, jaką związek zawarł ze wszystkimi towarzystwami asekuracyjnymi w całej Austrii. Umowa ta weszła w życie 1 stycznia 1901 roku i zawiera następujące punkty: I. Ubezpieczenia od zycia. Świadectwa śmierci ubezpieczonego (historye krótkie choroby) mają być bezpośrednio żądane od towarzystwa, nie zaś, jak dotychczas, za pośrednictwem osób interesowanych i najmniejsze honorarium wynosić ma za tę czynność 5 koron. II. Ubezpieczenia od wypadków. 1) Towarzystwa ubezpieczające mają w razie wypadku po otrzymaniu wiadomości o wypadku bezpośrednio na ręce lekarza ordynującego przesłać formularz, dla opisanja wypadku służący, wraz z kopertami frankowanemi do tego potrzebniemi. 2) Lekarz po otrzymaniu formularza obowiązany jest bezwzględnie dokładnie wypełnić i towarzystwu przesłać. 3) Lekarskie te świadectwa mają być, o ile możliwości, trzymane w tajemnicy. 4) Za wypełnienie formularza

rzy otrzymuje lekarz 6 koron, które po przesłaniu ostatecznego sprawozdania mają mu być zaraz przez towarzystwo wypłacone. 5) Towarzystwo nie traci prawa ściągania od stron interesowanych wypłaconych przez nie honoraryów. 6) O honorarium poza granice powyższej umowy przechodzące, ma się lekarz osobno ze stroną umówić. 7) Towarzystwa, celem ujednostajnienia, mają się posługiwać, o ile można, formularzami jednobrzmiącymi. 8) Umowa ta ważną jest dla członków związku lekarzy w Wiedniu i wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 1901 roku.

Zawód lekarski, jak żaden inny zawód, przez laików, czy potrzebnie lub nie, bywa zawsze wszechstronnie krytykowany. Każda czynność lekarska podpada surowej nieraz krytyce ludzi, zupełnie nie wspólnego ze sztuką lekarską nie mających i często nadto słyżeć się daje posądzenie nie tylko lekarzy praktycznych, ale specjalistów i profesorów, że winni są śmierci, bo się albo na chorobie nie poznali, lub też ją lekkomyślnie lub całkiem przeciwnie leczyli. Łatwo też lekarz podpaść może pod surowy pregierz paragrafów, a bez należytego pojmowania rzeczy ze strony sędziów i bez wysłuchania zdania rzeczoznawców podpada surowej karze, będącej bezpośrednią ruiną materialnego i moralnego jego bytu. Przykład tego mieliśmy w styczniu b. r. Lekarz starszy, uprawiający praktykę przez 28 lat, ze wszech stron szanowany i poważany, oskarżony został o wykroczenie przeciw bezpieczeństwu życia. Rzecz przedstawiała się w następujący sposób. Lekarz ów, wezwany do poronienia, usunął jajo płodowe; wezwany powtórnie z powodu krwotoku, po zbadaniu chorej, wyczuł części miękkie, które uważał za resztki płodu i chciał je wydobyć kleszczami Schultzego. Wśród operacji pokazało się, że nie były to resztki, ale jelita, które w chwili, gdy je ów lekarz jako takie rozpoznął, wprowadził, a po wezwaniu drugiego lekarza, postanowiono chorą przesłać do szpitala, celem podjęcia operacji. Tamponada, jaką ów lekarz zastosował, okazała się niedostateczną—podczas przenoszenia jelita wypadły — a chora, mimo operacji podjętej, w parę dni zmarła. Kiedy ów przypadek dostał się do wiadomości czasopism, władze sądowe wytoczyły lekarzowi proces i, mimo świadectwa fakultetu medycznego, że podobne przypadki wydarzyć się mogą i znane już są w literaturze, i że nie ma w podobnym przypadku żadnej winy lekarza, sąd skazał owego lekarza na 2 miesiące ciężkiego więzienia.

