

# KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## O NIERÓWNOŚCI ZMIENNEJ ŻRENIC

(mydriasis saltans v. alternans) \*).

PODAJE

*Dr. W. Miklaszewski.*

---

Szerokość źrenicy jest zależną od działania bardzo złożonego mechanizmu, którego ośrodki są w pewnej łączności nerwowej nie tylko z okiem, lecz również z nader daleko położonemi narządami. Żrenica nie jest jedynie szczeliną dla ciemni, regulującą w niej ilość światła, potrzebnego do pewnego podrażnienia siatkówki; rozmaite czynniki natury duchowej i fizyologicznej wpływają tak dalece na zmianę jej wielkości, nie idącą zbyt często w parze z jej zadaniem świetlnem, że nie można przypuszczać, by to był jedyny cel jej istnienia. Nie zamierzam bynajmniej poruszać tu pytania ogólno-biologicznego, chociaż wydaje mi się możliwem przeprowadzenie paraleli pomiędzy tęczęwką i np. mięśniami mimicznymi twarzy i wykazanie, że obydwie te narządy ujawniają stan psychofizyczny ustroju; jeżeli potrącam o tę sprawę, to czynię to jedynie w celu wyjaśnienia, że na źrenicy muszą odbić się rozmaite zaburzenia w narządach, zwłaszcza

---

\*) Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. d. 31 października 1899 r.

zaś w układzie nerwowym, ponieważ niema miejsca w ustroju, które nie byłoby w łączności nerwowej z tęczówką. Często trudno jest wyczytać ze źrenic, co dzieje się w ustroju, bo na wiele bodźców odpowiadają one w jednakowy sposób; lecz sam fakt, że odpowiadają, zasługuje na bliższą uwagę.

Szerokość umiarkowana, rozszerzenie i zwężenie większe lub mniejsze, nieprawidłowość konturów źrenicy, rozmaite oddziaływania na światło, przystosowanie, ból, położenie oczu i t. d. w każdym oku poszczególnie i obudwóch jednocześnie stanowią nieliczny zbiór stanów i przejawów źrenicowych. Chcąc zdać sobie z nich sprawę należytą, musimy zapoznać się choćby w krótkich zarysach ze szematem narządów nerwowych źrenicy. Dla ułatwienia rozpatrzmy je z punktu fizyologicznego.

I. Droga odruchu świetlnego jest następująca: gałązka czuciowa przebiega w nerwie wzrokowym (włókienka grubsze od swoistych wzrokowych), krzyżuje się częściowo w chiasma, biegnie w szlakach wzrokowych, które opuszcza, kierując się do wzgórków czworaczych przednich<sup>1)</sup>; nie wiadomo dokładnie, gdzie kończy się neuron czuciowy: Mendel przypuszcza, że w ganglion habenulae, Monakow zaś, że niema samoistnego ośrodka, lecz że jest rozrzucony w komórkach pomiędzy pierwszymi ośrodkami wzrokowymi i istotą szarą komory trzeciej i aquaed. Sylvii. Bechterew przypuszcza, że włókna źrenicowe przedostają się w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych do mózgu, skąd dążą do ośrodków we wzgórkach czworaczych przednich. Jakiemkolwiek jest umiejscowienie tych czuciowych ośrodków, w każdym razie jest niewątpliwem, że łączą się one z jądrami nerwu okoruchowego na wysokości wzgórków przednich. Jądro ruchowe odruchu źrenicy na światło jest położone nieco za jądrem akkomodacyjnym<sup>2)</sup>. Stąd zaczyna się gałązka ruchowa, przebiegająca w nerwie okoruchowym i przechodząca przez splot rzęskowy (ganglion ciliare) przed wejściem do gałki ocznej. — Tak przedstawia się w głównych zarysach łańcuch odruchu świetlnego źrenicy. Nie na tem jednak kończy się oddziaływanie źrenicy na światło. Badania ostatnich czasów wykazują, że objaw, bardzo często występujący w wiaździe rdzenia i paraliżu postępującym, mianowicie nieruchomość źrenic na światło, zależy od zwyrodnienia w odcinku górnym rdzenia

1) Liebrecht. Deutsch. Med. Woch., № 25, 26, 1899.

2) Obersteiner. Anleit. b. Stud. des Baues u. nerv. Centralorg., 1896, str. 390.

pacierzowego <sup>1)</sup>); musi zatem zachodzić pewien związek anatomiczny pomiędzy rdzeniem i ośrodkami odruchowemi. Wreszcie ostatnie badania Piltza <sup>2)</sup> skłaniają do przypuszczenia, że istnieją ośrodki korowe, zawiadujące ruchem źrenic, ponieważ wyobrażenie światła i ciemności daje takie same objawy źrenicowe, jak i działanie podnień światlnych; ważne są przypadki, zebrane przez Bechterewa, w których chorzy rozszerzali dowolnie jedną lub obie źrenice, co wskazuje na związek nerwowy pomiędzy tęczówką i korą mózgową.

Prócz oddziaływania bezpośredniego na światło, źrenice oddziałują jeszcze współczulnie (konsensualnie); odruch ten, polegający na zwięźeniu jednej źrenicy, gdy na drugą działa światło i rozszerzaniu jej, gdy druga jest zasłonięta, zależy od niepełnego skrzyżowania gałązki czuciowej łańcucha odruchowego, wskutek czego gałązka ta wchodzi w połączenie z obydwoima ośrodkami nerwu okoruchowego. Dlatego też objaw ten stanowi tylko jeden z przejawów odruchu świetlnego, a nie odruch swoisty. Jestto więc współodruch.

II. Przechodząc do objawu źrenicowego akomodacji (przystosowania), zaznaczyć musimy przedewszystkiem, że objaw ten nie jest odruchem, ponieważ niema w nim łańcucha czuciowo-ruchowego. Pod wpływem pobudzenia korowego (wolowego) oczy przystosowują się do odległości, czyli zbiegają się (konwergują) bardziej lub mniej; zjawisko zaś źrenicowe jest tylko ruchem towarzyszącym wskutek podrażnienia ośrodka nerwu okoruchowego. (Współruch).

III. Rozszerzenie źrenicy jest odruchem. Gałęź czuciową łańcucha odruchowego stanowią tu: 1) wszystkie nerwy czuciowe oraz pęczki czuciowe, przebiegające w rdzeniu i 2) bardzo liczne włókna, idące od kory i rdzenia przedłużonego, których przebieg nie jest jednak znany dokładnie. Ośrodki odruchowe znajdują się w mleczu szyjowym pomiędzy 6-tą parą nerwów szyjowych i pierwszą piersiowych (centr. cilio-spinalne Budge). Z tego miejsca wychodzą przez rogi przednie korzoki do splotu szyjowego dolnego (podług Monakowa do górnego), tworzą plexus caroticus, dają gałązki do ganglion Gasseri, które biegną razem z gałązką nerwu trójdzielnego i wchodzi wreszcie w postaci nerwów rząskowych długich do gałki ocznej.

<sup>1)</sup> Wolff. „Das Verhalten d. Rückenmark. bei reflex. Pupillenstarre.“ Arch. f. Psych. u. Nerv., 1899, B. XXXII, H. 1.

<sup>2)</sup> Piltz. Neurol. Centralbl., XVIII, 1899.

Ten krótki szemat przedstawia liczne braki i opiera się głównie na niedość licznych badaniach fizyologicznych; ujawnia on jednak jeden bardzo ważny fakt, że szerokość źrenicy jest wypadową (funkcją) nader złożonego mechanizmu i że wskutek tego w nienormalnych objawach źrenicowych musi być trudno połapać się, gdzie jest siedlisko cierpienia. Jestto tem trudniej, że jeden z ośrodków (rozszerzający lub zwężający źrenice), będących w stosunkach przeciwieństwa (antagonizmu), ujawnia swój wpływ na źrenicę, gdy drugi niedomaga. Zatem źrenica jest rozszerzoną przy podrażnieniu nerwu współcaulnego lub przy porażeniu okoruchowego (mydriasis paralytica, a zwężoną przy porażeniu nerwu współczulnego lub podrażnieniu okoruchowego (myosis spost.); mówiąc o nerwach, mamy tu, rozumie się, na myśli cały aparat, rozszerzający lub zwężający źrenicę.

Trudno jest często określić, czy źrenica jest normalną, czy też zbyt wąską lub szeroką. Norma szerokości waha się podług jednych autorów <sup>1)</sup> pomiędzy 2.75 mil. i 4.75 mm., podług innych <sup>2)</sup> — pomiędzy 4.0 i 4.5 mm. Wiek odgrywa tu ważną rolę; najszersze są źrenice w wieku dojrzałym, najwęższe w starości; po latach 50-ciu nie przewyższają 3 mm. Nawet przy nierówności źrenic trudno bywa czasem powiedzieć, która z nich jest nienormalną, ponieważ różnica wielkości może wahać się w granicach normy. Rozstrzygnięcie tego pytania na zasadzie odruchu świetlnego jest często niemożliwe, ponieważ odruch może być zachowany w obudwu źrenicach i przytem węższa z natury rzeczy nie może zwęzić się tak dalece, jak szersza. Jako przyczynek do trudności rozpoznawczych, mogę przytoczyć przypadek Koeniga <sup>3)</sup>, w którym przy jednostronnie nieruchomej źrenicy druga źrenica wahała się pomiędzy wielkiem rozszerzeniem i wielkiem zwężeniem, tak że stawała się o wiele szerszą lub węższą od nieruchomej.

Cheąc uniknąć błędu, należy badać każdą źrenicę oddzielnie przy zachowaniu możliwie jednolitych warunków badania i dopiero wtedy można rozstrzygnąć pytanie, która źrenica jest zmieniona.

Na zasadzie rozpatrzonego szematu można ocenić z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem, gdzie należy szukać przyczyny

<sup>1)</sup> Silbercahl. Gräfes Arch. f. Ophthalm., B. 42, 179—189.

<sup>2)</sup> Wassercug. „Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego“, 1891, str. 162.

<sup>3)</sup> Koenig. Deutsch. Zeitsch. f. Nerwenheilkunde, XI, 1 i 2, 1899.

danego zaburzenia źrenicy: jeżeli odruch na światło jest zachowany i prawidłowy, to przyczyna musi leżeć w układzie współczulnym: w takim razie muszą istnieć zaburzenia w oddziaływaniu na podrażnienia fizyczne i duchowe. Jeżeli źrenice oddziałują źle lub są zupełnie nieruchome na światło, lecz zwięzają się przy zbieżności i przystowaniu, to przyczyna znajduje się w gałązce czuciowej łańcucha odruchowego; jeśli zaś brak zwiężenia źrenicy przy zbieżności, to naruszoną jest czynność nerwu lub ośrodka okoruchowego. Brak zwiężenia źrenicy przy zbieżności, z zachowaniem odruchu świetlnego, jest możebnym teoretycznie tylko przy porażeniu ośrodków lub włókien mózgowych, zarządzających przystosowaniem oka do odległości. Wszelkie przerwy w drogach czuciowych, doprowadzających pobudzenie do ośrodków rozszerzacza źrenicy w mleczu, jak to ma miejsce np. przy władzie rdzenia, paraliżu postępowym, zniszczeniu mlecza poprzecznem i t. p., pociągają za sobą zwiężenie źrenic, wskutek zmniejszonego pobudzenia ośrodka; natomiast wszelkie podrażnienia, zwłaszcza bólowe, prowadzą do rozszerzenia źrenicy.

Do odróżnienia zwiężenia źrenicy skurczowego od porażennego może służyć kokaina, która pobudza zakończenia nerwu współczulnego, przeto może wywołać rozszerzenie źrenicy tylko w pierwszym przypadku <sup>1)</sup>. Atropina działa porażająco na zwieracza i pobudzająco na nerw współczulny, ezeryna zaś działa odwrotnie; obydwie te środki mogą zatem służyć do celów rozpoznawczych. Brak współodruhu (od. konsensualny) przy zachowaniu odruchu świetlnego jest możliwy tylko przy nadmiernem (maksymalnem) rozszerzeniu i zwiężeniu źrenicy. Współodruch jest bardzo ważnym objawem rozpoznawczym; podług wszelkiego prawdopodobieństwa jest on zarówno świetlny, jak i czuciowy wogóle, lecz wyrażony jest znacznie silniej pod wpływem światła niż np. bólu, ponieważ każdy ośrodek nerwu okoruchowego jest w ścisłej łączności z obydwojma gałązkami czuciowemi łańcucha odruchowego. Niewiadomo, jakie zachodzą w tym kierunku stosunki w obrębie łańcucha odruchu współczulnego; prawdopodobnie jednak w łączności anatomicznej są najwyżej jądra w mleczu pacierzowym. Dlatego też nierówność źrenic przy zachowaniu ich odruchów, współruchów i współodruchów przemawia bardziej za zaburzeniami w łańcuchu współczulnym, niż w zakresie nerwu okoruchowego. Nie wiem, czy badania Dogla <sup>2)</sup> nad nerwem

<sup>1)</sup> Wicherkiewicz. Przegląd lek., 1885, № 4—7.

