

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## DWA PRZYPADKI

### t. zw. całokształtu objawów Horner'a

(Ptosis, miosis, enophthalmus unilateralis)

Opisał

Dr. Med. Bronisław Ziemiński,

Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Horner<sup>1)</sup> opisał pierwszy przypadek pewnego zbioru objawów chorobowych, polegającego na jednostronnem zwężeniu szpary powiekowej (ptosis), na zwężeniu średnicy otworu źrenicznego (miosis) tudzież na zapadnięciu gałki w oczodół (enophthalmus), był on pierwszym, który ściśle skreślił obraz kliniczny porażenia włókien oczno-źrenicznych nerwu spółczulnego (sympatycznego). Całokształt tych objawów został obszerniej opracowany w rozprawie doktorskiej Nicati'ego<sup>2)</sup>, ucznia Horner'a.

Rzecz prosta, że wspomniany zbiór objawów musiał z dawien dawna zwracać na siebie uwagę fizyologów i klinicystów. Już w początku zaprzeszłego stulecia Pourfour (1712) spostrzegł, że przecięcie nerwu spółczulnego u psów i królików sprowadza na stałe zwężenie źrenicy po stronie odpowiedniej, a w roku 1846 Biffi potwierdził wyniki tych doświadczeń. Lecz dopiero epokowe badania nad fizjologicznym znaczeniem nerwu spółczulnego, dokonane przez Claude Bernard'a i późniejsze prace H. Mueller'a i Rud. Wagner'a wykazały w sprawie bliżej nas tu obchodzącej, że:

Przecięcie części karkowej n. spółczulnego sprowadza rozszerzenie naczyń krwionośnych w wielu okolicach głowy, pobudzenie zaś

<sup>1)</sup> Horner. Ueber e. besondere Form von Ptosis. Kl. Mon. f. Augenhkde. 1869.

<sup>2)</sup> W. Nicati. La paralysie du nerf sympathique cervical. Diss. de Zurich. Lausanne. 1873.

tegoż nerwu wywołuje zwężenie tychże naczyń. Objawy te bywają przemijające w wielu przypadkach, stąd też niejednokrotnie ucho-  
dziły one uwagi klinicystów, a nawet nieraz nie mogły być dostrze-  
żone. Wpływ n. spółczulnego zdaje się być niewątpliwym na naczy-  
nia nietylko pewnej części jamy bębnekowej oraz na błonę naczynio-  
wą mózgu, lecz i na naczynia tęczówki, naczyniówki tudzież siat-  
kówki. Pobudzenie n. spółczulnego powoduje wydzielanie się potu  
w różnych okolicach głowy. Przecięcie części karkowej n. spółczul-  
nego sprowadza po stronie odpowiedniej zwężenie szpary powiekowej,  
zwężenie źrenicy, zapadnięcie gałki w oczodoł; natomiast drażnienie  
tychże włókien nerwowych wywołuje rozszerzenie źrenicy i wysadze-  
nie gałki z jamy oczodołu. Wreszcie Brown - Séquard był pier-  
wszym, który zwrócił uwagę na różnice w ciepłocie ciała w obu  
połowach głowy przy przecięciu lub drażnieniu części karkowej n.  
spółczulnego.

Te prace doświadczalne dały pohop do zwrócenia uwagi ba-  
czniejszej, w pierwszej linii chirurgów, na fakt, że, zwłaszcza przy  
guzach, usadowionych w okolicach szyi, dają się nieraz zauważyć  
pewne objawy oczne, polegające na zwężeniu źrenicy (Willebrand,  
Gairdner, Ogle, Heinecke i inni<sup>1</sup>). Lecz dopiero Horner  
nałczył zrozumiały, przy badaniu klinicznym, zależność wyżej opi-  
sanych objawów oczno-źrenicowych od zmian chorobowych, dotyczą-  
cych odpowiednich włókien nerwu spółczulnego. Słusznie też nadaje  
się miano całokształtu objawów Horner'a zbiorowi objawów ocznych,  
o których tu mowa.

W ostatnich latach miałem możność spostrzegania aż dwóch  
tego rodzaju przypadków, praca niniejsza ma na celu ściślejszy ich  
opis.

---

<sup>1</sup>) Godnem zaznaczenia jest tu spostrzeżenie Panas'a (*Mém. de  
la Société de Chirurgie*. 1868), dotyczące guza rakowatego, głęboko  
tkwiącego w szyi. W tym przypadku Panas zwraca uwagę na fakt na-  
stępujący, że podczas, gdy rozszerzenie naczyń w odpowiedniej połowie twa-  
rzy ustąpiło, natomiast zwężenie źrenicy i zapadnięcie gałki w oczodoł  
utrzymało się aż do śmierci pacyenta. Dowodzi to, że z czasem może ro-  
zwinąć się pewna czynność zastępcza w naczyniach odpowiedniej okolicy  
twarzy, lecz nie dotyczy to zaburzeń, spostrzeganych tu w tęczówce tu-  
dzież w mięśniu Mueller'a. Zresztą toż samo spostrzegali Cl. Bernard  
(*Leçons sur la physiologie du grand sympathique*) przy doświadczce-  
niach, które dokonywał na psach.

*Przypadek pierwszy.* Kobieta 32-letnia, od lat 13 zamężna, matka trojga zdrowych dzieci, nigdy nie przechodziła żadnych poważniejszych chorób ogólnych. Od lat najmłodszych cierpi na migrenę prawostronną z przewagą odpowiednich objawów ocznych (*scotoma scintillans*), jednym słowem, dotknięta jest t. zw. migreną oczną, która od lat 5-ciu znacznie mniej dokucza pacjentce. Zgłosiła się do mnie w dniu 15 listopada roku 1897 z następującego powodu. Przed kilku tygodniami mąż chorej zwrócił uwagę, iż „lewe jej oko zmalało“; zajrzawszy w lustro, spostrzegła, że rzeczywiście oko jej „jakby zginęło za powiekami; chcąc je rozewrzeć, marszczyła czoło, a mimo to nie mogła na tyle podnieść lewej powieki górnej, ile po drugiej stronie; przy picciu herbaty stale zauważa, że tylko prawa strona głowy poci się, a osoby z jej otoczenia zaznaczają, iż wówczas lewa strona twarzy jest wyraźnie bledszą, mówią, że wówczas mam prawą stronę twarzy czerwoną, a lewa wydaje się, jakby była bez krwi“.

Badanie całego ustroju, zwłaszcza układu naczyniowego i nerwowego nie wykazało żadnych zbroczeń chorobowych po za następującymi objawami. Lewa górna powieka wyraźnie opada, pokrywa ona górną część rogówki aż do dolnej połowy źrenicy podczas, gdy krawędź prawej górnej powieki znajduje się o 1 mm. nad obwodem źrenicy. Krawędź zaś dolnej powieki stoi wyżej, aniżeli w oku prawem. Przy zwykłym ustawieniu powiek rozwartość szpary powiekowej po stronie lewej wynosi 5,5, a po prawej 8 mm.; przy największym rozwarciu po lewej 7,5, a po prawej 10 mm., lecz chora jest w możności tylko przez krótki przeciąg czasu nieco unosić lewą górną powiekę, niebawem włókna mięsne, unoszące ją, wyczerpują się, pacjentka odczuwa ból wokoło oka, zarazem powieka lewa opada. Nie zachodzi tu niedowład m. levatoris palpebrae, gdyż, przy patrzeniu ku górze, powieka lewa dobrze unosi się, lecz stale zasłania równomierny odcinek tęczówki. Należy zaznaczyć, że opadanie lewej górnej powieki zawsze bywało wydatniejsze, skoro chora odczuwała zmęczenie po dłużej trwającym badaniu. Średnica lewej źrenicy znacznie mniejsza, aniżeli po stronie prawej, w cieniu wydaje się lewa o połowę mniejsza, niż prawa, przy oświetleniu różnica w wymiarze źrenic wynosi około 1,5 mm., wymiar lewej 2,5 mm., a prawej 4 mm. Prawa źrenica okrągła, lewa ukośnie owalna, obie sprawnie oddziałują na bodźce swoiste, lecz stale utrzymuje się różnica ich wymiarów. Po trzykrotnem wkropleniu 2% Sol. cocaini muriatki do oka lewego szpara powiekowa rozszerzyła się o 1,5 mm. Wkroplenie roztworów kokainy, homatropiny i atropiny sprowadza rozszerzenie źrenic w obu oczach, lecz ceteris paribus lewa źrenica stale po-

zostaje węższą o 1,5 mm. do 2 mm., aniżeli prawa. Barwa tęczówki oka lewego wydaje się jaśniejszą, gdyż wskutek zwięzienia źrenicy tego oka elementy, nadające barwę tęczówce, są rozsiiane na znaczniejszej powierzchni. Lewa gałka oczna znacznie głębiej tkwi w oczodole, aniżeli prawa, lewa rogówka o 2 mm. głębiej; przytem napięcie lewej gałki zmniejszone (hypotonia); poprzeczny wymiar gałek ocznych wykazuje zmniejszenie o 0,5 mm. w lewej gałce, wydaje się też ona w całości nieco mniejszą, aniżeli prawa. Oko prawe: myopia—0,75 D. Visus=1. Oko lewe: Hyperopia—1,25 D. Visus=4/5. Akomodacja prawidłowa w obu. Przy wzziernikowaniu: w oku lewym nieznaczne przekrwienie tętnicze siatkówki. Ciepłota w prawym zewnętrznym przewodzie słuchowym wynosi 37,0°, w lewym 36,8°, ciepłota prawego policzka o pół stopnia wyższa, aniżeli po stronie lewej. Lewa połowa twarzy wyraźnie bledsza, po dłuższem badaniu chorej przy lampie gazowej różnica ta zaznacza się nader dobitnie; linia środkowa, dzieląca twarz na prawą i lewą połowę, wyraźnie odcina część twarzy zaczerwienioną od części lewej bladej.

Chorą badałem ponownie po upływie siedmiu miesięcy, w dniu 21 Czerwca r. 1898, przyczem dostrzegłem następujące zmiany w zestawieniu z wynikiem badania pierwotnego. Lewa połowa twarzy znacznie bledsza, aniżeli prawa, zarys lewego policzka mniej wydatny aniżeli prawego. Chora twierdzi, że od paru miesięcy twarz jej po stronie lewej znacznie zeszcupiała. Skóra na twarzy po stronie chorej wyraźnie cieńsza, silniej zabarwiona. W lewej brwi, w rzęsach oka lewego i we włosach po lewej stronie głowy siwizna nierównomierna, kosmyki siwych włosów, przy brakach nieznacznych w uwłosieniu, czyli objawy hemiatrophia facialis.

*Przypadek drugi.* Do mego ambulatoryum w Instytucie Oftalmicznym d. 2. XI 1900 przyprowadzono ośmioletniego chłopczyka Eugeniusza M. z następującego powodu: 21. X. 1900 o godzinie 4-ej po poł. mały pacjent, bawiąc się z towarzyszymi, upadł tak nieszczęśliwie, że trzymany w ręku ułamany kij metalowy od parasola uwiązał mu w szyi poniżej lewego kąta żuchwy tak silnie, że siostra musiała uwięzły kij wyrwać z ciała, przyczem nastąpił dosyć znaczny krwotok. Ranę opatrzył felczer. Już w 2 godziny po wypadku dostrzeżono pewną zmianę, jakby zmniejszenie oka lewego. Rana na szyi goiła się powolnie przy dosyć znacznem ropieniu, zarazem zmiana zauważona w oku lewym coraz bardziej niepokoiła rodziców, postanowiono więc zwrócić się o poradę do okulisty.

Na szyi po stronie lewej o dwa centymetry poniżej kąta żuchwy rana prawie równoległa do jej gałęzi poziomej, długość rany wynosi

1,5 ctm. Kolega K. Orzeł, który był łaskaw zbadać chorego i leczyć tę ranę, uznał ją za powierzchowną, zagojenie zupełne szybko nastąpiło, pozostała tylko nieznaczna blizna powierzchowna, łatwo przesuwalna. Zresztą w całym ustroju, po za narządem wzroku, nie ma zmian chorobowych. Chłopczyk, bardzo roztropny, aż do chwili nieszczęśliwego wypadku nie chorował poważnie.

Oko prawe—prawidłowe. W lewym narządzie wzroku dostrzega się, co następuje. Górna powieka opada, zasłaniając górną część rogówki aż do  $\frac{1}{3}$  dolnej części źrenicy podczas, gdy krawędź prawej górnej powieki znajduje się o 1,5 mm. nad obwodem źrenicy. Krawędź dolnej powieki stoi wyżej, aniżeli w oku prawem. Przy zwykłym ustawieniu powiek rozwartość szpary powiekowej po stronie lewej 5. a po prawej 7 mm.; przy największem rozwarciu, po lewej 6,5 mm. po prawej 8,5 mm.; mały pacjent utrzymuje powieki w stanie najwyższego rozwarcia przez czas krótki, wysiłek ten jest dla niego przykry. Sprawność mięśnia unoszącego górną powiekę zupełna Lewa źrenica w cieniu o połowę węższa, aniżeli prawa. Różnica szerokości obu źrenic, uwydatniona stale w jednej mierze przy zmianach natężenia światła, nie ulega też zmianie pod działaniem równomiernem na oba oczy atropiny, homatropiny i kokainy; ta ostatnia wkropiona w 5% roztworze do oka lewego jest w stanie na czas krótki prawie zupełnie wyrównać istniejącą przedtem w obu oczach różnicę w rozwartości powiek. Sprawność obu źrenic, przy działaniu bodźców swoistych, w zupełności zachowana, lecz zawsze lewa źrenica pozostaje o połowę zwężona w stosunku do prawej.

Lewa gałka oczna o zmniejszonym napięciu (hypotonia) zapadła o 1,5 mm. głębiej w oczodół, aniżeli prawa.

Przy nieznacznej niezborności nadmiarowej, ostrość widzenia równa w każdym oku  $\frac{5}{8}$ ; stan akomodacji prawidłowy.

Wziernik nie wykazuje różnic wyraźnych na dnie obu oczów.

Chorego spostrzegałem w dłuższych odstępach czasu aż do marca r. b., w powyżej skreślonym wyniku badania nie zaszły żadne zmiany. Od pierwszej chwili wypadku stale zaznaczano, że cała lewa połowa twarzy jest więcej zaczerwienioną, cieplejszą oraz silniej poci się, niż strona prawa; co do tego, zarówno mały pacjent, jako też osoby z jego otoczenia nie mają najmniejszej wątpliwości. Objawy te najwyraźniej uwydatniają się przy spożywaniu obiadu.

\* \* \*

Zbiór objawów, dostrzeżonych w obu tu opisanych przypadkach, jest tak zupełny, że nie może ulegać wątpliwości, iż powstał wsku-

tek porażenia części karkowej nerwu spółczulnego. Wszak wiadomo, że w przebiegu nerwu sympatycznego prócz włókien dla gładkiej muskulatury naczyń tkwią nitki nerwowe, zaopatrujące gładkie włókna mięsne rozwieracza źrenicy (dilatator pupillae) tudzież mięśnia Muellera zarówno w jego części powiekowej górnej oraz dolnej (dilatator palpebrarum), jako też oczodołowej (protrusor bulbi).

Nie zawsze w odpowiednich przypadkach spotyka się wyżej zaznaczone objawy w tak pełnym rozwoju, jak to widzimy z prac Schmidt-Rimpler'a i Moebius'a<sup>1)</sup>.

Najpospolitszym objawem przy porażeniu części karkowej n. spółczulnego bywa zwężenie źrenicy (miosis) po stronie odpowiedniej, lecz nigdy nie jest ono znacznem (miosis maxima), źrenica po stronie chorej, przy zwykłym oświetleniu dziennem, pozostaje, co najwięcej, o połowę węższą od drugiej, nadto oddziaływa sprawnie na bodźce swoiste.

Temu najpospolitszemu objawowi, to jest, zwężeniu źrenicy stale towarzyszy zwężenie szpary powiekowej, spowodowane przeważnie przez lekkie opadnięcie powieki górnej (ptosis), a w pewnym stopniu przez podniesienie powieki dolnej; to ostatnie najbardziej uwydatnia się w przypadkach mniej znacznego zmniejszenia szpary powiekowej. Zresztą zmniejszenie tej ostatniej ulega zmianom pod wpływem zaburzeń fizycznych i psychicznych. Objaw opadnięcia powieki jest tu wynikiem porażenia mięśnia Mueller'a; dowolne poruszanie powieka, zależne od czynności mięśnia unoszącego ją (musculus levator palpebrae superioris) o tyle tylko jest w tym razie utrudnione, że ten mięsień musi dokonywać większej pracy, unosząc już opadłą powiekę.

Zapadnięcie gałki w oczodół należy tu już do mniej stale występujących objawów, zwłaszcza w okresie początkowym, polega ono po części na zaniku tkanki tłuszczowej oczodołu, po części też, niewątpliwie, na zmniejszeniu objętości samej gałki, a mniej jest pewnem, aby tu poważnie w grę wchodziła czynność włókien oczodołowych mięśnia Mueller'a, gdyż w ustroju ludzkim jest on słabo rozwinięty.