Liczba lekarzy, praktykujących w Austrii, wynosi obecnie 10,576, z czego na Dolną Austryę przypada 3,054, a na sam Wiedeń 2,443.

W miesiącu kwietniu odbyć się ma w Wiedniu międzynarodowy zjazd przeciw alkoholowi. Zjazd ten będzie miał cechę rządową—rząd austriacki zaprosił urzędownie przedstawicieli innych państw i daje znaczną subwencję na pokrycie kosztów zjazdu. Większa część obcych mocarstw przyrzeka wysłać swoich przedstawicieli, szczególnie interesować się mają tą kwestyą władze rosyjskie. Przemawiać na zjeździe będzie można po niemiecku, francusku, angielsku, i włosku. Wiele odczytów już dotychczas zameldowano. J.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go marca 1901 r.

—j. z.— *Kurjer Warszawski* w rubryce „*O czem mówią*“ poruszył kwestyę pierwszorzędną wagi: stosunku lekarza do kolegi chorego. Rzecz wynikła z powodu listu jednego z lekarzy do redakcyi tego pisma ze skargą na jednego z kolegów warszawskich, który, będąc u chorego na prowincyi, został wezwany do kolegi i, odmówiwszy na razie pomocy, zawrócił następnie z drogi, aby mimo pośpiechu odwiedzić chorego kolegę, zabawił jednak bardzo krótko i odjechał. Nie wątpiwiem, w tem świetle sprawa przedstawia się niesmacznie, należało bowiem albo odwiedzin zaniechać, albo udzielić porady należytej. Czy tak było wistocie—nie wiemy i wcale nie w tym celu piszemy te słów kilka. Chodzi nam o sprawę bezpośrednio łączącą się z artykułem—kwestyę stosunku lekarza do chorego kolegi i odwrotnie.

Z dawien dawna lekarze wszyscy uważają się za pewną korporacyę, która prócz wspólności zajęć i stopnia naukowego posiada pewną wspólność dążeń i idei. Sięga ten zwyczaj czasów dawnych i po wszystkie wieki wspólność ta łączyła lekarzy nie tylko jednej miejscowości, ale kraju, ale świata całego. Dzięki tej łączności nie jest obraza, ale owszem przyjęta rzeczą nazywać kolegą lekarza zasłużeńszego, starszego, obcego narodowości; dzięki tej łączności lekarz może spodziewać się wszędzie pomocy, nawet na obczyźnie, skoro się ze swem stanowiskiem wywiedzie. Daje ta łączność pewne prawa, ale i nakłada pewne obowiązki.

W rzędzie tych obowiązków jedno z miejsc pierwszych zajmuje udzielanie bezpłatnych porad kolegom, obniżenie taksy w zdrojowskich, domach zdrowia it. p. dla lekarzy i ich rodzin najbliższych. Za rodzinę najbliższą uważają się według przyjętych u nas pojęć: żona, dzieci oraz rodzice i ci najbliżsi lekarza, którzy mieszkają razem z nim i są przez niego utrzymywani. Tak z dawien dawna praktykowało się i praktykuje wszędzie, ale są i wyjątki: pewien profesor z Moskwy stanowczo się uchylał od tego prawa zwyczajowego, wielu lekarzy w Berlinie i Paryżu wcale na to, że pacjent jest lekarzem nie zwraca uwagi i żąda zapłacenia sobie honorarium zwykłego. Są to dotąd wyjątki nieliczne, potępiane przez ogół lekarzy, ale stają się, niestety, coraz częstszymi na zachodzie i obawiać się należy, że z czasem mniej będą razić ogół lekarzy, jeżeli prasa lekarska nie wypowie się w tej kwestyi dostatecznie.

U nas zwyczaj ten jest obserwowany ściśle, za ściśle, powiem, gdyż pod pojęcie „rodziny lekarza” często podchodzą bracia, siostry, ciotki etc, nie stojący w zależności materyjalnej od lekarza. Uprzejmość w tym kierunku lekarzy jest często zbyt wielka, zupełnie nie słusznie, obowiązek bowiem ściślejsze ma znacznie granice. Wogóle lekarze raczej za wiele, niż za mało poświęcają pracy darmo pod pozorem leczenia „rodzin” kolegów.