<sup>2)</sup> Gazeta lekarska, 39, 1895.

współczulnym szyjowym zostały potwierdzone przez innych badaczy; gdyby jednak zostało udowodnione, że podrażnienie nerwu współczulnego na szyi wywołuje rozszerzenie źrenicy po tej samej stronie i zwężenie jej po stronie przeciwległej, to takie zjawisko dowodziłoby nietylko braku łączności ośrodków współczulnych w mleczu, lecz skłaniałoby do upatrywania pewnego związku z nerwem okoruchowym, lub istnienie w nerwie współczulnym również gałązek do zwieracza źrenicy. Niema dotąd danych do rozstrzygnięcia tego pytania, niektóre jednak przemawiają za słabym lub nawet żadnym związkiem anatomicznym pomiędzy jądrami rozszerzacza źrenicy. Dwa spostrzeżenia, jakie zrobiłem w ostatnich czasach, oświetlają nieco tę sprawę.

**Spostrzeżenie I.** Ksiądz Gr. z pod Radomia, liczący lat 40, dobrze zbudowany i odżywiany, leczyl się u mnie z powodu silnego nerwobólu międzyżebrowego prawostronnego. Przy stanie normalnym narządów wewnętrznych i układu nerwowego znalazłem u chorego obustronne rozszerzenie źrenic, o wiele znaczniejsze po stronie prawej. Oddziaływanie źrenic dobre. Po paru franklinizacyach ból zmniejszył się bardzo wyraźnie i w tym samym czasie źrenice stały się równej wielkości i nieco węższe. Upłynęło 5 dni od początku leczenia, gdy nagle wystąpiły silne bóle w lewych międzyżebzach dolnych i jednocześnie zauważyłem rozszerzenie znaczniejsze źrenicy lewej niż prawej. Po dziesięciu franklinizacyach bóle ustały zupełnie i źrenice stały się równe i rozszerzone umiarkowanie.

**Spostrzeżenie II.** Saw. J., lat 28, robotnik fabryczny, zdrów i silny, uskarżał się na bóle w ustępach górnych klatki piersiowej po stronie lewej. Przy stanie normalnym narządów wewnętrznych i układu nerwowego spostrzegłem bardzo znaczne rozszerzenie źrenicy lewej, które nie ustępowało w ciągu trzech dni i zginęło bezpowrotnie, gdy ból mięśniowy w klatce piersiowej ustał. Oddziaływanie obu źrenic na światło było dobre, współodruch i współruch zachowane, odczyn na ból bardzo osłabiony.

Przytoczę tu jeszcze pracę Hitzig'a <sup>1)</sup>, który spotkał na 36 przypadków raka przełyku zwężenie źrenicy lewej w 5-ciu przypadkach, a prawej w jednym; przypuszcza on ucisk na pień nerwu współczulnego.

<sup>1)</sup> Hitzig. „Ueber d. Vorkomen u. Bedeut. einer Pupillendiff. b. Oesophagus carcinom.“ Deut. Med. Woch., 1899, № 36.

Przytoczę tu jeszcze jedno moje spostrzeżenie, zrobione już po wypowiedzeniu tej rzeczy w Tow. Lek. Robotnik fabryczny, lat 24, zdrów i silny, skarżył się na bóle pod pachą lewą. Znalazłem tam mocno powiększone gruczoły chłonne i ranę ropiejącą na paluchu lewym. Prócz tego źrenicę lewą nieco rozszerzoną i powiększającą się jeszcze znacznie przy ucisku na gruczoły obrzmiąte. Źrenica prawa nie powiększała się przytem ani trochę, chociaż oddziaływa bardzo dobrze na światło, przystosowanie i współczulnie.

Przypadek ten wskazuje, że nawet przy bardzo wysokiem umiejscowieniu podrażnienia na wysokości nerwów, gdzie leżą ośrodki rozwieracza źrenicy, możebnem jest podrażnienie jednostronne tego łańcucha odruchowego.

Omawiając sprawę wątpliwej wspólności działania ośrodków, rozszerzających źrenicę, przypomnę znany dobrze objaw występowania jednostronnego rumieńca w przebiegu zapalenia płuc po tej samej stronie lub jednostronnego pocenia się; wydaje mi się bowiem, że wszystkie te objawy (jednostronne rozszerzenie źrenicy, jednostronny rumieniec i pocenie się) zależne od podrażnienia nerwu współczulnego po jednej tylko stronie, przemawiają bardzo przeciwko łączności ośrodków tego nerwu, przynajmniej w tym zakresie, jak to ma miejsce z ośrodkami nerwu okoruchowego. Łączność ośrodków rozszerzacza źrenicy jest uwarunkowana najwyżej przez budowę przewodników czuciowych, które wchodząc w korzonki jednej strony, przebiegają potem w rdzeniu w pęczkach obudwu stron, czyli krzyżują się niezupełnie; lecz to skrzyżowanie jest oddalone tak dalece od ośrodków rząskowych rdzenia, że wątpliwem jest, czy może utrzymać je w stanie jednostajnego podrażnienia, czyli utrzymać jednostajną szerokość źrenic.

Dane powyższe skłaniają mnie do przypuszczenia, że w przypadkach nierówności źrenic przy zachowaniu ich odruchów, współodruchów i współruchów przyczyny tej nierówności należy poszukiwać w układzie odruchowym współczulnym, a nie w okoruchowym. Nawet w przypadkach, gdzie odruchy są bardzo osłabione lub całkiem zniesione czasowo (znaczne rozszerzenie lub zwężenie) w razie obecności współruchu źrenicy prawdopodobniejszem wydaje mi się cierpienie nerwu współczulnego. Zastrzegam się jednak, że mówię tu o przemijającej nierówności źrenic, a nie o stałej, która przy istnieniu współruchu źrenicy wskazuje na cierpienie włókien czuciowych łańcucha odruchowego na światło.

Przechodzimy do omówienia jeszcze jednego, najważniejszego objawu, mianowicie zmienności rozszerzenia źrenic. Polega ona na

tem, że źrenice zmieniają swoją wielkość w pewnych okresach czasu, tak że szersza z nich staje się węższą, a węższa — szerszą. Zmiana może być tak znaczną, że źrenica dochodzi od największego rozszerzenia do bardzo znacznego zwężenia w krótkim przeciągu czasu ( $\frac{1}{2}$ —24 godzin podług spostrzeżeń własnych).

Przedewszystkiem musimy zaznaczyć, że, z ogólnego punktu widzenia, wszelka zmienność w układzie nerwowym przemawia przeciwko istnieniu podstaw organicznych zaburzenia. Co prawda, niektóre cierpienia organiczne np. prowadzące do obrzęku mózgu powodują pewną zmienność objawów; lecz w takich razach bierze w niej udział cały układ nerwowy, a nie odpowiednie części jego naprzemian. Z tego też punktu widzenia nie mogą zgodzić się z autorami, którzy uważają zmienną nierówność źrenic za objaw istniejącego lub rozwijającego się cierpienia organicznego w układzie nerwowym (Förster, Oppenheim, Siemerling<sup>1)</sup> i inni). Bardzo jest prawdopodobnem, że jestto objaw pewnej niedomogi czynnościowej układu nerwowego, która może wystąpić i bez podstaw organicznych. Jakiś czynnik bliżej nieznan (samozatrucie, przekrwienie?) wywołuje podrażnienie jednego ośrodka rozwieracza źrenicy i sprowadza rozszerzenie spastyczne, które przy dłuższem trwaniu prowadzi do wyczerpania odpowiedniego ośrodka i niedomogi jego chwilowej, wskutek czego ośrodek nerwu okoruchowego bierze górę i wynikiem tego jest zwężenie źrenicy porażenne. Kiedy ośrodek współczulny powróci do pewnej równowagi wskutek odpoczynku, może wziąć znowu górę nad ośrodkiem okoruchowym i sprowadzić ponownie rozszerzenie skurczowe.

Uogólniając wszystko, com do tej chwili powiedział, stawiam następujące wnioski, niezgodne z panującymi obecnie.

1. Nierówność źrenic przy zachowaniu ich odruchów, współodruchów i współruchów, a nawet przy osłabieniu ich przejściowem, jest objawem zaburzeń w układzie odruchu współczulnego.

2. Zmienność objawów źrenicowych jest objawem zaburzeń czynnościowych, a nie organicznych.

3. Szeregowanie się rozszerzenia źrenicy za zwężeniem jej w każdym oku oddzielnie i w obudwu jednocześnie jest wyrazem podrażnienia łańcucha odruchowego współczulnego; podrażnienie to przy niewielkiem natężeniu, daje rozszerzenie źrenicy, przy bardzo wielkiem zaś prowadzi do wyczerpania łańcucha odruchowego sympatycznego i do przewagi okoruchowego.

<sup>1)</sup> Berlin. Klin. Woch., 1896, № 44.



Przechodząc do części klinicznej mojej pracy, zaznaczyć muszę przede wszystkim, że nierówność źrenic zmienna jest zjawiskiem bardzo mało opracowanym w piśmiennictwie. Najlepszym dowodem, że tak jest, może być sam termin, który po łacinie brzmi: *mydriasis saltans*, a po niemiecku: *springende Mydriasis*. Termin ten nie określa samego zjawiska, a przytem nie obejmuje całości obrazu klinicznego, ponieważ mówi tylko o rozszerzeniu źrenicy, a pomija jej zwężenie. Chcąc usunąć ten brak, przyjąłem za podstawę terminu porównanie wielkości źrenic, czyli nierówność ich; a za przymiot tej nierówności — zmienność. W ten sposób powstał mój termin. Gdyby istniał przymiotnik „naprzemienny“, który możnaby utworzyć od przysłówka *naprzemian*, to termin taki małowałby zjawisko jeszcze wymowniej, chociaż niezupełnie wiernie, ponieważ w niektórych okresach tego zjawiska źrenice bywają równe. Najwłaściwszym byłby termin: wielkość źrenic zmienna naprzemienna, lub: nierówność źrenic zmienna, przemijająca, naprzemienna.

Przeglądając dostępne mi piśmiennictwo, nie mogę w rzeczy samej przytoczyć innych autorów, prócz wyżej wspomnianych: Siemerlinga, Oppenheima, Strümpella, Forstera, H. Frenkla, Königa, oraz Iblitza i Schwartza (cytowany u Königa). Prócz tego spotykałem w różnych historyach chorób objaw nierówności źrenic, który przemijał w przebiegu choroby; autorzy przechodzą jednak nad tym objawem do porządku dziennego. W piśmiennictwie ojezystem znaną mi jest tylko jedna praca, mianowicie Chłapowskiego<sup>1)</sup>, który opisuje rozszerzenie źrenicy jednostronne przejściowe w cierpieniach przewodu pokarmowego, spostrzegane u chorych w Kissingen. Praca ta ma jednak charakter doniesienia tymczasowego, ponieważ niema w niej przytoczonego ani jednego spostrzeżenia, ani pewnych wniosków ogólnych.

Ze znanych mi przypadków, zanotowanych w piśmiennictwie, zasługują na uwagę: Przypadek Magnusa u chłopca 11-letniego zdrowego (objaw dziedziczny po matce); Oppenheim: u chorej rakowatej bez widocznych zmian w mózgu; Schneider: w 9-ciu przypadkach tyfusu wysypkowego; Iblitz: u chorej na zapalenie nerek przewlekłe; Pelizaens: w 6-ciu przypadkach neurastenii. Pomimo to autorzy uważają nierówność zmienną wogóle za zły objaw, zapowiadający czasem całe lata naprzód wystąpienie porażenia postępowego.