<sup>1)</sup> Schmidt-Rimpler. Graefe-Saemisch, Hdbch der Augenhkde. VI. 1875. Augenheilkunde. 1894. Ueber essentielle Phthisis. Kl. M. t. Augenh. 1874. Ueber Ophthalmomalacia intermittens. Berlin. Kl. Woch. 1888. Erkrank. des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. 1898. Moebius. Zur Path. d. Halssympathicus. Berl. Kl. Woch. 1884. Neur. Beiträge, Heft 4. 1895.

Napięcie gałki ocznej po stronie chorej stale bywa zmiejszone, acz niekiedy w nieznacznym stopniu.

Nieraz widoczne zmniejszenie całej gałki polega na faktycznem zmniejszeniu jej wymiarów, jak to wykazał Schmidt-Rimpler. Zmniejszenie objętości oka wyjaśnia tu nam fakt, niekiedy spostrzegany (nasz przypadek pierwszy), iż w oku po stronie chorej wykazuje się pewien stopień nadmiarowości (hyperopia) podczas, gdy oko drugie jest miarowe lub nawet niedomiarowe (myopia).

Z tymi wyłącznie oczno-żrenicowymi objawami porażennymi (ptosis, miosis, enophthalmus) nieraz kojarzą się zaburzenia naczynioruchowe w odpowiedniej połowie głowy i twarzy. W poważnej liczbie spostrzeżeń zaznaczono po stronie chorej zaczerwienienie twarzy wraz z miejscowem podniesieniem ciepłoty ciała, nadmierne pocenie się; najczęściej sami chorzy odczuwali te objawy, lecz niekiedy odpowiedni chorzy skarżyli się na uczucie chłodu i błądź twarzy po stronie chorej oraz zupełny w niej brak wydzieliny potnej. Zresztą objawy ostatnio wspomniane rzadko kiedy na stałe utrzymują się zazwyczaj bywają one przemijającymi. Zupełne porażenie n. spółczulnego, niewątpliwie, pociąga za sobą rozszerzenie naczyń w odpowiedniej okolicy ciała, lecz wiadomo, że porażenie może dotyczyć tylko pewnych włókien, od których zależą pewne funkcje, inne zaś włókna mogą być albo zupełnie nietknięte lub nawet uleść podrażnieniu: w ten sposób łatwo zrozumieć przyczyny stałego lub przemijającego zaczerwienienia lub błądźi odpowiedniej połowy twarzy. Nicati, chcąc wytłomaczyć genezę tych faktów, ustanowił dwa okresy w przypadkach porażenia części karkowej n. spółczulnego: w pierwszym okresie, według jego zdania, dostrzega się zaczerwienienie i podniesienie ciepłoty, poczem następuje okres drugi, znamionujący się błądźcią, uczuciem chłodu oraz zanikiem odpowiedniej połowy twarzy. Zapatrywanie to okazało się bezpodstawnem, choćby z tej racyi, że spostrzegano przypadki, w których, przy zaczerwienieniu połowy twarzy, wzmożonem uczuciu ciepłoty w niej, jednocześnie stwierdzano zanik tejże połowy twarzy.

W ogóle obraz kliniczny, skreślony przez Nicati'ego, dotyczący choroby n. sympatycznego, poczynającej się od objawów pobudzenia, które z czasem ustępują miejsca objawom porażennym, mocno traci szematyzmem. Podobny obraz napotyka się niewątpliwie, niekiedy nawet obraz ten uzupełnia się przez wybuch zwyrodniających zaburzeń odżywczych w obrębie odpowiedniej połowy twarzy. Pospolicie atoli odrazu występują wydatne objawy porażenne pojedynczych lub wszystkich włókien części karkowej n. spółczulnego. Spostrzegano

też przypadki, w których przez dłuższy przeciąg czasu istniały objawy pobudzenia, a objawy porażenne nie rozwijały się.

Dotychczasowe spostrzeżenia nie dowiodły, aby zmniejszenie lub zwiększenie wydzieliny potnej pozostawało tu w wyraźnej zależności od zaczerwienienia lub ciepłoty chorej połowy twarzy.

Badanie dna oka w przypadkach, o których mowa, rzadko kiedy daje pozytywne wyniki, jako to zwężenie lub rozszerzenie naczyń znaczniejsze, aniżeli po stronie zdrowej.

Jak to już wyżej wzmiankowano, w późniejszych okresach choroby zarys odpowiedniej połowy twarzy maleje wskutek zaniku pokładu tłuszczowego oraz innych tkanek w tej okolicy (hemiatrophia facialis—nasz przypadek pierwszy).

Chorzy głównie uskarżają się na zmniejszenie oka, niekiedy na pewne przyciemnienie przedmiotów, przy spoglądaniu okiem chorem, choć obiektywnie nieraz niesposób stwierdzić różnicy w ostrości widzenia obu oczów. Rzecz prosta, że należy odpowiednio poprawić w każdym przypadku czy to dawniej istniejące, czy też świeżo powstałe wady refrakcyi.

W mowie będące cierpienia spostrzegano tylko po jednej stronie. Pochodzenie jego łatwo zrozumieć przy guzie, bliznach lub urazie (stłuczeniu, wstrząsie, postrzale, ukłuciu — nasz przypadek drugi) tudzież innych sprawach chorobowych (zapalnych, ropnych, nabrzmieniu jednostronnem gruczołu tarczowego) w sąsiedztwie części karkowej nerwu spółczulnego. Z wielu jednak spostrzeżeń wynika, że nie tylko bezpośrednie choroby tego nerwu, lecz i choroby zarówno mózgu, jako też rdzenia kręgowego oraz ich opon bywały zaznaczane, jako jedyna przyczyna anatomo-patologiczna całokształtu objawów Horner'a. Wreszcie należy nadmienić, że spotyka się przypadki t. zw. samoistnego zaniku gałki ocznej (phthisis oculi essentialis) czy jej rozmięczenia (ophthalmomalacia), w których, prócz zmniejszonego napięcia tudzież zmniejszonej objętości oka, daje się stwierdzić obecność objawów Horner'a (miosis, nieznaczna ptosis). Schmidt-Rimpler (l. c.) spostrzegał przypadek, w którym objawy ostro-wybuchłej oftalmomalacyi przeszły w postać sprawy chorobowej o typie Horner'owskim. Z przepuszczającego samoistnego rozmięczenia gałki (ophthalmomalacia intermittens) wytworzył się znamieny obraz porażenia części karkowej n. spółczulnego. Stanowi to jeden dowód więcej, dobitnie przekonujący, że napięcie gałki ocznej pozostaje w ścisłej zależności od stanu nerwu sympatycznego.



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby weneryczne.

164. O. Rosenthal. **Swoiste cierpienia serca w przymiocie i rzę-  
żące** (Berlin. Klin. Wochensch. 1900. 47).

#### I. Przymiot serca.

Przymiot serca, na szczęście, zdarza się rzadko. Podług zdania różnych autorów, występuje on w wieku 30 — 40 lat mniej więcej w 6—10 lat od czasu zarażenia. Autor dużo zajmował się cierpieniami serca w przymiocie i podług jego mniemania, serce ulega cierpieniu w 2—4 roku trwania przymiotu przy objawach trzeciorzędnych. Wprawdzie, zdarzają się objawy chorobowe ze strony serca i podczas drugorzędnych przejawów przymiotu, ale są to właściwie tylko zaburzenia czynnościowe, w części jako skutek upadku ogólnego odżywiania, a w części jako skutek swoistego zarazka i jego toksyn krążących we krwi.

Objawy te ustępują bez śladu pod wpływem swoistego leczenia. W późniejszym okresie przymiotu cierpieniu ulega przedewszystkiem mięsień serca, a błony cierpią wtórnie. Rozróżniać należy dwie postaci późnych przymiotowych cierpień serca, postaci, które często jedna w drugą przechodzą: myocarditis gummosa i myocarditis interstitialis. Ziarniniaki przymiotowe nie mają stałego siedliska w mięśniu sercowym, a mogą umiejscowiać się w różnych jego częściach; różnej bywają wielkości, dochodząc nawet do wielkości jajka gołębiego, mogą być pojedyncze lub wieloliczne, znajdować się mogą w głębi mięśnia sercowego lub też bliżej wewnętrznej albo zewnętrznej powierzchni serca, powodując wtórną endo — albo pericarditis fibrosa chronica. W dalszym przebiegu ziarniniak przymiotowy uledez może wessaniu, aczkolwiek częściej następuje tłuszczowe zwyrodnienie ze sprawą serowatą i otorbieniem. Zwapnienia dotychczas nie obserwowano. Bardzo rzadko następuje zropienie, otworzenie się ropnia do jamy serca z następczym ostrym tętniakiem. Należy zwrócić jeszcze uwagę na tworzenie się przyściankowych skrzepów i przewlekłych tętniaków wskutek utraty tkanki. Druga śródmiąższowa postać zapalenia mięśnia sercowego zaczyna się swoistem zapaleniem błony wewnętrznej małych tętniczek; następnie naokoło nich tworzy się nasięk, a skutkiem tego zaburzenia w odżywianiu, zniszczenie włókien mięśniowych i tworzenie się włókienek tkanki łącznej, wskutek czego mięsień serca robi się pstrym od szarych pasemek. Wtórnie w sprawę zostaje wciągnięta błona serca zewnętrzna lub wewnętrzna; tutaj dodać jeszcze należy dusznicę bolesną wskutek cierpienia zwojów sercowych i cierpienia serca w przymiotowych cierpieniach ośrodków nerwowych.

Czynnikami usposabiającymi do przymiotu serca są: alkohol, tytuń, poprzednio już istniejące cierpienia zastawek, cierpienia nerek, miażdżyca tętnic, niedokładne leczenie przymiotu i, наконец, nadmierna działalność serca wskutek podniet fizycznych.

Przymiot serca nie cechuje się żadnymi poszczególnymi objawami: wszystkie objawy cierpienia serca bywają i w przymiocie serca, szczególnie nasuwają podejrzenie: bicie serca i duszność podczas pierwszej połowy nocy. Skrzepy i zatory szczególnie w mózgu i płucach są częste. Rozpoznanie więc zrobione być może na zasadzie danych wywiadowych w połączeniu z danymi przedmiotowymi miejscowymi i ogólnymi. Przebieg, wbrew ogólnie przyjętym poglądom, nie jest bynajmniej ani ciężki ani szybki. Autor obserwował wielu chorych tego rodzaju, ale dotychczas nie stracił ani jednego. Prócz leczenia swoistego stosuje się zwykle leczenie w cierpieniach serca. Jod autor radzi w postaci nalewki jodowej trzy razy dziennie po 5—10—30 kropeł na wodzie z dodatkiem małej ilości koniaku lub też w postaci podskórnych wstrzykiwań 10%—25% jodipiny (10 grm.).

## II. Tryprowe cierpienia serca.

Ziarniniaki Neisser'a znaleziono we krwi i na zastawkach serca nie tylko naskutek trypra narządów płciowych, ale i w tryprzowym zapaleniu łącznicy oka. Tryprowe cierpienie serca wystąpić może całkiem samodzielnie, niekoniecznie jako następstwo tryprzowego zapalenia stawów.

Sprawa ta zaczyna się odwrotnie, niż w przymiocie serca: pierwotnie ulega tutaj cierpieniu błona wewnętrzna serca, a szczególnie błona zastawek tętnicy głównej i zastawki trójdzielnej. Błona zewnętrzna cierpi rzadziej, a mięsień serca tylko wtórnie ulega sprawie chorobowej. Choroba zazwyczaj występuje w 4—6 tygodni od czasu zarażenia, kiedy tryper przeszedł na tylną część cewki. Ziarniniaki Neissera mogą przygotować grunt do przenikania i rozwoju w organizmie strepto — i stafilków, a tem samem dać powód do tak zw. infekcyi mieszanej.

Na zastawkach tworzą się miękkie, łatwo usuwać dające się wybujałości, składające się, przeważnie, z wielojądrowych, białych ciałek krwi, wśród których lub między którymi charakterystycznie ułożone są ziarniniaki Neisser'a; łącznie z białymi ciałkami krwi są i czerwone krążki krwi.—Nasięki te przenikać mogą w miąższ zastawki i powodować przedziurawienie. Jeżeli cierpieniu ulega mięsień sercowy, to tworzą się wrzody, zawierające w sobie ziarniniaki tryprzowe.

Przebieg choroby bywa dwojaki: 1) złośliwy, gwałtowny, prowadzący do zejścia śmiertelnego; 2) przewlekły, prowadzący za sobą wady zastawek i 3) lekki, nie pozostawiający po sobie żadnych śladów. Jeśli ostre cierpienie nie przebiega gwałtownie, to obraz chorobowy bywa podobny do obrazu septico-pyaemiae: wstrząsające dreszcze, duże wahania ciepłoty, upadek sił, bóle głowy, zatory, powiększenie śledziony, podrażnienie nerek. Wahania ciepłoty zależne są od przenikania do krwi nowych zapasów zarazka.

Rozpoznanie stawia się z pewnym prawdopodobieństwem na zasadzie zestawienia różnorodnych danych; rozpoznanie potwierdza znalezienie we krwi tryprowych ziarniniaków. Im przebieg jest powolniejszy, tem rokowanie jest lepsze. Swoistego leczenia w danym razie niema. Co się tyczy pytania, czy należy jednocześnie leczyć trypra narządów płciowych, to autor jest za leczeniem, aby o ile możności pozbyć się tryprowych ziarniniaków jak najprędzej, gdyż tą drogą usuwamy przyczynę choroby.

Edmund Kurella.

165. D-r Arnaldo Lusignoli. **Choroba Werlhoffa i leczenie jej za pomocą wstrzykiwań wewnątrzżylnych dwuchlorku rtęci.** (*„L'infection de Werlhoff. Sa guérison par les injections endoveineuses de bichlorure de mercure“*). Archives Générales de Médecine. Janvier. 1901).

D-r Arnaldo Lusignoli pierwszy zaczął stosować dwuchlorek rtęci w postaci wstrzykiwań wewnątrzżylnych u chorych na gnilec, chorobę Werlhoffa oraz plamicę, to jest w cierpieniach, które Strümpell nazywa krwotocznymi. Etiologia tej grupy chorób nie jest w zupełności wyjaśniona. O ile w jednych przypadkach niedostatecznym wprowadzaniem pokarmów roślinnych bogatych w węglan potasu (Garrod) lub spożywaniem zbyt wielkiej ilości soli kuchennej przy karmieniu się wyłącznie mięsem solonem (Strikker Prusa k), mieszkaniem wilgotnem, złem i niedostatecznym odżywianiem się, zbyt wysoką lub niską temperaturą oraz usilną pracą fizyczną lub umysłową można wyjaśnić pochodzenie tych cierpień, o tyle w innych przypadkach te dane etiologiczne nie wystarczają zupełnie; jako dowód wyżej powiedzianego mogą służyć 2 przypadki, obserwowane przez autora u 2-ch osób, brata i siostry, jeden w Castelbolognese, a drugi we Florencyi, u ludzi bogatych i prowadzących tryb życia daleki od tego, jaki uważany jest zwykle za moment usposabiający do powstawania choroby Werlhoffa. Wychodząc z założenia, że cała ta grupa chorób krwotocznych jest jednego i tego samego pochodzenia, a mianowicie, bakteryjnego, autor sądzi, że skorbut, morbus maculosus Werlhoffii, purpura, peliosis—są to różne postaci jednego i tego samego cierpienia, w zależności od siły czynnika chorobotwórczego. Badania bakteryjologiczne krwi wykazały obecność *staphylococcus pyogenes aureus* lub *staphylococcus albus* lub *cereus*. Specyficznych drobnoustrojów dla tych chorób nie odkryto. Nie bacząc na to, na zasadzie obserwacji własnej oraz Dohrn'a, świetnych wyników terapii i zauważonych w opisanym przypadku objawów dziecięcości (zachorowali brat i siostra, nie mieszkający razem), autor skłania się ku uważaniu całej tej grupy cierpień za chorobę specyficzną na wzór gruźlicy i przymiotu.

Dotychczasowe leczenie da się streścić w sposób następujący: higiena, pokarmy roślinne lub mineralne, żelazo, ergotyna i preparaty chininy. Pensuti z dobrym skutkiem stosował wstrzykiwania podskórne żelatyny.

Na zasadzie dobrych wyników stosowania wewnątrzylnego chininy w postaciach ciężkich malaryi, dwuchloru rtęci w przymocie i w niektórych razach w róży, autor uznał za pżyteczne stosować metodę Baccelli'ego i w chorobach krwotocznych w celu wprowadzenia do krwi środka antyseptycznego, silnie działającego na sam czynnik zakaźny lub jego produkty. Jako silny antyseptyk był stosowany dwuchlorek rtęci 0,001 dziennie w postaci wstrzykiwań do żyły łokciowej, promiennej lub pośrodkowej. Metoda ta, stosowana w 5 przypadkach, dała znakomite wyniki — osiągnięto zupełne wyleczenie.

Na zasadzie wyżej powiedzianego, autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Choroby krwotoczne wywoływane są przez nieznaną dotychczas drobnoustrój, wytwarzający toksyny, przenikające do krwi.

2) Różne postaci tych chorób są jednego pochodzenia i różnią się tylko napięciem.

3) Dwuchlorek rtęci, stosowany w postaci wstrzykiwań wewnątrzylnych, doskonale leczy te cierpienia. *Wł. Żenczykowski.*

166. **Remlinger. Przyczynę do nauki o odruchach ścięgowych w tyfusie.** (*Révue de Méd.* № 1. 1901).

