

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Niezwykły przypadek przymiotu, występujący pod postacią przypominającą czerwony liszaj.

Podał

*Dr. med. Władysław Ropytowski.*

W początkach października roku ubiegłego zasięgała mej porady kobieta lat około trzydziestu, zamężna, matka trojga dzieci, z powodu owrzodzenia i nadżerek na zewnętrznych częściach płciowych. Główne owrzodzenie umiejscowione było w tylnej części wargi sromnej prawej, przy przejściu jej powierzchni przedniej w wewnętrzną. Owrzodzenie to podłużne, wielkości i formy małego migdała, miało dno stwardniałe, słabo ropiało; dno owrzodzenia było barwy różowo-czerwonej, zupełnie płaskie. Oprócz wyżej opisanego owrzodzenia, znajdowały się na wewnętrznej powierzchni warg dużych, oraz na małych wargach sromnych, znaczne ilości małych nadżerek. Gruczoły w pachwinach powiększone, twarde, bezbolesne. Żadnych innych objawów ani na skórze ani na błonach śluzowych u chorej nie można było odnaleźć. Rozpoznanie było postawione: *ulcus primitivum, excoriations e effluvio vaginale.*

Chora zaznaczyła, że mąż jej od pół roku ma na ciele wysypkę silnie swędząca, która była uważaną przez miejscowego lekarza (chora przyjezdna) za świerzbę.

Zaznaczywszy chorej, że owrzodzenie, prawdopodobnie, jest początkiem przymiotu, prosiłem, aby przysłała swego męża do zbadania i ułatwienia rozpoznania jej choroby.

W kilkanaście dni później przybył do mnie na poradę mąż tej chorej, mężczyzna dobrze zbudowany i odżywiany, lat około 36 mieć mogący, mówiąc, że od pół roku cierpi na osutkę na ciele, silnie swędzącą. Choroba leczona była nacieraniami skóry rozmaitemi maściami i traktowana parokrotnie jako świerzba, bez ulgi jednak widocznej,

przy czym wysypka coraz więcej rozszerzała się po skórze. Od dwóch miesięcy chory zupełnie zaprzestał się leczyć.

Na zapytanie, czy nie miał owrzodzenia przed kilkoma miesiącami na częściach płciowych, chory odrzekł, że nie przypomina tego sobie.

Przy obejrzeniu skóry na ciele zauważyłem zmiany następujące: na całym ciele wysypka pod postacią większych lub mniejszych wykwitów od ziarnka gorczycy do dłoni dorosłego człowieka. Wykwity większe są nieforemnej różnorodnej postaci, o brzegach nieregularnych. Na brzegach niektórych wykwitów zauważyć można oddzielne grudki, wskazujące, że większe wykwity na skórze powstały wskutek zlania się oddzielnych grudek, a być może, że i wskutek powiększania się wymiarów pierwotnych grudek. Skóra na miejscach wykwitów mocno zgrubiała, barwy ciemno-brunatnej, dość znacznie wystaje nad powierzchnię otaczającej zdrowej skóry, miejscami pokryta drobnymi białawymi łuszczkami, sucha. Największe wykwity zauważyć można z tyłu tułowia w okolicy lędźwiowej; mniejsze wykwity rozłożone są na piersiach, z boków tułowia, na brzuchu, również jak i na kończynach dolnych. Wykwitów dużych naliczyć można na tułowiu pięć, mniejsze, wielkości około rubla srebrnego, występują w znacznej ilości na skórze całego ciała z wyjątkiem kończyn górnych, gdzie wysypka tworzy najmniejsze wykwity. Na rękach wysypka zajmuje przeważnie strony zgięć, na nogach zaś występuje równomiernie zarówno na stronie wyprostnej jak i na stronie zgięć.

Rozpatrując oddzielne maleńkie wykwity, których znaczna ilość była na kończynach górnych i na skórze brzucha, zauważyłem, że wykwity te rozłożone są oddzielnie, często zdala jedno od drugiego, i mają postać płaskich (ściętych) stożków wielkości ziarnka gorczycy do małego okrągłego groszku, nieznacznie wystają po nad powierzchnię skóry, są barwy różowo-żółtej, a rozpatrywane pod światło błyszczą jak wygładzona powierzchnia wosku żółtego. Stożki te, jak wyżej nadmieniałem, miały skłonność do zlewania się ze sobą, wytwarzając wysepki znacznej niekiedy wielkości, i wtedy zmieniały barwę na brunatno-czerwoną i pokrywały się małymi białawymi łuszczkami.

Chory na całym ciele miał ślady mocnego drapania. Gruczoły chłonne wszędzie silnie obrzmiały—od wielkości grochu do wielkości orzecha laskowego. Największe ich pakiety występowały w pachwinach i na bokach szyi. Błony śluzowe bez zmian widocznych, skóra głowy zdrowa.

Chory skarżył się na ogólne swędzenie ciała, które mu nie da-

wało oddawna sypiać po nocach, na bóle głowy napastujące go często i na brak łaknienia.

Rozpoznanie choroby było dość utrudnione, obecność jednak pojedynczych wykwitów pod postacią błyszczących, różowo-żółtawych z woskowym blaskiem płaskich stożków, które w następstwie zlewały się ze sobą, pokrywały białymi łuszczkami i silnie swędziły, skłoniło mnie do postawienia rozpoznania liszaja czerwonego. Z rozpoznaniem tem nie było w zgodzie ogólne bezbolesne obrzmienie gruczołów; rozpoznanie przymiotu pozostawiłem w zawieszeniu aż do wystąpienia innych objawów, lub, co najmniej, do skonstatowania go u żony chorego.

Choremu na razie zaleciłem przyjmowanie pigułek azyatyckich (z arsenikiem po 0,005 grm. w pigułce) od 3-ch dziennie, zwiększając dawkę co trzy dni o jedną pigułkę aż do 6 pigułek i ciepłe kąpiele. Dla zmniejszenia swędzenia poleciłem obmywać swędzące miejsca 2% wodnym roztworem kwasu barbolowego z dodatkiem octu aromatycznego i następnie je pudrować.

Po dziesięciu dniach widziałem chorego razem ze żoną. U tej ostatniej owrzodzenie zupełnie się zagoiło, również jak i nadzěrki na zewnętrznych częściach płciowych (pudrowane były kalomelem).

Na ciele i na błonach śluzowych objawy przymiotu jeszcze nie wystąpiły, chociaż chora skarżyła się już na bóle głowy.

U męża zmian w osutce nie można było zauważyć. Znosił tylko pięć pigułek dziennie. Kąpieli nie brał, swędzenie nieznacznie się zmniejszyło.

Po dziesięciu dniach po raz trzeci widziałem chorych. U żony wystąpiła wysypka pod postacią grudek, rozsianych w znacznej ilości na tułowi i nieznacznej na kończynach; oprócz tego wystąpiło zapalenie okostny na lewej kości ciemieniowej na przestrzeni rubła srebrnego; silne bóle głowy, wypadanie włosów.

U męża wysypka pozostała bez zmiany.

Wobec bezwarunkowego przymiotu żony, choremu jej mężowi zacząłem robić zastrzykiwania żółtego tlenku rtęci w zawieszynie wodnej z gumą arabską po 0,04 na iniekcją, przerywając jednocześnie używanie arseniku.

Już po trzech zastrzyknięciach zauważyć można było wchłanianie się oddzielnych wykwitów. Chory przyjeżdżał na zastrzyknięcia nieregularnie, zamiast co dni pięć, jak miał polecane, przyjeżdżał, jak mu czas pozwolił. W ciągu dwóch miesięcy przyjął 10 zastrzyknięć. Wysypka zupełnie się wessała, pozostawiając na miejscach większych wykwitów brunatne plamy barwnikowe. Gruczoły znacznie się zmniejszyły, bóle głowy przeszły.

Przypadek ten jest o tyle pouczający, że, o ile mi wiadomo, wykwyty wczesnego przymiotu, przypominające zewnętrznie *lichen ruber*, t. j. występujące pod postacią małych płaskich stożków, zlewających się ze sobą w duże wykwyty silnie swędzące, pokryte białawymi łuszczkami, dotychczas nie były opisane.

Czy było w danym przypadku połączenie czerwonego liszaja z przymiotem? Sądzę, że nie. Przez trzy tygodnie chory używał arszeniku w dawce, względnie, jak przy *lichen ruber* nieznacznej, nie miało też stosowanie arszeniku widocznego wpływu na przebieg wysypki. Jak wiadomo, wpływ ten okazuje się dopiero po dwóch, trzech miesiącach stosowania arszeniku, nieraz zaś i później. Ciepłych kąpieli chory nie stosował.

Przeciwnie zaś po zaprzestaniu kuracji arszenikiem, gdy u żony chorego przymiot wystąpił wyraźnie t. j. po trzech tygodniach, przeprowadzenie u chorego kuracji swoistej wstrzykiwaniami preparatu rtęciowego w krótkim czasie usunęło objawy choroby.

Gdyby nie zarażenie żony, które nastąpiło dopiero po kilku miesiącach choroby męża, choroba jego przez dłuższy jeszcze czas nie mogła by być rozpoznana, wczesne bowiem wykwyty w przymiocie nie występują pod postacią płaskich stożków, nigdy się ze sobą nie zlewają, nie mają żółtawego blasku i zwykle nie swędzą.

Histologiczne badanie wykwitów nie mogło być przedsięwzięte, ponieważ chory nie pozwolił sobie wyciąć kawałka skóry ani z płaskim stożkiem, ani ze starszego wykwitów.

---

Z polikliniki D-ra med. E. Flatau'a w Warszawie.

## II. O PORAŻENIACH I ZANIKACH MIĘŚNIOWYCH w władzie rdzenia.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 2 kwietnia 1901 r.)

podał

*Maurycy Bornstein*

asystent polikliniki.

---

*Ciąg dalszy.*

### CZĘŚĆ KLINICZNA.

1. *Częstość porażień i zaników mięśniowych w władzie.* Objaw ten spotykamy w władzie nie tak rzadko, jakby się to zrazu zdawać

mogło. Duchenne<sup>1)</sup> notuje 8% podobnych przypadków, Déjérine 20%, w poliklinice d-ra Flataua na 37 tabetyków, którzy się w przeciągu roku tam leczyli, było 3-ch wyżej wspomnianych z interesującym nas objawem, a więc około 10%.

Zauważyć przytem winienem, że Déjérine np. uwzględnia w statystyce swej tylko przypadki z zanikami mięśniowymi, nam zaś chodzi o częstość porażień wogóle, ztąd stosunek procentowy staje się jeszcze większym.

2. *Umiejscowienie.* Zarówno mięśnie, których czynność zależna jest od nerwów czaszkowych, jak i te, w których rozgałęziają się nerwy rdzeniowe, mogą być miejscem porażień. Na pierwszym miejscu wymienić należy okolicę, unerwianą przez 3-ą parę nerwów czaszkowych czyli n. okoruchowy (*n. ocolomotorius*) [Déjérine (5) porażenie obustronne jednej gałązki tego nerwu, unoszącej powieki; Kalischer (37), Déjérine-Petréen (32), Westphal (21) i inni]. Dwa spostrzeżenia Oppenheim'a (17) dowodzą, że zdarzają się przypadki wiądu z porażeniem nie tylko czuciowych, ale i ruchowych gałązek nerwu trójdzielnego (*n. trigemini*). Dalej bardzo częste są porażenia nerwu odwodowego oka (*n. abducentis*), że wspomnę tu tylko dla przykładu przypadki Eisenlohra (6), Nonnego (24), Kalischera (37) i t. d. Oppenheim (17) podaje kilka własnych spostrzeżeń, w których w wiądzie rdzenia znajdował obustronne porażenie mięśni, rozszerzających szparę głosową przy fonacyi (mm. crico-arythaenoidei postici), Sędziak (32) również znalazł w 33% badanych przez niego przypadków wiądu porażenie tych mięśni obustronne i uważa je za najbardziej charakterystyczne dla tej choroby. W tych przypadkach znajdowano albo zmiany w samej gałązce nerwu błędnego (*n. vagi*), unerwiającej te mięśnie (*n. laryngeus. inferior s. recurrens vagi*), albo też zwyrodnieniu ulegały same jądra nerwu błędnego w mózgu przedłużonym. (Kahler, Demange, Landouzy-Déjérine<sup>1)</sup>. Martius (18) opisuje przypadek wiądu z porażeniem n. dodatkowego (*n. accessorii spinalis*), które wywołało typowe porażenie obu ramion. Wreszcie i dziedzina nerwu podjęzykowego (*n. hypoglossi*) może być również miejscem porażień w wiądzie Goldscheider (28) cytuje jeden przypadek, opisany przez Troussseau, z przemijającym porażeniem języka i drugi Pierret'a z również nietrwałem porażeniem m. *azygos uvulae*; pozatem istnieje w piśmiennictwie kilka przypadków wiądu z porażeniem języka i zanikiem

<sup>1)</sup> Cyt. u Déjérine'a (l. c.).

jego połowicznym [Raymond-Artaud (7), Koch-Marie <sup>1)</sup>, Westphal (21), Obersteiner (31)].

Częściej o wiele, niż poprzednie, łączą się z zanikami mięśniowymi porażenia, umiejscowione w kończynach.

W górnych kończynach objaw ten opisywano w okolicach wszystkich nerwów: środkowego (*n. mediani*), łokciowego (*n. ulnaris*) i promieniowego (*n. radialis*); zaniki mięśni w ogromnej większości przypadków znajdujemy na dłoniach w małych mięśniach, tworzących wypukłości palucha i małego palca (*thenaris et hypothenaris*), przypominając zanik postępowy mięśni typu Aran-Duchenne'a [Remak(19), Braun (23), Nonne(24), Hoffmann(25), Kalischer (37) i inni]. Zdarzają się jednak zaniki i w innych mięśniach. Jako przykład posłużyć może przypadek, jaki sam widziałem w poliklinice prof. Oppenheima w czerwcu r. z. i który pozwolę sobie zacytować według krótkiej notatki. Chory od 12—16 lat cierpi na bóle strzelające w nogach, bóle opasujące i zaburzenia w oddawaniu moczu; przed 18-u laty przechodził przymiot, pozatem skarży się na brak władzy i wychudnięcie prawej ręki, co rozwijało się stopniowo w przeciągu 2-eh lat. Przy badaniu stwierdzono cały szereg objawów wiądu (słaby odczyn na światło w lewej źrenicy, objaw Romberga, hypalgesia i spóźnione odczuwanie ukłuc w dolnych kończynach), a w prawej ręce zanik mięśni (*extensor dig. communis, interossei, opponens pollicis*) czemu odpowiadały zupełny brak funkcji i odczynu elektrycznego w tych mięśniach. Ciekawym jest ten przypadek i z tego jeszcze względu, że porażeniu uległy oddzielne gałązki wszystkich trzech nerwów głównych kończyny górnej.

Porażenia i zaniki mięśniowe w dolnych kończynach związane są najczęściej z dziedziną nerwu strzałkowego (*n. peronei*). Takich spostrzeżeń istnieje ilość dość pokaźna [Ficher (15), Bernhardt (16), Nonne (24), Goldscheider(28), Eaton (32), Erb <sup>1)</sup>, Wagner <sup>1)</sup>, Müller <sup>1)</sup>].

Znane są wreszcie przypadki, w których porażenia dotknęły górne i dolne kończyny [Pierret (2), Nonne (24), Déjérine (26)].

3. *Czas powstawania i przebieg kliniczny.* Zarówno w najwcześniejszym, jak i w bardzo późnym okresie wiądu rdzenia napotykać możemy porażenia i zaniki mięśniowe, choć te ostatnie zazwyczaj bywają w późniejszych okresach choroby. Powszechnie znany jest fakt, że porażenie nerwów ruchowych oka, którego skutkiem by-

<sup>1)</sup> Cyt. u Kalischera (37).

wa opuszczenie górnej powieki (ptosis) lub widzenie podwójne przedmiotów (*porażenie n. abducentis*), może być dość często bardzo wczesnym i jedynym objawem poczynającego się wiału rdzenia. Ale nie tylko nerwy czaszkowe ulegają w tym okresie porażeniom. Strümpell (14) opisał przypadek wiału z porażeniem nerwu promieniowego (*n. radialis*), które powstało nagle (nie podczas snu, jak to bywa często u alkoholików) w bardzo wczesnym okresie tej choroby; w przypadku Fischera (15) porażenie dotknęło oba nerwy strzałkowe *nn. peronei*, a w rok później rozwinął się dopiero zupełny obraz kliniczny wiału.

Cechą kliniczną, która charakteryzuje owe wczesne porażenia w wiałdzie w dziedzinie nerwów czaszkowych jest ich niestałość, zdolność do szybkiego przemijania. Daje się to czasami zastosować i do nerwów rdzeniowych: w przypadku Strümpell'a (14) np. już po 4-ch tygodniach, u Fischera (15) po 2-ch miesiącach nie było śladu porażenia; tutaj jednak nie można tego uważać za prawo ogólne, gdyż przeczyłyby temu przypadki Nonne'go (24), gdzie porażenia w górnych i dolnych kończynach rozpoczęły się bardzo wcześnie (w 3-m roku) i nie przemijały. W nerwach czaszkowych zdarzać się mogą nawroty porażen, które jednak również szybko przechodzą, nie pozostawiając żadnych śladów. Najczęściej porażenia we wczesnych okresach wiału zjawiają się nagle, jak w większości przypadków z *paralysis n. oculomotorii* lub jak w przypadku Strümpell'a (14) z porażeniem nerwu promieniowego; czasami jednak rozwijają się one powoli w przeciągu mniej lub więcej długiego czasu; zaznaczyć przytem należy, że w porażeniach, powstających nagle, zaników mięśniowych zwykle nie bywa (ptosis, przypadek Strümpella) i odczyn elektryczny w mięśniach pozostaje zupełnie normalnym, kiedy natomiast porażenia rozwijające się wolniej, mają jako następstwo zaniki mięśniowe z tą lub ową zmianą w odczynie elektrycznym (przypadek Fischera). Porażenia przemijające zdarzać się mogą, choć daleko rzadziej, i w ciągu choroby, czego dowodzą dwa podane przez Nonne'go (24) przypadki z prywatnej praktyki dr. Einsenlohra. W pierwszym chory od 4—5 lat cierpiał na bóle strzelające w nogach. Pewnej nocy nagle dostał porażenia nerwu promieniowego (*n. radialis*), w danym wyjątkowym razie z typowym odczynem zwyrodnienia; po 2-ch tygodniach zmiany jakościowe w odczynie elektrycznym już znikły, a wkrótce nastąpiła zupełna *restitutio ad integrum*. Drugi przypadek dotyczy chorego, który również od 5-u lat cierpiał na bóle strzelające, parestezye w palcach dolnych kończyn i bóle w krzyżu a przy badaniu skonstatowano chód chwiejny i inne objawy wiału.

W końcu tego samego roku (t. j. 5-go roku choroby), chory nagle dostał porażenia lewego nerwu strzałkowego (n. peronei), które już na początku następnego roku znikło zupełnie. W czerwcu tego roku chory po przewróceniu się uległ porażeniu tegoż nerwu z prawej strony, które również po 2-ch miesiącach ustąpiło (o odczynie elektrycznym w tym drugim przypadku wzmianki niema).

Daleko częściej w tym okresie wiađu (t. j. po kilku latach trwania choroby) bywają już porażenia trwałe, które nie przemijają, a przeciwnie postępują i prowadzą do mniej lub więcej znacznych zaników mięśniowych. W większości znanych z piśmiennictwa przypadków porażenia i zaniki umiejscowione są w dziedzinie jednego nerwu, najczęściej strzałkowego (n. peronei), są przeważnie symetryczne, choć mogą być niejednakowej z obu stron intensywności; występują nie nagle, a rozwijają się bardzo powoli (w przeciągu kilku lat) i dają w odczynie elektrycznym albo tylko zmiany ilościowe (jak w 17-u na 19 przypadkach Déjérine'a i w naszym 1-szym), albo odczyn zwyrodnienia częściowy lub zupełny.