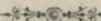
Zapewne, gdyby przeszukać całe piśmiennictwo, zwłaszcza oftalmologiczne i neurologiczne, to zebrały się pewnie materiały, na

<sup>1)</sup> Nowiny lekarskie, 1896, № 12.

zasadzie którego możnaby postawić pewne wnioski. Dziś można postawić tylko jeden, że zbyt często poprzestajemy na zaznaczeniu, że źrenice są nierówne, że źle lub dobrze oddziałują, a zapominamy zaznaczyć, która z nich jest szersza lub węższa. Pewne zwrócenie uwagi na ten szczegół pozwoliło mi w ostatnich czasach zrobić kilka spostrzeżeń, które w przeciwnym razie uszłyby mej uwagi w zupełności.

Nie sprzedając wniosków, przystępuję do opisu przypadków.

(Dok. nast.).



Z pracowni Patologii Ogólnej przy Uniwersytecie Warszawskim.

## SREBRO ROZPUSZCZALNE

i jego wartość lecznicza.

PODAŁ

Jerzy Brunner.

W drugiej połowie 1897 roku polecił dr. Benno Credé w Dreźnie do użytku leczniczego nowy przetwór srebra, który też wkrótce pod nazwą „Argentum colloidalé Credé“ zaczął być wyrabiany w fabryce von Heyden'a w Radebeul i stosowany w praktyce. Przetwór ten jednak nie jest nowy; sposób jego otrzymywania i własności znane są już od dość dawna.

Według Düsterbehn'a <sup>1)</sup>, już Wöhler i v. Bibra otrzymali przy odtlenianiu cytrynianu srebra za pomocą wodoru przy 100° przetwór, który dawał z wodą czerwony roztwór i z kwasem solnym tworzył połączenie, będące czemś pośredniem pomiędzy Ag. a AgCl. Podobne doświadczenia z molibdenianem, wolframanem i chromianem srebra wykonywał później Rautenberg. Dalsze, znacznie już dokład-

<sup>1)</sup> Düsterbehn. „Lsöliches metallisches Silber“ (Apotheker Zeitung, 1897, № 88).

niejsze prace w tym kierunku przeprowadził Carey Lea<sup>1)</sup>, jemu też główną zasługę wykrycia rozpuszczalnej postaci srebra przypisać należy. Lea rozróżnia 3 gatunki koloidowego srebra, *A.*, *B.* i *C.* Gatunek *A.* otrzymuje się przez strącenie roztworu azotanu srebra za pomocą mieszaniny siarczanu tlenku żelaza i zasadowego roztworu cytrynianu sodu; osad zbiera się na sączku, przyczem z fioletowego przybiera kolor niebieski, przemywa azotanem amonu, wreszcie po kilkakrotnem rozpuszczeniu w wodzie i ponownem strąceniu za pomocą azotanu amonu przemywa się 95° wyskokiem. Oprócz gatunku *A.*, Lea otrzymał jeszcze odmianę *B.*, nierozpuszczalną, ciemno czerwono-brunatnej barwy, i odmianę *C.* „złoto-srebrną“, barwy ciemnego brązu. Srebro koloidowe można, według Lea, otrzymać jeszcze przez działanie silnie zasadowych roztworów dekstryny lub pyrogalolu na azotan srebra. Schneider<sup>2)</sup> dla oczyszczenia rozpuszczalnego srebra strąca je z wodnego roztworu alkoholem bezwodnym i osad suszy na glinianym sączku Pasteura. Oczyszczony w ten sposób koloid zawiera 99.7% srebra, przedstawia się w postaci złogów lub kryształów ciemno-brunatnej barwy i rozpuszcza się doskonale w wodzie przekroplonej.

Zbadaniem własności chemicznych koloidowego srebra zajęli się Lottermoser i Meyer<sup>3)</sup> i przedewszystkiem stwierdzili bardzo ciekawy fakt, iż wodny roztwór tego ciała w obecności białka bynajmniej nie zostaje strącony przez NaCl. Co się tyczy działania kwasów na srebro rozpuszczalne, to strącają one dany metal w postaci drobnoziarnistej, „drobinowej“; w kwasie saletrzanym osad rozpuszcza się z łatwością przy ogrzewaniu. Czem większe jest powinowactwo danego kwasu, tem mniejsza jego ilość wystarcza do przeprowadzenia pewnego quantum koloidu w nierozpuszczalną postać srebra; ilość ta również jest zależną od stopnia rozcieńczenia roztworów.

Sole wywierają wpływ rozmaity na srebro koloidowe. Sodowe, potasowe i amonowe połączenia tych kwasów, które ze srebrem tworzą nierozpuszczalne związki, a mianowicie sole haloidowe, rodanowe,

1) Carey Lea, Amer. Journ. Science, Vol. 37, 38, 41; Chemische Ber., 24, 296.

2) E. A. Schneider, Ber. der deut. chem. Gesell., 24, 3370; 25, 1440; Schneider u. Barus, Zeitschr. f. phys. Ch., 8, 278.

3) A. Lottermoser und E. von Meyer. „Zur Kenntnis des colloidalen Silbers“ (Journ. f. prak. Chemie N. F. Bd. 56, 1897, s. 241). — A. Lottermoser, „Colloidal Silber und Quecksilber in chemischer Beziehung“ (Therap. Monatshefte, 1899, März).

chromowe i węglanowe strącają — w ilościach nawet nader nieznacznych — srebro w postaci nierozpuszczalnej; ten sam wynik dają sole ciężkich metali i ziem. Rostwory chlorku żelaza i dwuchlorku rtęci przeprowadzają koloidowe srebro w chlorek srebrowy. Zasadowe i amonowe sole kwasów, tworzących rozpuszczalne związki ze srebrem, powodują częściowe tylko strącenie nierozpuszczalnego srebra, większa atoli część osadu zachowuje w zupełności swoją rozpuszczalność w wodzie przekroplonej. Halogeny przeprowadzają koloidowe srebro w halogenowe sole, obdarzone również własnościami koloidów, które znów pod wpływem kwasów wypadają już jako zwykle połączenie chlorku, bromku i jodku srebra. W wodnym roztworze koloidowe srebro jest bardzo złym przewodnikiem elektryczności; przez pergamin i błony zwierzęce nie dyfunduje; promienie światła przechodzą przez roztwór srebra w postaci rozlanego stożka, składającego się prawie wyłącznie z promieni spolaryzowanych. Te i tym podobne dane świadczą niezbicie, iż właściwie t. zw. rozpuszczone srebro tworzy niezmiernie subtelną zawiesinę drobnutkich cząsteczek metalu. Pomimo to wszakże najsilniejsze powiększenia nie wykrywają żadnych cząsteczek, tak, iż przypuścić należy, iż te ostatnie posiadają wymiary mniejsze niż 0.0005 mm.; właściwa drobina, której wielkość określono na drodze fizycznej, byłaby jeszcze 1,000 razy mniejsza.

Z powyższym tedy przetworem srebra rozporzął swe próby lecznicze Credé<sup>1)</sup> <sup>2)</sup>. Wychodząc z założenia, iż srebro *in vitro* posiada silne własności bakteriobójcze, autor wnioskuje, iż powinno ono i w ustroju ludzkim w tym samym kierunku działanie rozwinąć. Jako wskazanie do użycia srebra koloidowego, Credé uważa rozmaite procesy zakaźne, jako to: zapalenie naczyń i gruczołów limfatycznych, ropne zapalenie tkanki podskórnej, posocznica i sprawy zakaźne współcześnie z innymi zakażeniami występujące, np. ropienia przy płonicy, błonicy, róży, gruźlicy, durze brzuszonym, rzeżącce i t. p.; czyraki, zapalenia szpiku kostnego, róża, gorączka połogowa, gościec stawowy i t. d. Autor stosuje srebro koloidowe w rozmaitych postaciach. Przez przewód pokarmowy wprowadza się srebro w postaci roztworu z dodatkiem 1 — 2% białka kurzego; Credé stosował

<sup>1)</sup> B. Credé, „Silber als äusseres und inneres Antisepticum“ (Archiv f. klin. Chir. Bd. 55, Heft 4, 1897).

<sup>2)</sup> B. Credé, „Lösliches metallisches Silber als Heilmittel“ (Klin.-therap. Woch., 1898, № 14—15).

je w 4 przypadkach zakaźnych nieżytów kiszek, posocznicy, ogólnej gruźlicy, rzeżączce i rzeżączkowem zapaleniu stawów. Do podskórnych wstrzykiwań nadaje się roztwór 1:200, do wewnątrzżylnych wlewań roztwór 1:500 — 2000; w tym ostatnim przypadku autor spodziewa się najsilniejszego działania i najlepszych wyników. Do wcierań autor gorąco poleca maść, którą pod nazwą „unguentum Credé“ wyrabia pewna apteka w Dreźnie; jestto mieszanina, składająca się z 15% argenti colloidalis, 10% wosku, sadła świńskiego i eteru będzwinowego; maść ta bywa wcierana w ilości 3.0 u dorosłych i 1.0 u dzieci. Jedna dawka ma wystarczyć do usunięcia ropnego zapalenia tkanki podskórnej, naczyń i gruczołów limfatycznych; cięższe przypadki ropnych zakażeń ustępują dopiero po kilku wcieraniach. W postaci pigułek srebro bywa przez Credé'go używane w rozmaitych cierpieniach: przy róży poprawia stan ogólny i apetyt, przy przewlekłej posocznicy i gruźlicy wzmacnia nerwy... Oprócz tego pigułki wprowadzane bywają do ran świeżych oraz do przetok gruźliczych w częściach miękkich i kościach, do ucha przy przewlekłych ropieniach, do jamy otrzewnej przy rozlanem jej zapalenia. Wreszcie w postaci pałeczek, wyrabianych w pewnej (tym razem w innej) aptece w Dreźnie, srebro bywa wprowadzane do przetok oraz do macicy w cierpieniach zakaźnych tego narządu — z dobrym wynikiem. W późniejszej pracy <sup>1)</sup> Credé już na podstawie obfitego materiału poleca swoje srebrne pigułki jako środek zapobiegający zakażeniu przy operacjach brzusznych lub też usuwający zakażenie już istniejące; 1 — 4 pigułki zostają wprost wprowadzone do jamy otrzewnej, poczem nawet ropny wysięk ze zdumiewającą szybkością przechodzi w śluzowo-surowiczy. Do jamy macicznej autor również wprowadza pigułki, osiągając w ten sposób jej odkażenie i zapobiegając posocznicy. Należy tu jeszcze wspomnieć, że koloidowe srebro wogóle doskonale bywa znoszone przez chorych, nie wywołuje żadnych objawów zatrucia i nawet przy długotrwałem stosowaniu nie sprowadza srebrozycy.

Idąc za radą Credé'go, rozmaici badacze zaczęli stosować jego przetwory srebrne i otrzymali dobre wyniki <sup>2)</sup>. — Wol-

<sup>1)</sup> B. Credé. „Die prophylaxe des Sepsis bei Laparotomien und bei Eingriffen am Uterus“ (Monatschrift für Geburt. und Gynäk. Bd. IX, 1898, p. 583, Sep.-Abd.).

<sup>2)</sup> Przy zestawieniu literatury posiłkowałem się pracą Schill'a („Ueber Credé's Silbersalze (Itrol und Actol) sowie lösliches Silber.“ Therapeutische Monatshefte, 1899, Heft 3 und 4).

from <sup>1)</sup> wcierał sobie samemu maść Credé'go z powodu licznych i uporczywych czyraków i już po dwukrotnem użyciu maści stwierdził znaczną poprawę. Werler <sup>2)</sup> stosował unguentum Credé w 3-ch przypadkach — przy posocznicy ostrej, przy przewlekłym zakażeniu posoczniczym i przy licznych czyrakach i otrzymał tak piękne wyniki, iż nie waha się nawet uważać srebro rozpuszczalne jako środek swoisty w powyższych postaciach chorobowych.

W 9 przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych otrzymał Schirmer <sup>3)</sup> wyleczenie, dzięki wcieraniu maści Credé'go, gorącym okładom na kręgosłup, przemywaniom nosa i małym dawkom trionalu.

Weidmann <sup>4)</sup> poleca maść srebrną jako dobry środek przeciwko zapalnemu obrzmieniu gruczołów i zapaleniu uszu u psów spowodowanemu przez szczypawki.

Dieckerhoff <sup>5)</sup> wcierał maść Credé'go i wstrzykiwał do żył srebro rozpuszczalne w 4 przypadkach płamicy u koni i był bardzo z wyników zadowolony; w dwu natomiast przypadkach zapalenia płuc pomorowego u koni srebro koloidowe nie działało zupełnie.