Autor na podstawie 100 spostrzeżeń dochodzi do wniosków następujących:

Odruchy ścięgnowe w przebiegu tyfusu mogą być wzmożone (32%), normalne (22%), osłabione (17%) lub zniesione (29%). Wzmoczone odruchy częściej spotykamy w postaciach cięższych, jakkolwiek nie można stąd żadnych wysnuwać wniosków co do rokowania. W okresie zdrowienia spostrzegamy stałą dążność do potęgowania się odruchów.

Drżenie epileptoidne stopy, jakkolwiek dość częste (20%), rzadziej bywa obserwowane, niż wzmożenie odruchu rzepkowego; zazwyczaj współlistnieje ono ze wzmożeniem odruchów ścięgowych, ale zdarza się ono przy normalnych, osłabionych a nawet zniesionych odruchach; może być jednostronnem; często występuje w okresie spadku ciepłoty, towarzysząc obfitym potem, wielomoczowi, stanowiąc niejako jeden z objawów krytycznych.

Uderzenie w ścięgno Achillesa powoduje czasami u chorych tyfusowych drżenie epileptoidne stopy, które autor nazywa „achillesowem“, aby odróżnić ten objaw od t. zw. „clonus“ w ścisłem znaczeniu; drżenie achillesowe może współlistnieć ze zniesionymi odruchami ścięgowymi w ogóle i z brakiem odruchu Achillesa w szczególe; istnieje więc czasem rozszczepienie (dysocjacja) odruchu ze ścięgna Achillesa i drżenia achillesowego, tak jak wyżej widzieliśmy rozszczepienie odruchu kolanowego i objawu stopowego.

Drżenie epileptoidne rzepki nie jest rzadkością w tyfusie; bywa ono zawsze obustronne i współlistnieje ze wzmożeniem odruchu rzepkowego; rozszczepienia—autor tu ani razu nie widział.

Odruchy skórne w tyfusie nie mają nic swoistego.

Dyssocjacja między wzmożeniem odruchów ścięgowych i drżeniem epileptoidnem autor tłumaczy w ten sposób, że odruchy ścięgnowe są rzeczywistymi odruchami, podczas gdy drżenie epileptoidne jest zwykłym objawem skurczu włókienkowo-mięśniowego.

*Ad. Lande.*

167. Szumburg. „O dezynfekcyi moczu za pomocą urotropiny w tyfusowym bakteryjno-moczu“. (Deut. Med. Woch. № 9. 1901).

Niektórzy badacze dowodzą, że przez podanie choremu tyfusowemu 2—4 grm. dziennie urotropiny w jego moczu laseczniki tyfusowe zostają zniszczone, albo przynajmniej tak osłabione, że dalej rozmnażać się nie mogą, a mocz sam z mętnego staje się zupełnie przezroczystym.

Autor przeprowadził szereg doświadczeń odnośnych.

Świeże laseczniki tyfusu rozwijają się normalnie na żelatynie, do której dodano pewną ilość moczu urotropinowego (mocz ten pochodził od zdrowego człowieka, otrzymującego kilka gramów dziennie urotropiny). Ponieważ jednak w doświadczeniach poprzedników laseczniki musiały być nieco w żywotności swej zmienione przez kilkogodzinne przebywanie w moczu urotropinowym, autor, aby odtworzyć sztucznie te same warunki, trzymał kilka godzin nitki jedwabne z czystą hodowlą laseczników w moczu urotropinowym.

Jakoż przez przeniesienie takiej nitki na żelatynę, do której dodano nieco moczu urotropinowego, nie udało się otrzymać dalszego rozmnażania bakteryi, ale za to w bulionie z nitki takiej rozwijało się mnóstwo laseczników, których jadowitość, jak wykazały doświadczenia nad zwierzętami, w niczem nie ucierpiała. Więc w moczu rekonwalescentów tyfusowych pomimo urotropiny mogą się znajdować żywotne laseczniki nawet wtedy, gdy zwykle badanie bakteriologiczne daje wynik ujemny. W celach profilaktycznych, według autora, należy więc zawsze mocz takich chorych dezynfekować przy pomocy sublimatu.

*Ad. Lande.*

168. Harvey Cushing. O próbnej wczesnej laparotomii przy przedziurawieniu kiszek w przebiegu tyfusu trzustnego. („*Sur la laparotomie exploratrice précoce dans la perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde*“). (Arch. Génér. de Méd. Janvier 1901).

Od czasu pracy prof. Dieulafoy'a i Lereboullet'a w roku 1896, w roku zaś następnej pracy Monod'a i Vanverts'a, ogłoszonej w „*Revue de Chirurgie*“, we francuzkiej literaturze nie znajdujemy żadnej wzmianki o stosowaniu zabiegu chirurgicznego przy przedziurawieniu kiszek w przebiegu tyfusu.

Podczas trzech lat ostatnich w Ameryce prace Finney'a i Kenen'a zwróciły uwagę chirurgów na ten przedmiot. Liczba przypad-

ków leczenia chirurgicznego tego ciężkiego powikłania tyfusu brzuszego zwiększa się i wyniki są tak świetne, że zdaniem autora, żaden lekarz, wiedząc, że można ocalić pewną liczbę chorych, nie omieszka w podobnych przypadkach żądać natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Dane statystyczne potwierdzają powyższe twierdzenie; Keen zebrał do 1898 roku 83 przypadki, z których 19 wyliczeń, to jest 30%, do września roku następnego mógł już znaleźć 75 innych z 28% wyzdrowień. Przy końcu 1900 roku opisano 158 przypadków.

Dobry wynik zabiegu chirurgicznego zależy od wczesnego rozpoznania mającego nastąpić przedziurawienia, to jest okresu, który autor nazywa „préperforatif“. Pod tą nazwą autor rozumie okres między pierwszymi objawami brzuszными z powodu tworzenia się owrzodzenia i objawami, zależnymi już od przedziurawienia ściany kiszek, co pozwoliło zawartości jelit przedostać się do jamy otrzewny i wywołać objawy początkowe jej zapalenia.

W celu rozpoznania tego wczesnego okresu („préperforatif“) autor zaleca uwzględnianie najmniejszej skargi chorego: wymiotów, czkawki, zwiększonej czułości lub napięcia ścian jamy brzusznej i t. p. W ciężkich przypadkach co 2 godziny powinno być badane tętno, mierzona ciepłota oraz w prawidłowych odstępach czasu należy przeprowadzać badanie krwi, gdyż nagłe zmniejszanie się wzmożonej poprzednio ilości leukocytów wskazuje na rozpoczynające się rozlane zapalenie otrzewny. W przypadkach wątpliwych autor zaleca stosowanie laparotomii próbnej przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego za pomocą metody Schleich'a; znieczulenia ogólnego należy unikać, gdyż u chorych tyfusowych przyczynia się ono do wzmożenia objawów zakażenia tyfusowego.

Wł. Żenczykowski.

169. Pick. O gorączce przepuszczającej pochodzenia wątrobowego. („*Fièvre hépatique intermittente*“ Charcot). (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 1900. H. 1, 2).

W przebiegu kolki wątrobowej często występuje gorączka o typie przepuszczającym, zależąca zwykle od ropnego zapalenia dróg żółciowych, lub ropnia w mięszu wątroby.

Charcot przed laty opisał jako osobną postać nozologiczną chorobę, którą ochrzcił mianem „*fièvre intermittente hépatique*“, która zupełnie nie zależy od ropienia, może przebiegać bez żółtaczki i kolki, a powstaje wskutek wessania do krwi produktów rozpadu żółci; kończy się ona zazwyczaj niepomyślnie. Regnard do tej garści objawów dorzucił jeszcze jeden, a mianowicie znacznie upośledzone wydzielanie się mocznika z moczem podczas napadów wspomnianej gorączki, w czem Charcot widział dowód silnego uszkodzenia funkcji tkanki wątrobowej. Pogląd Charcot'a na istotę stworzonej przez niego jednostki chorobowej mało znalazł zwolenników, więcej—przeciwników, którzy dowodzili, że w tych przypadkach mamy zawsze do

czynienia z jakąś sprawą ropną, czasem ukrytą, że więc ta gorączka nie ma w sobie nic swoistego.

Autor po obszernym wstępie historycznym opisuje dwa dokładnie przez siebie zbadane przypadki cierpienia Charcot'a (jeden z badaniem pośmiertnym zwłok, drugi—z zejściem pomysłnym) i dochodzi do wniosków następujących:

1) istnieje niezawodnie pewna grupa infekcyi dróg żółciowych, odznaczająca się pewnymi osobliwościami, a mianowicie: od czasu do czasu z uderzającą prawidłowością, przypominającą bardzo zimnicę, występuje postać przepuszczająca gorączki nieraz bardzo wysokiej (do 40°); sprawa ma charakter przewlekły; zapalenie dróg żółciowych nie jest ropne i żadnego ogniska ropnego ani w wątrobie ani w całym ciele znaleźć się nie udaje mimo wielomiesięcznego trwania choroby i częstego występowania silnych napadów gorączki z dreszczami i ogólną zapaścią; za dyagnostyczny znak do rozpoznawania za życia tej nieropnej infekcyi służyć może do pewnego stopnia brak leukocytozy podczas napadu gorączki, jako też i w okresie po za napadowym; znaczne zmniejszenie się ilości wydzielanego z uryną mocznika podczas napadów gorączki, nie stoi w żadnym związku z jakością i ilością spożywanych pokarmów, jak dowodzą niektórzy autorowie; rokowanie jest w ogóle niepomyślne, jakkolwiek wyleczenie możliwe.

2) autor nie może ostatecznie rozstrzygnąć, o ile mamy tu do czynienia z osobną określoną jednostką nozologiczną.

3) z poszukiwań autora wynika, że wraz ze zmniejszoną ilością wydzielanego mocznika zmniejsza się też ilość wydzielanego amoniaku i w ogóle azotu tak, iż związki amoniakalne nie mogą być uważane za bezpośredni poprzednik mocznika w przemianie materji, że więc do wątroby doprowadzane nie są sole amoniakalne, ale inne jakies związki, które do moczu nie przechodzą. *Ad. Lande.*

---

170. **Friedmann. Studya doświadczalne nad dziedzicznością gruźlicy.**  
(Deut. Med. Woch. № 9. 1901).

Że gruźlica matki może być przekazaną płodowi za pośrednictwem łożyska, jest faktem powszechnie znanym i ogólnie uznanym. Czy takie przeniesienie się choroby może się odbyć przy pomocy nasienia tuberkulicznego—stanowi kwestyę dotychczas nie dowiedzioną, jakkolwiek szereg spostrzeżeń klinicznych przemawia na korzyść takiej możliwości, która i z punktu widzenia teoryi wydaje się prawdopodobną.

Autor doświadczalnie stwierdził na królikach możliwość zarażenia się we wspomniany sposób. Przygotowawszy świeżą hodowlę czynnych laseczników gruźliczych w wyjałowionym i słabo zalkalizowanym roztworze soli kuchennej, autor za pomocą odpowiedniej szpryki zastrzyknął kroplę tego płynu do pochwy natychmiast po akcji spółkowania.

Samice w ciągu pierwszych ośmiu dni ciąży bywały zabijane, a płody poddawane ścisłemu badaniu drobnowidzowemu. We wszystkich embryonach autorowi udawało się stwierdzić obecność laseczników, które po większej części tkwiły wewnątrz komórek płodu.

Wszystkie narządy samicy zawsze okazywały się zdrowymi, a w błonie śluzowej pochwy i macicy ani razu autor nie znalazł laseczników, które według wszelkiego prawdopodobieństwa zostają wyeliminowane z narządów rodnych, o ile nie wnikną do zapłodnionego jaja. To spostrzeżenie odpowiada szeregowi dokładnie opisanych przypadków klinicznych, gdzie żony mężów dotkniętych wysoko posuniętą gruźlicą organów płciowych, pomimo częstego spółkowania pozostały zdrowymi, albo gdzie przymiot z ojca udzielał się wprost płodowi bez zarażenia matki.

*Ad. Lande.*

171. Rostowcew. **Przyczynę do terapii tężca** („K. leczenia stołbniaka“. Wraczk № 8).

Autor, wspominając o prach Nicolaier'a, Kitasato, badaniach Vaillard'a i Vincent'a, stwierdzających, że laseczniki tężca bez domieszki kwasu mlecznego, trymetylaminy, bacilli prodigiosi i t. p. nie mogą rozmnażać się w ustroju, oraz omawiając, że infekcja tężca jest zawsze mieszaną, przechodzi do pracy Brieger'a o toksynach tężcowych, zaznaczając, że w tężcu mamy do czynienia z miejscowym ograniczonym zakażeniem jak w błonicy, ogólne zaś objawy należy przypisać działaniu toksyn. Brieger rozróżnia następujące odmiany toksyn: 1) tetaninę, 2) tetanotoksynę, 3) spazmotoksynę, 4) kwaśną toksynę. Wszystkie te jady, szczepione zwierzętom, wywołują u nich objawy tężca.

Toksyny tężcowe działają na ośrodki ruchowe układu nerwowego, wywołując zmiany w odnośnych komórkach (Nissle, Beck, Goldscheider, Flatau). Działanie toksyn polega na chemicznym związku między nimi i substancją komórek zwojowych. W surowicy przeciwtężcowej mamy potężne przeciwdziałanie toksynom tężcowym. Antytoksyny posiadają w jednakowej mierze tak silne powinowactwo chemiczne z toksynami tężcowymi, jak ostatnie z substancją komórek zwojowych.

Wprowadzając do ustroju odtrutkę, jesteśmy w stanie osłabić siłę wolnych toksyn tężcowych, w żaden zaś sposób nie można rozzerwać zaszłego już związku chemicznego między toksynami tężcowymi i substancją komórek zwojowych. Behring dla tego uważa za konieczne stosowanie surowicy przeciwtężcowej nie później, niż po 36 godzinach od początku wystąpienia objawów chorobowych, lecz nie trzeba zapominać, że podczas tak zwanego utajonego okresu napewno następuje już związek chemiczny pomiędzy toksynami i substancją komórek zwojowych. Z tego względu surowica przeciwtężcowa więcej ma znaczenie zapobiegawcze, niż lecznicze,—odtrutka nie osłabia już istniejących objawów tężca, lecz powstrzymuje dalszy rozwój cho-



roby, uodporniając pozostałe ośrodki układu nerwowego, co stwierdzono doświadczalnie przez Goldscheider'a i Flatau'a. Ważnem jest dla tego stosowanie surowicy jak najwcześniej — przy zastrzykiwaniu podskórnem dopiero po 12 — 18 godz. jest ona w stanie podziałać na ośrodkowy układ nerwowy.

Przy stosowaniu surowicy nie należy zaniedbywać środków starych, posiadających swoją racyę bytu, mianowicie, energicznego oczyszczenia ogniska zarazy lub zupełnego tegoż usunięcia za pomocą rękoczynu operacyjnego, gdyż, jak wiadomo, pałeczki tężcowe pozabawione są możności rozpostrzeniania się w ustroju, lecz, pozostając w nim, wytwarzają zabójcze toksyny; nie mniej ważne są środki napotne, wanny i t. p.

W pierwszym przypadku, spostrzeganym przez Rostowcewa, objawy tężca początkowo miejscowego (w prawej ręce — miejsce urazu) wystąpiły w 2 tygodnie po urazie. W przeciągu 8 dni wstrzyknięto pod skórę 150 cm. surowicy przeciw tężcowej. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu chora wypisała się zupełnie zdrową. W drugim przypadku, spostrzeganym przez autora, było stosowane podskórne wstrzykiwanie zawiesiny mózgu cielęcego, świńskiego z bardzo dobrym skutkiem: — podczas kuracyi wstrzyknięto 4 razy zawiesinę z 10,0 mózgu cielęcego i 30,0 fizyologicznego rozczyntu soli kuchennej. W przypadku tym wystąpił objaw Koernig'a, dotychczas nie spostrzegany przy tężcu. Objasnić go sobie można w ten sposób, że toksyny tężcowe, znajdując się w stanie nasyconym w płynie mózgo-rdzeniowym, wywierają wpływ na opony mózgo-rdzeniowe, nie wywołując jednak w nich stanu chorobliwego.

Użycie zawiesiny mózgu jako środka leczniczego w tężcu można objaśnić tem, że wstrzyknięte części mózgu wiążą wolne toksyny i w ten sposób zabezpieczają od ich ujemnego wpływu ośrodki mózgowo.

Wł. Zenczykowski.

## II. Choroby nerwowe.

172. Ch. W. Burr i D. J. McCarthy. **Bezład opuszkowy asteniczny.** („Asthenic Bulbar Paralysis“. The American Journal of the Medical Sciences. 1901, January).