Ale: i w tej kwestyi jest strona ujemna, ileż razy w razie choroby kolegi widzimy w pierwszym dniu wielu odwiedzających i „radzących”, a jak niewiele dotrwa do końca dłuższej choroby. Przez darmość pracy pacjent—kolega jest skrzepowany w swoich żądaniach, nie chce wymagać częstych odwiedzin, boi się być posądzonym o wyzysk pracy kolegi, często ze szkoda dla swego zdrowia. Takt leczącego, sumienne spełnianie obowiązku starają się usunąć te drażliwości, nie zawsze jednak skutecznie, gdyż lekarz jako pacjent jest niewątpliwie więcej wymagający od pacjenta nie-lekarza. Tu rozstrzygnąć może kwestyę jedynie tylko uświadomienie zarówno z jednej jak i z drugiej strony obowiązków wzajemnych. Lekarz pacjent dla siebie i swej rodziny *ma prawo* wymagać porady od kolegi, leczący zaś *ma obowiązek* spieszyć z pomocą. *Do ut des* jest tu zasadą i wobec tej wzajemności wszelkie drażliwości ustąpić powinny. Chory ma obowiązek nie być lekarzem w czasie własnej lub swej rodziny choroby, ale cierpliwym wykonawcą rad kolegi ordynującego, zaufać mu wniem w zupełności, jeżeli kolega ten spełnia swe zadanie sumiennie, ma prawo żądać od niego tylu wizyt, ilu żąda ich zwykły pacjent, ma prawo prosić go o naradę z innymi kolegami i t. p.

Tak jasne postawienie kwestyi zapobiega wielu powikłaniom i daje najlepszy *modus vivendi*.

Rodzi się tylko pytanie, jaki jest kres tych usług wzajemnych. Jeżeli obiedwie strony zamieszkują tę samą lub bardzo bliską miejscowość, kwestyi żadnej niema, ale jak postąpić ma lekarz, wezwany do kolegi w okolice dalsze, jeżeli na poradę stracić musi kilka lub kilkanaście godzin, przez co nie tylko daje koledze wiedzę i swój czas, ale traci materyalnie przez opuszczenie pacjentów płatnych. Kwestya ta bywa rozstrzygana rozmaicie. Nie mówię o tych wypadkach, gdy obie strony łączą bliższe stosunki—wtedy rzecz jest rozstrzygnięta sama przez się, chodzi o te wypadki, kiedy prócz jednego fachu nie więcej ich nie łączy. Jedni z kolegów uważają wtedy za rzecz słuszną zwrot kosztów podróży, inni idą dalej i żądają zwrotu straconego czasu, inni wreszcie zapłaty honorarium zwykłego. Każdy ze zwolenników tych poglądów ma argumenty na poparcie swego postąpienia i, powiedzmy, argumenty mniej lub więcej słusne. Bardziej skłaniałibyśmy się do poglądu drugiego z wymienionych t. j. do zwrotu kosztów istotnych i istotnej straty, ale rozstrzygać kwestyi nie chcemy i radzibyśmy wysłuchać zdania większej liczby kolegów, którzy zechcą do rozstrzygnięcia jej dopomódz. Zupełnie darmego przyjazdu t. j. bez zwrotu kosztów, sądzą, nikt nie ma prawa wymagać od kolegi, chyba warunki jego bytu są takie, że na zwrot nawet kosztów nie pozwolą. Lekarz, udający się do kolegi po za miejsce swego zamieszkania, daje bezpłatnie swą fatygę, wiedzę, pracę i czas—to dosyć.