Jeżeli zaniki mięśniowe są rozleglejsze, jak prawie we wszystkich przypadkach Déjérine'a (26), to według tego uczonego, również najczęściej rozpoczynają się one od kończyn dolnych, a mianowicie, od drobnych mięśni stóp, wywołując charakterystyczne zniekształcenie tych ostatnich.

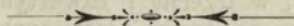
Jeżeli zaniki pierwotnie umiejscowione są w kończynach górnych (co bywa o wiele rzadziej), to i tu przeważnie w częściach obwodowych, w mięśniach dłoni, dając typowy obraz, opisany przez Aran-Duchenne'a w postępowym zaniku mięśni pochodzenia rdzeniowego. Do zupełnie wyjątkowych wypadków zaliczyć wypada te, w których zaniki rozpoczynają się od mięśni tułowia lub bardziej ośrodkowo położonych części kończyn górnych (2 przypadki na 19 u Déjérine'a i nasz 3-ci). Powracając do naszych trzech przypadków, zaznaczymy przede wszystkim jeszcze raz, że ostatni z nich ciekawy jest ze względu na niezwykle rzadkie umiejscowienie porażenia i zaniku mięśniowego w okolicy pasa barkowego (*mm. supra et infraspinati*). W 2-ach pierwszych porażenia i zaniki dotknęły bardzo charakterystyczną dziedzinę nerwów strzałkowych (*nn. peroneorum*), rozwijać się poczęły w późnych okresach wiađu (po 6-u, 19 latach), postępowały zwolna i doprowadziły w rezultacie do symetrycznych, nie jednakowej z obu stron intensywności, zaników w odpowiednich mięśniach goleni z ilościowymi zmianami w reakcyi elektrycznej (w 1-ym), lub z prawie zupełnym odczynem zwyrodnienia (w 2-im przypadku).

Reasumując w krótkich słowach to wszystko, cośmy powiedzieli



powyżej o charakterze klinicznym porażen w wiąździe rdzenia, sądzimy, że mimo zdarzających się wyjątków, możnaby podkreślić różnicę, jaka w ogromnej większości przypadków zachodzi pomiędzy porażeniami w bardzo wczesnych okresach tej choroby, a temi, które spostrzegamy w późniejszych lub bardzo późnych. Pierwsze zwykle powstają nagle, przemijają prędko i rzadko bardzo pociągają za sobą zaniki mięśniowe i zmiany w odczynie elektrycznym mięśni, występują zaś przeważnie w nerwach czaszkowych (rzadko w innych) i nigdy prawie nie bywają umiejscowione symetrycznie. Drugie natomiast rozwijają się powoli, prowadzą w rezultacie do mniej lub więcej, a nawet bardzo rozległych, jak u Déjérine'a (26), zaników mięśniowych z tą lub ową zmianą w odczynie elektrycznym, najczęściej bywają symetryczne, a mianowicie w kończynach (głównie dolnych), o wiele zaś rzadziej w dziedzinie nerwów czaszkowych, jak np. porażenia nerwu podjęzykowego (n. hypoglossi) z następczym połowicznym zanikiem języka.

D. n.



### III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

#### I. Choroby wewnętrzne.

235. Ullmann. O zakażeniach ogólnych po rzeżączce. (Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. 69, H. 3 i 4, 1901).

Rzeżączka częściej, aniżeli powszechnie przypuszczamy, bywa powodem miejscowych, odległych od pierwotnego ogniska powikłań ze strony rozmaitych narządów, lub też ogólnego zakażenia, zwłaszcza tej jego postaci, która nosi miano posocznico-ropnicy utajonej (*septicaemia cryptogenes*).

Najczęściej w przebiegu rzeżączki występują przerzuty w stawach, a ich specyficzność dziś nie ulega już wątpliwości, dzięki badaniom bakteryologicznym, które wykazały tu obecność swoistych drobnoustrojów. Na drugim miejscu co do częstości należy postawić choroby serca, a właściwie wsierdzia, albowiem sam mięsień i osierdzie rzadko tylko ulegają typowemu zakażeniu; sprawa zwykle umiejscawia się na zastawkach, zwłaszcza aortalnych, a może mieć przebieg łagodny, lub złośliwy czyli wrzodziejący (*endocarditis ulcerosa*); i tu specyficzność zapalenia niejednokrotnie stwierdzaną bywała przez badanie bakteryologiczne, jakkolwiek częściej miewamy w tych razach infekcyę mieszaną. Zapalenie ścięgien, błon surowiczych (szczególnie

opłucny) i wreszcie choroby oczu (zwłaszcza *conjunctivitis* i *iritis*) stanowią też względnie dość częste powikłanie rzeżączki. Mniej znane, bo rzadsze, są cierpienia układu nerwowego; posiadamy opisy nerwobólów (w obrębie n. kulszowego, n. biodrowego, spłotów ramieniowego, krzyżowego), zapalenia nerwów obwodowych, zwykłego i wielogniskowego, spraw zapalnych rdzenia, jakkolwiek w przypadkach ostatniej kategorii jeszcze ani razu nie odnaleziono swoistych bakteryj.

Wszystkie wspomniane następce cierpienia mogą być wywołane albo przez same gonokoki, albo przez toksyny, będące ich wytworem, lub mogą być wreszcie skutkiem wtórnej infekcji (zazwyczaj bakteriami ropotwórczymi), a miejscem jej wtargnięcia najczęściej była pierwotne ognisko tryprowe, ewentualnie ropień gruczołu krokowego, który się na tle rzeżączkowym rozwija.

Autor opisuje szeregółowo z kliniki prof. Grawitza pięć przypadków sekcyjnych takiego ogólnego zakażenia z punktem wyjścia w ropniu gruczołu krokowego; badanie bakteryologiczne i drobnowidzowe wykazało w 1-yim przypadku obecność gronkoców (w ropniu śródmięśniowym i gruczole krokowym), a drugim—obecność gronkoców i gonokoków (na wsierdzu, w ropniach zatorowych nerek i ropniu prostatycznym); w trzecim i czwartym — przez wzgląd na wielkie ich podobieństwo do dwóch pierwszych należy upatrywać identyczną etiologię (brak tu badania mikroskopowego); wreszcie w piątym—prawdopodobnie same gonokoki były powodem ogólnego zakażenia.

Autor podkreśla ważność badania gruczołu krokowego w przebiegu zagadkowych infekcyj (gdzie często rozpoznajemy błędnie tyfus), gdyż ropień jego może przebiegać zupełnie skrycie i dawać powód do ciężkich, śmiertelnych powikłań. A. Lande.

236. Zollikofer. O zachowaniu się leukocytów we krwi przy miejscowym drażnieniu skóry. (Arch. f. Klin. Med. Bd. 69. H. 3 i 4 1901).

Wobec znaczenia, jakie nauka dzisiejsza przypisuje leukocytom w sprawach patologicznych, upatrując w nich niejako broń ustroju, przeznaczoną do walki z rozmaitemi infekcjami, autor postanowił zbadać doświadczalnie, jaki wpływ w tym kierunku wywierają środki, drażniące działające na skórę, ewentualnie zabiegi, tak zwane odciągające.

Badania w klinice prof. Sahli'ego dotyczyły działania środków następujących:

1) 10% spirytusowej nalewki jodu, 2) synapizmów, 3) wezykatoryi i 4) zabiegu Baunscheidt'a (nakłucia skóry z następczem wcieraniem olejku krotonowego). Okazało się, że wezykatorya i zabieg Baunscheidt'a wywołują, jakkolwiek nie zawsze, ogólną leukocytozę, która nigdy nie występuje pod wpływem synapizmu i nalewki jodowej. Następnie, w okolicach zaaplikowania wspomnianych

środków często udawało się stwierdzić nawet zmniejszoną zawartość leukocytów we krwi i tylko pod wpływem jodu czasami wzmagala się ilość komórek eozynofilowych. Autor wyprowadza z badań swoich wnioski, że dla usunięcia miejscowej sprawy zakaźnej, bynajmniej nie jest potrzebną ogólna leukocytoza, że nacieczenie miejscowe, które należy rozpatrywać jako odczyn ustroju na wkraczającą doń szkodliwość, zupełnie wystarcza; ogólna leukocytoza jest tylko wyrazem zbyt energicznie występującego tego odczynu, spowodowanego tem, iż we krwi krążą chemotaktycznie działające substancje (toksyny), a może ona prawdopodobnie i niepomyślny wpływ wywrzeć na przebieg sprawy miejscowej, odciągając leukocyty do ogólnego krążenia. Wynik leczniczy miejscowego drażnienia skóry nie zależy od swoistego jakiegoś rozmieszczenia leukocytów, ale raczej od t. zw. flogoetyki, czyli kierowania na odpowiednie tory cyrkulacji w tkankach, uległych procesowi zapalnemu. Termin wspomniany wprowadzony został przez prof. Sahli'ę g o na miejsce wyrazu „antiphlogosis“, który stoi w sprzeczności z obecnym naszym pojmowaniem istoty zapalenia, jako odczynu pożądanego i pożytecznego, nie zasługującego więc na zwalczanie.

A. Lande.

237. Docent pryw. D. K u r a j e w. **O jodhemoglobinie.** (Bolnicznaja gazeta Botkina 1901).

Autor w swym artykule zaznajaamia czytelników ze świeżo otrzymanem przez niego połączeniem jodu z oksyhemoglobina.

Od czasu, kiedy B a u m a n wykazał obecność jodu w gruczole tarczowym u ludzi i wielu zwierząt w postaci złożonego połączenia organicznego—jodotyryny, zaczęto coraz więcej interesować się sztucznie otrzymywanem jodbiłkiem. O s w a l d wydzielił z tarczycy t. zw. tyreoglobulinę, naturalne połączenie jodu z biłkiem i wykazał, że wyłącznie temu połączeniu jodu zawdzięczamy swoiste do pewnego stopnia działanie samej tarczycy na przemianę materji u zwierząt, a także na wole i obrzęk śluzowy. Odkrycia te wywołały nadzieję, że uda się otrzymać sztuczne jodbiłko, równoznaczne pod względem fizyologicznym jodotyrynie i tyreoglobulinie. Nadzieje te jednak zawiodły. Badania R o o s a i B l u m a dowiodły, że sztuczne związki jodu z biłkiem pod względem chemicznym, jak również fizyologicznym znacznie różnią się od naturalnych i nie posiadają swoistego działania na przemianę materji u zwierząt, ani też leczniczego wpływu na wole i obrzęk śluzowy. Pomimo to sztuczne te związki, chociaż zawiodły pod względem praktycznym, naukowego znaczenia nie utraciły, gdyż tylko za pomocą ścisłych badań naukowych nad chemicznymi własnościami jodotyryny i tyreoglobuliny, jak również sztucznych związków jodu z biłkiem, można się spodziewać wykrycia tajemnicy swoistego działania tarczycy na organizm.

W obecnej chwili posiadamy połączenia jodu prawie ze wszystkimi postaciami ciał białkowych. Dla badań naukowych najważniej-

szemi są połączenia jodu z białkiem krystalicznym; dotychczas istniały połączenia z krystaliczną albuminą i serumalbuminą, w ostatnich zaś czasach docent pryw. D. Kurajew zdołał otrzymać połączenie jodu z oksyhemoglobina, t. zw. jodhemoglobinę. Dla doświadczeń Kurajew używał krystalicznej oksyhemoglobiny, otrzymanej z krwi końskiej, dla wydobywania używał dwóch sposobów, zależnie od czego otrzymywał dwa produkty, różniące się między sobą pod względem ilości zawartych w nich pierwiastków. Analiza wykazała następujący skład chemiczny tych związków: C—47,58—48,48%; H—6,04—7.09%; I—11,2—12,37%; N—14,48—14,81%; S—0,44—0,49%; Fe—0,31—0,37%.

Przy tworzeniu się związku jodu z oksyhemoglobina oddziela się jakieś trzecie ciało, zawierające azot, dotychczas jeszcze ściśle nie zbadane. Pod względem zawartości jodu jodhemoglobina zbliżona jest do jod produktu krystalicznej serumalbuminy, zawierającej 12% jodu.

*Leon Nehring.*

238. Grober. O zmiennej zawartości rodanu w ślinie i jej przyczynach u zdrowego i chorego człowieka. (Arch. f. Klin. Med. Bd. 69, H. 3 i 4, 1901).

Na klinice prof. Stinzinga autor u 100 najrozmaitszych chorych, przy możliwym zachowaniu warunków identycznych, wielokrotnie wykonywał odnośne badanie, posługując się zwykłą kolorymetryczną metodą oznaczania rodanku w ślinie. Wyniki tych badań są następujące: 1) rodanek potasu znajduje się tylko w ślinie człowieka, gdyż u zwierząt domowych nie udało się autorowi wykryć nawet śladów jego obecności; 2) nie powstaje on wskutek rozkładu śliny, jak przypuszczał Bernard, ale wytwarzanie się i jego wydzielanie stoi, prawdopodobnie, w związku z ogólną przemianą azotową, z rozkładem i odtwarzaniem się w ustroju substancji białkowych; przemawia za tem okoliczność, iż u ludzi, dotkniętych charłactwem z powodu wyniszczających, długotrwałych chorób (szczególnie gruźlicy i raka) ilość rodanku w ślinie jest bardzo mała, albo brak jest jego zupełnie (co miało miejsce w 60 przypadkach), natomiast u ludzi z dobrem odżywianiem, a zwłaszcza u rekonwalescentów ilość rodanku jest daleko znacniejszą (co skonstatowano u pozostałych 40 osób); 3) zawartość rodanku w ślinie zmniejsza się w miarę wydzielania się tej ostatniej; 4) zmiana w diecie u zdrowego człowieka żadnego wpływu nie wywiera na ilość wytwarzanego rodanku; toż samo powiedzieć trzeba o używaniu nikotyny przez osoby nie palące, za to dowóz minimalnych ilości kwasu cyjanowego (ag. amygdalarum amar., lub aqua laurocerasi) zdaje się potęgować wytwórczość rodanku.

*A. Lande.*

239. Dr. H. Ehret. *Bacillus filiformis* w zawartości żołądka, jako wczesny objaw rozpoznawczy raka tego narządu. (La Semaine Méd. № 10, 1901).

Autor, badając zawartość żołądka w raku tego narządu, znajdował w niej stale cienkie, bardzo długie, nitkowate, rozgałęziające się laseczniki, tworzące niekiedy całe sploty w większej części pola mikroskopowego, przedstawiają się one jakby bardzo cieniutkie druciki krzyżujące się w najrozmaitszych kierunkach. Niemieccy autorowie nadali nazwę temu lasecznikowi „Fadenbacill“, autor sądzi, że daleko lepiej było by go nazywać „bacillus filiformis“. Został on po raz pierwszy opisany przez B o a s'a, który znalazł go w treści żołądkowej w raku; spostrzeżenie to zostało potwierdzone przez O p p l e r'a; S c h l e s i n g e r i K a u f f m a n n wreszcie otrzymali czyste kultury i zbadali warunki ich rozwoju.

Najlepszym podłożem dla hodowli tego lasecznika jest agar-agar, zawierający 1% cukru. Kolonie występują już na drugi dzień i dosięgają wielkości główki szpilki. Są one koloru matowo-białego, prawie przezroczyste; przy patrzeniu przez lupę czynią wrażenie małego kosmaka wełny. Na żelatynie nie rozwijają się.

Dla celów klinicznych, zresztą, zbyteczne są hodowle: zwykle badanie mikroskopowe zawartości żołądka, w zupełności, zdaniem autora, wystarcza w tym względzie.

Temu właśnie lasecznikowi nadaje E h r e t duże znaczenie w rozpoznawaniu raka żołądka, zwłaszcza w początkach choroby, kiedy brak objawów ogólnych i guza nie pozwala na kategoryczne wypowiedzenie się za rakiem.

Twierdzenie powyższe opiera E. na stwierdzonym przez siebie fakcie, że nigdy lasecznika tego nie znajdował w zawartości żołądka zupełnie zdrowego, gdy tymczasem w przypadkach upośledzonego wydalania się treści, lasecznik ten spostrzegać się dawał w wielkiej ilości, a u chorych takich wcześniej lub później konstatowano raka żołądka. Tak u 29 chorych na klinice w Strasburgu, u których autor znalazł w dużej ilości omawiane laseczniki, 25 cierpiało, jak to zostało skonstatowane bądź przy operacyi, bądź przy obdukcyi—na raka żołądka, co zaś do pozostałych 4 chorych, to pewne rozpoznanie z przyczyn od autora niezależnych, nie mogło być dokonane. Wogóle, powiada autor, obecność tego lasecznika w dużej ilości w treści żołądkowej pozwala na rozpoznanie raka tego narządu już wtedy, gdy brak jeszcze innych objawów rozpoznawczych.

Jako ilustracyę, przytacza E. jedno ze swych spostrzeżeń klinicznych, w którym na zasadzie znalezionej w treści żołądkowej bacil. filiformis, postawił rozpoznanie raka żołądka, gdy żadnych wyraźnych objawów tego cierpienia nie było. Chora ta w rok później zmarła istotnie wskutek raka żołądka. W ciągu 3 ostatnich lat wiele podobnych przypadków spostrzegał autor na klinice prof. N a u l e n y n'a, w których rozpoznanie raka można było postawić jedynie na

zasadzie podobnego badania mikroskopowego: operacya lub sekcya zawsze potwierdzały słusność powyższego rozpoznania.

W. Cennère.

240. Doc. pryw. D. K u r a j e w. **O działaniu ścinającym papayotyny na rozczyzny peptonów.** (B. g. B. 1901).

Prof. D a n i l e w s k i pierwszy odkrył ścinający wpływ fermentu podpuszczkowego—chimozy—na rozczyzny peptonów. Tworzący się przytem osad zawiera ciało białkowe *sui generis*, które dr. Z a w j a ł o w nazwał „plasteiną“.

Ponieważ dane co do chemicznej natury plasteiny dotychczas są jeszcze bardzo ograniczone, K u r a j e w postanowił zająć się bliższem zbadaniem tej kwestyi. Zwrócił on uwagę na fakt, że w świecie roślinnym istnieje taki sam ferment, jaki spotykamy i u zwierząt. Wiele roślin np. zawiera w sobie ferment ścinający mleko. Taką własność posiadają między innemi: listki kwiatu karczochów, mleczny sok niedojrzałych owoców drzewa figowego, ananasu, carica papaya i inn. Robiąc doświadczenia z papayotyną—wyciągiem z mlecznego soku carica papaya, K u r a j e w przekonał się, że wodny rozczyzn tejże posiada własność tworzenia w rozczyznach peptonów takich samych osadów, jak i ferment podpuszczkowy. Osady te w obydwóch przypadkach nierozpuszczalne są w wodzie, rozpuszczają się w nadmiarze ługów i kwasów, strącają się przy zubożeniu środowiska; obadwa rozpuszczone w określonej ilości ługu, przy nagrzewaniu przeistaczają się w przezroczystawą galaretę; wogóle, co do zewnętrznego wyglądu niczem się między sobą nie różnią.

Za działaniem papayotyny na peptony, jako fermentu, przemawiają następujące fakty: 1) jeśli przegotować rozczyzn papayotyny, wtedy przestaje działać na peptony; 2) ilość papayotyny nie wpływa na ilość tworzącego się osadu, przedłuża się tylko czas jego tworzenia się.