U nas, w Warszawie, stosowano srebro rozpuszczalne, o ile mi wiadomo, z rozmaitem powodzeniem; jedni (przy sprawach porodowych i róży) otrzymywali wyniki bardzo zachęcające, inni znów (przy ropnicy) nie otrzymali żadnych dodatnich wyników.

W całej kwestyi jedna rzecz rzuca się w oczy, a mianowicie zupełny brak danych doświadczalnych, dotyczących działania srebra koloidowego na ustrój, na bakterye i na zakażenie. Credé wspomina tylko, iż roztwór srebra koloidowego 1:2000 wstrzymuje rozwój gronkowców i paciorkowców i że wkrótce ogłoszone zostaną wyniki doświadczeń z królikami, jak dotąd wszakże nic więcej w danej mierze nie wiemy. Ten wzgląd, jak również bardzo ciekawe własności

<sup>1)</sup> G. Wolfrom. „Einiges über Silber und Silbersalze“ (Allgemeine med. Centr.-Zeitung, 1898, № 42).

<sup>2)</sup> O. Werler. „Ueber chirurgische Erfahrungen mit löslichem metallischen Silber bei der Behandlung von septischen Wundinfectionen“ (Blutvergiftungen) (Deutsche med. Wochenschr., 1898, № 40).

<sup>3)</sup> G. Schirmer. „Einreibungen von Ungt. Credé bei Meningitis cerebro-spinalis epidemica“ (New-Yorker. med. Mtsschr., 1898, X, s. 551).

<sup>4)</sup> Weidmann. „Silber als äusseres und inneres Antisepticum“ (Oesterr. Monatsschr. f. Thierheilkunde, 1898, Aug., s. 369).

<sup>5)</sup> Dieckerhoff, „Die Behandlung der Blutfleckenkrankheit des Pferdes mit Arg. colloidalé Credé“ (Berl. thierärztl. Wochenschr., 1898, № 46).

srebra koloidowego, jako bądź co bądź ciężkiego metalu, obdarzonego rozpuszczalnością w wodzie i w surowicy krwi, wreszcie pochwały wygłaszane przez klinicystów były pobudką do pracy niniejszej.

Dr. Credé raczył łaskawie przesłać nam niektóre prace, dotyczące srebra koloidowego; dzięki jego uprzejmemu pośrednictwu, otrzymaliśmy również z fabryki Heyden'a w Radebeul pewne quantum srebra rozpuszczalnego i maści.

Ponieważ zamierzaliśmy mieć przedewszystkiem do czynienia z roztworami srebra koloidowego, przeto należało zapoznać się z rozpuszczalnością tego ciała i z trwałością roztworów.

Zauważyć tu musimy, iż dla rozpuszczania srebra koloidowego posiłkowaliśmy się wodą przekroploną dwukrotnie w pracowni; zawartość srebra w roztworach określaliśmy przez wyparowanie na kąpeli wodnej pewnej określonej ilości roztworu z następczem przepaleniem w tyglu porcelanowym do stałej wagi. Rostwory trzymane były w chłodnem i ciemnem miejscu, gdyż, jak pokazało doświadczenie, światło i ciepło wpływa wyraźnie na stężenie roztworów, powodując strącanie pewnej ilości srebra w postaci nierozpuszczalnej.

I. Zrobiono roztwór wagowy srebra koloidowego w wodzie przekroplonej w stosunku 1:50. Po kilku dniach płyn przesączono przez bibułę i określono w nim zawartość srebra; stosunek wynosił 1:186.

II. Zrobiono roztwór wagowy 1:100; po 2 dniach roztwór przesączony przez bibułę zawierał srebro w stosunku 1:285; reszta srebra osiadła w nierozpuszczalnej postaci na dnie flaszki w postaci czarnego drobnoziarnistego pyłu.

III. Zrobiono roztwór wagowy 1:50, przyczem rozpuścił się nie wszystek metal; płyn przesączono przez bibułę i określono w nim zawartość srebra; wynosiła ona 1:180; ten sam roztwór po upływie godziny znów dał nieco czarnego nierozpuszczalnego osadu.

IV. Zrobiono roztwór wagowy 1:100, przyczem na dnie flaszki pozostało nieco czarnego osadu. Z ponad osadu wzięto za pomocą pipety 3 ctm. sz. płynu, w których przez wysuszenie, przepalenie i ważenie wykazano 0.0101 srebra metalicznego, co odpowiada rozpuszczalności 1:300.

Po 6 godzinach z tego samego roztworu, trzymanego w miejscu ciemnem, wzięto znów 3 ctm. sz., w których określono 0.0088 srebra, co odpowiada rozpuszczalności 1:341.

Po 16 godzinach w 3 ctm. sz. tego samego roztworu wykryto 0.0085 srebra, co odpowiada stosunkowi 1:353.

V. Zrobiono roztwór wagowy 1:20; na dnie naczynia pozostał obfity osad, a badanie przesączonego płynu wykazało, iż zawierał on srebro w stosunku 1:86.

Z powyższego wynika, iż *argentum colloidalé*, otrzymane z fabryki von Heydena w Radebeul, w części tylko rozpuszcza się w wodzie przekroplonej; duża część metalu osiada w postaci nierozpuszczalnej; roztwory są niestałe i stężenie ich wciąż ulega zmianie przez osiadanie cząsteczek nierozpuszczalnego metalu. Wobec tego dla dalszych doświadczeń zmuszeni byliśmy obrać drogę następującą: część świeżo przygotowanego i przesączonego roztworu używana była do danego doświadczenia, część zaś — do równoczesnego określania zawartości metalu; w ten sposób wprawdzie stężenie użytego roztworu określane było a posteriori, usunięta natomiast była pomyłka, mogąca wyniknąć wskutek niestałości roztworów.

Szereg doświadczeń, których tu przytaczać nie będziemy, dowiódł najzupełniejszej zgodności naszych wyników z wynikami pracy Lottermoser'a i Meyer'a co do działania rozmaitych kwasów i soli na roztwory srebra koloidowego. Dodamy również, iż wodne roztwory peptonu, albumozy oraz bulion odżywczy i przygotowane na nim — żelatyna i agar-agar strącają prawie całkowicie srebro w postaci nierozpuszczalnej. Co się tyczy surowicy krwi, to srebro koloidowe zarówno w czystej surowicy, jakoteż w jej wodnych (10% i 5%) roztworach bezpośrednio się nie rozpuszcza; dla otrzymania roztworu należy surowicę krwi zmieszać z wodnym roztworem srebra koloidowego; z takiego wodno-surowicowego roztworu po zmieszaniu z bulionem odżywym lub żelatyną srebro już się nie strąca.

Ten ostatni fakt ułatwił nam określenie wpływu srebra rozpuszczalnego na bakterye w kierunku powstrzymywania ich rozwoju.

(Dok. nast.).



## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 1. *Medycyna wewnętrzna.*

1. Dr. Groddeck. **O mierzeniu i ważeniu w działalności lekarza.** („Ueber Messen und Wägen in der ärztlichen Thätigkeit.“ Wiener Medicinische Presse, 1899, № 43, 44).

Podczas kiedy nauka lekarska obmyśla coraz to nowe sposoby badania i instrumenty, zapomniano prawie zupełnie o dwóch starych i prostych metodach: ważeniu i mierzeniu. Tymczasem tą drogą dochodzić można nieraz do bardzo ważnych wniosków co do rozpoznania i leczenia choroby. Nietyle zasługuje na uwagę wymiar całego ciała, ile wymiary poszczególnych jego części, stosunek ich między sobą i stosunek ich do całkowitej wagi ciała. Szczególniejsze znaczenie posiadają wymiary brzucha, jako części ciała, przedstawiającej największe wahania co do objętości zarówno w fizyologicznych, jak i w patologicznych warunkach, i ulegającej najłatwiej zastojom w krążeniu. Należy przytem zwracać uwagę nietylko na wielkość brzucha w całości, ale i na wymiary pojedynczych jego części, dlatego autor zaleca mierzyć obwód brzucha w 3-ch miejscach: w pasie, przez pępek i w biodrach, a prócz tego notować wymiar podłużny od wyrostka mieczykowatego do pępka i od pępka do kości łonowej. Na zasadzie licznych spostrzeżeń, autor odróżnia 3 rodzaje powiększeń brzucha: typ okrągły (Rundbauch), gdzie wszystkie wymiary są równomiernie powiększone, typ z powiększoną górną połową (Oberbauch) i z powiększoną dolną połową (Unterbauch).

Odróżnianie tych typów ma ważne znaczenie, gdyż różne typy wywołują często różne zaburzenia chorobowe. Jako przykłady podaje autor przypadki astmy w typie okrągłym brzucha, przewlekłych wymiotów w typie górnym i przewlekłego zaparcia w typie dolnym. Wymiary brzucha w trzech wypadkach typowych były następujące:

	O b w ó d			Wysokość	
	w pasie	przez pępek	w biodrach	górnj	dolnej
				połowy	
Typ okrągły	103	105	111	26	32
Typ górny	84	81	78	23	20
Typ dolny	65	71	91	14	24

Autor nie podaje normalnych wymiarów różnych części brzucha; podług niego częste mierzenie w przebiegu choroby i zestawianie ze sobą otrzymanych cyfr ma większe znaczenie, niż cyfry otrzymane przy jednorazowym badaniu. Jeżeli źródło choroby leży w powiększeniu objętości pewnej części brzucha, co, podług autora, zdarza się dość często, to polepszenia spodziewać się możemy nie

wcześniej, aż dopóki powiększona część brzucha nie zacznie się zmniejszać w stosunku do pozostałych części. Dalej, zwracać należy uwagę na stosunek wymiarów brzucha do wagi całego ciała, do wymiarów klatki piersiowej i wymiarów kończyn. Powiększanie się lub zmniejszanie wagi ciała nie zawsze idzie równoległe ze zmianami w objętości oddzielnych jego części. Autor przytacza wiele przypadków, gdzie, przy sprzyjających warunkach, zmniejszaniu się brzucha towarzyszyło powiększanie się objętości kończyn lub naodwrot. Dlatego autor zaleca szczególniejszą ostrożność przy zalecaniu kuracji tuczających lub odtłuszczających. Choćbyśmy wywołali największe zmiany w wadze ciała, nie osiągniemy polepszenia, jeżeli nie wpłyniemy na pożądaną zmianę w stosunku wymiarów oddzielnych części organizmu chorego. Autor pozostawia dalszym badaniom obszerniejsze rozwinięcie jego myśli, tymczasem zaś ogranicza się przede wszystkim na zaznaczeniu ważności wagi i miarki w rękach lekarza.

Z. Grudziński.

2. R. Lépine. O lewulozuryi, jako osobnej postaci klinicznej i o zboczeniach umysłowych, występujących pod wpływem moczówki cukrowej. („Sur le syndrome lévulsurique de P. Marie et sur les troubles mentaux consécutifs au diabète.“ — La semaine médicale 1896, № 45).

Lekarze francuscy, Marie i Robinson, opierając się na 2 spostrzeżeniach, opisali w roku 1897 nową postać kliniczną, znamionującą się cechami następującymi: 1) melancholia ze skłonnością do samobójstwa; 2) uporeczywa bezsenność; 3) niemoc płciowa; 4) brak albo słabo wyrażone: polifagia, polidipsia i poliuria; 5) ciężar gat. moczu prawie normalny; 6) słabo wyrażony odczyn Trommera i obecność w moczu substancji, polaryzującej wlewo (lewulozy?); 7) szybka poprawa pod wpływem dyety, ubogiej w wodany węgl.

Od tego czasu minęło dwa blisko lata i nie ogłoszono żadnego nowego przypadku lewulozuryi, odpowiadającego powyżej opisanej postaci. Natomiast wiele innych faktów i danych naukowych nasunęło autorowi pewne refleksje i wątpliwości co do istnienia w rzeczywistości, opisanej przez pp. Marie i Robinsona jednostki chorobowej. Fakty te są następujące:

1. U ludzi, dotkniętych bezsennością i używających przez dłuższy czas chloralu, przy braku jakiegokolwiek objawów moczówki cukrowej, znajdowano w moczu substancję, polaryzującą wlewo. Substancja ta (według Musculus i Meringa) jest kwasem uro-chloralowym.

2. Niejednokrotnie opisywano (Lépine, Legrand, Los Santos) napady melancholii w przebiegu moczówki przy zupełnym braku w moczu lewulozy.