Nie wyczerpaliśmy w tych kilku słowach całej kwestyi, kazistyka jej jest wielka, czas by ją usystematyzować i dojść do pewnych konkluzyi celem uniknięcia nieporozumień zbytecznych i często nieprzyjemnych. Zwracamy się więc do kolegów o łaskawe wypowiedzenie się co do poglądów na stosunek wzajemny lekarza do kolegi

pacjenta i jego rodziny. Wszystkie głosy w tej kwestyi skwapliwie zanotujemy.

— z. — W „Niwie Polskiej“ (№ 5) znajdujemy artykuł przeciwko zarządowi domu wychowawczego w szpitalu Dzieciątka Jezus. Artykuł ten przedrukowało kilka pism i wywołał on słuszne ze wszechmiar odparcie zarzutów, oparte na cyfrach, w „Gazecie lekarskiej“. Kol. Kamiński, blisko stojący tej sprawie, przyznaje wiele braków, którym zaradzić może jednak tylko większa na tem polu ofiarność publiczna, która w ostatnich czasach osłabła. Źródła braku ofiarności szukać należy 1) w zbyt rzadko ogłaszanych sprawozdaniach 2) w małym uczestnictwie społeczeństwa w losach instytucji. Co do 1-go rada miejska postanowiła ogłaszać sprawozdania kwartalne, druga kwestya oczekuje na rozstrzygnięcie zasadnicze i wiąże się z całą kwestyą szpitalną, jak wiadomo, przez zbytnią centralizacyę postawioną na zupełnie niewłaściwym gruncie. W czasach decentralizacyi, jak wiemy, lepiej się działo szpitalom i instytutowi Bodouina.

— z. — Na jednym z ostatnich posiedzeń wydziału szpitalnego kol. L. Bregman poruszył myśl nader ważną urządzenia sanatoryów dla chorych nerwowych. Myśl ta, zasługująca na zupełne poparcie, była przez wydział przyjęta z wielkiem uznaniem; postanowiono przekazać sprawę Tow. opieki nad chorymi nerwowymi, które jest uprawnione do zajęcia się tą sprawą. Poprzednie 2 odczyty kol. B. Sawickiego o stanie pielęgniarstwa u nas i na zachodzie również zajęły słuchaczy tego wydziału, którego działalność wyróżnia się wśród innych wydziałów Towarzystwa obfitością materiału i opracowaniem referatów.

— z. — Tow. opieki nad nerwowymi na ostatniem posiedzeniu zarządu załatwiło wiele ze spraw omawianych przez nas w z. 3 „Kroniki“. Nie wątpimy, że będą one doprowadzone do skutku dzięki znanej energii wielu członków zarządu tej instytucji, mającej wiele praw do szerokiej opieki społeczeństwa.

— z. — Frank, zaznaczając wysokie własności przeciwnilne wysokoku, przypomina, że już za czasów Homera Podalirios i Machaon w czasie wojny trojańskiej rany obmywali starem mocnem winem. Hippokrates, a później Galenus używali również w tym celu wina. Actius zalecał ten środek w akuszeryi, użycie więc wysokoku w celu wyjąłowania ran jest bardzo dawne i sięga tysiąca lat bliżko przed Nar. Chrystusa.

— z. — W d. 16 z. m. kol. J. Borzymowski otworzył pracownię sterylizacyjną przy ul. Karmelickiej № 6 dla przygotowywania opatrunków wyjąłowanych.

Z M A R L I.

W zeszłym zeszycie podaliśmy już wiadomość o śmierci śp. kol. Śmigielskiego. Uzupełniamy dziś tę wzmiankę kilkoma szczegółami z jego życia.

W dniu 10-tym lutego r. b. po kilkodniowej zaledwie chorobie, w sile wieku rozstał się z tym światem kol. ś. p. Józef Śmigielski, uległszy zarazie tyfusu plamistego. Ś. p. dr. Śmigielski urodził się w 1859 roku, gimnazjum kieleckie ukończył w 1878 r., uniwersytet zaś w 1884 r. Po ukończeniu studyów w Warszawie, dla uzupełnienia ich, udał się na rok do klinik zagranicznych i w końcu roku 1885 osiadł na stałe w Kielcach, gdzie niezmordowanie pracował ciężko aż do ostatnich chwil. Jakkolwiek nieboszczyk nie zaznażył swojej działalności na niwie piśmienniczej, do czego wprost brak mu było czasu, jednakże pozostawił najlepsze wspomnienie i szczerzy żal wśród Kielczan, którym z zaparciem się siebie niósł pomoc lekarską przez 15 lat, gotów na każde wezwanie dniem i nocą. Padł też ofiarą swojej gorliwości, jak żołnierz na posterunku. J.