Różnica między fermentem podpuszczkowym a papayotyną polega na tem, że podpuszczka działa w odczynie kwaśnym, papayotyna zaś przeciwnie w odczynie zasadowym środowiska. *Leon Nehring.*

241. S. R u d z k i. **Przypadek ropnego zapalenia przewodów żółciowych zakończony wyzdrowieniem.** (Bolnicznaja gazeta B o t k i n a 1901).

Jednym z najniebezpieczniejszych, chociaż rzadkich, powikłań przy kamieniach żółciowych i niektórych chorobach zakaźnych (tyfus brzuszny, zapalenie płuc włóknikowe, cholera i inn.) jest ropne zapalenie przewodów żółciowych.

Większość autorów (S c h ü p p e l, E w a l d, D o m i n i c i, L e w i n) uważa chorobę tę za bezwarunkowo śmiertelną; niektórzy je-

dnak, jak np. Eichorst, Kehr, Quincke, nie tak stanowczo wyrażają się co do śmiertelności tej choroby.

Przypadek ropnego zapalenia przewodów żółciowych, opisany przez S. Rudzkiego, skończył się wyzdrowieniem chorej i dla tego zasługuje na uwagę.

W kwestyi rokowania przy ropnem zapaleniu przewodów żółciowych należy mieć na uwadze 3 czynniki: 1) stan komórek wątrobowych, 2) siłę i żywotność zarazka, 3) powikłania.

Stan komórek wątrobowych określa się za pomocą ścisłego badania uryny (ilość mocznika, zawartość barwników żółciowych, cukromocz, własności trujące moczu).

Przy badaniu siły i żywotności zarazka ważną rzeczą jest określenie drobnoustroju, który wywołał chorobę (badanie bakteryologiczne soku wątrobnego i krwi). Najniebezpieczniejszym z drobnoustrojów, wywołujących ropne zapalenie przewodów żółciowych, jest *bact. coli commune*, które wywołuje nieraz bardzo niebezpieczne powikłania w postaci zapalenia opon mózgowych, wsierdzia, otrzewny i t. p. Mniej są niebezpieczne, często spotykane przy tej chorobie gronkowce, przytem biały gronkowiec jest mniej złośliwy, niż złocisty.

Co się tyczy trzeciego czynnika, mianowicie, powikłań, wspomnieliśmy o nich przy traktowaniu poprzedniego punktu; bywają więc zapalenia otrzewny, opon mózgowych, wsierdzia i t. p.

Pomyślny wynik ropnego zapalenia przewodów żółciowych w przypadku, opisanym przez S. Rudzkiego, można do pewnego stopnia wytłomaczyć: 1) zadawalniającą funkcją komórek wątrobowych; 2) stosunkowo słabą żywotnością zarazka; 3) nieobecnością powikłań i nareszcie 4) bardzo silną budową chorej.

Ciekawym jest jeden ze szczegółów w przebiegu i leczeniu choroby w powyższym przypadku: chorej w ciągu pierwszych pięciu tygodni pobytu w szpitalu podawano różne leki wewnętrzne: alkalia, terpentynę, kreozot, salol; wszystkie te środki jednak nie wywierały żadnego skutku; stan chorej coraz się pogarszał i zdawał się być już beznadziejnym. Wtedy zastosowano 3 próbne ukłucia wątroby, przyczem wydobyto za pomocą szprycy 15 ctm. szesć. płynu, składającego się z krwi, ropy i żółci; badanie mikroskopowe i zastosowanie posiewów wykazało w płynie tym obecność gronkowca białego (*staphylococcus pyog. albus*); innych drobnoustrojów nie znaleziono. Bezpośrednio po zastosowaniu przekłuć przebieg choroby zaczął skłaniać się ku lepszemu, tak że po upływie następnych 8 tygodni chora wystąpiła ze szpitala zupełnie zdrowa.

Jak wytłomaczyć wpływ przekłuć na pomyślny przebieg choroby, niewiadomo: wypuszczenie 15 ctm. szesćci płynu ropnego samo przez się nie mogło mieć znaczenia; być może, że spowodowało podniecie do stopniowego wessania; być może, że igłą szprycyki rozsunięte zostały zrosty w wielkich przewodach żółciowych i w ten sposób ułatwiono wyjście dla nagromadzonej ropy? Tak czy owak, faktem jest jednak to, że w danym przypadku zabieg operacyjny nawet w tak niewinnej postaci, jak próbne przekłucie, wywołał skutek pomyślny, gdy tymczasem stosowanie środków wewnętrznych w ciągu przeszło miesiąca

okazało się bezskutecznem. Właśnie ta bezskuteczność zabiegów terapeutycznych zmusza szukać ratunku w danej chorobie w dziedzinie chirurgii. Najbardziej racjonalnym wydaje się sposób prof. K e h r'a, polegający na otworzeniu ductus hepatici i drenowaniu go aż do zupełnego usunięcia ropy.

Ponieważ w miarę rozszerzania się ropnego zapalenia na coraz drobniejsze przewody żółciowe pogarsza się stan choroby i zmniejszają się szanse wyzdrowienia, z drugiej zaś strony mając na względzie, iż samowolne wyleczenie zdarza się tylko w wyjątkowych razach, należy jaknajwcześniej uciekać się do zabiegu chirurgicznego; im wcześniej będzie zastosowana operacya, tem pewniej można liczyć na pomyslny jej skutek.

*Leon Nehring.*

---

242. Prof. A. Ch a u f f a r d. **O zapobiegawczem leczeniu nawrotów kolki żółciowej.** (La Semaine Méd. № 1. 1901).

O ile kamica żółciowa rzadko stosunkowo spostrzegać się daje w praktyce szpitalnej, o tyle częstem jest ona zjawiskiem u osobników należących do warstw t. zw. wyższych. Dziwnem jednak conajmniej wydaje się mniemanie, iż większość tych chorych nie nadaje się zupełnie lub w niewielkim stopniu do leczenia wewnętrznego.

Jeżeli napad kolki ustąpił i wszystko, zdaje się, powróciło do normy, lekarz zbyt często uważa swą rolę za skończoną, przestaje interesować się chorym, polecając mu zaledwie nieco przepisów higienicznych i dyetetycznych. Czyż istotnie, pyta autor, od czasu, gdy zaufanie nasze w skuteczność środka D u r a n d'a zachwianem zostało, jesteśmy tak bezsilni, iż nie możemy zapobiedz powtarzaniu się napadów tak bolesnych, a niekiedy nawet tak niebezpiecznych? Autor jest innego zdania i twierdzi, że powinniśmy i możemy przynieść ulgę i leczyć powyższych chorych. Lecz co do wyleczenia Ch. zastrzega się, że nie może być mowy o wyleczeniu zupełnem, gdyż zabieg chirurgiczny w tych razach daje nam pewność jedynie co do aktualnego wyleczenia, nie gwarantując bynajmniej tej pewności na przyszłość, gdyż chirurg pozostaje bezsilnym wobec litogenetycznego cierpienia, często też widzimy napady kolki, powtarzające się u osób raz już operowanych.

Wskutek tego Ch a u f f a r d sądzi, iż można w tych wypadkach mówić o wyleczeniu względnem i formuluje kwestyę w ten sposób: przychodzi do nas chory po poradę z powodu napadów kolki żółciowej, występujących w mniejszych lub większych odstępach czasu; czy jesteśmy w stanie zapomocą leczenia wewnętrznego usunąć te napady, a przynajmniej w znacznym stopniu je zmniejszyć tak co do ilości, jak i natężenia? Tak—możemy. Wskazania lecznicze w tych razach są następujące: zmniejszyć pobudliwość zwrotną pęcherzyka, powstrzymać lub nie dopuścić do rozwinięcia się zapalenia tegoż pęcherzyka, przyspieszyć wydalanie żółci, wpływać na jej rozrzedzenie i obfitość, utrzymywać w stanie aseptycznym drogi żółciowe i, wreszcie, oddziaływać



na kamienie już sformowane w celu niedopuszczenia ich powiększenia się, a nawet w celu zmniejszenia ich objętości. Jakież mamy środki dla zadośćuczynienia powyższym wskazaniom? *Chauffard* gorąco poleca w tym względzie: *salicylan sodu*, *będźwinian sodu* i *oliwę Harlem'a*.

Na pierwszym miejscu *Chauffard* stawia salicylan sodu, który, jak wykazały liczne w tym kierunku przeprowadzone doświadczenia, jest znakomitym środkiem żółciopędnym, a zarazem działa odkażająco na drogi żółciowe i nśmierzająco na bóle. Dawki codzienne nie powinny przekraczać 1—2 gr.; (uprzednio należy się przekonać czy nerki są zdrowe).

Co do będzwinianu sodu, to środek ten zalecony został w tych przypadkach przez *Lépine'a* i *Dufour'a*, lecz zdaniem autora, posiada on własności słabsze od salicylanu sodu — *Chauffard* stosuje go również, podając obadwa środki razem w równych częściach po 1—2 gr. dziennie w 2—4 dawkach. Niekiedy dodaje jeszcze 1—2 gr. soli karlsbadzkiej. Leczenie powyższe autor stosuje przez 10—20 dni w każdym miesiącu, zależnie od liczby napadów i dłuższych lub krótszych przerw między nimi, przyczem trwa ono kilka miesięcy, a nawet niekiedy przeszło rok.

Oliwa *Harlem'a*, według *Chauffard'a*, stanowi dzielny środek pomocniczy przy tego rodzaju cierpieniach—podaje się w ciągu 8—10 dni po 1—2 perełki wieczorem. Prócz tego zaleca autor odpowiednią dyetę, higienę skóry, kąpiele alkaliczne, ruch i, jeżeli można, leczenie wodami mineralnemi.

Metodę swą stosował *Ch.* w bardzo licznych przypadkach, a rezultaty, jakie otrzymywał w tych razach, były tak zadawalniające, iż jest w zupełności przekonany co do skuteczności swego postępowania. Z licznych swych w tym względzie spostrzeżeń przytacza dwa, jako najbardziej jaskrawo ilustrujące skuteczność metody powyższej.

10/II 99 r. zgłosił się do autora i prof. *Quenu* chory lat 54, w celu ostatecznego zdecydowania, czy zabieg operacyjny jest dla niego jedynym ratunkiem, aby uwolnić się od męczących go napadów kolki żółciowej. Z wywiadów okazało się, iż chory ten w ciągu 3 lat przebył 74 napady typowej kolki żółciowej, które trwały od 6 godzin do 7 dni; występowała niekiedy żółtaczka, dreszcze i gorączka (39,8°). Chory znacznie schudł, stracił 40 f. na wadze. Przy badaniu znaleziono tylko dość żywą wrażliwość w okolicy pęcherzyka żółciowego, po zatem ani wątroba, ani pęcherzyk nie były powiększone, nie było również żółtaczki ani gorączki. Należało jednak przypuszczać, że mamy do czynienia z rozwinięciem do pewnego stopnia *periet cholecystitis*. Chory dwa razy przeprowadzał kurację w *Vichy*, po zatem leczył się dorywczo bez wszelkiej metody i przekonania. Po wzajemnem porozumieniu się z prof. *Quenu*, autor zalecił choremu dyetę mleczną (z początku bardzo małe dawki mleka) i lawatywy odżywcze; następnie stopniowo ilość mleka powiększać, po 15 dniach powrócić stopniowo do pożywienia mieszanego (mleczno-wegetaryjnego i słabo-mięsnego). Codziennie salicylan i będzwinian sodu aa 1.50

w 3 dawkach i 2 perełki oliwy Harlema na tydzień oraz kąpiele alkaliczne i suche wycierania.

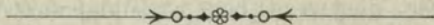
Kuracya ta przeprowadzoną została w ciągu całego roku w ten sposób, iż w każdym miesiącu z początku stosowaną była przez dni 20, a następnie przez dni 10. Rezultat kuracyi był niespodziewany: od dnia rozpoczęcia tejże, napady kolki nie powtórzyły się ani razu. Obecnie minęło 2 lata i chory w ciągu tego czasu 2 czy 3 razy, według słów jego, „zaledwie poczuł swą chorobę“. Na wadze przybyło mu 16 kilo.

Powyższe spostrzeżenie jest najbardziej przekonującym co do skuteczności tej metody w masie innych spostrzeżeń tego rodzaju, w których również wystąpiła znaczna poprawa i napady albo ustępowały zupełnie, lub też znacznie się zmniejszyły tak co do swej ilości, jak i natężenia. Chaffard przytacza jeszcze jedno spostrzeżenie ciekawe z powodu wieku chorego. Starzec 80-letni, który cierpiał uprzednio na kolkę żółciową, przed rokiem zapadł znów na nią, przyczem napady powtarzały się co 10—15 dni z wymiotami i żółtaczką. Był to osobnik w wysokim stopniu wycieńczony (nerki—pomimo tak późnego wieku miał zdrowe). Autor zalecił mu salicylan i będzwinian sodu i oliwę Harlema—chory zażywał powyższe środki w każdym miesiącu z początku przez 20, później 15, a w końcu przez 10 dni. Przy tem leczeniu od 2 lat starzec ten nie miał ani jednego typowego napadu (zaledwie 2 razy bardzo niewyraźne); na wadze przybyło mu 7 kilo.

Kończąc swój artykuł, Chaffard gorąco poleca tę metodę, kładąc jednak główny nacisk na to, aby powyższe leczenie przeprowadzone zostało systematycznie, w odpowiednim stopniu do ciężkości przypadku, dostatecznie długo, z przerwami, o jakich wyżej mowa była—w ciągu miesięcy, a nawet lat. Na zasadzie osobistego doświadczenia Chaffard twierdzi, iż zabieg operacyjny winien być przy kolce żółciowej stosowanym wtedy tylko, kiedy powyższa kuracya nie daje dodatniego wyniku, właściwie zaś mówiąc, chirurg nigdy nie powinien mieć do czynienia z tego rodzaju chorymi, jeżeli zaś ma, to winna w tem terapeutów, którzy nieodpowiednio leczyli chorego.

„Gdybyśmy, powiada autor, byli mocno przekonani o konieczności i skuteczności wewnętrznego leczenia, gdybyśmy wytłumaczyli choremu przy pierwszym napadzie kolki całe znaczenie tej kuracyi, to pewny jestem, iż zmienilibyśmy zdanie co do rokowania w tem tak częstem, bardzo przykrem, a niekiedy tak niebezpiecznem cierpieniu“.

W. Cennère.



## II. Choroby nerwowe.

243. Prof. A. Pick. **Nowe doniesienia w sprawie zaburzeń w umiejscawianiu przedmiotów w przestrzeni.** („Neue Mittheilungen über Störungen der Tiefenlocalisation“). (Neurolog. Centralbl. № 8, 1901).

Zaburzenie, o którym mowa w nagłówku, polega na tem, że chory, chcąc uchwycić trzymany przed nim przedmiot, po większej części czyni odpowiednie ruchy ręką poza nim i dopiero powoli, jakby szukając przedmiotu w przestrzeni, może go po pewnym czasie ująć. Objaw ten spotyka się zwykle jako zjawisko przemijające po atakach apoplektycznych u paralityków postępowych; zauważyć przytem należy, że występuje niezależnie od zaburzeń w ruchach gałki ocznej.

Autor przytacza spostrzegany przez siebie przypadek paraliżu postępowego. Na 8 lat przed wstąpieniem do kliniki chory zaraził się przymiotem, w rok później miał wysypkę na ciele, którą leczono wcieraniem maści; po zatem chory był alkoholikiem. Terazniejsza choroba rozpoczęła się w 2 lata po wystąpieniu wysypki napadem z utratą przytomności, nagłym zaniemówieniem i drgawkami w prawej części ciała. Od tego czasu zauważono postępowy zanik inteligencji, zmienny humor bez dostatecznej przyczyny, niemożność spełniania obowiązków. *Badanie* wykazało, co następuje: głupowato-wesoły nastrój, znaczne osłabienie umysłowe, ciężkie, charakterystyczne dla paraliżu postępowego, zaburzenie w mowie; źrenice nie reagujące na światło i nierówne (lewa szersza od prawej), wyraźne drżenie w mięśniach dziedziny dolnego nerwu twarzowego, silne drżenie języka i dłoni, pismo drżące, chód chwiejny; nadwrażliwość czuciowa (hyperaesthesia) całego ciała, odruchy kolanowe bardzo żywe; kloniczne drganie stopy (Fussolonus) występuje zlekka tylko z prawej strony. Słowem typowy obraz dementiae paralyticae. Pewnego wieczora w  $\frac{1}{2}$  roku po wstąpieniu do kliniki, chory dostał ataku apoplektycznego, naskutek czego wystąpiła znowu prawie zupełna utrata przytomności, podniesienie ciepłoty ciała i lewostronne porażenie z udziałem nerwu twarzowego, przykurczeniem lewego ramienia w stawie łokciowym i zaburzeniami uczucia; głowa i wzrok zwrócone w stronę prawą, afazy. Następnego dnia zrana chory przytomniejszy, przykurczenie lewego ramienia mniejsze, chociaż porażenie całej lewej połowy ciała trwa w dalszym ciągu. Ruchy gałek ocznych w górę, na dół i na prawo prawidłowe, w lewą stronę natomiast zaledwie przekraczają linię środkową (déviation conjuguée). Lewostronna hemianopsya. Tegoż wieczora pierwszy raz skonstatowano interesujący nas objaw. Jeżeli trzymać przed chorym zegarek z prawej strony pola widzenia, to, uważnie przypatrując się, sięga on za każdym razem najpierw w tył, poza zegarkiem, a dopiero później ręką drżącą w kierunku ku przodowi i trochę na zewnątrz, chwyta zegarek. Zaburzenie to zmniejsza się w miarę oddalania przedmiotu od oka.

Następnego dnia objaw ten występuje już mniej wyraźnie; w 3

dni później inteligencya pacyenta jest do tego stopnia osłabioną, że badanie objawu jest już zupełnie niemożliwem. Dopiero po kilku dniach ponowne badanie nie wykazuje już omawianego zaburzenia; objawy ataku apoplektycznego powoli znikają.

Sekcya wykazała zmiany typowe dla paraliżu postępowego.

Po większej części, jak i w danym przypadku, występuje ten objaw wraz z jednostronną hemianopsją; nie ma on jednak nic wspólnego z tą ostatnią, jak o tem mógł się naocznie przekonać autor u 2 paralityków, którzy po atakach apoplektycznych wykazywali hemianopsją, a zaburzenia omawianego nie dało się jednak u nich stwierdzić. Zaburzenie to stanowi więc, według autora, objaw zupełnie odrębny. Świadczenia Munka na małpach pozwalają przypuszczać, że ognisko w ciemieniowych płatach mózgu (a mianowicie gyrus angularis) bywa podłożem anatomicznem tego objawu chorobowego.

*M. Bornstein.*

244. Dr. P. N ä c k e. **Przyczynek do patogenezy i przebiegu klinicznego kurczów łydkowych.** („Zur Pathogenese u. Klinik der Wadenkrämpfe“ Neur. Centralbl. № 7, 1901).