3. W kilku opisanych przez autorów przypadkach lewulozurji nie dostrzeżono żadnych zbroczeń umysłowych.

4. U dotkniętych napadami melancholii diabetyków wykazać się dawało zwykle usposobienie dziedziczne nerwowe.

5. Notowano często u diabetyków i innego rodzaju zaburzenia psychiczne, w postaci apatii, napadów senności i utraty pamięci aż do zupełnego ośpienia. W niektórych z tych przypadków znajdował autor na autopsji ogniska rozmiękczenia w substancji białej i w korze mózgowej, zmiany w oponach i stwardnienie tętnic mózgowych.

Na zasadzie tych danych autor dochodzi do wniosku, że 1) lewulozurya, jako osobna jednostka nozologiczna, nie istnieje, a postać, opisana przez Marie i Robinsona, jest zwykłą moczówką cukrową w lekkiej formie, powikłaną zatruciem chloralowem; 2) zwyczajna moczówka, niezależnie od obecności w moczu lewulozy, może wywoływać zaburzenia psychiczne u osobników obciążonych dziedziczną nerwowością, najczęściej w postaci napadów melancholii; i 3) przypadki tego rodzaju należy ściśle odróżniać od innych, gdzie zaburzenia umysłowe zwykle w postaci ośpienia, rozwijają się jednocześnie, ale niezależnie od moczówki, uwarunkowane wspólną wraz z nią przyczyną — stwardnieniem tętnic.

*Z. Grudziński.*

3. Prof. dr. O. Damsch. **O położeniu płynów ruchomych w worku sercowym** (Zur Lage frei beweglicher Ergüsse im Herzbeutel) Zeitschr. f. kl. Med. 38, V—VI.

Wyjaśnienie stosunków układania się płynów w worku osierdzia potrzebnem jest zarówno ze względu na umożliwienie wczesnego rozpoznawania sprawy, jak i przy rozstrzygnięciu pytania, w którym miejscu ma być wykonany wskazany rękoczyn operacyjny. Znane są liczne omyłki, nawet najbardziej doświadczonych klinicystów, którzy przyjmowali ogromne wylewy do osierdzia za rozszerzenia komór i odwrotnie, jak również nierzadkie przypadki zranienia serca przy przekłóciach. Omyłki te pochodzą z niedostatecznego poznania warunków fizykalnych, zachodzących przy zbieraniu się płynów w worku osierdziowym.

Badanie tych stosunków na zwłokach nie odpowiada temu co było za życia, zwłaszcza że usunięcie mostka wprowadza tu zupełnie odmienne niż za życia warunki. Anatomicznie udało by się to pytanie rozwiązać jedynie na zamrożonych trupach osób, u których za życia rozpoznany został wysięk do osierdzia.

Badanie kliniczne samo nie daje również rozstrzygającej odpowiedzi. Najpewniejszy ze znanych nam objawów—szmer tarcia przy wysiękach zapalnych — zawodzi i w jednym i drugim kierunku, t. j. przy obecności jego płynu może nie być i, odwrotnie, płyn może być bez tarcia; tarcie dowodzi jedynie, że w miejscu jego powstawania ma jeszcze miejsce zetknięcie się obu listków osierdzia. Przy zebra-

niu się większych ilości płynu rozstrzygające dane otrzymujemy z mniej lub więcej charakterystycznej figury tępości — trójkąt zwrócony w górę z zaokrąglonym wierzchołkiem. Trzeba zwracać przytem uwagę na to, że lewy brzeg trójkąta przechodzi tu na lewo od miejsca wyzuczenia uderzenia wierzchołkowego serca. Te dane, jak również zniesienia uderzenia wierzchołkowego i osłabienie tonów serca mają miejsce tylko przy znacznie większych ilościach płynu.

Do omyłek rozpoznawczych w omawianej sprawie przyczyniło się niemało ogólnie przyjęte zdanie Skody, że płyn zaczyna zbierać się u podstawy serca, u wyjścia wielkich pni naczyniowych, ponieważ serce, jako cięższe gatunkowo od płynu, wypycha go do góry. Na błędności tego twierdzenia zwrócili uwagę Rotch i Ebstein. Rotch zauważył, że płyn zbiera się na dnie worka i obecność jego przejawia się przy perkusji zwiększeniem się tępości w prawem piątem międzyżebżu.

Zdanie swe oparł Rotch na doświadczeniach na trupach ludzkich, na których robił zastrzykiwania roztopionego oleju kakaowego do worka osierdzia. Ebstein poparł ten pogląd badaniami klinicznymi.

Doświadczenia Rotch'a budzą pewne wątpliwości z powodu zarówno użycia nieodpowiedniego, łatwo zastygającego materiału, jak masło kakaowe, jak również z powodu metody operacyjnej — dochodzenia trójgranicem do osierdzia przez przeponę, wskutek czego warunki ciśnienia w jamie brzusznej i klatce piersiowej ulegały zmianie. Po wtóre R. nie uwzględniał położenia samego serca pośród płynu, co bardzo jest ważnem do poznania przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych.

Dla osiągnięcia możliwie pewnych wyników należałoby, oszczędzając oile można stosunki fizykalne jam sąsiednich, wlewać odmierzone ilości płynu o ciężarze gatunkowym wysięków, płynu, który by zastygał dopiero po pewnym czasie. Do postulatu tego zbliża się Schaposchnikoff w świeżo ogłoszonej pracy, który po obnażeniu osierdzia przez usunięcie mostka wstrzykiwał doń roztwór żelatyny albo rozpuszczoną parafinę, lub mieszaninę gumy, żelatyny i gliceryny w wodzie.

Autor dochodził do osierdzia przez rezeckę 5 lub 6 lewej chrząstki, oszczędzając opłucną, i wprowadzał rurkę przez nacięcie zaledwie paru-milimetrowe. Przy rurce istniały obmyślone przez autora zaciskadła, które szczelnie zamykały otwór przecięcia. Jako płynu używał autor 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% roztworu agaru, C:G.0.98, ciśnienie wlewania wynosiło 1 m.

Autor uznaje, że i w tych warunkach doświadczenie nie odpowiada warunkom życiowym, głównie dotyczy to rozciągliwości osierdzia, która na trupie musi być znacznie większą. To też udawało mu się wlewać najwyżej 500 cc. sz., podczas gdy wysięki dochodzą do 1000 i więcej.

Za to brak ruchu serca nie może tu mieć, według autora, większego wpływu na wynik układania się płynu.

Osierdzie, jak mówi Henle, otacza serce jak mokra koszula, a więc nie jest napięte; co daje możność odbywania się zmian objętości serca. Przy napełnianiu umiarkowanym worka ściany jego nie naprężają się i wygląd warunkuje się ogólnymi prawami fizycznymi— jak ciężar, podatność brzegów płuc. Przy silniejszym wypełnianiu następuje rozciągnięcie ścian.

Antor dokonał 8 doświadczeń, których wyniki, oprócz dokładnego opisu, ilustruje fotografiami serca z osierdziem, w całości i w rozmaitych przekrojach.

Z doświadczeń tych okazuje się, że małe ilości płynu zbierają się zawsze w najniższych ustępach osierdzia. Ponieważ zaś przepona, będąca podstawą osierdzia, chyli się ku stronie lewej, przeto przedewszystkiem płyn zbiera się w okolicy wierzchołka. Przy większych ilościach dochodzi on do poziomu, na jakim stoi przepona na prawo, i zbiera się i w prawej stronie worka. Wtedy, przy zachowaniu ruchomości brzegów płucnych, wskutek ich rozsunięcia otrzymujemy charakterystyczny trójkąt oraz kąt pomiędzy tępością serca i tępością wątroby (Herzleberwinkel). Stosunki te wytwarzają się w położeniu ciała prostopadłem.

Przy położeniu poziomem serce cofa się wгłęb i wyciska płyn ku przodowi i ku przeponie, a następnie dopiero — przy większych ilościach wysięku — następuje wypełnienie części bocznych, jak w położeniu pionowym.

Przy większych ilościach płynu wchodzi w rolę rozciągliwość worka i podatność sąsiednich narządów: przepony, wątroby i klatki piersiowej. Postać worka staje się wtedy zaokrągloną, a tępość rozszerza się ku obu stronom i ku górze.

We wszystkich prawie przypadkach, wyjątek może stanowić te przypadki, gdzie serce znacznie jest przerośnięte, płyn pokrywa przednią powierzchnię serca; z tyłu, nawet przy znacznych ilościach płynu zawsze na pewnej przestrzeni powierzchnia lewej komórki styka się z listkiem zewnętrznym. Ta okoliczność umożliwia powstawanie szmeru tarcia nawet przy dużych wysiękach, o ile w miejscu zetknięcia istnieją złogi włóknikowe.

Obecność wysięku wywiera różny wpływ na wielkie naczynia. Najbardziej wystawioną na ucisk jest żyła dolna, o wiele mniej górna, jeszcze mniej żyły płucne; aorta więcej niż tętnica płucna.

Co się tyczy wskazówek, wynikających z powyższego dla praktycznego pytania przekłucia osierdzia, to, gdyby nie chodziło o opłucną, należałoby dla całkowitego opróżnienia małych wysięków kłuć w najniższej części worka sercowego zaraz nad przeponą — w okolicy uderzenia wierzchołkowego. Ponieważ jednak należy unikać zranienia opłucny z obawy zakażenia jej, przeto najpewniej będzie wybrać dla przekłucia obszar normalnej tępości serca w 5 lub 6 międzyżebżu. W tym znowu wypadku grozi niebezpieczeństwo zranienia Vasa mammaria. Najbezpieczniej przeto będzie wkłuć cienki trójkąt tuż u lewego brzegu mostka skośnie ku l. medianą i przeprowadzić pochewkę do uchyłku worka, mieszczącego się między ścianą klatki piersiowej i przepony, do którego serca nie sięga nigdy.

Prowadząc następnie pochwę po powierzchni przepony można stopniowo opróżnić prawie całą zawartość. Nawet przy mocno przerośniętych sercach, z czem przy punkcyi osierdzia zawsze trzeba się liczyć — ten wybór miejsca daje najwięcej rękojmi, że się nie zrani serca.

Toż samo miejsce jest najodpowiedniejsze do wykonania rezekcyi chrząstki żebra przy potrzebie otwarcia osierdzia przez cięcie.

*O. Hewelke.*

4. Prof. dr. Hermann Eichhorst. **O cierpieniach mięśni w przebiegu rzeżączki cewki moczowej.** (Deut. Med. Woch., № 42, 1899).

Cierpienia mięśni w przebiegu rzeżączki cewki moczowej nie były prawie dotąd spostrzegane. Autor zebrał kilka takich przypadków, pomiędzy nimi jeden Bujwida. Trzy zaś tylko mogą być bezspornie do grupy tej zaliczone: dwa przypadki Rona i jeden spostrzegany przez autora na klinice Zurychskiej. Z nielicznej tej kazuistykii wyprowadzić stara się Eichhorst ogólniejsze wnioski.

Cierpienie mięśni pochodzenia tryprowego powikłać może zarówno ostrą, jak i przewlekłą rzeżączką. Przypadki Rona należały do drugiej kategorii, Eichhorsta do pierwszej. Cierpienie to dotyczyło dotąd jedynie mężczyzn i mięśni dolnych kończyn. Z przypadku autora wnioskować można, że choroba rozpoczyna się nieznacznie poruszeniami gorączkowemi. Zajęcie mięśni wywołuje silne bóle, ból ten wyprzedza na dni kilka wystąpienie innych objawów miejscowych ze strony mięśni. Bóle powodują w mniejszym lub też większym stopniu bezczynność zajętej kończyny. Objawy miejscowe ze strony mięśni, oprócz wyżej wspomnianego bólu, polegają przedewszystkiem na wystąpieniu lekko wyczuwalnego stwardnienia mięśnia, ponad którem skóra pozostaje ruchomą i niezmienną. Stwardnienie to znika bardzo powoli. Dla tej zmiany w mięśniach utworzono narazie nazwę tryprowe twardniejące (sclerosirende) zapalenie mięśni.

Przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z zakażeniem mięśnia zarazkowym, wychodzącem z cewki, ma zdaje się bardzo dużo za sobą racyi. Mała skłonność owego stwardnienia do ropienia, oraz długotrwałość jego w status quo przemawia za tem, że zmiany te wywołują gonokoki, a nie inne ropne drobnoustroje, jak gronkowce lub paciorkowce. Zresztą, rzecz tę dopiero dalsze badania bakteryologiczne wyjaśnić zdołają.