Co do historii tego cierpienia i krytycznego przeglądu literatury, autorzy powołują się na artykuł Campbell'a i Bramwell'a w czasopiśmie „Brain“. Wystarczy nadmienić, że pierwszy przypadek był ogłoszony przez Wilks'a w „Guy's Hospital Reports“ w r. 1877. Chora Wilks'a była tęga, zdrowo wyglądającą dziewczyną, która zaledwie mogła chodzić. Osłabienie zależało na pozór więcej od letargu, niż od porażenia. Mówiła powoli i zdradzała słabe drżenie gałek ocznych. Po miesiącu wystąpiły liczne objawy porażenia opuszkowego, rozwijające się szybko w ciągu trzech dni. Mówiła niewy-

rażnie, łykała z trudnością i nie mogła kasłać. Kończyny nie były porażone. Wkrótce zjawiała się trudność oddychania i chora po kilku godzinach zmarła. Owczesny stan wiedzy kazał przypuszczać organiczne cierpienie opuszkowe. Tymczasem staranne makro- i mikroskopowe badania nie wykazały nic niezwykłego. W r. 1879 Erb ogłosił przypadek podobny. Odtąd, aż do roku 1886 nie więcej nie pisano o tym przedmiocie.

Obecnie znamy około 60 przypadków z 23 zejściami śmiertelnymi i 17 badaniami pośmiertnymi. Cyfry te rzucają fałszywe światło na odsetkę śmiertelności. Jest to wina neurologów, którzy najchętniej donoszą o przypadkach z badaniem pośmiertnym, a wiele przypadków nie zakończonych śmiercią zgoła nie różniczkują. Z początku myślano, że cierpienie dotyka tylko mięśni, otrzymujących unerwienie z okolicy opuszkowej, ale ostatnimi laty przekonano się, że i inne mięśnie ulegają temu cierpieniu, to też obecnie chorobę tę najczęściej opisują pod nazwą *myasthenia gravis*. W pracy swojej autorzy opisują przypadek z badaniem pośmiertnym, oraz zastanawiają się nad innym przypadkiem, podobnym do pierwszego, ale z pewnymi odmianami, utrudniającymi dokładne rozpoznanie.

1. Kobieta lat 19, zamężna, przyszła do ambulatoryum 26-go kwietnia 1899 roku. O rodzinie niczego się nie można było dowiedzieć, jej własna historia nie dawała wiele materiału: od wyjścia za mąż w r. 1897 miała wiele zmartwień, zaszła w ciążę, której nie pragnęła. W styczniu r. 1898 nastąpiło poronienie, prawdopodobnie sztuczne. Na razie nie uczuwała złych skutków, dopiero po roku zaczęła cierpieć na drętwienie w prawej ręce, następnie w lewej, w nogach i krzyżu. Czucie dotykowe i bólowe zachowane. Drętwienie było zupełnie podmiotowe. Stan jej pozostawał bez zmiany. Dopiero parę tygodni temu zaczęła nagle tracić władzę rąk i nóg, tak że z trudnością wchodziła i schodziła ze schodów, a czasem padała na równej drodze. Badanie wykazało chód nieco spastyczny zarówno przy oczach zamkniętych, jak otwartych. Stać mogła dobrze. Żrenice oddziaływały na światło. Ramiona i nogi były słabe. Siłomierz wykazywał 50 w każdej ręce. Odruch kolanowy był wzmózony, przędkki i równy w obu nogach. Nie było *clonus pedis*. Odruch łokciowy był wzmózony. Chora twierdziła, że nie uczuwa silnego uklucia w rękach lub nogach, a zaledwie zlekka na twarzy. Mogła jednak ująć palcami ze stołu maleńki kawałeczek papieru nawet z zawiązanymi oczami. Rozróżniała przedmioty ciepłe od chłodnych, lecz odczuwała różnicę słabo. Ręce i nogi drżały zlekka. Powieki drżały i opadały nieco, zakrywając połowę gałki ocznej. Przy zamykaniu oczu powieki nie schodziły się dokładnie. Język drżał, a wyciągnięty, zwracał się na lewo. Oddechów 26 na minutę. Tętno prawidłowe. Zwieracze działały dokładnie. Istniało słabe zwięzienie pola widzenia. Ulegała łatwo hipnozie.

Po kilkakrotnem badaniu znikła z oczu autorów i dopiero w rok później zapisała się na oddział. Do wyżej wymienionych objawów dodać było można mowę powolną i cichą, powolne żucie, jedzenie ją męczyło, a łykanie płynów wywoływało kaszel. Były słabe, ale ciągle

ruchy choreatyczne twarzy i ramion. Czucie dotykowe, bólowe i ciepłe, wbrew zauważonemu poprzednio, były dobre. W tym stanie pozostała w szpitalu przez 3 tygodnie do maja 1900 roku, gdy nagle trudność połykania wzmożła się znacznie, ciepłota podniosła się do 38<sup>o</sup>,2, zjawiała się duszność, tętno stało się częstym i słabym, wystąpiła sinica i coma; następnego dnia chora zmarła. Badanie pośmiertne nie dało żadnego wyniku dodatniego. Znalezione małe zwapniałe ognisko gruźlicze w wierzchołku lewego płuca. Tumor lienis chronicus. Perisplenitis. Gl. thymus powiększona. W macicy płód 3—4 miesięczny. Mózg po stwardnieniu w formalinie ważył 1250 gramów. W mózgu i oponach zmian makroskopowych nie wykryto. Mózg był wielkości prawidłowej, tylko most i rdzeń przedłużony były wyraźnie zmniejszone, most miał średnicę o jedną trzecią mniejszą, niż zwykle. Rdzeń był niezwykle szeroki w okolicy lędźwiowej i po usunięciu opony twardej ujrano fissuram medianam dorsalem, biegnącą od trzeciego segmentu lędźwiowego do piątego. Pozostałe części rdzenia były prawidłowe. Następujące po sobie przekroje rdzenia kręgowego i przedłużonego, mostu i dna trzeciej komory były barwione metodami Marchi'ego, Nissla, Weigerta, dalej metodami karminową i jądrową. W rdzeniu kręgowym nie znaleziono zmian chorobowych. W rdzeniu przedłużonym było napęcznienie, nieprawidłowe umiejscowienie i zanik (chromatoliza) jąder w komórkach nuclei terminalis n. vagi. Pozostałe jądra nerwów opuszczkowych (włączając XII i nucleus ambiguus) były zupełnie prawidłowe. Autorzy spodziewali się znaleźć zmiany w jądrach VII i III nerwu, ale i te były prawidłowe. Na przekrojach kory nie zauważono żadnych zmian przy użyciu metod wspomnianych. Badano również przekroje wszystkich nerwów czaszkowych. Przy użyciu metody Marchi'ego w N. XII, X, VIII i V, gdzie niegdzie rozsiane były czarne kropeczki, ale autorzy nie przepisują temu znaczenia, gdyż podobne zjawisko spostrzega się w nerwach zdrowych, a przynajmniej takich, które dobrze spełniały swoją czynność. Zbadanie N. X, zabarwionego karminem, wykazywało zanik sklerotyczny niektórych włókien nerwowych. W N. X i XII widać było parę napęczniałych cylindrów osiowych. Mięśnie badane pod drobnowidzem nie wykazywały zmian chorobowych.

Rozpatrując to cierpienie, autorzy zadają sobie dwa pytania: gdzie się choroba umiejscawia i co jest jej istotą? Badanie pośmiertne nie daje żadnej odpowiedzi na te pytania. W większości przypadków nie znaleziono żadnych uszkodzeń, w innych zmiany były małe i nieokreślone, podobne do wyżej wliczonych, a więc takiego rodzaju, że nie dowodziły, a zaledwie jakby napomykały na jakąś łączność z objawami klinicznymi. Dla tego też autorzy szukają odpowiedzi na swe pytania w fizjologii i patologii ogólnej oraz wyciągają wnioski, oparte na porównaniu chorób pokrewnych. Choroba musi się umiejscawiać albo w mięśniach, albo w neuronach ruchowych; jeśli w neuronach, to albo w neuronie górnym, mózgowo-rdzeniowym, albo też w dolnym, rdzeniowo-mięśniowym.

Tak dalece przeważają objawy ruchowe, że niema potrzeby szukania ogniska choroby poza aparatem ruchowym. Niektórzy sądzili, że choroba ta jest cierpieniem mięśni, lecz istnieje wiele dowodów, przemawiających przeciwko temu. W wielu przypadkach stwierdzono, że przy drażnieniu mięśni prądem przerywanym narazie otrzymuje się szybki skurecz, który powoli słabnie i wreszcie ustaje, aby się znowu zjawić, o ile mięśniowi dano odpoczynek. Przy stosowaniu prądu stałego podobne wyczerpanie pobudliwości mięśniowej nie występuje. Wiemy, że prąd przerywany wywołuje skurecz za pośrednictwem nerwu, prąd zaś stały działa i na nerw i bezpośrednio na mięsień. Na wniosek d-ra Campbella robiono następujące doświadczenie: słabym prądem stałym drażniono m. biceps i otrzymano skurecz. Mięsień ten następnie faradyzowano, póki nie przestał odpowiadać na silne bodźce. Następnie doprowadzono mięsień do stanu wyczerpania, każąc pacjentowi zginać łokieć i stosując przy tem opór, póki mięsień nie został pozbawiony możności wykonywania ruchów. Przy zastosowaniu wówczas prądu galwanicznego poprzedniej siły, otrzymano doskonały skurecz. Na zakończenie zastosowano prąd faradyczny i, nie otrzymawszy skurezu, przekonano się, że pobudliwość nerwowa mięśnia jeszcze nie wróciła. Osiągnięty doskonały skurecz czysto mięśniowy od prądu galwanicznego silnie przemawia przeciw cierpieniu mięśnia. Następnie, nie znamy żadnego innego cierpienia mięśni, dającego podobny obraz chorobowy, podczas gdy organiczne cierpienie opuszki posiada wiele podobieństwa z danem cierpieniem. Nagła śmierć, dość częsta w bezwładzie opuszkowym astenicznym, nie jest objawem choroby mięśni. Są dowody, przemawiające za tem, że i górny neuron ruchowy nie jest dotknięty sprawą chorobową. Odczyn myasteniczny, wyczerpywanie się odruchu kolanowego, bezwład mięśni gardzieli, duszność, bicie serca — są to wszystkie dowody, przemawiające przeciwko chorobie mózgu. Badania pośmiertne mało nam wprawdzie dostarczają danych, przemawiających za cierpieniem opuszkowym, ale te niewielkie zmiany, jakie znaleziono, były umiejscowione tylko w opuszcze i w neuronie dolnym i, choć są one stanowczo niedostateczne do wywoływania objawów, zdają się jednak wskazywać na te odcinki układu nerwowego, na które toksyny przeważnie podziały. Rozpatrując to wszystko, autorzy dochodzą do wniosku, że z pewną stanowczością można twierdzić, że cierpi neuron dolny, ale czy przeważnie w jądrach nerwów opuszkowych, czy w cylindrach osiowych, czy też w blaszkach, które kończą się nerwy w mięśniach — nie wiadomo. Co się zaś tyczy istoty choroby jest to, prawdopodobnie, cierpienie toksyczne, nie anatomiczne, lecz czynnościowe.

W danym przypadku autorzy sądzą, że ciąża grała pewną rolę przyczynową. Chora była w ciąży, gdy choroba się rozpoczęła i ponownie, gdy choroba znacznie się wzmogła. Według autorów, ciąża może wpływać na przemianę materii, dając zaburzenia w nerkach, częste polyneuryty i usposabiając do rozmaitych chorób. Również nie bez wpływu mógł być słaby rozwój opuszki: znajdujące się w niej elementy nerwowe nie przedstawiały zmian jakościowych, ale, słabe

liczebnie, mogły być i pod względem dynamicznym niedość silne, aby podołać zwiększonej pracy, włożonej na nie przez ciężę.

Drugi przypadek był trudniejszy do zrozumienia, bo obok wyraźnych objawów bezwładu opuszkowego z bezwładem n. twarzowego, trudnością łykania, mową nosową i wielkiem osłabieniem mięśniowem, znajdował się wyraźny objaw astereognozy, a więc niemożność rozpoznawania przedmiotów za pomocą dotyku przy zachowaniem jednocześnie zwykłym czuciu dotykowem. Taki obraz chorobowy rzucał podejrzenie na ciężkie cierpienie organiczne, podczas gdy pacjentka po paru miesiącach zaczęła się szybko poprawiać i obecnie jest zupełnie zdrowa. Na mocy tych przejściowych objawów bezwładu opuszkowego autorzy rozpoznają w danym przypadku bezwład opuszkowy asteniczny. Co się zaś tyczy astereognozy, autorzy zachęcają do czynienia spostrzeżeń nad objawami czuciowymi, wklajającymi to cierpienie.

Swoistego leczenia omawianej choroby nie znamy, jedynie zdaniem autorów, spokój, mięsienie, a z lekarstw arsenik jaką taką korzyść przynoszą. Faradyzowanie szkodzi, a galwanizowanie nie pomaga.

Z. Moczarski.

173. Bickel A. **Badania doświadczalne nad wyrównaniem bezładu czuciowego** (Experimentelle Untersuchungen über die Compensation der sensorischen Ataxie). Deutsche med. Woch. № 12.

Wyrównanie bezładu w wiądzie następuje dwiema drogami: po pierwsze, z czasem do pewnego stopnia wraca fizyologiczne napięcie mięśni, niezbędne do prawidłowego wykonywania ruchów, po wtóre, zamiast upośledzonego zmysłu mięśniowego inne narządy wyrabiają w sobie zdolność w tym kierunku. Oprócz narządu wzroku czynne są w danym razie: *błędnik i obręby czuciowo-ruchowe kory mózgowej*.

Dla dowiedzenia tego autor wespół z P. Jacobem przedsiębiorali cały szereg doświadczeń na psach. Przecinali oni psom korzenie rdzeniowe czuciowe, odpowiadające kończynom tylnym i utrzymywali potem zwierzęta dość długo przy życiu. Następstwem tej operacji było: znieczulenie i bezład kończyn tylnych. Jednakże z biegiem czasu, przy odpowiednim tresowaniu, ruchy dotkniętych kończyn stawały się coraz prawidłowszymi, t. j. bezład wyrównywał się w większym lub mniejszym stopniu, pomimo że czucie w kończynach nie wracało.

Wówczas badacze robili nowe doświadczenia: tym samym psom wycinali obadwa błędniki, albo też obręby czuciowo-ruchowe kory mózgowej z obu stron — w tym i w drugim razie w kończynach dolnych rozwijał się ponownie obraz bezładu (nb. operacja ta wykonana u zwierząt zdrowych nie pociąga za sobą bezładu) i objaw ten okazywał się już wówczas stałym — wyrównanie z biegiem czasu nie następowało. U niektórych psów tą powtórną operację autorzy zmie-

niali i w ten sposób, że usuwali tylko część odpowiednich obrębów kory mózgowej. Powstawał bezład, który jednak z czasem wyrównywał się, mniej wprawdzie dokładnie, niż po pierwszej operacji. Gdy te same zwierzęta poddawano trzeciej operacji, polegającej na usunięciu pozostałej części obrębów czuciowo-ruchowych kory — rozwijał się bezład stały.

Doświadczenia te dowodzą oczywiście, że wyrównanie bezładu nie zależy bynajmniej od jakiegoś polepszenia ze strony torów czuciowych kończyn, lecz tylko od rozwijającej się z czasem działalności zastępczej innych narządów, — mianowicie błędników i obrębów czuciowo-ruchowych kory mózgowej.

*St. Orłowski.*

174. *Tragstein.* **Cierpienia n. trójdzielnego jako objaw początkowy wiądu.** (Zur Trigeminuserkrankung als Initialsymptom der Tabes). Deutsche med. Woch. № 12.

Chory w średnim wieku, dziedziczością neuropatyczną nie obarczony, zapada w 13 lat po zakażeniu syfilitycznym na nerwoból w dziedzinie wszystkich gałęzi prawego nerwu trójdzielnego. Po za napadami bólów, badanie absolutnie żadnych zaburzeń nie wykrywa. Leczenie rtęciowe i jodowe. W 1½ roku autor znów widział chorego i znalazł, co następuje: w dziedzinie prawego n. trójdzielnego bóle ustąpiły, ale za to czucie skórne upośledzone bardzo znacznie w obrębie wszystkich trzech gałęzi; żwacze w porządku. W kończynach dolnych parestezye, miejscami upośledzenie czucia skórno; od czasu do czasu uczucie opasania i bóle strzelające. Zniesienie odruchów kolanowych i podeszwowych. Objaw *Romberga* bardzo wyraźny. Chód zlekka ataktyczny.

Słowem, typowy obraz wiądu, którego pierwszym objawem było zajęcie n. trójdzielnego, — występujące w tych warunkach wyjątkowo rzadko.

*St. Orłowski.*

175. *H. Oppenheim.* **Przyczynę do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci.** (Beitrag zur Prognose der Gehirnkrankheiten im Kindesalter). Berl. klin. Woch. № 12 i 13.

Autor mówi o całokształcie objawów, odpowiadającym obrazowi klinicznemu guza w mózgowiu, lecz z zejściem zupełnie pomyślnem.