Mało zbadany, a interesujący objaw patologiczny zdarza się u ludzi w przeważnej ilości przypadków w nocy albo po długotrwałych pochodach, po dłuższem pływaniu lub tańcach. Przemawiała by ta okoliczność za przypuszczeniem, że kurcze te zjawiają się na skutek zmęczenia. Ale z drugiej strony, takie fakty, że w koszarach występują one dość często wtedy, kiedy żołnierze wciągają buty albo, że czasami przy pływaniu zdarzają się zaraz na początku, przemawiały by raczej za tem, że chodzi tu o szybki, gwałtowny skurez mięśni lub nieprawidłowy ruch nogą. To zdarza się jednak rzadko, i najczęstszą przyczynę kurczów upatrywać należy w zmęczeniu. Wtedy oczywiście przypuszczać winniśmy, że pewne wytwarzające się na skutek zmęczenia substancje toksyczne drażnią nerwy albo może i same włókna mięśniowe, albo też jedno i drugie jednocześnie. Podrażnienia natury chemicznej grają tutaj w każdym razie rolę znaczną, a świadczy o tem ta okoliczność, że kurcze występują często w cholery, bieguncie, tyfusie, cukrzycy, otruciu łożowem i arsenikiem, przy przepelnionym żołądku, zaparciu stoła, ciąży; zjawiając się w histerii i epilepsyi, kurcze te mogą być objaśniane w ten sam sposób. Wspólną wszysktm tym cierpieniom szkodliwością jest w każdym razie anormalny skład chemiczny krwi (i w tych przypadkach nawet, gdzie chodzi o sprawy zastoinowe, jak np. w zaparciach, ciąży i t. d.). Niezrozumiałem jest jedynie, dlaczego mięśnie łydek posiadają w tym względzie predyspozycyę, dlaczego one mają podlegać bardziej zmęczeniu, niż mięśnie ud lub ramion, dlaczego właśnie te nerwy mięśniowe są bardziej wrażliwe, niż inne? Rola żyłaków w powstawaniu tych kurczów jest również jeszcze nie wyjaśniona; w każdym razie wywołują żyłaki większy zastój krwi w mięśniach i tem samym pewne

podrażnienie chemiczne. Anormalny skład krwi uważać jednak należy tylko jako tło, na którym powstaje interesujący nas objaw, kiedy przyłączają się powody przygodne, jak nadmierne zgięcie nogi (we śnie najczęściej), rozgięcie lub ruch jakiś niezręczny, choć przyznać trzeba, że w wielu przypadkach nie daje się odszukać zewnętrznej przyczyny.

Kurcz łydkowy występuje zwykle w jednym miejscu i nie przekazuje w inne, bardzo rzadko bywa obustronnym i nie powtarza się raz po razie, niekiedy bywa bardzo krótkotrwały, prawie kloniczny. Prawa łydka bywa częściej zajęta niż lewa, a przy obustronnych kurczach intensywność ich bywa prawdopodobnie w obu kończynach nie zawsze jednakową. Bolesność łydki na ucisk może po ustąpieniu kurczu trwać przez czas dłuższy (autor sam stwierdził ją u siebie jeszcze po 3 dniach).

Autor zwraca w dalszym ciągu uwagę na istnienie t. zw. kurczów poronnych (Abortivkrämpfe). Czuje się wtedy w łydce albo palcach rozpoczynający się skurcz, który można jednak w porę stłumić przez prędkie odwrócenie odeń uwagi i spokojne trzymanie kończyny. Wogóle uwaga gra ważną rolę przy wzmoczeniu lub zmniejszeniu skurczu. Zdaje się nawet, jakoby już zwykle skierowanie w tę stronę uwagi mogło ewentualnie wywołać kurcz. Wpływ płci, wieku, zajęcia, budowy ciała, pory roku i t. d. jest dotychczas zupełnie niezbadanym. Może temperament (a więc i rasa) ma także pewne znaczenie.

M. Bornstein.

245. **Chatin. Rozszczepienie (dysocjacja) uczucia cieplikowego u hemiplegików.** (Arch. génér. de Médecine. Janvier 1901).

Kwestya swoistości poszczególnych kategorii uczucia (bólowego, dotykowego, mięśniowego, cieplikowego) dotychczas nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

Sprawę tę autor badał szczegółowo u starych hemiplegików i przekonał się, że bardzo rzadko istnieje u nich bezwzględne znieczulenie; spotykał on tu zwykle mniej lub bardziej znaczne upośledzenie uczucia, dość charakterystyczne pod względem topografii: obejmowało ono zazwyczaj tylko kończyny, z przewagą górnych, przyczem zmniejszało się w kierunku od obwodu ku środkowi; tułów i twarz rzadko tylko bywały dotknięte; zmysł dotyku i bólu zawsze w jednakowym stopniu bywały porażone. Upośledzenie uczucia termicznego pod względem rozmieszczenia odpowiada powyżej wspomnianemu typowi, z tą jednak osobliwością, że odczuwanie gorąca (próbówka z wodą mającą 45°—50°, autor unikał silniejszego bodźca cieplikowego, któryby z łatwością mógł być już odczuwany jako ból) zawsze jest znacznie więcej porażone, niż odczuwanie zimna (woda o 10°—15°, dla tych samych względów autor nie posiłkował się wodą zimniejszą), nadto odczuwanie gorąca często się odbywa ze znacznym opóźnieniem, a wreszcie bodziec

gorący bywa czasem odczuwany jako wrażenie zimna, podczas gdy zmyłka odwrotna tylko wyjątkowo miewa miejsce.

Wspomniane objawy nie mają żadnego związku z zaburzeniami naczynio-ruchowymi na obwodzie, istnieje więc niezawodne rozszczepienie pojedynczych kategorii czucia (dysocjacja ich) pochodzenia mózgowego.

Jeżeli te dane zestawimy ze znanymi już dotąd spostrzeżeniami nad rozszczepieniem czucia w chorobach skórnych, cierpieniach nerwów obwodowych i rozmaitych zmianach patologicznych w rdzeniu, (zwłaszcza w przebiegu sirynngomyelii i wjadu rdzenia) dochodzimy do wniosku, że pogląd na rozmaite kategorie czucia, jako na swoiste poniekaż zmysły, posiadające nawet odosobnione tory do przeprowadzania swoistych wrażeń z obwodu do kory mózgowej—daje się skutecznie obronić. Na korzyść tego poglądu przemawiają też liczne badania fizyologiczne, dowodzące, że nie każdy punkt skóry przystosowany jest do wszelakich wrażeń, lecz odwrotnie, zróżniczkowany tak, iż zdolny jest do odbierania tylko pewnego gatunku wrażeń: bólu, dotyku, gorąca lub zimna.

A. Lande.

246. **Bischoff.** **Przypadek płasawicy starczej.** Arch. f. Klin Med. Bd. 69 H. 3, 4, (1901).

Autorka opisuje szczegółowo rzadki przypadek wystąpienia objawów typowych płasawicy u kobiety 73 letniej; takich przypadków od roku 1850, t. j. od pierwszego odnośnego spostrzeżenia (Graves), literatura zanotowała do chwili obecnej 70.

Bischoff miała do czynienia z chorą bez wszelkiego obciążenia dziedzicznego, bez przebytego uprzednio gościca lub cierpienia sercowego, która zapadła na płasawicę, całej lewej połowy ciała; mowa znacznemu uległa zaburzeniu, stan psychiczny był zupełnie normalny, notowano brak wszelkich porażeń; ruchy płasawicze, przypominające bardzo ruchy atetotyczne, nie podlegały woli i w czasie snu ustawały; po 5 letnim trwaniu choroby—zejście śmiertelne; badanie zwłok wykazało próchnienie kręgu między piersiową i lędźwiową częścią kręgosłupa, przekrwienie lędźwiowego odcinka rdzenia, zresztą układ nerwowy ośrodkowy bez zmian patologicznych.

Z dotychczasowych obserwacji można wyprowadzić następujące wnioski co do płasawicy starczej:

1) kobiety i mężczyźni jednakowo często zapadają na to cierpienie;

2) gościec i choroby serca stanowią stosunkowo rzadkie powikłania; te ostatnie obserwowano w 12,3% wszystkich znanych przypadków;

3) w 60% zdolności umysłowe są nienaruszone;

4) obustronna postać cierpienia przeważa, zresztą z jednakową częstością widzimy je po lewej i prawej stronie;

5) 20% kończy się wyzdrowieniem, które najpóźniej występuje po roku;

6) badania pośmiertne nie wykazują zmian jednolitych; często drobnowidz nie jest w stanie odnaleźć nic patologicznego, zarówno jak i badanie mikroskopowe. W nowszych czasach Pineles stawia w zależności płasawicę od zmian w mózdku i drogach łączących go z mózgiem (*pedunculi cerebelli ad cerebrum*). A. Lande.

247. Ardin - Delteil. **Padaczka skryta** (L'épilepsie larvée) (Progr. Médic. № 50—52—1900 r. i № 1 z 1901 r.).

Pod „padaczką skrytą“ rozumiemy takie przejawy tej choroby, które, nie przypominając niczem zwykłych napadów drgawkowych, występują pod postacią najrozmaitszych zaburzeń, symulujących jakby inne stany chorobowe. Ponieważ objawy te występują często u epileptyków wzamian napadów drgawkowych, ochrzczone je przeto nazwano „równoważników padaczkowych“; mogą one istnieć współrzędnie z wielkimi napadami (*epilepsia larvata combinata*) lub też same jedne (*epilepsia larvata pura*) i wówczas są jedynym przejawem padaczki.

Równoważniki padaczki bywają: 1) somatyczne, czyli fizyczne i 2) psychiczne.

Pierwsza grupa zawiera objawy ruchowe, czuciowe, naczynio-ruchowe, trzewiowe i zmysłowe.

Różnoważniki ruchowe ze swej strony podzielić się dadzą na niezborne (nieskoordynowane), zborne i porażenne.

Do najczęściej spotykanych niezbornych należą: drżenie, szczykanie zębami, kurcze przypominające zawodowe (np. pisarski) krzyki, płacze, śmiech, kaszel, czkawka, kichanie. Wszystkie one występują pod postacią napadu, z mniejszą lub większą utratą przytomności i z następczem zmęczeniem fizycznym i duchowym.

Do zbornych należą: klaskanie rękami, żucie, skakanie, powtarzanie lub napadowe wymawianie pewnego szeregu wyrazów napadowe kłanianie się z podniesieniem rąk ku górze (*tic de Salam*) i t. p., w końcu napady nieprzeparnej chęci ruchu w przestrzeni (*dromomania, poriomania, fuga epileptica*).

Postaci porażenne występują najczęściej jako *mono-hemi et paraplegia, aphasia, napady pseudoudarowe (apoplektoid)*, które trzeba uważnie różniczkować od syfilitycznych.

Objawy czuciowe rozpadają się: a) na czuciowe w ścisłym tego słowa znaczeniu (ból, uczucie zimna, mrowienia, gorąca, klucia i t. p.); b) naczynio-ruchowe (zaczerwienienie, zblednięcie, zawroty, szumy w uszach); c) kurczowe pod postacią specjalnych sensacyj z strony trzewiów wraz z zaburzeniami w czynnościach danych narządów, a mianowicie:

1) Przewód pokarmowy: żołądek (*crises gastriques, gastralgia*) kiszki (kolki) występujące napadowo.

2) Krwiobieg: napady bicia serca, *anginae pectoris*, często z bezwiednym oddawaniem moczu, czasem z amnezją.

3) Oddychanie: (*crises laryngiales*, napady astmy).

4) Moczopłciowe (*crises vesicales*, *pollutiones*).

5) Układ nerwowy (migreny, nerwobóle i t. p.).

Równoważniki zmysłowe bywają również najrozmaitsze:

a) Wzrokowe (nagle wrażenia kolorów, napady skotomatów, *hemianopsyi*, migreny oftalmicznej, *amblyopii*, omamów wzrokowych);

b) Słuchowe (proste czucie słuchowe jak chałas, szum lub omamy słuchowe;

c) Smakowe i węchowe pod postacią napadowego występowania wrażenia zapachów, smaków etc.

Wszystkie te równoważniki zdarzają się z utratą świadomości, pamięci, bezwiednym oddawaniem moczu zazwyczaj, lecz nie zawsze, z następczem jednak uczuciem zmęczenia fizycznego i duchowego zawsze.

Do drugiej grupy równoważników padaczkowych należy cały szereg zaburzeń psychicznych, dla których wyłącznie przez czas pewien zachowywano nazwę *epilepsia larvata*—obecnie zowiemy takie stany *epilepsia psychica*.

Zaburzenia psychiczne są zazwyczaj składową częścią pełnych napadów padaczkowych, lecz mogą występować oddzielnie od napadów drgawkowych, a także bywają nieraz jedynym przejawem padaczki, jak to bywa z fizycznymi (somatycznymi) równoważnikami tej choroby.

Psychiczne równoważniki padaczki dadzą się podzielić na 3 rodzaje:

Zaburzenia psychiczne z podrażnieniem, z pogwałceniem i zmianą, t. j. z występującem naprzemian pogwałceniem i podrażnieniem.

Postaci z podrażnieniami prowadzą często do przestępstw (podpalanie, zabójstwo, kradzież etc.), postaci zaś z przygnębieniem występują najczęściej jako napady osłupienia (*stupor epilepticus*), senności i snu (*narcolepsia*) i t. p.

Postać zmienna padaczki psychicznej przypomina bardzo tak zwaną „*mania circularis*“ w której napady odznaczają się stosunkową krótkotrwałością.

Padaczka skryta może pozostać taką nazawsze lub też przejść w zwykłą. Istota jej jest ta sama, co i padaczki zwykłej i różni się ona od zwykłej nie jakościowo, lecz tylko ilościowo. Najrozmaitsze pojedyncze postaci skrytej padaczki są tylko oddzielnymi ogniwami łańcucha, którego całość stanowi pełny napad padaczkowy.

Co do prognozy, autor w skrytej padaczce, szczególniejszej psychicznej, uważa ją za gorszą, niż w pełnych napadach, gdyż częściej prowadzi do stepienia umysłowego.

Przy rozpoznaniu radzi zwracać uwagę na wahania w tożsamości moczu, na skład moczu, wahania ciepłoty i wogóle zaburzenia w przemianie materji. Leczenie z uwagi na tożsamość istoty padaczki skrytej i jawnej winno być takie samo. W końcu autor rozpatruje padaczkę psychiczną z punktu widzenia prawnospołecznego,



rozbiiera kwestyę poczytalności, a zatem i odpowiedzialności sądowej, kładąc nacisk, że kryterjum w tych razach winien być stopień świadomości danego aktu, a nie brak lub zachowanie pamięci o nim. Zresztą nawet akt świadomy może nie być dowolnym. Radzi również zaopatrzyć chorych dotkniętych padaczką psychiczną w odpowiednie świadectwa i rozciągać nad nimi stale pewien nadzór.

K. Wisłocki.

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

248. **Wagner** wypowiada zdanie, że wszelkie objawy **alkoholizmu** pochodzą od specjalnego jadu, powstającego w ustroju pod wpływem wyskoku; toksyna ta ma wiele podobieństwa do toksyn pochodzenia drobnoustrojowego, np. do toksyny zapalenia płuc. Za pomocą tej teorii stara się wytłumaczyć zarówno delirium, jak tremor, jak wreszcie rozsiane zapalenie nerwów, gdyż sam przez się wyskok objawów tych wywołać nie może. (Wien. klin. Woch. 15). *J. Z.*

249. **L. Mayer** w instytucie **Solvay'a** robił doświadczenia nad **wplywem środków odciągających (revulsiva) na oddechanie**. Według jego badań z przyrządem podobnym do pneumografu **Marey'a** rewulsya obniża częstość oddechu i zmniejsza jego głębokość. Zależnie od miejsca stosowania środka odciągającego (jodyna, wezykatorya i t. p.) zależy działanie; stosowany na klatce piersiowej, daje objawy pomyslnie w najwyższym stopniu, na nogi—początkowo wywołuje polypnoę, przerywane głębszemi westchnieniami. Im środek działa dłużej, tem działanie jego jest silniejsze, do pewnego jednak tylko stopnia; dla każdego środka mamy maximum działania, które słabnie po przejściu tego okresu. Łagodne środki odciągające (jodyna) zwiększają ilość ciałek krwi, przy podrażnieniu silnem ciśnienie krwi początkowo podnosi się, później opada poniżej normy. Ciężota obniża się. Zmiany w ciśnieniu krwi mają znaczenie wielkie dla wchłaniania wysięków w opłucny. (Traveau de l'inst. Solvay 1900). *J. Z.*

250. **Debray** ogłasza nader rzadkie spostrzeżenie współczesnego **gościca, zapalenia płuc i opon mózgowych pochodzenia rzeżączkowego**. U 21 letniego mężczyzny na 6 dzień wystąpiło zapalenie prawego stawu ramieniowego, w 2 dni potem objawy zapalenia płuc, następnego dnia objawy meningitisdis. Śmierć 11 dnia od chwili pierwszych objawów. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. (Jour. méd. de Brux.). *J. Z.*

251. **Dr. Friedmann** opisuje niezmiernie rzadki **przypadek ostrego zatrucia ołowiem dziecka 8-miesięcznego**. Dziecku temu z powodu pryszczycy (Eczema) na twarzy, szyi i piersiach przepisano Emplastr. Lithargyri simpl. cum lanolino ana. Grubą warstwę tej maści przy-

mocowano do twarzy za pomocą maski. Niemowlę paluszkami dostawało się pod maskę i następnie kładło je do ust. Po 8 dniach stosowania wzmiankowanej maści zauważyła matka na dziąsłach dziecka szare plamy, stołeczek zaś przyjął barwę jasno zielonawą. Biegunki dziecko nie miało, natomiast straciło chęć do ssania piersi oraz przestało zyskiwać na wadze; w ogólnym stanie dziecka przytem nie uważano zaburzeń widocznych.

Po odstawieniu maści już na 3 dzień stołeczek zaczął przyjmować barwę żółtawą, która powoli przeszła w zwykłe zabarwienie. Apetyt prędko się poprawił, a dziecko zaczęło znów zyskiwać na wadze. Najdłużej trwało leczenie cierpienia dziąseł; polegało ono na troskliwym przestrzeganiu czystości jamy ustnej. (Der Kinder—Arzt. 1901, 4).

J. W.

252. Hoche spostrzegł przypadek **obrzęku śluzowego (Myxoedema)** w kilka miesięcy **po ciężkim zatruciu tlenkiem węgla (CO)**. Przy długoletnim stosowaniu tyreoidyny wszystkie objawy zniknęły, powracając za każdą próbą przerwania kuracji. Widocznie następstwa zatrucia tlenkiem węgla mogą powstawać zmiany w naczyniach ośrodków nerwowych. (Neurolog. Centralblatt № 10, 1901).

M. B.

253. Pleasants rozważa **rolę dziedziczności w etiologii moczówki cukrowej**, podając własne spostrzeżenie, gdzie na chorobę tę zapadało w ciągu 3-ch pokoleń 6 osobników jednej i tej samej rodziny. Zwykle w takich przypadkach nie bywa dziedziczenia w linii prostej, a choroba przekazuje jedno pokolenie albo też dziedziczy się w linii bocznej. Kiedy moczówka cukrowa przechodzi z pokolenia na pokolenie, to choroba występuje w coraz to wcześniejszym okresie życia. Jeżeli więcej, niż 2 osobniki jednego pokolenia ulegają moczówce cukrowej, to w bardzo wielu przypadkach zdarza się to u nich w jednym wieku.

Te przypadki moczówki dziedzicznej, które rozwijają się w pierwszych dwóch dziesiątkach życia, przebiegają po większej części bardzo ciężko, kiedy natomiast w późniejszych okresach życia przebieg jej jest łagodniejszy.

Nie ulega wątpliwości, że w bardzo wielu rodzinach z dziedziczną moczówką cukrową spotykamy jednocześnie dziedziczne usposobienie do chorób nerwowych i umysłowych. Otyłość bywa również zjawiskiem współzależnym. (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. December 1900).

M. B.

254. Waldemar Thom donosi o badaniach swoich, dokonanych w instytucie patologicznym w Kielu nad 62 normalnymi i patologicznymi **nasadkami mózgowymi**. Stwierdzając zdanie Schönmanna o różnicy pomiędzy komórkami cyanofilowymi i eozynofilowymi, dochodzi jednak do wniosku, że są one tworami normalnymi. Elementy eozynofilowe są o wiele liczniejsze od cyanofilowych.