*H. Kucharzewski.*

## II. Choroby układu nerwowego.

5. P. Schuster i K. Mendel. *Neuritis optica jako powikłanie chorób układu nerwowego.* („*Neuritis optica als Complication bei Erkrankungen des Nervensystems.*“ *Neurolog. Centralblatt*, № 22 i 23, 1899 r.).

Rendu (1891), Berkhart (1895), Pick (1898) podali *przypadki neuritidis opticae*, doprowadzającej do zaniku nerwu, a *towarzyszące objawom władu rdzenia*. Schuster i Mendel dodają do tego przypadku spostrzegany w r. 1897 — 99 na klinice prof. Mendla. Dotyczy on 39-letniego mężczyzny, który przechodził szankra, nie był specyficznie leczony, a u którego w kwietniu 1896 r. na podstawie strzykających bólów, myosis, nierówności źrenic, braku odruchów ścięgowych, hypalgesii, rozpoznano wład rdzenia. Dno oka przedstawiało się wówczas prawidłowo, lecz były już napady zawrotów, utraty przytomności, wymiotów. W ciągu następującego 1½ roku wystąpiły napady drgawkowe i zaburzenia wzroku. W październiku 1897 r. stwierdzono obustronną neuritidem opticam. Pod wpływem leczenia wcieraniami nastąpiła poprawa wzroku, lecz objawy władu rozwijały się dalej, a w r. 1899 badanie wykazało atrophiam n. optice neuritide.

We wszystkich odnośnych przypadkach, obok objawów władu, występują objawy podrażnienia mózgowego i neuritis optica. Nie jest to zatem przypadkowe. Najprawdopodobniej wład rdzenia wikła się objawami przymiotu mózgu. W przypadku Picka badanie pośmiertne wykazało, prócz władu, meningitidem chronicam rdzenia i mózgu prawdopodobnie przymiotowej natury. Przeciw rozpoznaniu pseudotabes syphilitica e. neuritide optica przemawia dalszy rozwój władu po leczeniu specyficznem, a ustąpienie objawów mózgowych. Przeciw przyjęciu powikłania władu guzem mózgu przemawia ogół objawów klinicznych.

Dalej do opisanych już dodają autorowie 2 przypadki *neuritidis opticae wklajającej polyneuritis*.

1) 22-letni mularz. Wyklucza przymiot, zatrucie wyskokowe i choroby zakaźne. W skutku urazu górnej kończyny prawej w marcu 1896 r. wystąpiła choroba nagle osłabieniem i niezręcznością ruchów w tej kończynie. Osłabienie po tygodniu przeszło na lewą kończynę górną. Kończyny te schudły nieco, zresztą objawy czuciowe bardzo nieznaezne. W końcu kwietnia dno oka prawidłowe. Najważniejszym objawem ataxia w ruchach palców, nadto ruchy atetotyczne. Czucie na wewnętrznej powierzchni palców i ręki nieco przytępione, ucisk na punkt Erba i nerwy górnych kończyn nieco bolesny, zmysł stereognostyczny bardzo niedokładny. W dolnych kończynach brak zaburzeń ruchomych lub czuciowych, odruch kolonowy wzmożony. Badanie elektryczne nie wykazało zбочeń. Późniejsze badanie oczu wykryło z lewej strony neuritidem opticam ze

ze skotomatem ośrodkowym i lekkim dośrodkowym zwężeniem pola widzenia; z prawej strony zblednięcie brodawki, siła wzroku i pole widzenia prawidłowe. Leczenie jodowe bez wyraźnego skutku. Chory wyzdrowiał po wielu miesiącach.

2) 41-letni chory wstąpił na klinikę we wrześniu 1893 r. był zatruty wyskokiem. Zachorował przed tygodniem. Osłabienie i bóle rwące zrazu w prawej, wkrótce i w lewej kończynie dolnej, tak że od 3-ch dni niemożliwe stanie, ani chodzenie. Od 2-ch dni osłabienie i ból w kończynach górnych. Bezsenność, niepokój. Od wczoraj ruchy twarzy i mowa utrudnione. Lewa żrenica szersza od prawej, nie oddziaływa na światło, prawa oddziaływa słabo. Osłabienie również nieco oddziaływanie akomodacyjne. Z obu stron neuritis optica. Facialis, hypoglossus z obu stron paretyczne. Paresis kończyn z prawej strony większa, paresis mięśni tułowia. Ogólna hyperaesthesia. Nigdzie zaników niema, plexus brachialis z obu stron na ucisk bolesny. Elektryczne obniżenie pobudliwości. Brak odruchów kolanowych, na cremaster, brzusznych, — podeszwowy słaby. W dalszym przebiegu nieregularność pulsu, zaburzenia polykania. W końcu wyzdrowienie. Rozpoznanie było: polyneuritis alcoholica c. neuritide optica.

W 1-ym przypadku rozpoznanie mogło się wahać między polyneuritis z cierpieniem rdzenia, lecz symetria w zajęciu górnych kończyn, paraesthesiae w początku wrażliwość na ucisk nerwów, a ostatecznie zajęcie pomyślnie przemawiają za postacią ataktyczną polyneuritidis interesującą powikłaniem c. neuritide optica.

Objawy w 2-im przypadku nie zostawiają wątpliwości co do polyneuritis ascendens. Interesującym jest udział nerwów mózgowych, może więc była meningitis basilaris jako powikłanie?

Od czasu gdy Erb w 1876 ogłosił 1-szy przypadek *neuritidis opticae w myelitis acuta*, liczba spostrzeżeń wzrosła. Autorzy dodają dwa następujące:

1) 23-letni chory dziedzicznie obarczony, do 6 lat życia miewał padaczkę. Brak przymiotu, alkoholizmu, niktynizmu. Przed 2-ma tygodniami mroczki w lewym oku. Po tygodniu stwierdzono neuritidem opticam acutam, a po paru dniach toż samo w prawem oku. Od 3-ch dni zupełna amaurosis. Przed samem wstąpieniem do kliniki paresis obu kończyn dolnych, większa z lewej strony, zatrzymanie moczu. Podniesienie ciepłoty do 38.8, p. 112, paresis prawego m. interni, zresztą nerwy czaszkowe i górne kończyny wolne.

Zupełne porażenie dolnych kończyn i znieczulenie w kierunku ku dołowi cor z większe, a ku górze dochodzące z przodu na 2 palce niżej sutki, z tyłu do kąta dolnego łopatki. Żadnych bólów samostnych, ani na ucisk. Odruchów kolanowych, na cremaster i podeszwowych brak. Zatrzymanie stolca i moczu.

W przebiegu dalszym gorączka, wczesny decubitus. Anaesthesia i paresis obejmują kończyny górne, lecz następnie granice zaburzeń czuciowych opuściły się: analgesia sięga do kolan, anaesthesia dotykowa do dołu brzucha, amaurosis mniejsza. Chory liczy palce na odległość 3-ch stóp prawem okiem, na odległość 1½ stopy le-



wem. Oddziaływanie źrenic lepsze, Na kilka dni przed śmiercią znowu pogorszenie wzroku i stwierdzono atrophiam n. optici.

Z nerwów mózgowych przyjęły udział: facialis lewy: ptosis, zwłaszcza z lewej strony, język i podniebienie miękkie zbaczają w lewo, oba abducentes i m. interni paretyczne.

Badanie pośmiertne nie wykazało śladów przymiotu. Rozsiane myelitis od dolnego odcinka do okolicy szyjowej ze zgrupowaniem ognisk dokoła naczyń. W nerwach wzrokowych zmiany podobne: neuritis interstitialis acuta. Inne nerwy zajęte wykazały także zmiany neuryczne. Opony mózgu i rdzenia niezmienione.

2) 32-letnia chora. W 3 tygodnie po poronieniu neuritis optica retrobulbaris dextra, mimo kuracyi doszło do ślepoty. Po miesiącu osłabienie zrazu lewej, wkrótce prawej kończyny dolnej. Incontinentia alvi et urinae. Bóle w łopatkach i górnych kończynach. W chwili wstąpienia na klinikę 25 grudnia 1894 r. źrenice rozszerzone nie oddziałują. Z prawej strony atrophiam n. opt. z lewej neuritis optica. Lekka paresis facialis z prawej strony. Siła mięśniowa górnych kończyn słaba. Od 2-go kręgu grzbietowego ztyłu i od 2-go odstępu międzyżebrowego z przodu w dół czucia bólowe i dotykowe na tułowiu i dolnej kończynie zupełnie prawie zniesione. Powyżej brak sfery nadszłości. Ruchy tułowia upośledzone. Dolne kończyny zupełnie porażone, brak zaników, nadszłości na ucisk nerwów. Sensorium i mowa wolne. W dalszym szybkim przebiegu k. górne coraz słabsze, oddech powierzchowny, postępujące osłabienie pobudliwości elektrycznej, lecz brak oddziaływania zwyrodnienia, ból w karku, połykanie i mowa trudne, ciągła gorączka, śmierć. Badanie pośmiertne: myelitis haemorrhagica acuta od części szyjowej do lędźwiowej. Neuritis optica, opony mózgowie zdrowe. Żadnych zmian przymiotowych w naczyniach.

Oba przypadki podobne pod względem rozwoju. W obu objawy oczne *wyprzedzają*, w 1-ym na 12 dni, w 2-im na 4 tygodnie. W obu nerwy mózgowie ruchowe zajęte: w 1-ym faciales, abducentes, m. recti interni, hypoglossus sinister, ptosis obustronne. W 2-im paresis facialis, zatem połykanie, mowa. Pogląd, że neuritis optica poczyna się jako retrobulbaris, potwierdza 2-gi przypadek. W obu przypadkach myelitu nie znaleziono meningitis. W 2-gim przypadku polyneuritisis c. neurit. optica autorowie przypuszczają, że proces neurytyczny rozwinął się pierwotnie w n. wzrokowym bez udziału opon, również jak w myelitis.

Rzeczniowski.

6. Regnault. Światło barwne w leczeniu chorób nerwowych. („La lumiere colorée en therapeutique nerveuse.“ Revue de l'hypnotisme. Juillet, 1899).

Oddawna już zauważono, że zarówno oddzielne jednostki, jak i całe narody lub rasy, stosownie do swego stałego lub czasowego

nastroju psychicznego, przekładają te lub inne barwy. Dzieci, a także narody, stojące na niskim szczeblu rozwoju umysłowego, ceniące jedynie siłę fizyczną i energię, przekładają zazwyczaj kolory jaskrawe, szczególnie czerwony. Kobiety, którym, z powodu właściwości ich natury, imponuje przedewszystkiem siła fizyczna, również więcej niż mężczyźni mają pociągu do barw jaskrawych.

W Nowej Zelandyi dość jest np. bylejaki przedmiot pomalować na czerwono, ażeby stał się wyobrazicielem sił nadnaturalnych, żeby się stał „*tabu*“ — święty, nietykalny.

U wojowniczych Rzymian barwa czerwona była przywilejem najwyższych dostojników, czego pozostałością służy dotychczas purpura panujących lub książąt kościoła katolickiego (kardynałowie, prymasi). W strojach wojskowych obecnej jeszcze epoki barwa czerwona odgrywa także przeważną rolę.

W niektórych częściach świata barwa czerwona dzieli się swem znaczeniem z barwą żółtą. — Wschód mianowicie Azji (Mongolia, Tybet, Chiny) nadaje takie znaczenie kolorowi żółtemu, jakim w Europie cieszy się kolor czerwony.

Barwy zaś łagodne, jak biała, a szczególnie fioletkowa i niebieska, używane bywają przez większość ludów w zupełnie innym znaczeniu.

Stanowią one przeciwieństwo czerwonej — oznaczają spokój, przewagę ducha nad ciałem, uspokojenie namiętności.

Przy purpurze wodza wojowników rzymskich widzimy białą szatę westalki. Obecnie również, prócz kardynałów (to jest przywódców, książąt kościoła, oznaczających jego władzę), widzimy kolory białe i fioletowe, a także czarne w strojach duchowieństwa. Murzyn-mahometanin dla odróżnienia się od murzyna-poganina, przywdziewa barwy niebieskie, — poganin kładzie strój czerwony.