*Spostrzeżenie I.* Chłopiec 11-letni. Od pół roku trwają silne bóle głowy, umiejscowione z lewej strony. Od dwóch miesięcy napady drgawek, rozpoczynających się w prawej połowie twarzy; rozszerzają się one na prawą kończynę górną; podczas drgawek niemota zupełna, po napadzie czas jakiś zaburzenia mowy i osłabienie prawej ręki; świadomość zachowana. Napady co parę dni. Badanie 5—III—1895. Ból głowy w lewej okolicy czołowej, bolesnej przy opukiwaniu

i ucisku. Pewien stopień niemoty ruchowej. Neuritis optica obu stron, w lewym oku jednak dalej posunięta. Lekkie porażenie prawego n. twarzowego. Niedowład prawej kończyny górnej. Upośledzenie czucia na prawej dłoni. Odruchy ścięgnowe z prawej strony znacznie wzmożone. Ze dwa miesiące choroba postępowała, niemota się wzmożła, niedowład rozwinął się: w prawej kończynie dolnej, napady coraz częstsze. Leczenie jodowe. Proponowano zabieg chirurgiczny, chory jednak z pod obserwacji się usunął. W rok potem autor dowiedział się, że stopniowo wszystkie objawy ustąpiły, a w 1899 r. widział chłopca zupełnie zdrowego i dobrze rozwiniętego.

*Spostrzeżenie II.* Chłopiec 9-letni miał w kwietniu 1887 r. pierwszy napad drgawek o cechach padaczki Jacksona w lewej połowie ciała, z utratą przytomności; po napadzie parę godzin trwał niedowład lewych kończyn. Napady co parę lub kilka tygodni. We Wrześniu tegoż roku przy badaniu stwierdzono neuritidem opticam i prof. Erb rozpoznał guz mózgowia. Leczenie jodowe. Polepszenie znaczne, już w Listopadzie dno oczu normalne, napady coraz rzadsze, ostatni w Styczniu 1888; później krótki napad w Listopadzie 1889 r., a następnie dopiero po upływie 6 lat (Wrzesień 1895) podobny napad drgawek bez żadnych objawów następczych. Badany wówczas przez autora pacjent żadnych objawów chorobowych nie miał. Następnie cieszył się już zdrowiem zupełnem (widziano go w Lipcu 1900).

*Spostrzeżenie III.* Chłopiec 10-letni. Od pół roku ból głowy, parę razy wymioty. Wkrótce napady padaczki Jacksona w lewych kończynach, rozpoczynające się od stopy; utrata przytomności. Po napadach przemijający niedowład lewej nogi, później niedowład stały. Badanie w Czerwcu 1896. Ból głowy, szczególnie w prawej okolicy czolowej, wrażliwej przy opukiwaniu. Neuritis optica z lewej strony. Monoparesis cruralis sinistra. Odruchy ścięgnowe i napięcie mięśni w porażonej kończynie znacznie wzmożone; tamże lekkie zaburzenia czuciowe. Leczenie jodowe. W rok potem autor się dowiedział, że nastąpiło znaczne polepszenie, a w 1898 r. widział chłopca zupełnie zdrowego.

*Spostrzeżenie IV.* Dziewczynka 13-letnia. Od tygodnia napady drgawek w lewej połowie twarzy i lewej ręce. Badanie w Kwietniu 1892 r. Niedowład lewego n. twarzowego i podjęzkowego oraz lewej kończyny górnej. Po napadzie niedowład się wzmaga. Leczenie jodowe. W pół roku wyzdrowienie. Badana przez autora w 1898 roku: zupełnie zdrowa.

*Spostrzeżenie V.* Chłopiec 8-letni. Od dwóch miesięcy napady drgawek w prawej połowie ciała; wymioty, ból głowy. Badanie w Kwietniu 1900. Niedowład prawego n. twarzowego i prawej kończyny górnej, szczególnie palców. Neuritis optica incipiens w prawym oku. Tętno wolne. Przyjęty w Czerwcu 1900 do kliniki chirurgicznej na operację, której jednak zaniechano, ponieważ objawy zaczęły szybko ustępować. W Grudniu 1900 r. dziecko zupełnie zdrowe, oko normalne.

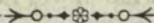
*Spostrzeżenie VI.* Chłopiec 12-letni. w Marcu 1899 po influenzy

napad drgawek w prawych kończynach z utratą przytomności. Niedowład prawej kończyny górnej, szczególnie znaczny w palcach; także wybitne upośledzenie czucia skórno i pewien stopień bezładu. Parę podobnych napadów, wkrótce jednak, przy leczeniu jodowem zaczęło się szybkie polepszenie aż do wyzdrowienia. Badany w Listopadzie 1900 r. zdrów zupełnie.

We wszystkich tych, wiele jedno do drugiego podobnych, spostrzeżeniach na pierwszym planie w obrazie chorobowym stoją napady drgawek o cechach padaczki Jacksona oraz monoplegia (najczęściej m. faciobrachialis), z początku przemijająca po napadach, później stała; oprócz tego neuritis optica, ból głowy najczęściej umiejscowiony w okolicy czołowej, bolesność tejże okolicy przy opukiwaniu i t. d.

Wszystko to przemawia za rozpoznaniem guza w mózgowiu, tak że w paru przypadkach powstawał zamiar interwencji chirurgicznej. Szybkie jednak polepszenie, a następnie zupełne wyzdrowienie wyklucza takie rozpoznanie. Nadmieniamy, że w żadnym z tych spostrzeżeń nie było wskazówek co do zakażenia syfilitycznego, autor przypuszcza, że się miało do czynienia, bądź 1) z niezbadaną jeszcze pod względem anatomicznym, uleczalną postacią nieropnego przewlekłego zapalenia mózgu (encephalitis chronica non suppurativa), bądź 2) z umiejscowionem zapaleniem opon i mózgowia, pochodzenia gruźliczego (meningo-encephalitis tuberculosa, „méningite en plaques tuberculeuse“, bądź wreszcie 3) z nieznanem, uleczalnem cierpieniem mózgowem, przeważajacem w wielu dziecięcym i dającym obraz kliniczny guza.

St. Orłowski.



### III. Ruch w towarzystwach lekarskich w Wiedniu.

Wiedeń w kwietniu.

(176 — 198).

S. Czychlarz przedstawił w klubie wiedeńskim *przypadek obrażenia kręgosłupa* ze zbiorem ciekawych objawów. Chory, 25 letni mężczyzna, zasłabł nagle wśród silnych bólów w karku i równoczesnego zeszywnienia. Bóle i sztywność karku utrzymywały się bez przerwy 3 tygodnie, poczem trwały przez 1½ roku i powtarzały w się częstych napadach, trwających bardzo krótko do 5 minut. Współcześnie, wystąpiły bóle w lewym ramieniu, które coraz były słabsze, tak że w końcu kończyny lewej chorey nie mógł używać. W tejże kończynie od roku występują napady skurczu. W kończynie dolnej prawej uczuwa chorey znużenie i mrowienie. Od 2-eh lat oczy słabsze i ptosis oka lewego. Badanie chorego wykazuje: Atrophia m. deltoides, supra—et infraspinatus, biceps i supinator longus. Czucie prawidłowe. Zwężenie źrenicy prawej, bulbus zapadnię-



ty, prawy policzek wyraźniej się zaczerwienia niż lewy. Pierwsze objawy wskazują na przecięcie górnego spłotu, drugie na schorzenie sympatyczne. W przypadku tym mamy do czynienia albo z guzem w rdzeniu lub z syringomyelią.

Schlesinger przytacza jeden więcej *objaw akromegalii*. S. widział w typowym przypadku akromegalii na skórze tyłogłowia pofałdowanie skóry. Robiło to wrażenie jakby zwojów mózgowych. W innym przypadku widział S. również na tyłogłowiu zwieszającą się fałdę skóry, pod którą wejść można było na 2 cm. Właściwości te skóry wystąpiły równocześnie z rozpoczęciem się choroby. Obrzęk śluzowy można było wykluczyć. Objaw ten tłumaczy S. szybszym rozrostem skóry głowy aniżeli kości, być może spowodowanym przez zwiększony dopływ krwi do skóry, jak to Schein w akromegalii przyjmuje.

Freund mówił o *dotychczasowych wynikach Röntgenoterapii* i ich prawdopodobnej przyczynie. Leczenie promieniami Röntgena głównie dotyczy chorób skóry w przypadkach, w których idzie o usunięcie włosów i chorób skóry pasorzytnicznych. W leczeniu chorób wewnętrznych nigdy F. nie widział dobrych skutków, raz tylko w ciężkiej newralgii promienie wpłynęły na przebieg choroby korzystnie. F. przedstawia przypadki favus, sycosis, lupus, hypertrichosis, w których skutecznie leczono promieniami Röntgena.

Mracik (22 lutego 1901) przedstawia przypadek *powtórnego zakażenia przymiotem*. Chory przed 7 laty zaraził się po raz pierwszy syfilisem. Leczony był jodem i wstrzykiwaniami hydrargyri sozojodolici. Zeszłego roku w październiku powtórne zakażenie. Obecnie chory ma zagojone stwardnienie na napletku, ogólne obrzmienie gruczołów, niedokrewność i wysypkę. Żądaniu Neumanna, by przy rozpoznaniu powtórnego zakażenia tyfilisem, lekarz obadwa zakażenia widział, w przypadku tym stało się zadość. Są przypadki przymiotu, które, rzeczywiście, wyleczone zostały, zazwyczaj rtęcią, tak że powtórne zakażenie jest możliwe. Powtórne zakażenie może również wywołać groźne zaburzenia. Między jedną a drugą infekcją przechodzi okres czasu od 1—18 lat. Neumann spostrzegł 8 przypadków powtórnego zakażenia syfilisem w okresie około 2 lat. Przypadki powtórnego zakażenia dowodzą, że syfilis jest chorobą uleczalną.

Sternberg przedstawił 3 przypadki pomyślnie operowanej *rhinophymy*. W narkozie usunięto przerostą błonę śluzową nosa aż do ochrzęstnej, a ubytek pokryto według metody Thierscha. Krwotok był nieznaczny, a po operacji acne nadzwyczaj się polepszyło. Postępowanie tego rodzaju poleca Weinlechner w leczeniu elephantiasis cruris.

Englisch mówił o raku *infiltracyjnym pęcherza moczowego*. Postać ta raka usadwia się między wiązkami mięśniowymi pęcherza i dopiero w późnym okresie wywołuje zmiany w błonie śluzowej pęcherza i tkance okołopęcherzowej. Nowotwór jest tutaj zazwyczaj pierwotny, a najczęstsza jego postacią jest epithelioma lub carcinoma medullare. Rzadziej spotykamy sarcoma lub enchondroma. Ściana pęcherza zajęta sprawą rakową jest zgrubiałą na 4—5 cm.; na

przekroju soczystą, co już odróżniają od zwyczajnego przerostu tkanki mięsnej; powierzchnia przekroju gładka, szara lub różowa, rzadziej podobna do kości słoniowej, lub chrząstkowata z licznymi nacieczeniami krwawymi. Jeżeli dojdzie do zajęcia i błony śluzowej pęcherza, to ma ona niebieskawe guziczki lub bujania polipowate, które później się rozpadają i dają powód do powstawania wrzodów. Rzadko jednak postać ta raka przechodzi na otoczenie i zazwyczaj mamy tylko częściowe zajęcie pęcherza. Pęcherz zajęty sprawą rakową wyczuwa się w jamie brzusznej jako guz twardy, nieprzesuwalny, w siedzącym położeniu chorego znikający, o powierzchni gładkiej, miernie tylko bolesny. Ucisk nie powoduje parcia na mocz. Po katetyzowaniu, przyczem tylko bardzo mało moczu odchodzi guz, mało się zmienia. Jama pęcherza jest zmniejszona, podstawa pęcherza nie wystaje ku przodowi. Jeżeli zajęcie jest miejscowe, to tylko w tem miejscu wyczuwa się pęcherz jako ciało twarde. Z powodu zmniejszonej kurczliwości pęcherza przychodzi do parcia na mocz, które z postępem choroby coraz staje się uciążliwszem. Parcie na mocz i wypróbnienie pęcherza są bardzo bolesne, a bóle nadto występują w późniejszych okresach choroby prawie ciągle. Według Guyona bóle te występują wtedy, gdy ostionki mięśniowe są sprawą chorobową zajęte. W miejscu skrzyżowania się art. i vena iliaca communis są gruczoły powiększone, tak samo w miednicy i wzdłuż kręgosłupa. Pęcherz moczowy może dalej być zrośnięty z otoczeniem i jelitami. W rozpoznaniu różniczkowym należy pamiętać o przeroście warstwy mięsnej pęcherza, o flegmonie w cavum praevesicale przebiegającej wśród objawów zapalenia i o raku gruczołu krokowego. Prognoza zazwyczaj niepomyślna, bo i chorzy szukają porady lekarskiej bardzo późno. Leczenie polegać może tylko na wycięciu zajętej części pęcherza lub całego pęcherza i przeszczepieniu moczowodów do kiszki stolcowej.

Reiner przedstawił *ostitis deformans luetica* u chorego, który przeżył wysypkę i *keratitis parenchymatosa*.

Kramper przytacza wyniki badania czynności nerek za pomocą phloridzini i methylenblau. U chorej cierpiącej na lewostronną pyonephrosis i prawostronną pyelitis wstrzyknął 0,2 phloridzini i 0,2 methylenblau. Badanie moczu otrzymanego z każdej nerki osobno wykazało, że nerka chora nie wydzielała cukru i methylenblau, podczas gdy druga funkcyonowała prawidłowo.

Zweig omawiał rozpoznanie głęboko umiejscowionych uchyłków przełyku. Przyczyna uchyłków jest nieznaną. Usadowione są one na przedniej i tylnej ścianie przełyku między miejscem podziatu tchawicy, a wpustem żołądka i dosięgają wielkości pięści. W wywiadach znajdujemy znane objawy uchyłków. Wystuchiwanie wykazuje brak drugiego szmeru połknięcia lub też zmianę jego dźwięku. Celem odróżnienia głęboko umiejscowionego uchyłku, a rozszerzenia przełyku, wprowadził Z. dwie sondy, jedną do uchyłku, drugą do żołądka i do pierwszej włął odpowiednio do wielkości uchyłka rozczyń methylenblau. Przy powolnem wyciąganiu sondy z żołądka można w razie istnienia rozszerzenia przełyku aspirować rozczyń methylenblau. Przy

obecności uchylka rozczywnu methylenblau wydostać nie można. Również radiographia i oesophagoscopia pomagają przy rozpoznaniu. Leczenie uchylków przelyku polega na systematycznym wypłukiwaniu nagromadzonych pokarmów.

Raimann przedstawił przypadek operowanej *hydronephrosis*. W przeciągu 2-eh lat wytworzył się u chorej w jamie brzusznej guz wielkości główki dziecka, o powierzchni gładkiej, elastyczny. Wykonano laparotomią przyczem stwierdzono, że guz ten był hydronephrozą; z nerki pozostało  $\frac{2}{3}$ . Worek wraz z częścią miedniczki nerkowej wycięto.

Schlesinger przedstawia chorego z *dziwnym objawem na aorcie brzusznej*. Chory lat 31. Ponad aortą brzuszną równocześnie z uderzeniem fali czuć pod palcami chrzęst, a od 6 kręgu lędźwiowego słyhać ku górze szmer systoliczny. Ku dołowi oba objawy stają się wyraźniejsze, najwybitniej występują na wysokości pępka, w którym to miejscu można słyszeć szmer bardzo wybitny w odległości 1 cm. Od pępka stają się oba objawy mniej wybitne, ale przechodzą na art. cruralis. Serce prawidłowe. Aorta abdominalis i thoracica bez zmian, promienie Röntgena nic nie wykazują. Można by przypuścić zgrubienie tętnicy brzusznej, czy to skutkiem endocarditis lub atheroma praecox, z następczem zwężeniem. Inne choroby są mniej przypuszczalne (aneurysma, stenosis, ucisk, tromby ścienne). Ciśnienie krwi prawidłowe. W moczu przy pierwszym badaniu białko i cylindry moczowe, które przy dyecie mlecznej znikły.

Oelwein przedstawił preparat *skręconej sieci*. Chory 30-letni, cierpiący na przepuklinę pachową prawostronną, zachorował nagle wśród objawów bólów brzucha, po stronie przeważnie prawej, gorączki, odbijania, wymiotów, a badanie chorego wykazywało wzdęcie brzucha i w okolicy kiszki ślepej większą odporność, wielkości dłoni, bolesną. Skutkiem podejrzenia na appendicitis wykonano laparotomię i znaleziono sieć w okolicy colon 4 razy naokoło swej osi skręconą. Omentum wycięto, a chory czuje się dobrze. Habart wspomina przy tej sposobności, że po wycięciu sieci widział nagłe znikanie tłuszczu, tak że dzisiaj rezekeję ogranicza do możliwie najej części.

Laub przedstawia chorego z *wysoko usadowionym uchylkiem przelyku* na tylnej jego ścianie; u chorego bez właściwych wymiotów, pokarmy wracają, co można także wywołać przez ucisk na szyję.