Twory, uważane poprzednio za komórki główne, dzieli autor na komórki słabo cyanofilowe, słabo eozynofilowe i „niezabarwione“ (chromophobe Zellen). Silnie barwiące się komórki tworzą wydzie-

niłę w postaci drobnych zabarwionych ziaren (Granula). Granice komórek zacierają się, jądro posuwa się ku obwodowi, tu też występują owe ziarenka i mieszają się z niebarwiącą się wydzieliną tych samych elementów chromofilowych. Albo mieszanina ta dyfunduje poprzez otoczkę (membrana propria), jak lymfa peryfollikularna, albo też sprawa dochodzi do zwyrodnienia komórki obwodowej łącznie z ograniczonym zanikiem otoczki i w ten sposób otwiera się swobodne połączenie z przestrzenią limfatyczną międzyfollikularną, jak to było opisane dla gruczołu tarczowego przez Biondiego i Langerdorffa. W ten sposób odróżniać należy kolloid: 1) wewnątrzfollikularny, skoncentrowany; 2) międzyfollikularny, bardzo cienki i 3) kolloid w postaci cysty. (Arch. f. mikroskopische Anatomie u. Entwicklungsgeschichte. Bd. LVII. Heft 3).

M. B.

255. Na dorocznym zjeździe związku psychiatrów niemieckich w Berlinie mówił Moëli o stanie dzisiejszym **opieki domowej nad chorymi umysłowo** i doszedł do następujących wniosków. Opieka domowa (patronage familial) pod dozorem psychiatry może rozwinać się w różnych postaciach. Może być u pewnych chorych stale stosowaną, u innych przejściowo tylko między leczeniem w zakładzie i daniem zupełnej samodzielności choremu.

Opieka domowa może być w pewnym zakresie łączoną z leczeniem w zakładzie i pozostawać pod kierownictwem zakładu. Dla rozwoju tej instytucji niezbędnym jest wogóle kierownictwo psychiatry. Może ona przyczynić się do prostowania błędnych pojęć o chorobach umysłowych. O ile opieka rodzinna będzie się znajdowała w organicznym związku z zakładami psychiatrycznymi, inny dozór okaże się zbyt cennym. Dla szerszego rozwoju instytucji opieki domowej, pozbawionej łączności z zakładem, brak jeszcze tymczasem wielu ważnych warunków, między innymi prawnie unormowanego dozoru fachowo wykształconych lekarzy. (Deutsche medic. Woch. 19 1901).

M. B.

256. Bloch i Hirschfeld badali **układ nerwowy** dziecka, zmarłego na **białaczkę** i znaleźli prócz rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia świeże ogniska zapalne (myelitisches Herde) w szarej istocie szaryj części rdzenia a obok nich wyraźne nagromadzenie komórek okrągłych, które uważają za prawdziwe nacieczenie białaczkowe istoty rdzenia. (Neurol. Centralblatt № 10, 1901). M. B.

257. Goris ogłasza przypadek **choroby Basedowa** u 15 letniej dziewczyny, w którym przy badaniu powierzchownem nie można było wykryć powiększenia gruczołu tarczowego, dopiero badanie krtani wykazało objawy ucisku i zniekształcenie jej. Po usunięciu gruczołu chora powróciła do zdrowia. (Ann. de la soc. belge de chir. 1900).

J. Z.

258. Kędzior i Zanietowski ogłaszają przypadek **choroby Basedowa**, w którym na sekcji stwierdzono znaczny **zanik lewego ciała powrózkowego** (corpus restiforme), i uważają te zmiany za podstawę choroby w tym przypadku. Spostrzeżenie takie opisał przedtem Mendel, a doświadczeń w tym kierunku nad zwierzęta-

mi dokonywali Filehne, Dunlafi i Bienfait. (Neurolog. Centralbl. № 10, 1901). *M. B.*

259. E. Meyer omawia 51 przypadków **psychoz poporodowych** i podczas karmienia. Częstość ich w stosunku do innych postaci chorób umysłowych jest niewielka (4,5%). Potwierdza się fakt, że dla zaburzeń umysłowych poporodowych niema specyficznych obrazów klinicznych. (Deutsch. med. Woch. № 19, 1901). *M. B.*

260. Bratz i Hebold omawiają rolę **samozatrucia w powstawaniu epilepsji** na podstawie doświadczeń nad zwierzętami. Ogólne wnioski ich są następujące: Toksyczność soków w organizmie epileptyków podczas ataków nie ulega wątpliwości, nie jest ona jednakże według Bih., w przeciwieństwie do dotychczasowych twierdzeń, **sta-tem zjawiskiem** w napadach epileptycznych. Epilepsya nie może też z tego względu być uważaną za chorobę przemiany materii, a pozostać musi chorobą mózgową. (Deutsche mediz. Woch. № 19 1901). *M. B.*

261. Chiari zestawia **14 przypadków** dość rzadkiej wogóle postaci chorobowej, **ropnego zapalenia rdzenia** i zwraca uwagę na ciekawy moment etyologiczny, a mianowicie: na powstawanie ropni rdzenia na skutek przerzutów przy istniejącej bronchiectazji. We własnym przypadku znalazł na sekcji zmiany bronchiectatyczne w płucach, a w rdzeniu 3 ropnie na różnych jego wysokościach. Hodowle z ropy wykazały istnienie diplococci pneumoniae. (Neurolog. Centralblatt № 10, 1901). *M. B.*

262. Stanowski ogłasza przypadek **myelitis lumbalis incompleta** (parapareza kończyn dolnych, z lewej strony przeważnie objawy zależne od zajęcia pęczków bocznych, z prawej—pęczków tylnych, zaburzenia ze strony pęcherza i odbytnicy, parestezye, bóle). W przeciągu 4-ch miesięcy przy leczeniu prądem stałym wszystkie objawy znikły bez śladu. S. uważa taki przebieg za bezpośredni wynik metody leczenia (?). Neurolog. Centralbl. № 10). *M. B.*

## V. Kongres medycyny wewnętrznej w Berlinie.

od 16—19 kwietnia 1901. r.

№№ (263—300).

Gottlieb — Heidelberg. *Środki działające na serce i środki działające na nerwy naczynioruchowe.* Zadanie zarówno pierwszych jak i drugich polega na usunięciu złego krążenia krwi. Porażenie naczyń pochodzenia centralnego, ujemnie wpływając na nerwy naczynioruchowe, powoduje chorobliwe rozmieszczenie krwi, t. j. przepełnienie naczyń brucha i brak krwi w naczyniach obwodowych. W tym razie środki działające na serce pozostają bez skutku, serce bowiem jest zdolne do pracy, brak mu tylko materiału, t. j. krwi, zaś środki działające na nerwy naczynioruchowe jako to: strychnina, kofeina i kamfora wywie-

rają wpływ bardzo dodatni. Co do digitalis prelegent twierdzi, iż środek ten działa bezpośrednio na serce, zwiększając siłę skurczu mięśnia sercowego, zwężenie zaś naczyń i zwolnienie tętna uważa za działanie uboczne, dodatnie w sensie terapeutycznym; aczkolwiek kamfora, według autora, działa na nerwy naczynioruchowe, wywiera jednak również wpływ bezpośrednio na serce, zwiększając jego wrażliwość na bodźce zewnętrzne; kofeina również działa na serce bezpośrednio, lecz działania tego nie można porównać do działania naparstnicy, gdyż, przy ciśnieniu normalnem, nie zwiększa ona działalności zdrowego serca, tylko rozszerza granice odporności na wpływy szkodliwe, zewnętrzne. Wreszcie alkohol działa na serce pośrednio, ułatwiając odpływ krwi z żył przez rozszerzenie naczyń.

Ten sam temat podjął Sahli (Bern). Co do digitalis, prelegent twierdzi, iż wysokie ciśnienie przy zastojach nie jest przeciwwskazaniem dla tego środka, sam bowiem kilkakrotnie stwierdził upadek ciśnienia po użyciu digitalis; co do dawkowania tego środka, twierdzi autor, że duże dawki wywierają wpływ zarówno na skurcz, jak i na rozkurcz serca, zaś małe tylko na skurcz tegoż. Co do tego, jak długo można używać digitalis, prelegent zgadza się ze zdaniem Gröddla i Kussmaula, że wielu chorych lata życia swego zawdzięcza jedynie długotrwałemu używaniu digitalis. Co do kofeiny i kamfory prelegent potwierdza pogląd poprzednika.

Z powodu referatów Gotlieba i Sahli, wywiązała się dość ożywiona dyskusya, w której przyjęli udział: Ewald, Unverricht, Jacob z Kudowy, Hirsch z Lipska i inni. Wszyscy mniej więcej zgadzają się na to, iż naparstnicę można i należy przez dłuższy czas podawać chorym, zwracając uwagę na jakość preparatu, gdyż często brak działania przy użyciu digitalis zależy od tego, iż preparat jest wadliwy. Lepiej i szybciej działa czysta digitoksyna. Nadto Ewald zwraca uwagę iż *digitalis* lepiej działa, o ile przedtem uwolnić naczynia od ciśnienia, jakimu podlegają ze strony wysięków, a więc *proponuje nakłucia*, skaryfikacye, a przedewszystkiem gumowy aparat pomysłu profesora Dehio.

Smith (Marbach), zwraca uwagę na *rozszerzenie serca* i wlicza momenty sprzyjające temuż rozszerzeniu jako to: przejścia moralne, nadmierne użycie alkoholu, dalejeter, chloralhydrat, które zastosowane w takim przypadku, mogą przyspieszyć śmierć. Niektóre objawy, jak strach następnie wiele objawów, neurastenii i hypochondryi autor objaśnia rozszerzeniem serca.

Hofmann (Marbach) badając *działanie* rozmaitych *środków na serce*, przyszedł do następujących wniosków: 1) kamfora, digitalis, strofantus, kokaina, belladonna i strychnina — wywołują skurcz serca; 2) chloroform, chloralhydrat, dormiol, trional, sulfonal, brom i morfi-na — wywołują rozkurcz serca. Prelegent ostrzega przed używaniem eteru, który powoduje rozszerzenie serca, a nie działa nań pobudzająco. Schott (Nauheim) obserwując chorych, *leczonych metodą bal-neologiczno-gimnastyczną*, doszedł do wniosków, iż u tych, dla których, ze względu na jakość cierpienia sercowego, tego rodzaju kura-

eya była wskazana, ciśnienie krwi podnosiło się, zaś u innych (Anemia, Arteriosclerosis)—opadało.

Mendelsohn (Berlin) obserwował tętno przy różnej pracy, na jaką wystawiał serce. Otóż okazało się, iż po pracy, która wyrażała się liczbą 100—200 kilogramometrów, przyspieszone podczas pracy tętno natychmiast wracało do normy; po pracy 200—500 kilogramometr. na 2—3 minut tętno wolniało, poczem wracało do normy, wreszcie po jeszcze większej pracy, tętno przez jakiś czas pozostało przyspieszone, następnie albo natychmiast wracało do normy, lub też przez uprzednie zwolnienie. Otóż referent twierdzi, iż to, z jaką łątwością wraca do normy, stanowi o zdolności serca.

Bier (Grejswald) za pomocą *podwiązywania rurką gumową* wywołuje sztuczne przekrwienie bierne w celach kuracyjnych. Otóż referent konstatuje następujące działanie tego zabiegu: 1) zabija bakterye lub osłabia je—autor bardzo dodatnie rezultaty otrzymał przy leczeniu gruźlicy, rzeżączki, róży i innych chorób infekcyjnych, przyczem zaznacza, iż należy wywoływać t. z. gorący zastój, a nie chłodny, jaki ma miejsce, kiedy rurkę zbyt ciasno zawiązać; 2) pobudza tworzenie się tkanki łącznej i blizny; 3) pobudza wsiąkanie wysięków; 4) łagodzi bóle; także działanie przypisuje referent i przekrwieniu czynnemu, które to wywołuje za pomocą gorącego powietrza, za wartego w specjalnych pudełkach.

Müller (z Wirzburga), badając krew przy sztucznem przekrwieniu znalazł ilość czerwonych ciałek krwi zwiększoną do 6 milionów, odpowiednio też powiększoną ilość hemoglobiny, zaś surowicy mniej, gdyż wchłania się ona w przestrzenie chłonne; ilość tlenu zmniejszona, zaś kwasu węglowego zwiększona.

August Hoffman (z Düsseldorfu). Obok stałej arytmii, która jest uważana za rezultat cierpienia mięśnia sercowego, zdarza się *arytmia chwilowa*, którą autor stawia w zależności od dodatkowych skurczów serca.

Heinz—(Erlangen): referent dowiódł doświadczeniami swemi, iż środki *działające zewnętrznie na skórę*, jako to: alkohol, jodyna, spirytus i inne, wywołują odpowiedni efekt w ciepłocie tkanek, głębiej leżących, np. płucny. (Por. str. 583).

Gumprecht (z Wejmaru) robił doświadczenia nad działaniem *jodku potasu na nerwy naczynioruchowe* i doszedł do wniosku, że nie działa on w tym kierunku wcale.

Strassburger (z Bonn), jak wiadomo, proponował *opierać rozpoznanie niektórych spraw w kiszkaach na badaniu fermentacji kału*, (o czem pisaliśmy w swoim czasie w „Kronice“) twierdzi, iż szybka fermentacja kału jest wynikiem upośledzonego trawienia w kiszkaach, dla którego to procesu proponuje specjalną nazwę „Dyspepsya wskutek fermentacji.“ W dyskusyi, jaka się z tego powodu wywiązała, Ewald wypowiedział się przeciwko proponowanej próbie fermentacyjnej, twierdząc, iż mikroskopowe badanie kału, o ile wykryje resztki krochmalu lub tkanki mięśniowej, wystarcza dla rozpoznania. Podobnie wypowiedział się i Rosenheim (z Berlina), który nadto zaznaczył, iż mleko, jakie Schmidt proponuje dla próbnej diety, wy-

brane jest nieudatnie, gdyż rozmaicie na organizmy działa i samo wywołuje objawy fermentacji.

Volhard — (Giessen). Wbrew przyjętemu mniemaniu, że *tłuszcze w żołądku nie ulegają żadnej zmianie*, referent dowodzi, iż w błonie śluzowej znajduje się jakiś ferment, który powoduje rozszczepianie się tłuszczu. Autor robił wyciąg glicerynowy z błony śluzowej żołądka świnek i w ten sposób otrzymywał wspomniany ferment; zaznaczyć należy nadto, iż ferment, o którym mowa, znajduje się w okolicy dna żołądka, a nie odźwiernika. Autor otrzymany w ten sposób sok żołądkowy przepuszczał przed próbą przez filtr, wstrzymujący bakterie, aby w ten sposób wykluczyć podejrzenie ich wpływu

Reissner — (Nauheim); zadał sobie pytanie, dlaczego *w rakowatym żołądku niema wolnego kwasu solnego*. Otóż referent dowodzi, iż we wrzodzie rakowatym ilość stałych połączeń chlorku w żołądku jest znacznie zwiększona, następnie charakterystyczną dla tego cierpienia jest obecność zasad podczas trawienia i po niem. Wobec tego autor przychodzi do wniosku, iż wrzód rakowaty żołądka z jednej strony wywołuje neutralizację wydzielonego kwasu solnego, zaś z drugiej zmniejsza samo wydzielanie się tegoż.

Courmont — (Lyon a) *wielojądrowość we wściekliznie pod względem klinicznym i eksperymentalnym*: już w samym początku choroby autor konstatuje hyperleukocytozę, mianowicie do 95% leukocytów wielojądrowych. Jest to pod względem dyagnostycznym bardzo ważne zwłaszcza dla weterynarzy. Wielojądrowość taka trwa aż do śmierci. Autor robił swe doświadczenia na ludziach, psach, królikach i świn-kach morskich.

b) *Surowica jako środek dyagnostyczny w gruzlicy*; dobry wynik zależy od jadowitości użytej kultury laseczek Kocha, od siły kultury, przeto autor proponuje poddawanie kultury nieustannej kontroli.

J. Müller — (Würzburg): *o trawieniu krochmalu w ustach i w żołądku człowieka*. Wbrew przyjętemu mniemaniu, że główną rolę w przetrawianiu krochmalu odgrywa sok trzustkowy, zaś ślina bardzo niewiele na krochmal wpływa, a to dlatego, iż ferment jej—ptyalina traci swą siłę wskutek ujemnego wpływu kwasu solnego żołądka, autor doświadczeniami swemi dowiódł, iż 60%—80% krochmalu rozszczepia się pod wpływem śliny i to w bardzo krótkim czasie, gdyż w przeciągu 5—10 minut; tej ostatniej okoliczności należy przypisać to, iż nawet w nadmiernej kwaśności zawartości żołądka, kwas solny nie wpływa ujemnie na rozszczepianie się krochmalu. Moritz z Monachium, potwierdzając zdanie prelegenta, nadmienia, iż kwas solny wpływa ujemnie na ptyalinę, o tyle, o ile jest wolny.

Strauss — (Berlin) pokazał preparat t. z. *samoistnego ropienia przelyku*: w ścianie przelyku 29-letniego człowieka w środkowym i dolnym odcinku daje się zauważyć uchyłek woreczkowaty, nie powodujący jednak zwężenia; wymiary uchyłku: długość 30 ctm. zaś szerokość 15 ctm. Jednocześnie chory cierpiał na aepsia gastrica i ruchową niedomogę żołądka. Co do przyczyn tego cierpienia, autor wskazuje na obrażenia błony śluzowej przelyku, a także na zaburzenia w rozwoju w okresie życia płodowym.

Jaksch—(Praga) obserwował u młodej dziewczyny *cierpienie krwi, podobne do białaczki pochodzenia szpikowego*; na zdjęciach, dokonanych za pomocą promieni Röntgena, widać zmiany okostny; w czasie trwania choroby można było stwierdzić nieustanne zwiększanie się liczby jednojądrowych komórek neutrofilowych, zaś liczba wielojądrowych stale się zmniejszała; liczba komórek eozynoflowych powiększała się na krótko przed śmiercią. Oględziny pośmiertne wykazały zwiększenie śledziony i miejscami zanik szpiku kostnego.

Struppler (Monachium) przedstawił chorego z *przepukliną przeponową*: chory przed sześciu laty podległ jakimś urazowi, zaś w trzy miesiące potem wystąpiły pierwsze objawy niedomagania w pierśsiach po przyjęciu pokarmu. Pierwsze rozpoznanie było: „*pyopneumothorax*“. Obecnie rozpoznano przepuklinę: w lewej połowie klatki piersiowej znajduje się żołądek wraz z kiszka i siecią.

Podobny przypadek przedstawił Hirsch (z Lipska).

Franko (Menachium): przedstawił *nowy aparat do określania ciśnienia krwi wraz z kreśleniem krzywej tętna*.

Hanseman (Berlin) przedstawił *trzy przypadki syfilisu płuc*; oprócz innych objawów syfilitycznych znalazł on w płucach gumaty, których badanie na laseczniki Kocha dało rezultat ujemny.

Lewy-Born—(Berlin) demonstruje obmyślany przez siebie *aparat do robienia projekcji na skórę z organów wewnętrznych*, jako to: serce i przepona. Niezależnie od tego, czy pacjent leży lub stoi, aparat z jednakową łatwością robi zdjęcia.

Michaelis (Berlin): Pięćdziesięcioletnia chora na 10 miesięcy przed wstąpieniem do szpitala przeszła influencję. Badanie wykazało: znacznie powiększoną śledzionę, gruczoły normalne, trochę zwiększoną ilość białych ciałek krwi, dużą ilość limfocytów, pewną ilość czerwonych ciałek krwi posiadających jądra, które potem znikły.