I jakąż przyczyną tego wyboru? Pierwszy Wundt zwrócił uwagę na to, że rozmaite promienie widma, nie jednakowo działają na układ nerwowy. Jedne z promieni barwnych, jak np. pomarańczowa, czerwona i żółta posiadają działanie podniecające, barwy zaś fioletowa lub niebieska działają łagodząco, kojąco. Właściwości te, opracowane przez Feré, Raffgeau'a i Regnaulta, posłużyły do zastosowania światła barwnego i w lecznictwie szczególnie cierpień nerwowych, gdzie okazały się dzielnym środkiem pomocniczym. Wskazania dla stosowania chromo-terapii są bardzo proste. U chorych przygnębionych, apatycznych, w stanach zadumy, hypochondryi i t. p., wogóle wszędzie, gdzie chodzi nam o podniecenie układu nerwowego, winniśmy całemu otoczeniu chorego nadać barwy podniecające — czerwone szyby w oknach, żółte obicia i meble będą tu bardzo na miejscu. Odwrotnie zaś, w stanach silnego podniecenia, u chorych niespokojnych, winniśmy dać łagodne światło niebieskie i usunąć przedmioty zabarwione na żółto lub czerwono. Wyniki otrzymane przez tych, którzy ową metodę stosowali w licznych przypadkach chorobowych, uzyskały dla niej zupełne prawo obywatelstwa w lecznictwie.

K. Wisłocki.

### III. Choroby dzieci.

#### 7. Combe (Lozanna). Nowy znak rozpoznawczy odry w okresie wylegania. (Arch. de Med. des Enf., II, 1899).

Autor od 2-ch lat bada (zarówno w klinice, jak i w mieście) zmiany hemoglobiny, oraz ciałek krwi, zwłaszcza białych w chorobach zakaźnych u dzieci.

Korzystając z epidemii odry, Combe badał zmiany ilościowe i jakościowe ciałek krwi dzieci dotkniętych tą chorobą. Dotychczasowe badania autora, wymagające jeszcze dalszych spostrzeżeń, wykazały, że w ciągu 2-ch ostatnich dni stadii invasionis i podczas całego okresu wysypki krew dziecka przedstawia znaczną hypoleukocytozę; przytem leukocyty polinuklearne neutrofilowe prawie absolutnie znikają; tak np. na 2-gi dzień wysypki prawie wszystkie białe ciała są limfocytami (mikro- i makro-), których ilość zdaje się powiększoną. Stąd C. wnioskuje, że toksyna odrowa jest ujemnie chemotaksyeczna dla szpiku kostnego (ogniska wytwarzającego komórki polinuklearne neutrofilowe) i, być może, dodatnio chemotaksyeczna dla śledziony i gruczołów chłonnych (ogniska produkcji limfocytów).

Na poparcie swoich poglądów o hypoleukocytozie w początkach odry, C. podaje parę przykładów, z których przytaczamy jeden:

Chłopiec 13-letni: stadium invasionis trwa od 22-go do 26-go lutego 1899 r.; normalna leukocytoza: 6000; 25/II 3600, 26/II 4160, 28/II 5300.

Uważając leukocyty wielojądrowe (polinuklearne) za obrońców organizmu wobec mikrobów, autor dowodzi, że co najmniej przez 6 dni ustrój osobnika, dotkniętego odrą, pozbawiony jest tych czynników obrony od drobnoustrojów chorobotwórczych.

Hypoleukocytoza przeto ma znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne ze względu na rozpoznanie, rokowanie i leczenie.

Co do rozpoznania: wysypki, zbliżone do odry, nie zmieniają leukocytozy lub zwiększają ją, płonice cechuje hyperleukocytoza, ru-beola i la suette jeszcze niezbadane pod względem hematogenezy. Nadto C. zauważył, że w odrze, jak w tyfusie, hypoleukocytoza idzie w parze z diazoreakcją Ehrlicha.

Wskazówki dla leczenia: izolacja, unikanie chorych na bronchopneumonia i inne choroby zakaźne, oraz antyseptyka, częste przemywanie ust. Najbardziej zaraźliwa jest odra w okresie invasionis. Izolacja w czasie wysypki jest iluzoryczna, natomiast wskazana w okresie inkubacji.

B. Polikier.

8. **Sevestre i Bonnus. O zapaleniach krtani z objawami duszenia się w początkach odry.** („Des laryngites suffocantes au début de la rougeole.“ Archives de Médecine des Enfants Février, 1899).

W początkach odry zdarzają się, aczkolwiek rzadko, ciężkie objawy ze strony krtani. O przypadkach tego rodzaju wspominają Rilliez i Barthez, Trouseau, oraz Dechont, Blanckaert, West, Cadet de Gassicourt, Hebra i in.

W ciągu ostatniego roku autorowie spostrzegali wiele przypadków tego rodzaju. Trzy takie spostrzeżenia opisują w artykule streszczanym.

Pierwszy dotyczył dziecka 18-miesięcznego, u którego objawy ze strony krtani były tak groźne, iż wymagały zastosowania intubacji, po której nastąpiła ulga; po 3-ich dniach ukazała się wysypka odrowa. Przypadek zakończył się wyzdrowieniem. Hodowla wykazała liczne kokki i nieznaczną ilość bardzo krótkich laseczek barwiących się metodą Gramma — nie dyfteryecznych. Drugi: dziecko 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-boczne również z powodu objawów sufokacyjnych intubowane. Po 2-ich dniach wysypka odrowa. W 4 dni po wyjęciu rurki początek rronchopneumonii z przebiegiem łagodnym; hodowle na surowicy: gronkowce i paciorkowce. Trzeci: dziecko 2-letnie w czerwcu 1897 roku zasięgało porady z powodu krztuśca od 1 m. trwającego, z objawami zapalenia krtani i wciąganiem (tirage), poczem rychło wyzdrowiało; 29-go grudnia bez żadnej przyczyny duszność silna, zwiększająca się i suffokacyjna. Intubacja spowodowała poprawę. Nazajutrz wysypka odrowa, katar; 31 grudnia wyjęto rurkę; wkrótce bronchopneumonia i mors.

Autorowie są tego zdania, że w przypadkach groźnych nie należy zwlekać z tracheotomią, a przedewszystkiem z intubacją.

*B. Polikier.*

9. **H. Koplik. Krwotok płucny po punkcyi próbnej (klatki piersiowej) u dziecka.** (Arch. of Pediatr., August, 1899).

Panuje powszechnie przekonanie, że przekłucie próbne klatki piersiowej jest zabiegiem nieszkodliwym. Tegoż samego zdania był i autor przez czas długi, dopóki nie przekonał się, że zdarzyć się może ewentualność, wymieniona w nagłówku streszczanego artykułu. Z tego powodu autor nie zgadza się ze zdaniem, iż należy uciekać się w celu rozpoznawczym do punkcyi, gdy dziecko przebyło zapalenie płuc i nie przestaje gorączkować. Według niego, przystępować do punkcyi należy tylko wtedy, gdy znajomość objawów fizykalnych i doświadczenie stańd nabyte lekarza do tego upoważniają. Autor opisuje kilka przypadków, w których na wspólnej naradzie znalazł objawy zapalenia płuc i w których dokonane pomimo to punkceje nie wykazały obecności płynu. Następnie opisuje podobny przypadek

u 9-cio miesięcznego dziecka, u którego z powodu nieznikania gorączki ordynujący lekarz nalegał na zrobienie punkcji; przypadek ten zakończył się jednakże pomyślnie bez uciekania się do tego zabiegu.

Autor spostrzegł 4 przypadki, w których pojawił się krwotok już to przez usta, już to przez usta i nos i, co najdziwniejsza, w żadnym z nich nie znaleziono płynu.

Tam prawdopodobnie były zrosty płuc z opłucną, igła przeto wprost przeszła do płuc i zraniła naczynia krwionośne. Występowały wtedy oznaki niepokoju dziecka, krew ustami lub nosem i kaszel. Objawy te przypominają poniekąd krwotoki u zwierząt w pracowniach doświadczalnych.

Po przekłuciu klatki piersiowej u małych zwierząt pojawia się krwotok z ust i nosa, poczem zwierzę zdycha od pewnego rodzaju uduszenia.

Dla zwierząt większych wyniki punkcji są mniej niebezpieczne. Autor sądzi, że i u dzieci w pewnych razach (np. przy haemophilii) nastąpić może śmierć.

W końcu autor powiada, że nigdy nie robi więcej, niż jedną punkcję. Igła powinna być wetknięta w to miejsce, gdzie stłumienie jest najznaczniejsze; nie powinna być zbyt gruba, najwyżej grubość 1 mm.; nie powinna przenikać zbyt głęboko, najwyżej 2 cm. Wyjęcie powinno odbywać się szybko i cały zabieg nie powinien trwać dłużej nad  $\frac{1}{2}$  minuty.

*B. Polikier.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

10. Bodin upatruje przyczynę śmierci słabych lub też niedonożonych noworodków w spadku ciepłoty zaraz po wydaniu ich na świat, co u wspomnianych noworodków ma miejsce w znacznym stopniu. Dzięki samemu tylko ogrzewaniu ciała udawało się uratować życie wielu tego rodzaju osobnikom. Niebezpiecznie jest przenosić niedonożonych noworodków przez nieogrzewane przestrzenie podczas zimy. (L'obstétrique, 1899, № 2).

*Wł. Stan.*

11. Mirabeau opisuje u siebie samego przypadek zakażenia gonokokami wskutek ukłucia się w palec podczas operacji zeszywania cz. pochwowej u chorej, która poprzednio leczyła się u autora z powodu trypra. Zapalenie naczyń chłonnych ręki i gruczołów pod pachą, na miejscu zakłucia maleńki ropień, badanie wykazało gonokoki. Podniesiona ciepłota i opuchnięcie wkrótce zaczęły znikać, lecz na długi czas pozostał tylko ból w stawach palca. Przypadek powyższy dowodzi, iż gonokoki są szkodliwym czynnikiem nie tylko na błonach śluzowych, lecz i w tkance podskórnej, gdzie nie znajdują odpowiednich dla siebie warunków i wkrótce giną. Szkodliwość gono-

koków autor widzi w toksynach, powstających po ich śmierci, toksyny owe nlegają wessaniu i dają obraz ogólnego zakażenia organizmu. (Centralblatt f. Gyuäk., № 41, 1899). *Wl. Stan.*

12. W celu usunięcia **obcych ciał z nosa** zaleca Felizet (Jour. des Practiciens) następujący sposób, używany przezeń z zadawalniającym wynikiem od lat 5-ciu. Otóż do zdrowego nozdrza wstrzykuje strumień ciepłej wody z solą o umiarkowanym ciśnieniu, który, powracając przez tylną część zatkanego nozdrza, wypycha obce ciała całkiem nazewnątrz, albo o tyle, że można je ująć za pomocą szczypczyków.

(Arch. of Pediatr., August, 1899).

*B. P.*

13. Dezirot (Journal de Médecine, 28/VIII 1898) zebrał dane, dotyczące 48 przypadków **choroby Addisona u dzieci**, co dowodzi, iż cierpienie to nie jest tak wielką rzadkością w wieku dziecięcym, jak przypuszczano. Najmłodsze dziecko liczyło 4 dni, najstarsze lat 14<sup>1/2</sup>. Objawy tego cierpienia, zależnego od gruźlicy, są niejednakowe: osłabienie, niedokrwistość, utrata wagi, zaburzenia przewodu pokarmowego, zazwyczaj drgawki, przebieg ma być szybszy, niż u dorosłych, leczenie wyciągiem nadnerczy miało dać dobre wyniki.

(Arch. of Pediatr., August, 1899).

*B. P.*

14. Campbell Williams. **Syphilis congenita**. Syfiliś wrodzona nastęrcza nam przedewszystkiem pytanie: dlaczego u dziecka, na pozór zupełnie zdrowego, pierwsze objawy przymiotu występują dopiero w 8 — 10-ym tygodniu po przyściu na świat. Taki przeciąg czasu odpowiada mniej więcej przerwie pomiędzy zarażeniem się a wystąpieniem objawów skórnych w przymocie nabytym. Przyczyna, zdaniem autora, jest ta, że ustrój płodu, przebywającego w macicy, stanowi całkowitą, integralną część ustroju matki i te czynniki, które wstrzymują wybuch objawów zewnętrznych choroby u matki, działają również i tak samo na ustrój płodu. Dopóki płód pozostaje pod wpływem tych czynników, wolnym zostaje od objawów, z chwilą wszakże wyjścia z pod tego wpływu przy porodzie, ukryty jad zaczyna w nim działać, by wreszcie po 3 — 8 tygodniach wykazać swoją obecność.