Goldmann mówił o zatruciu *agaricus tomentosus*. G. spostrzegł jedenaście przypadków zatrucia tym grzybem, spożytym z powodu nieostrożności i nieznajomości grzybów, 3 przypadki zakończyły się śmiercią. Grzyb ten należy do Agariceae, posiada biało-żółty kapelusz o trzonie 4 cm. długim i na palec grubym. Przy przetwarzaniu grzyba wydobywa się sok żółty. Objawy zatrucia podobne są do objawów cholera nostras. Występuje uczucie nieokreślone, szum w uszach, palenie wewnątrz, wymioty, silne do cholery podobne rozwolnienie, kurcze w łydkach, uczucie osłabienia, utrata przytomności, mydriasis, włókienkowe drganie mięśni żółtawo obłożonego języka. Im cięższe otrucie, tem słabszym staje się pierwszy ton serca, który

nawet przechodzi w szmer, obok którego często występuje i tarcie osierdziowe. Brzuch jest wzdęty, okolica żołądka i wątroby bolesna. Wydalanie moczu się zmniejsza, aż do kompletnej anurii, mocz barwy piwa, alkaliczny, zawiera ślady białka, wałeczki i dużo indykanu. Tętno coraz mniej napięte staje się nitkowatym i nieregularnym. Oddech przyspieszony, przybiera typ Cheyne-Stokesa. Skóra całym sucha, żółtaczkowo zabarwiona. Przy sekcyi znajduje się zmiana odpowiadające ostrej gastro-enteritis, błona śluzowa żołądka nabrzmiała, daje obraz „état mamelonné“. Wątroba i nerki tłuszczowo zwyrodniałe, w przestrzeniach limfatycznych mózgu i w pericardium brak płynu. Jako odtrutkę radzi G. podawać taninę per os, w ławatywach i w celach przepłukiwania żołądka. Atropina okazała się bez skutku. Trucizna tego grzyba, podobna do agarycyny, wywołuje najpierw gastro-enteritis, dalej podrażnienie, a w końcu porażenie Vagus. W celach profilaktycznych należy pouczać w szkole i przez popularne wykłady o grzybach i ich działaniu i nauczyć odróżniać grzyby jadalne od trujących.

Stolper mówił o *porażeniach porodowych*. Przez porażenie porodowe rozumiemy obrażenie 5 i 6 cervicalis i skutkiem tego występujące wśród porodu porażenie mięśni kończyn górnych, a mianowicie: deltoides, biceps, brachialis inter., supinator longus i infraspinatus. Przyczyną tego porażenia bywa ucisk kleszczy, ucisk obojczyka, metoda prągska, wążka miednica, za silne rozwinięcie ramion i rozerwanie nerwów. W przypadku S. wystąpiło porażenie kończyny górnej lewej przy porodzie kleszczowym, przyczem tylko uwolnienie barków dziecka, 5 $\frac{1}{2}$  kg. ważącego, sprawiało niejakię trudności. Podobne porażenie wystąpiło przy poprzednim, zupełnie prawidłowym porodzie. Prognoza porażen tych jest wątpliwa, najlepsze rokowanie dają porażenia po kleszczach lub skutkiem ucisku obojczyka.

Süss przytoczył przypadek *teżca wywołanego przez zakażenie z przewodu pokarmowego*. Sekcyja zmarłego skutkiem teźca o bardzo groźnych objawach wykazała zmiany ostrego nieżyty jelit i bakterye teźcowe obok bakteryi kwasu masłowego w błonie śluzowej jelit. Ran na skórze lub jakiegokolwiek obrażenia nigdzie nie było, tak że przypuścić należy, iż zakażenie nastąpiło przez jelita, na drodze przewodu pokarmowego.

Ehrmann mówił o *zmianach na skórze w przebiegu choroby Addisona i innych chorób toksycznych*. Zabarcwienie skóry w chorobie Addisona występuje najpierw na miejscach już z natury silniej zabarwionych albo na miejscach podlegających zewnętrznym drażnieniom. Badanie histologiczne tych miejsc wykazuje zwiększenie prawidłowych komórek barwnych (melanoblastów) w skórze i w tkance podskórnej. Fyzyologicznie powstaje zabarcwienie tylko w cutis w komórkach barwnych, które mają to samo pochodzenie co i komórki tkanki łącznej, nie są jednakże z niemi identyczne i ztąd przenosi się na epidermis. U zwierząt melanoblasty znajdują się i w tkance podskórnej. Nadto w morbus Addisoni znajdują się nacieczenia

skóry komórkami kształtu okrągłego lub polygonalnego z pęcherzykowatym jądrem, które powstają przez degenerację leukocytów lub limfocytów pod wpływem działania produktów toksycznych. Takie same obrazy widzieć możemy także w chorobach zakaźnych i toksycznych, dalej po wstrzykiwaniach karbolu i tuberkuliny. U wyższych zwierząt i ludzi tworzenie się pigmentu z wyjątkiem zabarwienia siatkówki nie zależy od wpływu nerwów, a komórki barwne mogą przez bodźce się rozmnażać. Barwik w chorobie Addisona nie powstaje z krwotoku, z którego wytwarza się hemosideryna, podczas gdy w tej chorobie wytwarza się melanina, w której dotychczas żelaza nie znaleziono, mimo że barwnik w pierwszej linii pochodzi ze krwi. Barwik wytwarza się w melanoblastach skutkiem procesu życiowego tychże komórek. Na dłoni melanoblastów brak, na skórze głowy znajdujemy je na cebulkach włosów, dlatego w morbus Addisonii skóra głowy nie zostaje zabarwiona, a natomiast włosy przyjmują ciemniejsze zabarwienie. Wpływu nerwów na wytworzenie się barwika w chorobie Addisona nie skonstatowano, a choroba ta daje obraz podobny do objawów toksycznych.

Benedikt mówił o *nerwicach urazowych*. Znajomość nerwic urazowych ze względu na prawa o wypadkach i odpowiedzialność za nie jest dla lekarza rzeczą nadzwyczaj ważną. Główny objaw owych, najpierw w r. 1866 przez Erichsona opisanych, nerwic polega na wstrząśnieniu systemu nerwowego i w pierwszej linii występuje shock. Tenże może u różnych osobników różne mieć działanie; psychiczny shock może po wypadku zaraz po kilku godzinach lub nawet dniach wystąpić. Do najstalszych objawów wypadków kolejowych należy zawrót statyczny, który się zazwyczaj powoli rozwija i osłabienie (adynamia) nóg. Osłabienie nóg nie ma nic wspólnego z porażeniem. Udawanie osłabienia można w ten sposób wykazać, że się każe choremu wykonywać ruchy przy oporze, który następnie nagle usuwamy. Jeżeli chory udaje, to część ciała w ruchu będąca pozostaje nagle w spokoju, podczas gdy przy rzeczywistej adynamii przerwane skutkiem usunięcia nagle oporu ruchy wykonywa chory dalej. Trzecim objawem nerwic urazowych jest zwięźnienie pola widzenia na barwy i na białe; objaw ten nie łatwo można udawać. Dalszymi objawami są drżenie i bóle. Co do bólów, to nie zawsze będziemy chorym wierzyć, i tu rzut oka lekarza obznajmionego z owymi nerwicami daje wskazówkę prawdziwego rozpoznania bólów. Wszystkie te objawy mogą ustąpić lub też mogą się powoli rozwinąć i wywołać ciężkie schorzenie. Obok shocku psychicznego także i shock mechaniczny nie małą przy wypadkach odgrywa rolę i zależy od tego, w jak silnym stopniu pewne narządy zostały dotknięte. Shock ten mechaniczny jest prawdopodobnie przyczyną zachorowań naczyń po wypadkach. Po ciężkich wypadkach, szczególnie katastrofach kolejowych występują rozliczne zmiany anatomiczne: złamania czaszki i kręgow, szczególnie często przez contrecoup, krwotoki, pachymeningitis, przy czym radiographia oddaje znakomite usługi. Z urazów mogą się również powstać nerwice (neurosis e traumate). Blizny na drodze odruchowej mogą dać powód do tetanicznych kureczów, obrzęków sta-

wów, bólów w stawach, a nawet do bezładu. Wszystkie te objawy znikają przy odpowiednim leczeniu blizn.

Wykrycie udawania wymaga od lekarza bystrego oka i nie jednych sztuczek. Co się tyczy drżenia, to należy wiedzieć, że niektóre postaci drżenia przy skupionej uwadze zwiększają się, inne znów zmniejszają. Dalej, nerwice traumatyczne wywołują nieraz dziwnie skombinowane porażenia. Jeżeli przy orzeczeniu jakiegoś przypadku nic pozytywnego nie znaleźliśmy, nie należy przypuszczać, by rzeczywiście nic nie było. Ze względu na wątpliwą prognozę przy zasadaniu rent, nie należałoby ich z góry naprzód oznaczać, ale przy pomocy klauzuli powinno być dozwolonym stosownie do przebiegu choroby podnosić je lub zmniejszać. Rzeczoznawcy nie mieliby w tym razie tak dużo trudności w orzeczeniu i osądzeniu przypadku. Leczenie bywa przyczynowem i symptomatycznym.

Holz knecht podaje wyniki badań nad działaniem promieni Röntgena na bakterye. Na pyocyaneus widoczne było działanie promieni, gdyż kultury wystawione na działanie promieni okazały się zupełnie wolne od kolonii tej bakteryi.

Freund mówił o promieniach Röntgena. Na podstawie swych doświadczeń przyszedł F. do wniosku, że promienie Becquerela i fosforyzujące nie wiele mogą dobrego zdziałać w leczeniu chorób. U osobników, u których istnieje zmętnienie przednich warstw oka, może da się osiągnąć pewien efekt. Jednobiegunowe wyładowania z dużych induktorów wywołują na skórze zwierząt te same kliniczne i histologiczne zmiany, co i promienie Röntgena: zapalenie, czasowe wypadnięcie włosów, przekrwienie naczyń głębokich skóry, krwotoki, nacieczenie ciąkami eozynofilowemi i degeneracją naczyń. Wynik badania histologicznego wyjaśnia niektóre objawy kliniczne: późno występujące erythema, pigmentacją i uporczywość wrzodów Röntgena. Posiew i stare hodowle bakteryi pod wpływem owych biegunowych wyładowań zostają zniszczone. Również promienie te szybko wywołują reakcyę u zwierząt głęboko uspiionych, na co Fr. zwraca uwagę chirurgów. Do dyfuzyi silnych iskier używa Fr. elektrody, złożonej z kolby szklanej, wypełnionej wodą, w której zanurza się drut doprowadzający. Przy pomocy tego aparatu wywołał F. wypadnięcie włosów u zwierząt, bakterye ginęły, owrzodzenia zaś w lupus szybko zablizniały się. Co jest właściwie istotą działającą w promieniach Röntgena, niewiadomo. F. przypuszcza, że chodzi tu, być może, o działanie głuchych wyładowań, które i w stanie odosobnionym posiadają to samo działanie.

Braun mówił o „sercu ruchomem“, lub też, jak inni autorowie chcą, „sercu wędrującem, cardioptosis“. W literaturze spotykamy się dość często z ruchomem sercem, które według wielu autorów wywołuje szereg chorobowych, a nawet ciężkich objawów. Badanie B. w tym kierunku przedsięwzięte i krytyczne osądzenie podanych w literaturze przypadków ruchomego serca wykazały, że objawy te zależne są zawsze od zmian w mięśniu sercowym, nie są zaś wynikiem ruchomości serca. Prawdłowo ruchome serce spotyka się rzadko. B. na 1000 badanych osobników znalazł tylko raz jeden ruchome serce.

Częściej natomiast spotyka się, że koniec serca przy zmianach położenia okazuje znaczną ruchomość. Za narząd, na którym serce wisi, trzeba jedynie uważać aortę, a jako aparat podtrzymujący worek sercowy z jego różnorodnymi dodatkami. Przesuwalność serca zależy najpierw od lig. sternopericardiacum, które co do swoich długości i wyglądu rozmaite okazują właściwości. Następowo występująca ruchomość serca t. j. gdy serce skutkiem zmian patologicznych staje się ruchomem, przychodzi do skutku przez to, że narząd, na którym serce wisi, staje się ruchomym. Tak np. przy przeroście serca, dotyczącym tylko serca lewego, lub przeroście obu komórek, dalej przy rozszerzeniu lub wydłużeniu aorty, przy aneuryzmach, które to stany równocześnie prawie zawsze pociągają za sobą przerost komórki lewej. Jeżeli komórki są przerosłe, to samo przez się serce przechodzi ku zewnątrz i dołowi, i wtedy można by mówić o nisko usadzonem sercu, ale dopiero wtedy, gdy i aorta się wydłuży, a podstawa serca niżej leży. W dalszej dyskusji omawia B. przypadki ruchomego serca ogłoszone przez Rumpa, Picka, Rumosa, Determanna, Hofmanna i t. d., którzy całkiem niesłusznie dla tego stanu serca stworzyli całą symptomatologię, która w rzeczywistości nie istnieje, bo wszystkie objawy owych autorów odnieść należy do schorzenia samego mięśnia sercowego, które w każdym przypadku istniało.

Knoepfelmacher mówił o ilości pokarmów u osesków. Ze statystyki Feera wypływa, że dziennie ilość pokarmów u osesków wynosi: w 1 tygodniu 300 gr., w 5 tygodniu 687 gr., w 13 tygodniu 852 gr., w 21 tygodniu 956 gr., w 25 tygodniu 900 gr. Na pojedyncze dzienne karmienia przypada: w 1-ym tygodniu 52 gr., w 5-tym 115 gr., w 13-tym 140 gr., w 21-ym tygodniu 160 gr. Liczby te, pochodzące z bezpośredniego oznaczenia spożytego mleka, są za duże, a minimalne cyfry, które dla utrzymania równowagi w przemianie materii oseska i dla fizjologicznego rozwoju tegoż są niezbędne, nie zostały jeszcze do dziś dnia oznaczone. W tym celu należałoby oznaczyć bilans pożywienia w ten sposób, jak to Pettenkofer, Voit oznaczyli u zwierząt i ludzi dorosłych. Badania takie przeprowadził Rubner i Heubner u 9 tygodniowego oseska. Na podstawie badania Rubnera i Heubnera twierdzi K., że dwumiesięczny osesek potrzebuje nie 800 ale 600 cm. sz. mleka dla swojego rozwoju. Dzieci sztucznie odżywiane należy karmić w dłuższych odstępach czasu i liczbę karmień zredukować do 5—6 dziennie. Także ilość spożytego mleka należy znacznie przy pojedynczych karmieniach zmniejszyć i przyjąć za podstawę tabelę oznaczenia pojemności żołądka dzieci, ułożoną przez Pfauclera. Przy karmieniu sztucznymi preparatami zaleca K. mieszaninę mleczną Biederta, która w zupełności odpowiada wymaganiom, jakich od sztucznych pokarmów dziecięcych żądamy.

W. J.

## IV. Listy z Paryża.

### II.

*Paryż w kwietniu.*

Jubileusz internatu.—Rzut oka na instytucję.—Lekarze i rady departamentalne.—  
Proces o nieumiejętne stosowanie promieni Röntgena.

Świat lekarski Francji gotuje się do jubileuszu, dość odległego wprawdzie, ale obecnie już poddawanego dyskusjom braci po Eskulapie w obrębie całej republiki.

Idzie o stulecie tak zwanego internatu.

Internat jest instytucją, która nie wyszła prawie po za granice Francji. Z niektórych względów słusznie, bo można stawić jej poważne zarzuty. Polega na tem, że słuchacz wydziału medycznego (nie zobowiązany jak np. w obrębie państwa rosyjskiego do składania egzaminów w określonych terminach i mogący wskutek tego bez ujmy dla honoru poświęcić studiom medycznym 7 i 8 lat) wstępuje w połowie swych nauk do szpitala i zajmuje stanowisko odpowiadające mniej więcej stanowisku asystenta u nas. Rozumie się, że ze względu na odpowiedzialność niepodobna oddać takiego miejsca byle komu. Ustanowiono przeto dla ubiegających się o godność interna szereg warunków, z których najważniejszy złożenie egzaminu konkursowego.

Tu właściwie tkwi główna ujemna strona internatu. Nie najlepsi otrzymują miejsca—na ocenę odpowiedzi kandydatów wpływają listy polecające, w jakie zaopatrzyli się poprzednio. Ta okoliczność stanowiła powód do bardzo poważnych zarzutów, ale o poprawie warunków trudno na razie myśleć. System konkursowy i zarazem „pistonowy“ (listy polecające nazywają się w gwarze studenckiej „pistons“) będzie jeszcze długo istniał we Francji.

Interni pozostają na stanowisku przez cztery lata. Otrzymują mieszkanie i stół, ale często muszą do tego dopłacać. Położenie więc ich materialne nie jest świetne, każdy musi mieć zasilek z domu. Czerpią niekiedy dochody z prywatnych lekcji albo też, towarzysząc swoim przełożonym na operacje w charakterze asystentów.

Natomiast pod względem wykształcenia zawodowego mają istotnie możliwość uzupełnić wyśmienicie zapasy swych wiadomości. Na jednego interna przypada co najmniej kilkudziesięciu chorych. Co roku nadto intern zmienia szpital i może w ten sposób wybierać wciąż nowe dziedziny patologii.

I pod względem praktycznym internat ma znaczenie.

Lekarz, który przedtem był internem, posiada większe zaufanie wśród publiczności, bywa uwzględniany przed innymi w razie ubiegania się o jakieś miejsce, a wreszcie zyskuje sobie w dawnych swych przełożonych przyjaciół, którzy mogą go poprzeć i popierają zazwyczaj bardzo energicznie w razie potrzeby.



Systemat „pleców“ wraca tu ponownie, ale niestety nie należy on do specjalności wyłącznie Francyi właściwych.

W każdym razie francuscy badacze zżyli się już z tą instytucją i jubileusz jej będą obchodzić z nieklamany zapalem. Przypada on na 23 lutego 1902, w roku 1802 bowiem rząd francuski na wniosek komisji złożonej z sześciu członków: Gastaldy'ego, Deschamps'a, Thauraux'a, Pelletana, Culleriera i Thoureta wprowadził internat. Przedtem naczelnik każdego oddziału dobierał sobie z pośród znajomych słuchaczy medycyny pomocników.