Sekcyja wykazała: śledziona bardzo miękka, gruczoły nie powiększone, szpik kostny czerwony lecz niezbyt miękki, na kościach zmian żadnych; pod mikroskopem—ilość tucznych komórek w szpiku kostnym zwiększona, to samo w gruczołach limfatycznych, w śledzionie i wątrobie; w ostatnich 2-ech organach nadto niewielka drobnokomórkowa infiltracja. Autor przypuszcza iż chodziło tu o *cierpienie szpiku kostnego*, z kąd tuczne komórki dostały się do gruczołów.

Jaeger (z Królewca). Autor mówi o *nagminnem zapaleniu opon mózgodzeniowych*, które miało miejsce w 13-ym korpusie armii stojącym w Królewcu; prelegent twierdzi, iż obok badań bakteriologicznych, jakie się robi za pomocą punkcji w okolicy kręgów lędźwiowych, zwracać uwagę należy i na dane statystyczne. Z tablic, jakie autor zestawiał, widać, iż najwięcej choroba ta szerzy się w niewielkiej, bardzo zaludnionej części Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej, mianowicie w Stanach New-York, Massachusetts i innych.

Münzner (Praga) dochodzi do następujących wniosków: a) Zbiór objawów opisany przez Charcot'a pod nazwą „*fièvre intermittente hépatique*“ należy uważać za cierpienie samodzielne; b) dla pewnej grupy tych przypadków ma przyczynowe znaczenie *Bact. coli commu-*



ne; c) podczas samej gorączki można widzieć niewielkie zmniejszenie wydzielania się azotu, jednakże ilość przetrawionego białka bynajmniej się nie zmniejsza; d) autor kwestyonuje hipotezę Schrödera, która przypisuje wątrobie produkcję mocznika, i, opierając się na faktach klinicznych, dowodzących, iż przy cierpieniach wątroby ilość mocznika się nie zmniejsza, twierdzi, iż, prawdopodobnie, funkcję, tę pełnią wszystkie tkanki, wątroba zaś tylko dominuje pod tym względem.

Hirschberg (Frankfurt). *Leczenie przerostowej marskości wątroby za pomocą operacji.* Z przedstawionej historii choroby widać, iż autor, dokonawszy u 50-letniego chorego cięcia brzuszego, nakłół wątrobę na długość i szerokość palca i wypuścił w ten sposób żółć, która zastała się w przewodach żółciowych. Sztuczna przetoka, jaka się w ten sposób wytworzyła, między ścianą brzuszną z jednej, a przewodami żółciowymi z drugiej strony, została wytamponowana gazą. Na piąty dzień gazę usunięto. Z początku bardzo obficie, a potem coraz mniej żółci wydzielało się przez otwór brzuszny przetoki, wreszcie 30-go dnia rana się zagoiła. Po roku pacyentowi przybyło 25 funtów.

Naunyn, Rosenstein—Leyden kwestyonowali rozpoznanie autora. Na pytanie Ewalda co do jakości wypuszczonej żółci, autor odpowiedział, iż skonstatował tylko obecność bact. coli.

Leyden. *Ostre zapalenie rdzenia.* (Myelitis acuta). Po krótkim rysie historycznym zapatrywań na cierpienia powyższe, referent wlicza 4 postaci ostrego zapalenia rdzenia: 1) poprzeczne 2) rozlane 3) poliomyelitis 4) uciskowe (próchnienie kręgów). W kwestyi etyologii zwraca autor uwagę na infekcję; pewnem jest infekcyjne pochodzenie polyomyelitis—grają tu rolę zarazki, spotykane w zapaleniu opon mózgodzeniowych (Weichselbaum), jak również łańcuszkowce. Zapalenie rdzenia ostre występuje głównie po chorobach zakaźnych (tyfus, influenza), po zatruciach (wyskok, ołów, arsen, tlenek węgla). Symptomatologia zależy od umiejscowienia sprawy. Przebieg bywa różny, nieraz nader ostry jako myelitis acutissima, w innych razach dopiero po kilku dniach dochodzi do punktu kulminacyjnego. Postać poprzeczna zapalenia jak również rozlana są, zdaniem autora i innych badaczy, uleczalne, niekiedy przechodzą w stan chroniczny.

Redlich omawia głównie *anatomię patologiczną i patologię ogólną ostrego zapalenia rdzenia.* Zwraca uwagę, iż 4 postaci, wyszczególnione przez Leydena, nie są dość wyraźnie wyodrębnione, gdyż istnieją formy przejściowe od jednej do drugiej. Redlich podnosi trudność, jaką się napotyka na drodze anatomicznego wyodrębnienia ostrego zapalenia rdzenia od innych spraw w rdzeniu. Nie hołduje tu wyłącznie ani pogładowi M a y e r a, iż najcharakterystyczniejsze są tu zmiany zapalne naczyń, ani też usiłowaniom Bruns a wyodrębnienia tej sprawy z punktu widzenia etyologicznego (infekcja i intoksykacja). Wymaganiom kliniki i anatomii patologicznej odpowiada, zdaniem autora, coś pośredniego—najczęściej ma się do czynienia ze sprawą pośrednią pomiędzy ostrym zwyrodnieniem mięszsu i ostrym zapaleniem. Referent omawia etyologię ostrego zapalenia

rdzenia z punktu widzenia anatomii patologicznej—uwzględnia infekcyjne pochodzenie. Zdaniem autora najciekawsze są przypadki pochodzenia bezpośrednio bakteryjnego, w większości przypadków mamy jednak do czynienia nie z bezpośrednim działaniem bakterii, lecz wyrabianych przez nie toksyn. Infekcja nie jest jednak jedynym źródłem, pewne znaczenie przypada również zaziębieniu, intoksykacji, urazom.

Strümpell (Erlangen). Zdaniem referenta, jako zapalenie rdzenia uważać winniśmy tylko takie sprawy w rdzeniu, które są wywołane przez działanie chorobowe zewnętrzne, przy których jednocześnie z uszkodzeniem tkanki powstają, jako wyraz samoobrony w celu wyrównania powstałego uszkodzenia tkanki, pewne sprawy w układzie krwionośnym—przekrwienie, wysięk surowiczy, i komórki. Pewne trudności przedstawia, zdaniem referenta, stwierdzenie czynników zapalenia. W 2-ch przypadkach ostrego zapalenia rdzenia referent wykonał nakłucie lędźwiowe; w jednym przypadku była to sprawa zapalna w rdzeniu, jako następstwo panaritium—przy nakłuciu otrzymano mętną ciecz, w której stwierdzono obecność gronkowców w nader obfitej ilości. W drugim przypadku ciecz była przezroczysta jałowa, był to przypadek myelitis disseminatae, która wzięła początek od neuritis optica. W tym przypadku więc ostre zapalenie rdzenia było raczej pochodzenia toksycznego.

Schultze podnosi dość częsty udział opon w zapaleniach rdzenia zwłaszcza w poliomyelitis; w celach dyagnostycznych zaleca również nakłucie lędźwiowe. Kahlden sądzi, iż w zapaleniu rdzenia sprawa się rozpoczyna nie od naczyń, lecz od mięszsu, zmiany zaś w naczyniach są już następne.

Rothman zaleca stosowanie w doświadczeniach na zwierzętach metody Lami'go dla wyświetlenia patogenyzy ostr. zapal. rdzenia.

Goldscheider nie zgadza się z Kahldenem: w świeżych przypadkach poliomyelitis można dowieść, że cierpienie zaczyna się od naczyń i szerzy się wzdłuż nich. Ritter przytacza 6 przypadków ostr. zapal. rdzenia u dzieci (po szkarlatynie, błonicy i po lues hereditaria), 2 razy u ssawców. Przez wstrzyknięcie wysięku do kanału rdzeniowego zwierząt Ritter wywołał u nich obraz chorobowy podobny do myelitis.

Wiener (Praga). Referent dowiódł eksperymentalnie na kurach, iż w *organizmie ich wytwarza się syntetycznie kwas moczowy*. To samo, jakkolwiek w bardzo małym stopniu, ma miejsce i u człowieka. Należy przypuszczać, iż w przyjaznych warunkach (podagra) sprawa ta u człowieka przybiera dużo większe rozmiary.

Bial—(Kissingen). Uwagi dotyczące *chronicznej pentozuryi*. Jedni twierdzą, że istota cierpienia polega na zaburzeniach w przemianie materii, inni zaś czynią ją zależną od pożywienia. Autor dowiódł, iż chorzy na pentozurję doskonale znoszą cukier winny jak również lewulozę i galaktozę; natomiast wstrzyknięcie florydzyiny wywołuje cukromocz. Referent twierdzi, iż pentozurya jest cierpieniem swoistem. Co do pochodzenia pentozy, to ani białko, ani też węglowodany nie dają jej początku.

Ellinger i Seeling (z Królewca) robili doświadczenia z psem, cierpiącym na cukrzycę (po usunięciu trzustki); otóż okazało się, iż po wstrzyknięciu kantarydyny i wywołaniu w ten sposób *cierpienia nerek—cukru w moczu nie było* prawie wcale lub znacznie mniej, zaś we krwi ilość cukru okazała się zwiększoną.

Sommer (Giessen) demonstrował kilka przyrządów, służących do *mierzenia ruchów mięśni*, towarzyszących różnym sprawom psychicznym. Trzy kierunki, w których ruchy przebiegają, przedstawione są graficznie za pomocą krzywych. W tenże sposób można poddać kontroli wpływ mózgu na przebieg odruchów, a więc ułatwić rozróżnienie histeryi od organicznych cierpień nerwowych.

Rothman (Berlin). *Sztuczne uszkodzenie rdzenia przedłużonego*: u psa pęczki piramidalne w miejscu krzyżowania się zostały uszkodzone przez ułknięcie z przodu, a jednak powróciły zupełnie ruchy kończyn, jakoteż i wrażliwość ich na bodźce elektryczne ze strony mózgu. U małą było uszkodzone miejsce krzyżowania się pęczków piramidalnych; po kilku tygodniach nastąpiło wyzdrowienie.

Singer (Wiedeń) cytuje pięć spostrzeżeń *ostrego reumatyzmu stawowego*, które pod względem przyczyny choroby potwierdzają już wcześniej wypowiedziane zdanie, iż przyczyną tej choroby jest infekcja przez gronkowce lub paciorkowce. Referent bakteryologicznie wykazał obecność ich w organach, a mikroskopowo i w tkankach. Menzer, Glaser, Michaelis i inni wypowiedzieli się przeciwko twierdzeniu Singera.

Gluck (Berlin). Po licznych doświadczeniach na zwierzętach referent dokonał 14 *operacji na płucach* u ludzi, z tych siedm przypadków abscesu płuc. Wszystkie te przypadki miały dobry przebieg. Niektórych chorych referent demonstrował.

Schrötter (Wiedeń). Wspomniawszy o 2-ch przypadkach *ucisku nervi recurrentis* przez rozszerzony lewy przedsionek—(opisał je Ortner), autor referuje *przypadek wady serca skomplikowanej przez wrodzony defekt rozwojowy*. Otóż rozpoznanie różniczkowe wahało się między: zwężeniem ujścia tętnicy płucnej, pozostałością ductus Botalii, a brakiem septi. Co do bezwładu lewego recurrentis, jako przyczynę przyjęto ucisk ze strony rozszerzonego lewego przedsionka. Sekcja wykazała, iż nerw zwrotny był uszkodzony wskutek ucisku, jakiemu podlegał, znajdując się między rozszerzonym ductus Botalii i aortą.

Hampeln (Ryga) objaśnia zbytnią śmiertelność przy zapaleniu płuc u chorych, przeniesionych do szpitala, bardzo wadliwą *organizacją samych przenosin*.

Rosenfeld (Wrocław) walczy przeciwko teorii Virchowa o *degeneracji tłuszczowej*. Referent dowodzi, iż w pewnych warunkach (fosfor-florydżyna, arsen-chloroform) w komórkach wątroby można konstatować obfitość tłuszczu. Otóż referent dowodzi, iż fakt taki o tyle ma miejsce, o ile te komórki cierpią na brak glikogenu, przytem białko jest w dostatecznej ilości, albowiem komórki, w których białko jest mniej, nie podlegają takim zmianom. A więc brak

glikogenu i dostateczna ilość białka — oto warunki niezbędne dla powiększonej ilości tłuszczu, lecz nie zwyrodnienia tłuszczowego.

Moritz (Monachium) przedstawił pomysłany i przez siebie zrobiony *ortodiagraf*—przyrząd, który daje możność zrobienia zupełnie dobrej projekcyi serca na klatkę piersiową. Przyrząd ten może służyć dla kontroli granic serca, otrzymanych drogą wypukiwania.

*Staw.*

## VI. O D C I N E K.

### Historia powstania obecnego szpitala w Chełmie gub. lubelskiej i Sprawozdanie za lat 7 (od roku 1894 do 1901).

*Przez dr. Alfreda Micheliśa*  
w Chełmie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego lubelskiego).

W gubernii lubelskiej, liczącej 10 powiatów, w trzech powiatach, mianowicie: Lubartowskim, Biłgorajskim i Tomaszowskim niema dotąd szpitali; do niedawnego czasu i powiat Chełmski, mający powierzchnię 37,76 □ mil, oraz ludności 141,421, m. Chełm, liczące 13,982 mieszkańców, należał do rzędu upośledzonych i obywateli się bez szpitala.

Za dawnych jednak czasów w Chełmie był szpital, ślady tego znalazłem w archiwum akt dawnych przy obecnej Powiatowej Radzie Dobroczynności Publicznej. Pierwsza wzmianka o szpitalu w tych aktach przypada na rok 1553; przełożonym szpitala był ks. Bartłomiej, wikaryusz kościoła parafialnego w Chełmie, który 24 Sierpnia 1553 r. zapisał na rzecz szpitala: browar, ogród, pole i łąki, a król Zygmunt III w dniu 6 Czerwca 1616 roku na sejmie w Warszawie zapis ten zatwierdził. Zapis został oblatowany w sądzie grodzkim w Chełmie w dniu 10 Października 1780 roku. Do szpitala w owym czasie przyjmowano nie tylko chorych, lecz starców, kaleki i sieroty, t. j. szpital był nie tylko szpitalem, lecz i przytułkiem dla katolików i nosił miano: „szpital łaciński“. Jednocześnie ze szpitalem znajdował się przytułek dla wyznania greko-unickiego.

O lecznictwie w owym czasie nie znalazłem w aktach żadnej wzmianki. Następnie szpital i cały majątek jego przeszedł pod zarząd księży Pijarów do roku 1818, od tego czasu na zasadzie decyzji Namiestnika, d. 2 Grudnia 1817 roku wydanej, szpital przechodzi pod zarząd Rady Ogólnej Nadzorczej w Chełmie, w której skład wchodzi urzędnicy magistratu; w roku 1836 przestaje istnieć jako taki, przemianowano go na „przytułek dla starców i kalek“ i oddano pod zarząd Rady Szczególnej Opiekuńczej w Chełmie; obie instytucye, szpital łaciński i przytułek greko-unicki zlane w jedną całość. Pomiędzy skasowania szpitala magistrat i gminy przez cały szereg lat post-

łają do przytułku chorych na kurację na swój koszt; lekarz miejski udziela porady lekarskiej w przytułku, obowiązek ten związany jest z jego posadą. Od 1845 roku opiekę nad przytułkiem ma dozór kościelny pod kontrolą Rady Szczególnej Opiekuńczej instytutów dobroczynnych powiatu Krasnostawskiego (Chełm należał wtedy do powiatu Krasnostawskiego); w 1870 roku zarząd i opiekę nad przytułkiem obejmuje Chełmska Powiatowa Rada Dobroczynności Publicznej, co trwa i po dziś dzień.

Majątek tych instytucji tak się przedstawiał: szpital łaciński posiadał dom, w którym się mieścił, z zabudowaniami gospodarskimi i ogrodem, 77 morgów 224 prętów ziemi i kapitały; przytułek greko-unicki posiadał pierwotnie tylko ziemię w ilości 42 morgów 285 prętów. Po zlaniu tych dwóch instytucji w jedną całość zmierzono przestrzeń ich ziemi, pomiar wykazał 123 morgi 298 prętów, zahypotekowanych jako własność domu przytułku. Kapitały szpitala łacińskiego i kapitały przytułku greko-unickiego (uzbierane z różnych późniejszych legatów i sprzedaży gruntów) deponowano w warszawskim oddziale Banku Państwa pod dwiema osobnemi rubrykami.

#### L e g a t y :

1) Ksiądz Bartłomiej uczynił w 1553 roku wyżej wspomniany zapis.

2) Ksiądz biskup unicki Feliks Felicyan Szumborski zapisał w d. 18 Listopada 1842 roku 606 rb. 26 kop. dla szpitala katolickiego.

3) Ten sam ksiądz biskup zapisał w d. 20 Sierpnia 1849 r. dla przytułku greko-unickiego część swych ruchomości, po ich sprzedaży zebrała się suma 678 rb. 20 kop.

4) Józef Sulikowski w d. 20 Czerwca 1858 r. zapisał na rzecz szpitala 100 r.

5) Hieronim Adamowski w d. 6 Września 1861 r. zapisał 15 rb. dla przytułku wyznania rzymsko-katolickiego.

6) Ciemniwski w d. 20 Października 1864 r. zapisał 50 złotych (7 rb. 50 kop.) na rzecz szpitala.

7) Mieszkańcy m. Chełma na pamiątkę 25-cio letniego panowania Cesarza Aleksandra II zebrali sumę 3535 rb. na rzecz budowy szpitala.

8) Teodor Orsetti w 1880 r. ofiarował na szpital 3000 rb.

Wymieniłem tutaj tylko te legaty, które w aktach znalazłem, czy ich było więcej i z dawniejszych czasów nie wiem.

W 1892 roku wybuchła zarówno Chełmie jak i okolicy jego cholera; miasto było bez szpitala, a znaleźć miejsce na urządzenie prowizorycznego szpitala cholerycznego było bardzo trudno. Wtedy P. Gubernator W. F. Tchorzewski zaprojektował nabycie za miastem odpowiedniego placu, wybudowanie na nim baraku na 12 łóżek, który w przyszłości po wybudowaniu szpitala powiatowego służyć by dla chorych z chorobami zaraźliwymi; projekt swój powierzył do spełnienia członkowi Rady Opiekuńczej Powiatowej W. Boruckiemu, miejscowemu

właścicielowi apteki, który, bardzo skrętnie i energicznie wzięwszy się do dzieła, zbierał składki, nabywał materiał budowlany i obrął plac pod szpital przy szosie hrubieszowskiej za miastem w ilości 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> morga; Rada Opiekuńcza Powiatowa uznała plac za odpowiedni i nabyła go w części za gotówkę, w części na wymianę za ziemię, będącą własnością przytułku dla starców i kalek (który obecnie mieści się w nowo wybudowanym murowanym budynku na tym samym placu co i szpital).

W ciągu roku wybudowano w głębi placu i w południowej stronie jego, zachowując front placu dla mającego się budować w przyszłości szpitala powiatowego, parterowy drewniany budynek (budowa kosztowała 6000 rb.), cały plac okolono murem (kosztem 4000 rb.). Wewnętrzne urządzenie kosztowało około 550 rb.; łóżka żelazne i odzież dla chorych ofiarował p. Gubernator z pozostałości w magazynie, służącym do zaopatrywania szpitali cholerycznych. Urządzenie całej apteki z lekami i materiałami ofiarował bezpłatnie urządzający barak, członek Rady Opiekuńczej powiatowej, miejscowy właściciel apteki, W. Borucki.