— Dr. Edmund Bartoszewicz w 46 roku życia, zmarł 29 stycznia w Serajach, gdzie od lat 20 praktykował stale. Zmarł skutkiem tyfusu plamistego. Już drugi wypadek tego rodzaju podajemy w tym zeszycie.

— Dr. Józef Leśniowski, dnia 14 lutego r. b. w wieku lat 65, w Warszawie.

— Dr. Wojciech Paciejewski dnia 15 lutego r. b. w wieku lat 70, w Warszawie.

— Dr. Julian Weinberg, zmarł 26 z. m. w wieku lat 86.

— Prof. Manassein, redaktor czasopisma „Wracz“ w Petersburgu. Zmarły był przez lat 25 profesorem Akademii lekarskiej.

Odpowiedzi Redakcyi.

Członkowi Zjazdu. Zapytywaliśmy licznych uczestników Zjazdu i oni dotąd wiadomości o fotografii zbiorowej nie otrzymali, nie możemy przeto dać żadnych bliższych w tej kwestyi wyjaśnień Szanownemu Koledze. W każdym razie zbywanie milczeniem listów ze strony fotografa uważamy za wysoce nieodpowiednie i sądzimy, że najlepszą drogą będzie wniesienie zażalenia do odpowiedniego wydziału biura Zjazdu, na którego czele stał dr. M. Śliwiński.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. 3 przypadki porażenia Landry'ego—Dr. Józef Winiarski i Dr. Leszek Wolfram str. 195.
- II. O zmiennej nierówności źrenic — Dr. W. Miklaszewski — str. 198.
- III. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie — Dr. Antoni Hołówko — str. 201.
-

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna.

54. Prof. Dieulafoy—Przymiot płuc i opłucny — str. 207. 55. Dr. Markl — O toksynie dżumowej oraz o otrzymywaniu surowicy (antytoksyny) przeciwdżumowej — str. 218.

II. Choroby nerwowe.

56. Ferrier z Londynu i Roth z Moskwy — Rozpoznanie porażenia połowicznego organicznego — str. 220.

III. Choroby dzieci.

57. M. Mosse (Berlin) — O jednoczesnem występowaniu nacieczenia szczytów i skrzywienia kręgosłupa pierwszego i drugiego stopnia u dzieci — str. 225.

IV. Wiadomości pomniejszych (58—64) str. 226.

V. Korespondencje „Kroniki Lekarskiej“ List z Wiednia — str. 229.

Kronika bieżąca — str. 233.

Zmarli — str. 236.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 236.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 14 Февраля 1901 года.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny

Naturalny produkt

DO
KĄPIEŁI

borowinowych
lecniczych.



MATTONIEGO

sól borowinowa
(suchy wyciąg)
w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

ług borowinowy
(płynny wyciąg)
w butelkach po 2 kilo

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

PRACOWNIA PATOLOGICZNA
Dra Juliana Steinhaus a
ul. Wspólna Nr. 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne guzów, wyskrobin, płowociny, krwi, nasienia, wysięków, przesieków, i t. p. dla celów dyagnostyki lekarskiej.

Nałęczów

W zimie ścisły internat dla chorych wewnętrznych i nerwowych (z wyłączeniem umysłowych i epileptyków). Dwóch stałych lekarzy, dozorczyń chorych i masażystka.

Stosowanie wszelkich racjonalnych metod przyrodoleczniczych.

Dyrektor D-r A. Puławski,

b. ordynator szpit. D. Jezus w Warszawie.