Od kilku tygodni funkcjonuje już komitet, złożony ze stu dawnych internów Francuzów i cudzoziemców. Nakreśli on szczegółowy plan jubileuszu. Składki na opędzenie kosztów napływają obficie.

Kilka innych kwestyj natury ogólniejszej zaprzętało w ostatnich czasach lekarzy francuskich. Senat rozstrzygał niedawno sprawę obieralności lekarzy do rad departamentów w razie gdy udzielają bezpłatnej pomocy lekarskiej ubogim gminy, gdy są inspektorami dziatwy lub szczepią ospę. Z obowiązkami tymi jest połączona niewysoka płaca i z powodu niej wliczano wymienionych lekarzy do urzędników, pozbawiając ich zarazem możliwości zasiadania w radach departamentów. Ale płaca ta jest tak nieznaczna i tak nieodpowiadającą wysiłkowi, jaki za nią daje lekarz, że przedstawiciele stanu lekarskiego w senacie zaprotestowali nareszcie w roku bieżącym przeciw pozbawieniu kolegów jednego z ich przywilejów obywatelskich. Nie godzi się czynić tego w zamian za ich bezinteresowność.

Istotnie, po ożywionych dyskusjach prawo o urzędnikach zostało zmodyfikowane przez senat w ten sposób, że ani lekarzy gminnych, ani lekarzy szczepicieli ospy lub inspektorów dziatwy, nie będzie się wliczać na przyszłość do kategorii urzędniczej i wszelkie stawianie im przeszkód w należeniu do władz wybieralnych zniknie.

Więcej może jeszcze, niż ten epizod, skupiał uwagę ogółu lekarskiego proces, który dotyczył stosowania promieni Röntgena w lecznictwie.

Doktor X, chcąc sprawdzić czy chora, która go wezwała, ma zapalenie kości udowej czy też nie, poddał ją badaniu za pomocą promieni Röntgena. Za pierwszym razem stosowanie trwało 45 minut, za drugim (w tydzień później) tyleż, za trzecim (w dwa tygodnie później) 75 minut.

Rezultat badań był negatywny. Co gorsza, aparat Roentgena wywołał u chorej silne oparzenie, po niem zaś zapalenie skóry dolnej części brzucha i lędźwi i naraził pacjentkę na leczenie się przez dwa lata. Wskutek tego wniosła pozew na niefortunnego lekarza.

Jako eksperta wezwano doktora Brouardela, dziekana fakultetu lekarskiego w Paryżu. Rozpatrzywszy sprawę, orzekł on, iż, niestety, jedynie promienie Roentgenowskie były powodem skórnej choroby pacjentki. Co prawda, stosowanie trwało zbyt długo, a i aparat okazał się wadliwym. Obciążęło to właściwie jeszcze bardziej podsądneho i na podstawie orzeczenia Brouardela trybunał

cywilny Sekwany skazał go na 5000 franków odszkodowania tudzież na poniesienie kosztów sądowych.

Surowa ta kara zadziwiła niemało wszystkich. Bądź co bądź jednak smutny ów proces stwierdził jeszcze raz szkodliwość nieumiejętnego użycia jednego z najcenniejszych odkryć ostatnich lat.

W. Bugiel.

## V. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

199. P. Jousset i Lefas donoszą o **zmianach anatomicznych**, jakie znaleźli, **zatruwając** króliki **kalomelem**. W dwu przypadkach ostrego zatrucia króliki padły po dwu dobach, w trzecim zaś przypadku podostym po 29 dniach. Przy badaniu pośmiertnym znaleźli w wątrobie zastój krwi, *angio—i peri-angiocholitis*, nadto zwyrodnienie ziarniste komórek wątrobowych z chromatolizą jąder. U trzeciego królika zauważyli mnożenie się jąder, wskazujące na odczyn ze strony komórek oraz ślady miażdżycy żyły wrotnej. Podobne zmiany anatomiczne w wielu chorobach zakaźnych są, zdaje się, okresem wstępnym *cirrhosis biliaris hepatis*. W nerkach okazał się zastój krwi ze zwyrodnieniem ziarnistym kanalików; w okresie późniejszym przekrwienie, dochodzące do wylewów krwawych, oraz zwyrodnienie ziarnisto-pęcherzykowe komórek wraz z tworzeniem się cylindrów. Objawy takie glomerulo-nephritidi spotykamy w wielu zakażeniach i przy podostym zatruciu kantarydyną. W płucach badacze ci znaleźli zapalenie zastoinowe oraz pneumoniam epithelialem z ogromnym przekrwieniem narządu, przypominającym zmiany w płucach, zachodzące w niektórych przypadkach wad serca. (Arch. Gén. de Méd., 1901, Février).

Z. M.

200. Kościński w Towarzystwie Ginekologicznym lwowskim (posiedzenie z dnia 4 Lipca 1900) opowiedział następujący ciekawy przypadek porodowy: chora z nieco zwężoną miednicą (Conj. ext. 17 cm.) przeżyła dwa porody normalne; trzeci poród ukończony został za pomocą kleszczy. Przy czwartym porodzie, który odbył się przed 1½ rokiem, chora przybyła do kliniki z pękniętą macicą. Poród ukończono przez wymożdżenie, a ranę macicy zaszyto po otwarciu brzucha obecnie chora znowu zgłosiła się do kliniki w VIII miesiącu ciąży w chęci poddania się cięciu cesarskiemu w ostatnim terminie ciąży obecnej. Lecz w parę dni po przybyciu rozpoczęły się już bóle porodowe, i autor zdecydował się na wydobywanie płodu per vias naturales. W tym celu rozszerzywszy bliznowatą pochwę zrobił obrót i wydobyl z mozołem dziecko zaduszone, którego już nie zdołał do życia przywrócić. Okres poporodowy był prawidłowy. Postępowanie swoje autor tłumaczy zbyt słabą nadzieją utrzymania przy życiu dziecka w tym okresie rozwoju. Gdyby dziecko było zupełnie donoszone, nie wahałby się dokonać cięcia cesarskiego, nie zwracając uwagi na

techniczne trudności, skutkiem przebytego poprzednio pęknięcia macicy. Przeciwnego zdania był prof. Mars.

M. W.

201. G. K ö s t e r opisuje przypadek wiądu rdzenia trwający, od lat 20-tu u 29 letniej kobiety, która przechodziła już złamania samoistne oraz cierpiała na napady krtniowe; od lat 10 wystąpiły u niej **napady łechtaczkowe** (*crises critoridis*), powtarzające się co 4 tygodnie zazwyczaj wtedy, gdy chora leżała w łóżku; polegały one na swoistem swędzeniu w pochwie, naprężeniu łechtaczki z wypływem obfitym śluzu z pochwy; w końcu napadu występowały bóle w pochwie, pęcherzu lub macicy o charakterze klucia, rozprzestrzeniające się na krzyż i trwające kilka godzin. Badanie chorej wykazało uwiad starczy narządów płciowych. Pierwsi, jak wiadomo, Charcot i Bouchard w 1866 opisali ten objaw w wiądzie rdzenia. Gitres poświęcił tej kwestyi większą pracę, większość autorów objaw ten uważa za bardzo wczesny w wiądzie rdzenia; przypadek Köstera dowodzi, że może on występować i w okresach późniejszych. (Wien. Med. Presse).

J. Z.

202. Willebrand podaje następujący sposób **barwienia za pomocą eozyiny i metylenblau krwi zasuszonej**. 0,5% roztwór eozyiny w 70% wysokoku miesza się w równych częściach z nasyconym roztworem wodnym błękitu metylenowego. Barwnik w ten sposób przygotowany barwi preparat na niebiesko, skoro jednak dodawać 1% roztworu kwasu octowego, własności barwiące eozyiny wzmagają się; na 50 cm. barwnika wystarcza w tym celu 10—15 kropel kwasu octowego 1%. Preparaty winny być dobrze wysuszone i barwią się przez ogrzewanie w ciągu 5—10 minut. Czerwone ciałka krwi barwią się na czerwono, jądra białych na niebiesko, ziarenka neutrofilowe na fioletowo, acidofilne na czerwono, a bazofilne na niebiesko. (D. Med. Woch, 4.)

J. Z.

203. **W sprawie związku dychawicy oskrzelowej (asthma branchiale) z cierpieniami nosa** na posiedzeniu laryngologów w Londynie, odbytem w d. 5 maja 1899 roku, w dyskusyi zabrał głos Feliks S e m o n. Przytoczywszy dane historyczne, dotyczące tej kwestyi, mówca zwrócił uwagę na te przypadki dychawicy oskrzelowej, gdzie po usunięciu polipów nosowych następowało polepszenie lub wyzdrowienie, gdy jednak polipy odrosły, napady dychawicy znów się powtarzały. Te przypadki dowodzą, że cierpienia nosa mogą wywoływać dychawicę. Związek ten jednak S e m o n spostrzegał tylko w przypadkach z polipami, i tutaj nawet otrzymywał bardzo rzadko wynik pomyślny, jeżeli dychawica już dłużej trwała. S. nigdy nie mógł wywołać napadu dychawicy przez drażnienie błony śluzowej nosa, w jednym tylko przypadku nastąpił silny napad kaszlu. Rokowanie jest bardzo wątpliwe: Z liczby przypadków operowanych zadziwia niewielka ilość wyzdrowień lub polepszeń długotrwałych. Dodać należy, że takie przypadki, w których nie otrzymano żadnego wyniku, zwykle nie są ogłaszane, i te, według S., należą do najczęstszych. S. dzieli przypadki dychawicy, w których dokonywano zabiegów operacyjnych w nosie, na 3 grupy: a) bardzo mała odsetka przypadków, gdzie następuje polepszenie dłuższe, b) stosunkowo duża odsetka — czasowe polepszenie i c) bardzo duża odsetka — gdzie się nie otrzymuje żadnego wyniku.

204. Wolmer opisuje 2 przypadki **zaparcia stolca** w których przy operacji znalazł w zagięciu esowatem uchyłek, napełniony kałem, w jednym przypadku przypuszczano nowotwór z powodu krwawych stolców. (Wien. Med. Woch., № 16). J. Z.

205. Nadzwyczaj ciekawy przypadek **promienicy główki prącia** opisuje Léger w „Annales des maladies des org. uro — gén. 1900. 5. Chory w początkach zaczął odczuwać lekki ból w otworze kanału moczowego. Wkrótce potem błona śluzowa zaczerwieniła się i z kanału zaczęła wyciekać ciecz surowiczo-krwawa. — Pomału rozwinęło się wydatne stwardnienie naokoło otworu cewki moczowej. Po upływie 5 miesięcy utworzyły się małe guziczki, które stopniowo zwiększały się, przechodziły następnie we wrzodziki, pękały, goiły się, wskutek czego główka prącia stała się pstra, jak marmur. Później zaczęły rozwijać się większe ropnie, głębiej przenikające i potworzyły się przetoki, drążące do samego kanału moczowego. W końcu cała główka prącia licznymi kanałami i otworami została jak sito podziurawiona. Drobnowidz wykazał mnóstwo grzybków promienicy. — W rok od początku choroby zrobiono amputationem penis, po czem szybko nastąpiło wyzdrowienie. Nawrotu nie było. Pod względem przyczynowym przypadek ten jest całkiem ciemny. E K.

## Notatki bibliograficzne.

—z— Wacław Męczkowski. **O szpitalach prowincjonalnych.** Warszawa 1900 r.

W krótkiej swej pracy autor nagromadził duży materiał statystyczny, dotyczący szpitalnictwa w Królestwie. Smutnie się ono w świetle cyfr przedstawia i wymaga rychłej reformy, tembardziej, że, jak autor słusznie zaznacza, dla względnego bodaj obsłużenia ludności należy mieć 2½ razy więcej łóżek, niż jest ich obecnie.

—z— Dr. Adam Wizel. **Stosunek psychologii do psychiatrii.** Warszawa 1901. r.

Autor stara się przeprowadzić paralełę między psychologią i psychiatrią i sądzi, że dzieje psychiatrii są w ściśłym związku z dziejami psychologii; prądy w psychologii zawsze odbijają się na psychiatrii, w dziejach widzimy wahania między kierunkami anatomico-klinicznymi i psychologicznymi, w ostatnich jednak czasach różnice te coraz bardziej się wygładzają.

—z— Dr. A. Mars i Dr. H. Jordan. **O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej.** Kraków 1901. Jest to odczyt (referat) z IX zjazdu lekarzy w Krakowie, streszczony w umieszczonym w r. z. sprawozdaniu ze zjazdu w Kronice.

(z) Dr. K. Röse. **Jak pielęgnować zęby i usta?** tłum. P. Klein. Warszawa 1901 r.

Jest to popularna broszurka, zawierająca wskazówki co do pielęgnowania zębów oraz racjonalne sposoby umiejętnej płukania, czysz-

czenia zębów i t. p. Autor nie szczędzi uwag rodzicom i wychowawcom i z tego względu praca jego zasługuje na uznanie.

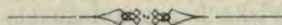
(z) Dr. G. Sommer. **Die Prinzipien der Säuglingsernährung.** Würzburg **Abhandlungen aus des Gesamt gebiet der praktischen Medizin.** I Band, 6 Heft. Würzburg 1901. Cena 0,75 mk.

Jest to odczyt kliniczny, obejmujący całość dytetyki niemowląt. Autor na 24 stronach stara streścić wszystko, co aż do czasów najnowszych zrobiono w tej dziedzinie. Zarówno naturalne, jak i sztuczne karmienie uwzględnia w całej rozciągłości.

(z) Dr. J. A. Rosenberger. **Ueber chirurgische Eingriffe bei Blinddarmentzündung.** Würz. Abch. a. d. g. der Prakt. Med. Würzburg 1901 I,7.

Kwestya pomocy operacyjnej w zapaleniu kątnicy nie jest nową, poświęcano jej wiele uwag i wiele prac. Autor nie jest bynajmniej zwolennikiem bezwzględny leczenia operacyjnego, sądzi jednak, że zabieg chirurgiczny może uratować wielu chorych. Rozpatrzenie krytyczne zabiegów oraz przeciwwskazań, których nieuwzględnienie prowadzi do zdyskredytowania metody, jest treścią tej pracy.

(z) Franz Rozenberger. **Ursachen der Karbolgangrän.** Würzburg Stuber. 1901. Praca to doświadczalna, w której autor przychodzi do wniosku, że przyczyną martwicy karbolowej są wywołane przez karbol zaburzenia w krążeniu (tromboza, staza etc.) w związku z pewnym usposobieniem.



## KRONIKA BIEŻĄCA.

(Z) Pojmujemy, że lekarz, jak każdy zresztą członek społeczeństwa, odczuwać może i brać udział czynny w panujących prądach politycznych, o tyle jednak, o ile dotyczy to spraw, leżących po za jego zawodem. W stosunku do kolegów lekarzy, osobliwie do chorych nie znamy narodowości i obojętną nam jest rzeczą wyznanie, przekonanie, pochodzenie, istnieje dla nas człowiek chory, którego leczyć jest naszym obowiązkiem. Ten sztandar wysoko nieśli dotąd lekarze wszystkich narodowości, zbiegać z pod niego zaczynają niemcy. Oglupiająca, modna dziś, hakata widocznie wciągnęła w wir uprzedzeń i lekarzy, skoro mamy do zanotowania takie fakty, jak następujący: Do jednego z profesorów berlińskich przejazdem udał się pacjent z Warszawy i pokazał list lekarza warszawskiego do lekarza polaka w jednym ze zdrojowisk niemieckich, profesor ów uznał za możliwe przekreślić adres, napisać nazwisko lekarza niemca i zapewnić chorego, iż tylko u niego znajdzie odpowiednią opiekę i poradę. Udawać się do dr. X., polaka, nie radzi. Jest to fakt, nie wymagający komentarzy. Dla ilustracyi stosunków podnieść należy bojkot lekarzy polaków przez niemców na całym obszarze nowożytniej Germanii, nie

robi się z tego tajemnicy i otwarcie propaguje się zasadę, że niemcy tylko u niemców leczyć się powinni. W sferę więc czysto humanitarną wprowadza się pierwiastek nienawiści rasowej; piękny, zaiste, dorobek XX wieku!

Nie w celu szukania odwetu piszemy te słowa kilka, ale dla zwrócenia uwagi lekarzy na stosunki po za granicami Królestwa. Rzeczą jest lekarzy naszych unikać wysyłania chorych do wód niemieckich, a jeśli stan chorego tego wymaga, posyłać przynajmniej chorych do lekarzy polaków, u których znajdują opiekę przed objawami nienawiści rasowej. Mogła by i publiczność nie zasięgać rady t. z. powag berlińskich, porada taka bowiem u ludzi, którzy nie chorego widzą przed sobą, ale przedstawiciela wrogiej narodowości, nie może przecie być skuteczną—trzeźwość sądu zabija namiętność polityczną; tembardziej zaś skutecznie to mogą, że owe zasięganie porad w sezonie wobec nawału pacjentów jest iluzją. Prasa codzienna winna oddziaływać na publiczność w tym duchu. Toć u nas sumiennych i oddanych nauce lekarzy nie braknie, a lekarze nasi nie powodują się względami narodowościowymi, opiekując się chorymi; dla nas nie martwą jest literą zasada: „*salus aegrosi suprema lex esto*“ i pewni jesteśmy, iż nikt z lekarzy polaków nie ośmieliłby się zrobić nic podobnego, co ów profesor berliński. Nazwisko tego pana zanotowaliśmy sobie w pamięci i w razie potrzeby ujawnimy je w druku ku wiecznej pamiętce stosunków panujących w wieku XX.