15 (27) Grudnia 1893 roku w obecności p. Gubernatora, Inspektora urzędu lekarskiego, przedstawicieli władz, członków Rady Opiekuńczej i lekarzy miejscowych odbyło się solenne poświęcenie i oddanie szpitala do użytku publicznego pod nazwą „Barak szpitalny chełmskiej Dobroczynności Publicznej“. Etat na 12 łóżek; zdecydowano nie przyjmować do szpitala chorych na syphilis i umysłowo chorych. Opłata szpitalna: w oddziałach wewnętrznych 40 kop., w chirurgicznych 60 kop., a pensjonarze (osobny pokój) 1 rb. na dobę. Posady honorowe: kurator (komisarz do spraw włościańskich, lekarz S. A. Ł a z o w) i ordynatorzy szpitala (I. M. G e r e n r e j e h i autor niniejszej pracy). Posady płatne: intendent, felczer, kucharka, praczka, posługacz, posługaczka i stróż. Miejscowy aptekarz W. Borucki zobowiązał się dostarczać do apteki szpitalnej wszelkich leków i materiałów po cenie hurtowej.

Nie chcąc nużyć łaskawych słuchaczy drobiazgowym opisem planu szpitala, interesujących się tem proszę, by zechcieli przestudować załączony do niniejszego opisu plan szpitala, wykonany łaskawie przez budowniczego chełmskiego, inżyniera St. Diehla, a będą mieli pojęcie jak wygląda wewnątrz barak szpitalny chełmski; nadmienię tylko, że: budynek postawiony jest w kształcie odwróconej dużej litery (⌏); wybudowany z 6-cio calowych bali, wewnątrz tynkowany, zewnątrz oszalowany deskami i pomalowany farbą olejną; kanalizacyi i wodociągów niema; wentylacja pierwotna: latem otwierają się okna, zimą wentylatory okienne; ogrzewanie zwykłymi piecami kaflowymi, przystosowanymi do drzewa; miejsca ustępowe, urządzone zwykłym systemem kloacznym z dołem murowanym—cementowanym, znajdują się w samym budynku z wejściem od korytarza; w projekcyi szpitala, wykonanym przez b. budowniczego chełmskiego inżyniera Sokołowa, przyjęty został system korytarzowy, t. j. korytarz główny zgięty pod kątem stanowi komunikacyę pomiędzy wszystkimi salami.

Jakkolwiek szpital urządzono na 12 łóżek, najswobodniej i naj-

# PLAN SZPITALA MIEJSKIEGO W MIEŚCIE CHEŁMIE.



wygodniej można pomieścić w nim 32 chorych. Przeciętnie leży w szpitalu chorych dziennie 20, a kilka razy do roku zdarza się, że 30 lub nawet 36. Na oddziale wewnętrznym ordynuje kolega G., resztą chorych opiekuje się autor pracy niniejszej. W 1897 r. kolega G. zaprzestał uczęszczać do szpitala, od tego czasu ordynuję sam w szpitalu. Przy budowie szpitala nie pomyślano zupełnie o sali operacyjnej; gdy szpital otworzono, nie było w nim nawet najniezbędniejszych narzędzi lekarskich. Jeżeli wypadło wykonać jakąś operację, jako sali operacyjnej używano gabinetu lekarskiego, w którym na środku stawiano duży stół drewniany i operowano na nim; przy operacjach posiłkowałem się narzędziami z mego osobistego instrumentarium. Widząc, że materiał chirurgiczny stale się powiększa, przedstawiłem ówczesnemu kuratorowi szpitala konieczność urządzenia sali operacyjnej. Tutaj nadmienić muszę, że szpital chełmski nie dostaje żadnego subsydyum ze strony rządu, utrzymuje sam siebie z opłat szpitalnych, a te wnoszą albo sami chorzy, albo w razie ich niezamieszności gminy. Kurator projekt przyjął przychylnie, proponując stopniowe, powolne urządzenie sali, gdyż szpital niema kapitałów leżących, w razie większych wpływów będzie można jakąś część pieniędzy przeznaczyć na ten cel. W ten sposób w ciągu jednego roku zdołałem urządzić salę operacyjną; znajduje się ona vis à vis gabinetu lekarza, oddzielona od reszty szpitala. Meble do sali operacyjnej: stół drewniany z płytami ruchomymi, pokrytymi blachą cynkową, szafka szklana na instrumenty, pułki pod irygatory, stolik z płytą szklaną, wykonała firma stolarska Gładyszewskiego w Lublinie na wzór mebli, znajdujących się w sali operacyjnej szpitala starozakonnych w Lublinie. (Ściany sali operacyjnej pomalowane olejną farbą jasną, na podłodze linoleum, meble lakierowane na biało). Jednocześnie z potrzebą zakupu niezbędnych instrumentów dla szpitala powstała potrzeba zaopatrzenia szpitala w nową pościel i bieliznę dla chorych; ta ostatnia kwestya jako pałaca musiała być wpięrz załatwioną; Rada Chełmska Dobroczyńności Publicznej uzyskała od p. Gubernatora fundusz na zakup bielizny i pościeli; w następnym roku wystąpiłem z podaniem do Naczelnika gubernii o wyasygnowanie 150 rb. na zakup instrumentów—otrzymawszy je, wypisałem część instrumentów z Berlina, część z Paryża; dziś rok mija od czasu jak szpital ma swoje własne instrumentarium, prawda nie bardzo bogate, ale na miejscowe potrzeby w zupełności wystarczające.

Dzięki staraniom nowego kuratora szpitala A. N. Taskina, komisarza do spraw włościańskich, p. Gubernator przeznaczył 1,200 rb. na restaurację szpitala w tym roku odbyć się mającą; z sumy tej mam przyobiecane 35 rb. na zakup szafki z odczytnikami chemicznymi i barwnikami do badań mikroskopowych; gdy i to szpital posiędzie, będzie można wykonywać zarówno analizy chemiczne jak, i badania mikroskopowe. Bardzo dobry, nowy mikroskop Zeiss'a ofiarował szpitalowi właściciel Rejowca W-ny Budny. Nie mogę pominąć milczeniem jeszcze dwóch innych wspaniałych datków, jakie szpital otrzymał, a mianowicie: Jan hr. Poletyło z Kraśniczyna ofiarował dla szpitala fotel na kółkach gumowych dla przewożenia chorych z sal do



sali operacyjnej (fotel ten może być zamieniany na łóżko). Pierwszy kurator szpitala S. A. Ł a z o w, opuszczając zajmowane w Chełmie stanowisko, ofiarował dla szpitala 50 tomów dzieł lekarskich ze swojej biblioteki, kładąc w ten sposób fundament pod przyszłą bibliotekę szpitalną.

Skutkiem przedstawienia przez p. Gubernatora projektu szpitala powiatowego Ministerjum Spraw Wewnętrznych w zasadzie zgodziło się na budowę szpitala powiatowego w Chełmie z tym zastrzeżeniem, żeby miasto dostarczyło funduszu na budowę szpitala. Do dnia dzisiejszego kwestya budowy szpitala jest jeszcze w sferze projektów.

Tak przedstawia się historia szpitala chełmskiego. Może on być zaliczony do unikatów, bo, o ile wiem, niema drugiego szpitala, który, nie mając własnych kapitałów i subsydyum rządowego, mógł by istnieć o własnych siłach.

Z zestawienia za lata od 1894—1900 włącznie widać, że w 1894 roku było chorych:

Mężczyzn	140	wydr.	109	z	popraw.	17	bez	popr.	1	zmarło	13
Kobiet	68	"	36	"	18	"	2	"	12		
Chłopców	55	"	48	"	1	"	1	"	5		
Dziewcząt	30	"	23	"	1	"	1	"	5		
		293	216=73,72%		37=12,62%	5=1,7%	35=11,94%				

razem 293 chorych, z których wyzdrowiało 216, z poprawą 37, bez poprawy 5, zmarło 35.

Dni szpitalnych było 4530, na jednego chorego przypadają 15,5 dni.

W 1895 roku było chorych:

Mężczyzn	104	wydr.	50	z	popraw.	25	bez	popr.	15	zmarło	14
Kobiet	63	"	26	"	27	"	5	"	5		
Chłopców	32	"	24	"	3	"	1	"	4		
Dziewcząt	15	"	9	"	1	"	2	"	3		
		214	109=50,93%		56=26,16%	23=10,74%	26=12,14%				

razem 214 chorych, z których wyzdrowiało 109, z poprawą 56, bez poprawy 23, zmarło 26.

Dni szpitalnych było 5105, na jednego chorego przypadają 23,75 dni.

W 1896 roku było chorych:

Mężczyzn	122	wydr.	48	z	popraw.	38	bez	popr.	15	zmarło	21
Kobiet	82	"	36	"	27	"	7	"	12		
Chłopców	31	"	20	"	6	"	2	"	3		
Dziewcząt	14	"	9	"	3	"	1	"	1		
		249	113=45,38%		74=29,71%	25=10,04%	37=14,85%				

razem 249 chorych, z których wyzdrowiało 113, z poprawą 74, bez poprawy 25, zmarło 37.

Dni szpitalnych było 4139, na jednego chorego przypadają 16,5 dni.

W 1897 roku było chorych:

Mężczyzn	131	wyodr.	58	z popraw.	37	bez popr.	15	zmarło	21
Kobiet	58	"	32	"	15	"	7	"	4
Chłopców	23	"	13	"	4	"	2	"	4
Dziewcząt	13	"	9	"	—	"	1	"	3
	225		112=49,77%		56=24,88%		25=11,11%		32=14,22%

razem chorych 225, z których wyzdrowiało 112, z poprawą 56, bez poprawy 25, zmarło 32.

Dni szpitalnych było 4148, na jednego chorego przypadało 18,5 dni.

W 1898 roku był chorych:

Mężczyzn	113	wyodr.	64	z popraw.	25	bez popr.	8	zmarło	16
Kobiet	63	"	35	"	19	"	2	"	7
Chłopców	35	"	29	"	3	"	1	"	2
Dziewcząt	23	"	16	"	6	"	—	"	1
	234		144=48,71%		53=22,64%		11=4,7%		26=11,11%

razem 234 chorych, z których wyzdrowiało 144, z poprawą 53, bez poprawy 11, zmarło 26.

Dni szpitalnych było 4641, na jednego chorego przypadało 19,75 dni.

w 1899 roku było chorych:

Mężczyzn	119	wyodr.	72	z popraw.	20	bez popr.	7	zmarło	20
Kobiet	98	"	53	"	17	"	10	"	18
Chłopców	35	"	31	"	2	"	1	"	1
Dziewcząt	18	"	12	"	2	"	1	"	4
	270		168=62,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		41=15,18%		18=6,6%		43=15,92%

razem 270 chorych, z których wyzdrowiało 168, z poprawą 41, bez poprawy 18, zmarło 43.

Dni szpitalnych było 7392, na jednego chorego przypadało 27,5 dni.

w 1900 roku było chorych:

Mężczyzn	162	wyodr.	87	z popraw.	50	bez popr.	6	zmarło	19
Kobiet	104	"	64	"	21	"	11	"	8
Chłopców	41	"	18	"	18	"	1	"	4
Dziewcząt	24	"	15	"	6	"	1	"	2
	331		184=55,58 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		95=28,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		19=5,74 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>		33=9,96%

razem chorych 331, z których wyzdrowiało 184, z poprawą, 95, bez poprawy 19, zmarło 33.

Dni szpitalnych było 6005, na jednego chorego przypadało 18,1 dni.

Największa liczba dzienna chorych przypadała na jesień i zimę każdego roku; w 1894 roku przez Maj i Czerwiec z powodu epidemii szkarlatyny, w 1899 roku przez Wrzesień i Październik z powodu epidemii duru brzusznego szpital był przepełniony. Jak widać z wyżej przytoczonej statystyki, z każdym rokiem liczba chorych zwiększa się, a liczba ta byłaby większą, gdyby nie dwa czynniki, powstrzymujące chorych od wstąpienia do szpitala: *primo*: wysoka dzienna

opłata szpitalna, *secundo* starozakonni, (wśród których jest zawsze po-  
kazna liczba chorych chcących wstąpić do szpitala) w ostateczności  
tylko zapisują się do szpitala) z powodu braku kuchni rytualnej (sta-  
rozakonny chory oprócz mleka i herbaty nie nie przyjmuje od szpita-  
la, jedzenie „koszerne“ przynoszą mu z miasta).

W ciągu siedmiu lat obserwowałem w szpitalu chełmskim 53  
przypadki *blonicy gardzieli i krtani*, z liczby tej przypada:

na mężczyzn	3	przypadki	3	wyzdrowienia			
„ kobiety	1	„	1	„			
„ chłopców	23	„	17	„	8	śmierci	1 bez popr.
„ dziewczyny	23	„	15	„	7	„	1 „
	53	„	36	=67,54%	15	=78,3%	2=3,7%

Tracheotomia była wykonaną 6 razy, z tego 2 wyzdrowienia t.  
j. 33,3%, śmierci 4 t. j. 66,6%. Surowicę przeciwbłonicową stoso-  
wano w szpitalu w 27 przypadkach, z tego 22 wyzdrowienia t. j.  
81,4%, śmierci 5 t. j. 18,5%; w pozostałej liczbie przypadków suro-  
wica była wstrzykniętą pacjentowi przez lekarza przed wstąpieniem  
pacjenta do szpitala. Z chwilą wprowadzenia w użycie surowicy,  
stosowanie tracheotomii prawie upada; z sześciu tracheotomii szpital-  
nych 5 wykonałem wtedy, kiedyśmy jeszcze surowicy nie znali, a raz  
jeden po zastosowaniu surowicy. Pięć przypadków, w których pomimo  
zastrzykiwania dwukrotnego surowicy śmierć nastąpiła, należało do  
zaniedbanych, dzieci chore były in extremis, rodzice na operację, któ-  
ra zapewne nie byłaby uratowała życia, zgodzić się nie chcieli.  
W przypadkach leczonych surowicą absolutnie żadnych leków, z wy-  
jątkiem płukania gardła, chorym nie przepisywałem.

Prawie na samym początku swej egzystencji, bo w Maju 1894  
roku szpital otwiera gościnnie swe podwoje dla *epidemii płonicowej*.  
Było 46 przypadków:

18	przypadków	wśród	dzieci	od	1	roku	do	5	lat
18	„	„	„	od	5	lat	„	10	„
10	„	„	„	„	10	„	„	14	„
Chłopców	chorowało	29	z	tego	wyzdrowiało	26	zmarło	3	
Dziewczyn	„	17	„	„	„	15	„	2	
		46	„	„	„	41	=89%	5	=10,86%

Komplikacje: błonica 8 razy, w tym 6 razy 75% wyzdrowienie,  
a 2 razy 25% śmierć; nephritis 7 razy, w tym 6 razy 85,7% wyzdrowie-  
nie, 1 raz 14,28% śmierć; parotitis 1 raz. W błonicy szkarlatyno-  
wej nie stosowałem surowicy, leczyłem ją pędzlowaniem i płukaniem  
gardła. W zapaleniu nerek strontium lacticum, mleczna dyeta i cie-  
płe kąpiele doprowadzały dzieci do zdrowia. Uderzającym było to, że  
na 46 dzieci chorych na płonicę, czworo było dzieci chrześcian, a re-  
szta dzieci starozakonnych, u których z powodu brudu i niechlujstwa  
choroby zakaźne są najczęściej rozpowszechnione. Po wygaśnięciu epi-  
demii szpital był poddany gruntownej dezynfekcyi i pomalowany na-  
nowo.

Jesienną porą w Październiku 1897 roku miałem w szpitalu 9-ciu chorych *na ospę naturalną*:

3 mężczyzn	1 wyzdrowienie	2 śmierci
2 kobiety	1 „	1 „
2 chłopców	2 „	— „
2 dziewczyny	1 „	1 „
9	5=55,5%	4=44,4%

Z tych dziewięciu chorych na ospę siedem osób nie miało szczeniowej ospy, a dwóch mężczyzn przechodziło już przed laty ospę naturalną, o czym świadczyły bardzo gęsto usiane na twarzy dzioby (blizny); u tych dwóch mężczyzn (24 i 25 lat) ospa umiejscowiła się w dawnych dziobach, wywołując zgorzel skóry i śmierć pacjentów. Mając tych dziewięciu chorych na ospę, izolowanych w dwóch salach, obawiałem się, żeby reszta chorych nie zachorowała na ospę i dla tego nie tylko wszystkim chorym, ale i całemu personelowi służbowemu zaszczerpiłem ospę, która prawie u wszystkich przyjęła się—w ten sposób uniknąłem epidemii w szpitalu. Po wyzdrowieniu chorych na ospę, obie sale poddano dezynfekcyi formalinowej.

*Duru brzuszego* obserwowałem za cały czas sprawozdawczy 92 przypadki:

		w roku 1894	przypadków	9		
		„ 1895	„	9		
		„ 1896	„	8		
		„ 1897	„	21		
		„ 1898	„	8		
		„ 1899	„	22		
		„ 1900	„	15		
chorowało	Mężczyzn	39	wyzdrowiało	36	zmarło	3
„	Kobiet	21	„	18	„	3
„	Chłopców	16	„	16	„	3
„	Dziewcząt	16	„	13	„	—
	razem	92	„	83=90,21%	9=9,78%	

Podług wieku pacjentów przypadki tak się przedstawiały:

W 5-ym roku życia 2 przypadki, w 8—1, w 10—3, w 12—3, w 14—1, w 15—5, w 16—6, w 17—6, w 18—11, w 19—4, w 20—4, w 21—4, w 22—2, w 23—5, w 24—4, w 25—4, w 26—4, w 27—1, w 28—2, w 29—2, w 30—2, w 31—2, w 32—2, w 33—1, w 35—1, w 38—1, w 39—1, w 40—2, w 42—1, w 44—1, w 45—1, w 50—1, w 54—2.

Z zestawienia tego widać, że do roku 18-go było włącznie najmniej zachorowań na dur brzuszny, od 19-go do 26-go roku liczba zachorowań równa, zaś od 27-go do końca coraz mniej zachorowań. Dla czego w szpitalu chełmskim największa liczba zachorowań na dur brzuszny przypada na wiek młodzieńczy, objaśnia się tem: 1) w Chełmie jest sześć zakładów naukowych, przy każdym zakładzie jest internat i mały szpitalik, do którego chorych na epidemiczne choroby, np. tyfus, nie przyjmują, a do miejskiego szpitala odsyłają; 2) podług statystyki v. Ziemssen'a 86,08% zachorowań na dur brzuszny przypada na wiek młodzieńczy do 30-go roku życia. W roku 1899 samo seminaryum duchowne prawosławne z powodu

epidemii duru brzuszego dostarczyło szpitalowi 15 chorych. Największa liczba zachorowań na dur brzuszny przypadła na lata: 1897 z powodu epidemii w okolicy Chełma—21 przypadków, z tego:

Mężczyzn	9	wyzdrowiało	6	zmarło	3
Kobiet	5	"	4	"	1
Chłopców	2	"	—	"	2
Dziewcząt	5	"	5	"	—
razem	21	"	15=71,42%	6=28,57%	

(Dość wysoki procent śmiertelności objaśnia się tem, że były to przypadki zaniedbane, dostawione do szpitala na szczycie choroby; podług Griesingera 20% średnia, 18% mała, 22% duża śmiertelność w durze brzuszny); w r. 1899 z powodu epidemii w samym mieście, 22 przypadki, z tego:

Mężczyzn	5	wyzdrowiało	5		
Kobiet	4	"	3	zmarła	1
Chłopców	10	"	10		
Dziewcząt	3	"	3		
razem	22	"	21=95,45%	1=4,5%	

Przypadki szpitalne z powyższej epidemii odznaczały się łagodnością, przebieg choroby do 4 tygodni z podwyższoną temperaturą, temperatura w jednym przypadku dosięgała 40,5 C. (przypadek zakończony śmiercią, powikłany bronchopneumonią), w pozostałych przypadkach maximum temperatury było 39,0 C.