Tymczasem zwracamy uwagę czytelników, że w kalendarzu kol. J. Polaka na r. b. jest spis dokładny wszystkich lekarzy polaków, ordynujących w zdrojowiskach zagranicznych.

—z— 18 z. m. odbyło się posiedzenie ogólne Tow. higienicznego, na którem zatwierdzono sprawozdanie i dokonano wyborów, prócz ponownie wybranych wstąpili do Rady: kol. Sz w a j c e r i P a l m i r s k i oraz inż. B a l i c k i. Nowe te siły, mamy nadzieję, z korzyścią będą pracować dla Towarzystwa.

Ze sprawozdania dowiadujemy się, że z inicjatywy Rady w r. 1900 nic nowego nie zdziałano, z inicjatywy zaś wydziałów pojedynczych zajmowano się kwestyą kąpieli ludowych, chatami wiejskimi, złożono memoriał w sprawie opieki nad chorymi umysłowo, dokonano spisu jednodniowego chorych w szpitalach, wydano kwestyonaryusz w sprawie zdrojowisk (niezużytkowany w r. z.), rozdano „Rady dla matek“, wysłano 4 osoby do badań nad ogródkami, urządzono 12 odczytów. Z wyjątkiem kilku kwestyi obracano się w sferze teorii.

Na posiedzeniu Rady Tow. higien. na prezesa wybrano prof. J. K o s i ń s k i e g o, na wice-prezesa J. P o l a k a, na sekretarza P a l m i r s k i e g o, na skarbnika G r o t o w s k i e g o.

—r— Życzliwi naszej redakcyi zawiadamiają nas, że w sali posiedzeń Tow. higienicznego z wywieszanej listy pism, znajdujących się w czytelni, wykreślono *Kronikę lekarską*, nadto jeden z przyjaciół naszego pisma w rozmowie z członkiem Rady dowiedział się, że uczyniono to z powodu... artykułów, umieszczonych w Kronice o działalności Rady, inni członkowie Rady jednakże nic o tem nie wiedzą. Przypuszczamy, że figla tego dopuścił się ktoś bez upoważnienia Rady,

nie sędzimy bowiem, aby poważna instytucja chciała w ten sposób, nigdzie w cywilizowanych krajach niepraktykowany, załatwiać polemikę o zasady, tembardziej, że w Radzie zasiada redaktor pisma, który w myśl wolności słowa przeciw tego rodzaju postępowaniu zaprotestować by powinien. Oczekujemy wyjaśnień ze strony Rady Towarzystwa, nadmienając, że dotąd egzemplarz pisma naszego *Żdowie*, pismo wydawane przez Towarzystwo, otrzymuje.

(Z) W Krakowie uformował się komitet polski dla zjazdu lekarzy czeskich w Pradze, który ma się odbyć w m. b. Bliższych wszakże wiadomości o komitecie dotąd nam jeszcze nie nadeszło. O ile wiemy, z Warszawy na zjazd wybiera się kilku kolegów. Dotąd zgłoszono 225 odczytów. Zgłaszać się należy do prof. Wicherkiewicza.

(Z) Otrzymaliśmy 28 sprawozdanie Tow. opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1900. Towarzystwo liczy 8 członków fundatorów i 82 członków zwykłych. Dochodu Towarzystwo miało 52024,66 kor., wydatków 59024,66 kor.; leczono 5943 dzieci bądź w szpitalu, bądź w ambulatoryum, w Rabce leczono na koszt Towarzystwa 94 dzieci. Ogółem od 1876 roku leczono 113,523 dzieci. Towarzystwo rozwija się pomyślnie. Czyby dla rozszerzenia jedyne w Warszawie szpitalika dla dzieci oraz w celu rozciągnięcia opieki nad dziećmi choremi, nie warto było pomyśleć i u nas o podobnem Towarzystwie? Pod egidą Towarzystwa szpitalik nasz mógłby znacznie rozszerzyć swoją działalność.

— z — 23 z. m. sąd Okręgowy Warszawski sądził sprawę Maryana Przyborowskiego, oskarżonego o spędzenie płodu. Po całoniewnych rozprawach sąd wyniósł wyrok potępiający, skazując oskarżonego na 4 lata robót ciężkich z art. 1462 i 1463. Jest to już druga tego rodzaju sprawa w Warszawie w ciągu krótkiego okresu czasu...

— z — Towarzystwo balneologiczne Odeskie nadeszło nam odezwę, w której zaznacza, że corocznie liman Kujalnicki zapełniony jest osobami niezamożnymi, które nie mogą się leczyć dla braku środków, a często skutkiem wadliwego skierowania ich do limanu, który może im raczej szkodę, niż pożytek przynieść. Wobec tego zarząd Towarzystwa zwraca uwagę lekarzy, aby wysyłali tam chorych ze wskazaniami właściwymi oraz tylko takich, którzy mają środki dostateczne dla leczenia i utrzymania. Według obliczeń Towarzystwa, w tym celu potrzeba około 40 rb. na 6 tygodni.

— z — Począwszy od 15 lutego zaczął wychodzić katalog p. n. *Bibliographia medica* dla każdej gałęzi wiedzy oddzielnie. Numer zawiera 8—30 stronic. Wydawnictwo zawiera:

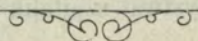
- 1) Anatomie, fizyologię i weterynaryę
- 2) Hygienę, medycynę publiczną i sądową
- 3) Terapię ogólną i propedeutykę
- 4) Patologię ogólną i szczegółową
- 5) Chirurgię ogólną i szczegółową
- 6) Ginekologię, akuszeryę i choroby dzieci.

Każdy rocznik kosztować będzie 10—30 fr., całość 50 fr.

Adres wydawnictwa. Paris Boulevard St. Germain. VI, 93.

(h) Wiele wrzenia wywołało w świecie lekarskim Berlina obłożenie podatkiem w wysokości 300 marek tytułów: „Geheimer Sanitätsrath“ i „Sanitätsrath“, udzielanych lekarzom wolnopraktykującym. Minister skarbu obiecuje sobie ztąd piękne źródło dochodu, ponieważ płacić będą musieli i tacy „udekorowani“, których tytułem odznaczą pomimo ich woli i chęci. Jak na te ciężkie czasy, podarunek zbyt uciążliwy. To też niejeden ze sławnych praktyków berlińskich, który ma wiele sposobów lepszego ulokowania swych 300 marek, z niepokojem wygląda, aby go nieuczczono tym, zbyt kosztownym podarkiem. Postępowanie swe minister opiera na prawie ogłoszonym w 1895 roku. Tymczasem, z debatów w parlamencie nad tą kwestyą okazało się, że pierwotnie rząd dał zapewnienie, iż wszystkie tytuły lekarskie pozostaną wolne od opłat!

—z— W Berlinie 16—19 z. m. pod prezydencją Senatora odbył się kongres dla medycyny wewnętrznej, który zajmował się głównie sprawami dyagnostyki, odrzucając balast krótkich spostrzeżeń. W działle referatów znajdują czytelniczy ważniejsze odczyty, wypowiedziane na kongresie medycyny wewnętrznej i współcześnie niemal odbytego kongresu chirurgów.




---

Zwracamy uwagę Szanownych Kolegów na załączoną przy numerze dzisiejszym odezwę i list zwrotny Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy.

---

## Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. X. X. Serdeczne dzięki, oczekujemy dalszych korespondencyj. Kasa Mianowskiego, o ile wiemy, dotąd podobnego wydawnictwa nie ma na widoku.

---



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

I. Dwa przypadki t. zw. całokształtu objawów Horner'a — Dr. Med. Bronisław Ziemiński—str. 375.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Choroby weneryczne.

164. O. Rosenthal — Swoiste cierpienia serca w przymocie i rzeżączce— str. 383.  
165. D-r. Arnaldo Lusignoli — Choroba Werlhoffa i leczenie jej za pomocą wstrzykiwań wewnętrznych dwuchlorku rtęci—str. 385. 166. Remlinger—Przyczynek do nauki o odruchach ścięgowych w tyfusie — str. 386. 167. Szumburg — „O dezynfekcyi moczu za pomocą urotropiny w tyfusowym bakteryo-moczu“—str. 387. 168. Harvey Cushing — O próbnej wczesnej laparotomii przy przedziurawieniu kiszek w przebiegu tyfusu brzuszego—str. 387. 169. Pick—O gorączce przepuszczającej pochodzenia wątrobowego — str. 388. 170. Friedmann — Studya doświadczalne nad dziedzicznością gruźlicy—str. 389. 171. Rostowcew—Przyczynek do terapii tężca—str. 390.

### II. Choroby nerwowe.

172. Ch. W. Burr i D. J. Mc. Carthy—Bezład opuszkowy asteniczny—str. 391. 173. Bickel A.—Badania doświadczalne nad wyrównaniem bezładu czuciowego—str. 395  
174. Tragstein—Cierpienia n. trójdzielnego jako objaw początkowy władu—str. 396  
175. H. Oppenheim—Przyczynek do rokowania w chorobach mózgowych u dzieci—str. 396.

### III. Ruch w towarzystwach lekarskich w Wiedniu—str. 398.

### IV. Listy z Paryża — 406.

### V. Wiadomości pomniejsze — 199—205 — str. 408.

Notatki bibliograficzne — str. 410.

Kronika bieżąca — str. 411.

Odpowiedzi Redakcyi — str. 414.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Апрелья 1901 года.

# Dr. Wł. Maleszewski

b. Asystent Kliniki Lekarskiej w Krakowie,  
ordynuje jak lat ubiegłych w Karlsbadzie.  
Alte Wiese Drei Staffeln.

---

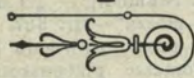
## S. A. KRZYŻANOWSKI

### Księgarnia i Skład Nut W KRAKOWIE



otrzymała na skład:

*Prof. Dr. A. Mars i Prof. Dr. H. Jordan*

„O zapobieganiu i leczeniu

 gorączki połogowej“.

Referaty wypowiedziane na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników  
w Krakowie w 1900 roku.

 **CENA 80 kop.** 

---

## Zarząd Zakładu Kąpielowo-Zdrojowego w Ciechocinku

niniejszem ogłasza o otwarciu Zakładu w dniu 8 (21) maja na prze-  
ciąg czasu czterech miesięcy.

Ciechocinek łączy się odnogą kolei żelaznej Warszawsko-Byd-  
goskiej z pograniczną stacją Aleksandrów. Komunikacya ze wszy-  
stkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Roczny zjazd  
kuracuszów dochodzi do 10,000 osób. Przy kancelaryi Zakładu jest  
biuro informacyjne, ułatwiające wynajmowanie mieszkań. Prywatny  
hotel, produkty na miejscu, teatr, park, 2 orkiestry, gazety, wodociąg  
i inne dogodności.

**Wody Ciechocińskie jodo-bromo-słone,** szczegól-  
nej są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych i reumatycznych.

# KEMMERN

## Wody siarczane i borowinowe

Miejscowość oddalona o 40 wiorst od Rygi, Droga Żelazną Rygsko-Tukumską. Sezon r. 1901 otwiera się z dniem 20 Maja i trwać będzie do 1 Września.—Kąpiele słono-siarczane, siarczano-igliwiowe, siarczano-alkaliczne, z kwasem węglanym, parowe, alkaliczne, alkaliczno-solne, alkaliczno-igliwiowe, błotne, błotne rozcieńczone.

Wody mineralne, kefir, mięsienie, frykcyje, kamera inhalacyjna, elektryzacja. Rocznie przyjeżdża do 3000 chorych z różnemi cierpieniami reumatycznymi, syfilitycznymi, skrofulicznymi, skórными i kobicemi. Miejscowość lesista, ogromny park nowo urządzone, wieczorem i rano muzyka. Biblioteka, czytelnia, zabawy dla dzieci Wille w cenie 40 do 150 rubli za 6 tygodni. Pensjonaty z całkowitem utrzymaniem od 8 rb. 20 kop. tygodniowo. Komunikacyje z morzem za pomocą dyliżansów. Z Rygi do Kemmern podczas sezonu chodzi do 40 pociągów na dobę, zatrzymujących się we wszystkich miejscowościach wybrzeża.

Osoby, pragnące mieć szczegółowe wiadomości, raczą się zwracać pod następującym adresem.

**KEMMERN**, powiat Rygski

Dyrektor Zakładu D-r Med. A. S otin

---

# Nałęczów

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

Stosowanie wszelkich racjonalnych metod przyrodoleczniczych.

**Dyrektor D-r A. Puławski,**  
b. ordynator szpit. D. Jezus w Warszawie

# INSTYTUT SZCZEPIENIA OSPY OCHRONNEJ

*D-ra K. Sierpińskiego*

WARSZAWA, Marszałkowska 99.

Posiada zawsze świeży materiał szczepienny i rozsyła takowy natychmiastowo po otrzymaniu zamówienia. Butka limfy na 2 szczepienia kop. 75, detryt we flakonach począwszy od 10 szczepień po kop. 5 za jedno szczepienie. Na przesyłkę dołączyć należy kop. 25. Aptekom i biorącym w większych ilościach, odstępuje się odpowiedni rabat.

**UWAGA.** Dla powiatów i wogóle dla szczepień massowych ekspedjuje się detryt we flakonach pipetowych po 25 i 50 szczepień zawierających.

Skład Główny w Aptece Magistra Farmacyi H. Kucharzewskiego.

Nr. 4. Miodowa Nr. 4.



## Fosfatyna Faliera.

Przyjemny pokarm najodpowiedniejszy dla dzieci, zwłaszcza w czasie odłączania od piersi i w okresie rośnięcia.

Sprzedaż u Ludwika Spiessa i Syna, Mrozowskiego i innych składach aptecznych.

## Pracownia analityczno-lekarska D-ra Stanisława Mutermilcha.

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwoci-ny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

**Marszałkowska № 127. (Zielna № 22).**

# PERTUSSIN

**Extract. Thymisaccharat. Taeschner.**

Nieszkodliwy, pewno działający środek.

Sprowadzać można w butelkach zawierających około 250 gr. za pośrednictwem każdej apteki.

Literatura: porów. dodatek therapeut. № 7 D. med. Wochenschr. № 27 (98); № 56 A. M. C. Z. (99); № 29 A. B. C. (99); № 17 Wiener-Med. Bl. (1900).

Wyrabia się w Kommandanten - Apotheke

**E. TAESCHNER.**

*BERLIN C. 19. Seydelstrasse 16. Skład główny na Królestwo Polskie i Zachodnią Rosyję.*

**Aptekarz H. BIERTÜMPFEL,**

Warszawa, Marszałkowska № 133.

A P T E K A

E. GESSNERA

*Poleca następujące środki:*

Dr a g é e s.

- |                                  |                                 |
|----------------------------------|---------------------------------|
| Acid. arsenicos 0,001.           | Guajacoli 0,05.                 |
| Aloes 0,10.                      | "    0,10 c. codeini 0,01       |
| Balsam. peruviani 0,05.          | "    0,05 c. acid. arse-        |
| "    "    0,05 acid              | nicos. 0,001.                   |
| arsen. 0,001.                    | Hydrastinini hydrochlorici      |
| Chinini ferro-citrici 0,05.      | 0,025.                          |
| "    muriati 0,05.               | Ichtyoli 0,05.                  |
| "    sulfurici 0,05              | Jodiformii 0,05.                |
| Camphor, bromat. 0,05.           | "    0,05 c. acid. arseni-      |
| extr. Cascar. sagrad. fluid 0,5  | cos 0,001.                      |
| "    hydrast. Candens fl. 0,5    | "    0,05 c. extr. bella-       |
| "    rhei comp. 0,05             | don 0,001.                      |
| "    "    simpl. 0,05.           | "    0,05 c. morph. mu-         |
| "    Valerianae spir. 0,10.      | riatic 0,004.                   |
| Ferri albuminati 0,05.           | Kreosoti Carbonici 0,05.        |
| "    carbonici-Blauidii minor    | "    Fagi 0,03.                 |
| "    aa 10,00—10 *).             | "    "    0,05.                 |
| "    carbonici-Blauidii major    | "    "    0,05 c. acid. arse-   |
| "    aa 15,00—100 *).            | nicos. 0,001.                   |
| "    carbonici-Blauidii c. acid. | "    "    0,10.                 |
| arsen. 0,001.                    | "    "    0,10 c. acid. ar-     |
| "    carbonici Valletti.         | senicos. 0,001.                 |
| "    dialisati peptonati 0,05.   | "    "    0,15.                 |
| "    lactici 0,05.               | "    "    c. balsam, tolu-      |
| "    oxydulati Kirchmani.        | tan. aa 0,05.                   |
| Guajacoli Carbonici 0,05.        | Pepsini 0,05 (c. acid. muriat.) |
| "    0,05 c. extr. bella-        | Picis 0,05.                     |
| don 0,001.                       | ulv. rad. rhei 0,10.            |

\*) Zielone w rozłamię.