*Tyfusu plamistego*, obserwowałem 18 przypadków: z tego

Mężczyzn	9	wyzdrowiało	8	umarło	1
Kobiet	7	"	6	"	1
Chłopców	1	"	1	"	—
Dziewcząt	1	"	1	"	—
razem	18	"	16=88,8%	2=11,1%	

Leczenie polegało na dyecie mlecznej, stosowaniu ciepłych 28° R. kąpeli, jeżeli temperatura przechodziła po za 39,0° C. i środków podniecających, jeżeli stan serca tego wymagał.

*Suchoty płucne* (phtisis pulmonum) dostarczyły szpitalowi 70 przypadków, z tej liczby chorowało:

Mężczyzn	50=71,42%	z popraw.	19	bez popr.	7	zmarło	24
Kobiet	8=11,42%	"	2	"	2	"	4
Chłopców	9=12,85%	"	7	"	2	"	—
Dziewcząt	3=4,28%	"	1	"	1	"	1
razem	70		29=41,42%	12=17,14%	29=41,42%		

Podług wieku chorzy dzielą się jak następuje:

w 14 roku życia 1 przypadek chłopiec; w 17—4 przypadki 2 chłopców, 2 dziewczyny—jedna zmarła; w 18—2 przypadki 2 chłopców; w 19—2 przypadki, 2 chłopców; w 20—3 przypadki, 1 mężczyzna 2 kobiety; w 21—5 przypadków, 5 mężczyzn, 2 zmarło; w 22—5 przypadków, 2 mężczyzn, 2 umarło, 3 kobiety, 2 umarło; w 23 1 przypadek, 1 mężczyzna umarł; w 24—4 przypadki, 3 mężczyzn 1 umarł, 1 kobieta; w 25—1 przypadek, 1 kobieta; w 26—3 przypadki, 2 męż-



W dziale chirurgicznym ograniczam się do wymienienia operacji, dokonanych w szpitalu, gdyż ważniejsze, godne uwagi przypadki chirurgiczne publikuję osobno. Wykonałem następujące operacje:

Amputatio 15 razy (amputatio antibrachii 3 razy, amputatio femoris 4 razy, amputatio humeri 2 razy, amputatio tibiae et fibulae 2 razy, amputatio Choparti 1 raz, amputatio digitorum 3 razy); exarticulatio 8 razy (exarticulatio humeri 1 raz, exarticulatio digitorum 7 razy), excisio tumorum 6 razy, enucleatio tumorum 5 razy, excochleatio 4 razy, thoracocentesis 1 raz, resectio costarum 4 razy, tracheotomia 6 razy, herniotomia 13 razy (w tem dwa razy operację doszczętną metodą Bassini'ego), taksis przy przepuklinie 1 raz, tenotomia 3 razy, punctio abdominis 1 raz.

Gojenie ran odbywało się tak: w 15 amputacjach 7 razy gojenie było per primam intentionem; w 8 exarticulacjach 3 razy gojenie było per primam intentionem (exarticulatio humeri i dwa razy exarticulatio digitorum); w 13 herniotomiach 6 razy gojenie było per primam intentionem.

Ogłędzin pośmiertnych wykonałem 14 (do robienia sekcji znajduje się przy szpitalu osobny budynek, trupiarnią zwany, gdzie również lokują zmarłych aż do pogrzebania). Ponieważ szpital nie posiada dotąd narzędzi do robienia sekcji, za każdym razem, gdy zdarza się sposobność do wykonania sekcji, muszę prosić o pożyczenie narzędzi lekarza powiatu, dla tego ograniczam się na sekowaniu ważniejszych, ciekawszych przypadków.

Na zakończenie słów kilka o przypadku wodowstrętu (hydrophobia), obserwowanym przezemnie w szpitalu chełmskim.

Przypadek ten dotyczył 13-to letniej Izabeli S., którą miał pokąsać wściekły pies; w trzy dni po ukąszeniu przez psa odwieźli rodzice dziewczynkę do instytutu d-ra Palmirskiego w Warszawie, gdzie dziecko pozostawało 14 dni, było leczone metodą Pasteur'a, otrzymywało 3 razy dziennie iniekcye; po powrocie do domu dziecko było podobno zupełnie zdrowe przez 27 dni, zaś 28-go dnia odrazu poczęło uskarżać się na suchość w jamie ustnej, trudność przy połknięciu i ogólny niepokój, zaraz przywieźli ją rodzice do szpitala chełmskiego. Przy oględzinach znalazłem na lewym przedramieniu pośrodku dwie naprzeciw siebie leżące ranki, pokryte ziarniną i wydzielające małą ilość ropy—ranki te pochodziły od ukąszenia psa; dziewczynka ustawicznie rzucała się na łóżku, z ust toczyła się biała, mleczna, gęsta ślina, była nieprzytomną i wśród drgawek po parogodzinnem leżeniu w szpitalu życie zakończyła.

Dwa analogiczne przypadki obserwowałem w mej prywatnej praktyce; przypadki te obalają twierdzenie, że leczenie wodowstrętu metodą Pasteur'a daje 100% wyzdrowień.

## Z E S T A W I E N I E.

W roku	było chorych	wyzdr.	z popr.	bez popr.	zmarło	dni szpitalnych
1894	293	216	37	5	35	4530
1895	214	109	56	23	26	5105
1896	249	113	74	25	37	4139
1897	225	112	56	25	32	4148
1898	234	114	53	11	26	4641
1899	270	168	41	18	43	7392
1900	331	184	95	19	33	6005
razem	1816	1016	412	126	232	35,960

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1 Czerwca 1901 r.*

XI-ty Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się, o czem już donosiliśmy, 15 i 16 lipca r. b., podobnie jak w latach poprzednich. Zabaw i wycieczek nie będzie, ale natomiast ma być suta uczta naukowa, na którą wszystkich lekarzy polskich serdecznie zapraszamy. Zapraszamy zatem nietylko tych, którzy się specjalnie chirurgią trudnią, ale i tych, którzy pokrewne gałęzie medycyny uprawiają, więc ginekologów, laryngologów, otyatrów, dentyków i t. d., jak niemniej i tych wszystkich, którym nieobojętne są postępy chirurgii, a do tych z pewnością wszyscy nasi koledzy należą, choćby jedynie dla tego, że dzisiaj chirurgia na tyłu polach granicznych styka się tak często ze wszystkimi innymi gałęziami nauk lekarskich.

U nas Zjazdy chirurgów mają większe znaczenie, niż gdziekolwiekby indziej. Prócz pracy nad postępem nauki mają one to ważne zadanie, żeby rozbudzić większe zaufanie we własne siły, nietylko u szerszej publiczności, ale nawet w niektórych kołach lekarskich. Minęły, Bogu dzięki, te czasy, kiedyto w Wiedniu, Berlinie lub Paryżu upatrywać było można lepiej wyposażone i urządzone zakłady, lub bieglejszych wykonawców sztuki chirurgicznej. Dziś bez pozorów przechwałek na pewno twierdzić możemy, że ani w jednym, ani w drugim względzie chirurgia polska nie ustępuje zagranicy. Może, nareszcie, dzięki naszym Zjazdom i tam wygłoszonym rozprawom zniknie przekonanie, że co obce, to lepsze i nie będzie potrzeba mieć marki zagranicznej, żeby uzyskać uznanie u swoich.

Dalszem, niemniej ważnym, zadaniem naszych Zjazdów jest uzyskanie większego zaufania w szerokich kołach lekarskich niechirurgicznych dla niektórych operacji, dotychczas rzadko u nas wykonywanych. Przypominam tu tylko, jak jeszcze przed kilku laty sto-



sunkowo rzadko wykonywano u nas operacje w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego i śmiem twierdzić, że to poczęści zasługa naszych Zjazdów i kilkakrotnie tam odbytych rozpraw, że dziś ta operacja i u nas należy do częstszych. Natomiast stwierdzam, że po dziś niema u nas chirurgii wątroby i dróg żółciowych, kiedy przeciwnie zagranicą w małych nawet szpitalikach rocznie setki takich operacyj się wykonywa. Wiem, że przyczyna tego poczęści leży w tem, że u nas wogóle mniej mamy tego rodzaju cierpień, niż gdzieindziej, że tam może często i czasem bez koniecznej potrzeby wykonywane bywają odpowiednie rękoczyny chirurgiczne; ale z drugiej strony nie da się zaprzeczyć, że to nie tłumaczy zupełnie nader wielkiej rzadkości tych operacyj u nas. Sądzę, że przyczyny tego zjawiska szukać trzeba w czem innem. Zaufanie do operacji w cierpieniach dróg żółciowych nie objęło wszystkich kół lekarskich, a przez nie nie przedostało się jeszcze do szerszej publiczności. Miejmy nadzieję, że i temu zaradzić potrafią nasze Zjazdy.

Tak więc, spodziewając się licznego udziału ze wszystkich stron, a zwłaszcza ze strony Kolegów ordynujących i Dyrektorów szpitali, zapraszamy na XI Zjazd chirurgów polskich jaknajserdeczniej. Dotychczas już zgłoszone liczne i zajmujące wykłady uprawniają nas do nadziei, że ten nasz Zjazd, rozpoczynający drugą dziesiątkę, nie pozostanie w tyle poza poprzednimi.

*L. Rydygier.*

XI Zjazd chirurgów polskich. Dotąd zgłoszono następujące odczyty: 1) Kader (referent): O znieczulaniu ogólnem i miejscowem; 2) Ziembicki: O znieczulaniu lędźwiowem; 3) Słęk (Lwów): O narkozie mieszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha, z przedstawieniem przyrządu; 4) Ruff (referent): O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych; 5) Herman (referent): O gruźlicy jąder; 6) Trzebicky: O leczeniu gruczolaków zolżowych na szyi; 7) Wehr: O podwiązywaniu tętnic wieńcowych serca; 8) Tenże: O pierwszym opatrunku własnego pomysłu; 9) Schramm: O guzach okolicy krzyżowej; 10) Kader: Chirurgia wątroby i dróg żółciowych; 11) Tenże: O leczeniu operacyjnem niezłośliwych zwężeń przewodu pokarmowego; 12) Rydygier: O leczeniu nowotworów odbytnicy (z przedstawieniem chorych i preparatów); 13) Tenże: Przyczynki do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym (z przedstawieniem chorej); 14) Tenże: Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem; 15) Tenże: O wycinaniu śledziony; 16) Słęk (Lwów): O leczeniu operacyjnem choroby Glénarda; 17) Herman: W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.

(s) Miejsce pod sanatorium w Rudce zostało już obrane przez komisję, złożoną z kol. Dunina i Dobrzyckiego wraz z inż. Małeckim i bud. Lilpopen. Obejmuje ono 20 morgów lasu darowanego przez ks. Lubomirskiego z 10 włókowej przestrzeni. Fundusz zebrany w tym celu przeniósł już 60000 rb., sądząmy przeto, że czas już przystąpić do budowy, a niewątpliwie, w miarę

wznoszenia budowli, składki i ofiary wyrównają sumę niezbędną dla jej dokończenia. Doniosłość tej sprawy oraz zrozumienie korzyści z sanatoryum dla społeczeństwa coraz bardziej się szerzy wśród publiczności warszawskiej, zbyt mało jednak zajmuje się nią prasa ogólna, która zaprowadzić powinna stałą rubrykę walki z gruźlicą i w niej ciągle przypominać publiczności o pożytku sanatoryów dla suchotników.

—*jz*— 20 Czerwca r. b. w Lublinie odbędzie się wystawa rolniczo-przemysłowa, w której udział między innymi przyjmuje, jak donosiliśmy w z. 7 Kroniki, Towarzystwo lekarskie lubelskie.

Dział higieniczny tej wystawy obejmuje: szpitalnictwo, dział biologiczny, budowlany, wychowawczy, statystyczny i t. p.

Do tej pory do baraku D ö c k e r a na placu wystawy zgłosili następujący koledzy rozmaite okazy: Dobrucki (szpital szarytek), Jaczewski (szpital Ś-go Józefa), Micheliś (szpital w Chełmie), Puławski (Nałęczów), zdrojowisko Sławinek, Radomyski (laboratoryum miejskie), p. Kłossowski (laboratoryum w Zamościu), Staniszewski (kolonie letnie lubelskie). Z innych działów będzie uwzględniony dział statystyczny (kol. Klärner z Bełżyc). Aczkolwiek i w formie dotychczasowej, uzupełniony przez wystawców prywatnych, dział higieniczny przedstawia się obiecująco, należało by jednak, aby koledzy, posiadający odpowiednie okazy, uzupełnili go, zgłaszając się, bądź do kol. Wł. Tołwińskiego (ul. Namieśnikowska), bądź do kol. St. Radomyskiego (Krak.-Przedmieście), którzy jako delegaci Tow. lek. do tej sprawy, wszelkich objaśnień udzielą.

Popularyzacja wiedzy na wystawach prowincyonlanych jest bodaj sprawą ważniejszą dla higieny kraju, niż udział w wielkich wystawach.

—*z*— Bourneville w pracy statystycznej o wpływie związków między krewnymi na choroby umysłowe dowodzi, że wpływ taki nie istnieje. Statystykę opiera na 2784 chorych, z których tylko 91 t. j. 3,2% pochodziło od związku z blizkimi krewnymi, w każdym jednak razie dziedziczność odgrywała tu znaczną rolę, a dziedziczność przy związku między krewnymi blizkimi występuje w stopniu znacznie wybitnym.

—*z*— Oryginalną statystykę otruc w Anglii ogłasza Allg. Med. C. Zg. Z pomiędzy 581799 wypadków śmierci w r. 1899, w 1161 śmierć nastąpiła z otrucia; w 388 wyp. truciznę otrzymano z przepisu lekarza, w 386 bez przepisu, w 97 w. było otrucie środkami odurzającymi, w 107 przetworami ołowiu, w 87 złymi pokarmami, w 79 gazami trującymi. Nadto zanotowano 68 wyp. śmierci od chloroformu, 212 (167 samobójstw) otruc kwasem karbolowym, 155 (69 samobójstw) otruc opiatami, 31 wyp. otrucia cyankiem potasu, 39 kwasem szczawowym, w 43 kw. solnym.

—*z*— Lekarze austriacy w Lintzu odmówili udziału w jubileuszu Virchowa, gdyż ten ostatni w swoim czasie w parlamencie niemieckim głosował przeciw monopolizacji leczenia w rękach lekarzy.

—z— Prof. chemii w instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu na miejscu St. Zaleskiego został W. Tiszczenko.

—z— W maju odbył się zjazd przeciwgruźliczy w New-Yorku.

—z— Związek lekarzy zdrojowych czeskich ogłasza listę Czechów ordynujących w zdrojowiskach. Listę lekarzy polaków w zdrojowiskach zagranicznych podał, jak donosiliśmy, kol. Polak w swoim „Kalendarzu“.

—z— Według orzeczenia sądu w Lyonie, chirurg nie może odpowiadać za komplikacje po operacji, gdyż są one często niezależne od niego.

—z— Jak donosi Wracz, dr. Gabryszewski, znany bakteriolog zaraził się tyfusem powrotnym w czasie badań bakteriologicznych nad tą chorobą.

---

## Z M A R L I.

---

W Dąbrowie Górniczej Dr. Aleksander Widera, lekarz zakładów Towarzystwa Sosnowickiego, dnia 29 Maja r. b. w wieku lat 36.

W Poznaniu dr. F. Drobnik, nader sympatyczny lekarz. Wiele prac z medycyny drukował w Nowinach Lekarskich, których był stałym współpracownikiem.

---

## Od wydawców.

---

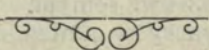
„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901-ym w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

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

---

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

---



# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. Niezwykły przypadek przymiotu, występujący pod postacią przypominającą czerwony liszaj—Dr. med. Władysław Kopytowski—str. 559.  
II. O porażeniach i zanikach mięśniowych w wiązadzie rdzenia—Dr. Bornstein—str. 562.

## II. DZIAŁ SPRĄŻOZDAWCZY.

### I. Choroby wewnętrzne.

235. Ullmann—O zakażeniach ogólnych po rzeżączce—str. 567. 236. Zollikofer—O zachowaniu się leukocytów we krwi przy miejscowym drażnieniu skóry—str. 568. 237. Docent pryw. D. Kurajew—O jodhemoglobinie—str. 569. 238. Grober—O zmiennej zawartości rodanu w ślinie i jej przyczynach u zdrowego i chorego człowieka—str. 570. 239. Dr. H. Ehret—Bacillus filiformis w zawartości żołądka, jako wczesny objaw rozpoznawczy raka tego narządu — str. 571. 240. Doc. pryw. D. Kurajew—O działaniu ścinającym papayotyny na rozczyzny peptonów—str. 572. 241. S. Rudzki—Przypadek ropnego zapalenia przewodów żółciowych zakończony wyzdrowieniem—str. 572. 242. Prof. A. Chauffard—O zapobiegawczym leczeniu nawrotów kolki żółciowej—str. 574.

### II. Choroby nerwowe

243. Prof. A. Pick—Nowe doniesienia w sprawie zaburzeń w umiejscawianiu przedmiotów w przestrzeni—str. 577. 244. Dr. P. Nücke—Przyczynki do patogenetyki i przebiegu klinicznego kurczów łydkowych—str. 578. 245. Chatiu—Rozszczepienie (dysocjacja) czucia ciepłokowego u hemiplegików—str. 579. 246. Bischoff—Przypadek płasawicy starczej—str. 580. 247. Ardin-Delteil—Padaczka skryta—str. 581.

### IV. Wiadomości pomniejszych — 248—262— str. 586.

### V. Kongres medycyny wewnętrznej w Berlinie.

VI. Odcinek — str. 594.

Kronika bieżąca — str. 605.

Nekrologia — str. 608.

---

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 Мая 1901 года.

# A p t e k a E. GESSNERA

Aleja Jerozolimska Nr. 27, róg Kruczej w Warszawie.

*Poleca następujące wina:*

	za całą butelkę		za pół butelki	
	rb.	k.	rb.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe ( <i>Vin de Bugeaud</i> ) przyrządzone na Maladze . . . . .	1 50	—	80	—
Wino Chinowe czyste na Maladze . . . . .	1 50	—	80	—
„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza . . . . .	1 75	—	90	—
Wino Conduarngo czyste na Xeresie . . . . .	1 75	—	90	—
„ „ z żelazem 2% żelaza . . . . .	2 —	—	1 —	—
Wino Coca ( <i>Vin de Coca</i> ) na liściach Krasnodrzewu ( <i>Erythrocyton coca</i> ) na Maladze, w stosunku 1 : 20 . . . . .	1 50	—	80	—
Wino Goryczkowe ( <i>e rad. Gentianae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 50	—	80	—
Wino Kola ( <i>Vin de Cola</i> ) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych, na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny . . . . .	2 25	—	1 15	—
Wino Kwasyjowe na winie węgierskiem wytrawn. . . . .	1 50	—	80	—
„ „ na Xeresie . . . . .	1 50	—	80	—
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny . . . . .	2 —	—	1 —	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2 pep' syny . . . . .	2 —	—	1 —	—
Wino przeczyszczające z korą Cescara Sagrada na Maladze . . . . .	2 —	—	1 —	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze. . . . .	1 75	—	90	—
„ „ z korą chiną królewską na Maladze . . . . .	1 75	—	90	—
Wino Senesowe ( <i>fol. Sen. alex. sine resinae</i> ) na Xeresie . . . . .	1 75	—	90	—
Wino manganowo-żelazne z peptonem ( <i>Vinum ferro-mangani peptonati</i> ) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati . . . . .	2 —	—	1 90	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu . . . . .	2 —	—	1 —	—
Wino piołunowe ( <i>Vin de Vermuth</i> ) na białem francuzkiem winie . . . . .	1 50	—	—	—

Cała butelka zawiera 420,0 do 450,0.

KEFIR. Czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przegotowanem. Grzybki kefirowe mokre i suche.

Praktyczne wskazówki, wydanie własne, przyrząd. kefiru.