*Fr. G — yć.*

15. Westphalowi i Wassermannowi z Berlina udało się ze krwi chorego zmarłego na płasawicę poreumatyzmową wyhodować paciorkowca, który zaszczepiony w krew zwierzętom wywołuje specyficzne zapalenie stawów. Tak doniosłych wyników żaden z badaczy w tym kierunku jeszcze nie otrzymał. Wasserman spodziewa się, że mu się uda wyosobnić drobnoustrój, wywołujący ostry gościec stawowy.

(Berl. Kl. Woch., № 29, 1899).

*H. K.*

16. Dr. Mariani badał **przyczyny paraliżu postępującego** w 250 przypadkach tej choroby i znalazł, że najczęstszą przyczyną jest dziedziczność cierpien nmysłowych u 56 osób; nadużycia wyskokowe

u 37, epilepsya, hysterya i choroby norwowe u 32, przekrwienia mózgu u 15. Przymiot i przeciążenie pracą umysłową mogą być uważane tylko jako czynniki współdziałające.

(Wr., 50, 1711).

O. H.

18. Dr. Planhenge przedsięwziął na kilku chorych staranne badanie nad **przemianą materii przy żywieniu ławatywami odżywcami**. Ławatywy białkowe i tłuszczowe (somatoza, jaja, śmietanka, mleko) nigdy nie ulegały wessaniu w całości; szczególniej mało ulegają wessaniu jaja i mleko, więcej somatoza, zwłaszcza przy dodaniu soli. — W najkorzystniejszych razach w 24 przyswaja się 24 grm. białka (koło 190 kaloryi), tłuszczu przyswaja się 10 grm. dziennie. Najlepiej wchłaniają się węglowodany, cukier trzcinowy i wyskok w rostorach 5—10%. Maximum przyswojonego tą drogą materiału nie przewyższa 600—800 kaloryi.

(Wien. Med. Pr., 52).

O. H.

19. Prof. R. Kobert, badając **spożywcą wartość grzybów jadalnych**, zauważył, że przeważna część azotu grzybów pochodzi z amidokwasów, nie mających znaczenia dla przyswajania.

Trawienie grzybów bywa bardzo różne u różnych osób, u wielu wychodzą one bez zmiany w kale; komórki ich składają się z chininy, która się wcale nie wchłania. Pożytek wypływa z zawartości swoistego im cukru (Pilzzucker), a przytem stanowią one ważną pożywkę.

Surowych grzybów nie należy spożywać. Wiadomo przytem, że potrawa z grzybów wczoraj zupełnie dobra i zdrowa, na drugi dzień może być trująca. Zależy to zapewne od przemiany obecnej we wszystkich prawie grzybach okolicy, która pod wpływem gorąca zamienia się na trującą neurynę. Autor zachęca do przemysłowego uprawiania grzybów.

(Wr., 50, 1712).

O. H.

## V. Kongres międzynarodowy w Brukseli

dla przeciwdziałania szerzeniu się syfilisu.

Dnia 8-go września r. b. ukończył swoje posiedzenie zjazduczonych, zwołany do Brukselli w celu poznania i obmyślenia środków do walki z syfilisem i chorobami wenerycznymi.

Inicyatywa i lwia część zasługi, położonej około zwołania i przygotowania rzeczzonego zjazdu, należy się bezspornie profesorowi uniwersytetu, dr. Dubois-Havenith. Wskutek jego zabiegów zjazd miał charakter isticie międzynarodowy, bo stanęli do apelu przedstawiciele aż trzydziestu narodów Europy, Azji, Ameryki, a nawet i Afryki (Kongo); persowie zasiadali obok rumunów, — japończycy (aż sied-

miu), o wybitnych rysach wschodnich, obok duńczyków i amerykańców.

Tylko imiennie zaproszeni mogli wziąć udział w konferencji; nie więc dziwnego, że widzieliśmy na zjeździe najpierwsze powagi medycznego świata. Z Warszawy przybył inspektor Urzędu lekarskiego, dr. Paweł Puszkina.

Energii i sprężystości d-ra Dubois-Havenith zawdzięczać należy, że w przeciągu dni kilku zdołał wydrukować trzy wielkie tomy referatów, które wyszły z pod pióra członków zjazdu, a objaśniających z przeróżnych punktów widzenia kwestye, mające się na kongresie rozstrzygać, — jak również stan prostytucyi z odnośną statystyką różnych krajów kuli ziemskiej. Referaty te na oddzielnych arkuszach były rozsyłane wszystkim uczestnikom na pewien czas przed otwarciem zjazdu; — niezależnie od tego, pierwszego dnia dyskusyi każdy otrzymał owe trzy wielkie tomy, obejmujące tak ważny i bogaty materiał, jakiegó nie mieliśmy od czasu klasycznego dzieła Parent-Duchatelet o kwestyi prostytucyi. Było to niesłychanie ważnem, bo tym sposobem unikało się czytania na zjeździe przygotowanych referatów *in extenso*, co by za wiele czasu zajęło; każdy miał je gotowe pod ręką i mógł się do dyskusyi swobodnie przygotować. Tenże niestrudzony inicjator zjazdu, dr. Dubois-Havenith, obiecuje wkrótce nowy tom, obejmujący protokoły z posiedzeń.

Przez wdzięczność musimy też tu wymienić nazwiska innych współpracowników w sprawie zwołania i urządzenia konferencji, mianowicie: p. Béco, generalnego sekretarza przy ministeryum rolnictwa, dobrze obeznanego z kwestyą higieny publicznej; burmistrza miasta Brukselli, p. Buls; doktorów Beckersa i René Sand, z których pierwszy był sekretarzem konferencji.

Dezyderata, jakie przedłożył komitet członkom kongresu, sformułowane zostały w sześciu głównych pytaniach, które tu wyliczamy:

1. Czy system reglamentacyi, taki, jaki jest dzisiaj, miał jakikolwiek wpływ na szerzenie się syfilisu i chorób wenerycznych (*une influence sur la fréquence et la dissemination de la s.*)?

2. Czy dzisiejsza organizacja nadzoru lekarskiego prostytucyi może być ulepszoną?

3. Z punktu widzenia jedynie lekarskiego, czy jest korzystnem utrzymywać domy publiczne, czy też lepiej byłoby znieść je zupełnie?

4. Czy można byłoby ulepszyć organizację nadzoru policyjnego nad prostytucyą?

5. Jakie środki prawne należałoby przedsięwziąć, aby zmniejszyć ilość kobiet, które w szeregach prostytucyi szukają środków utrzymania?

6. Pozostawiwszy na boku wszystko, co się tyczy prostytucyi, jakie środki ogólne należałoby przedsięwziąć, aby walczyć skutecznie z szerzeniem się syfilisu i chorób wenerycznych?

Dr. Dubois-Havenith powierzył każdą z tych kwestyi trzem uczonym, znanym z różnicy zdań co do danego przedmiotu, aby przy-



gotowali odpowiednie referaty, w których byłoby jaknajwięcej faktów konkretnych i niewątpliwych danych statystycznych. Prace te miały służyć jako przygotowanie do dyskusji. Tym sposobem inicjator zjazdu zaakcentował wybitnie swoją bezstronność, tak niezbędną, gdy chodzi o wyświetlenie prawdy.

Bardzo logicznie poprzedził dr. Dubois-Havenith referaty, odnoszące się do sześciu głównych pytań, czterema gruntownymi rozprawami treści ogólniejszej. Zredagowanie ich powierzył takim uczonym, jak profesorowie: Alfred Fournier z Paryża, Neisser z Wrocławia, Lasser z Berlina, oraz doktorom Le Pileur i Verchère z Paryża.

Od pierwszego dnia zjazdu wyraźnie zaakcentowały się wybitne zasadnicze różnice poglądów. Inaczej być nie mogło. Wśród tyłu przedstawicieli oddmiennych ras, kultur, wierzeń i nawet przesądów, czyż podobna było spodziewać się zupełnej we wszystkim jedności.

Obok obrońców w zasadzie obecnego stanu rzeczy była też na zjazd zaproszoną urzędownie partya przeciwna, abolicjonistów, w osobie głównego swego sekretarza pana Henryka Minod z Genewy. Prezes zjazdu, minister Lejeune, prawnik z zawodu, w poglądach swoich, o ile wiemy, był bliskim tej partyi, — choć w czasie trudnego swego prezydium, gdy z wielkim taktem należało nieraz się zachować wobec najsprzeczniejszych poglądów, — w niczem się co do swoich osobistych sympatyj nie zdradził.

Pytanie, które najwięcej wywołało sporów i to namiętnych, były: pierwsze: czy nadzór lekarski nad prostytutką przyniósł jakie owoce, namacalne korzyści, czy też przeciwnie okazał się bezsilnym i bezskutecznym? — i trzecie: czy ma rację bytu utrzymanie domów publicznych? Wobec tych dwóch pytań inne wyszły blade.

W duchu abolicjonistów, żądających zniesienia wszelkiego nadzoru sanitarnego nad prostytutką ze względów nietylko ogólnoludzkich, ale i czysto lekarskich, przemawiali głównie dr. Auganieur, profesor uniwersytetu w Lyonie, i dr. Ludwik Fiaux z Paryża. Naczelnikiem przeciwnej partyi był oczywiście prof. Fournier, który po kilkakroć głos zabierał; mimo to strona przeciwna nie dała za wygraną.

Partya abolicjonistów, — osobliwie w odczycie z demonstracyami d-ra Birbeck Neviusa z Liwerpoolu i w pracy d-ra Drysdale'a z Londynu, — przedstawiła szereg danych statystycznych, wystawiających częstokroć w ponurem świetle owoce dzisiejszego systemu urzędowego tolerowania i uregulowania prostytutki przez państwa. Wobec tego z przeciwnego obozu posypały się zarzuty, — powiem niesłuszne, — mające na celu deprecyację wszelkiej statystyki wogóle. Dr. Ehlers z Kopenhagi posunął się tak daleko, że najstaranniej zestawione dane statystyczne chciał uważać za żadne, a pracę około ich zebrania za straconą. Słusznie też zaoponował prof. Alfred Fournier, zaznaczając, że jakkolwiek ze statystyką należy postępować oględnie, to jednak nie można jej rezultatów odrzucać absolutnie, bo umiejętna statystyka odbija zawsze rzeczywisty stan

rzeczy. Jeżeli kilku badaczy, pracując niezależnie od siebie, doszło na mocy danych statystycznych do jednakowych rezultatów, czyż to nie jest dowodem, że są na prawdziwej drodze?

Polemizując jednak z abolicjonistami, dr. Fournier schwycił za inną broń, jak się wyraził „bon sens”. Wyrażeniem tem obie partie przez cały ciąg debatów wciąż się posługiwały. Abolicyoniści wzięli je bardzo do serca. Zaznaczamy w tem miejscu świetnie zaimprovizowaną mową, wywołaną temi wyrazami, czcigodnego pana Pierson, holendra, wodza abolicjonistów. Szkoda tylko, że w końcu swego przemówienia pozwolił sobie na jeden paradoks, który oczywiście wyzyskała strona przeciwna.

Nie możemy się tu wdawać, niestety, w większe szczegóły, wymieniamy więc tylko odczyty doktorów Stürmera z Petersburga, Józefa Schranka z Wiednia (pytanie drugie), Mireura z Marsylii (pytanie czwarte) i prof. Morgenstierne z Chrystianii (pytanie piąte). Dr. Stürmer zaznaczał niedostateczność dzisiejszych oględzin lekarskich, — czy jednak zechcemy jeszcze w czyn wprowadzać badania mikroskopowe, bo czasami w ten sposób tylko można poznać chorobę.

Co do trzeciego pytania, dr. Hoeffel z Bouxwiller (Alzacya), domagał się w imię higieny bezwarunkowego zniesienia domów publicznych. Odpowiedział mu na to prof. dr. Wolff ze Strasburga, który starał się je bronić: referat jego wzbudza jednak poważne wątpliwości. Dane statystyczne zebrane są ze zbyt małej ilości lat, aby z nich można coś pewnego wysnuć, a rezultaty sanitarne przedstawione są w ten sposób, że niewiadomo, czy przypisać je należy istniejącej sposobowi kontroli (reglamentacyi) wogóle, czy istnieniu domów publicznych w szczególności. Co do osławionego miasta Colmaru, o którym wspominał, a gdzie były mer Schlumberger zrobił prawdziwe *coup d'état*, zamykając odrazu wszystkie domy publiczne i kasując wszelki nadzór lekarsko-policyjny, — piszący te słowa miał okazję dowodnie na miejscu się przekonać, że cyfry podane przez prof. Wolffa są zupełnie błędne i nieprawdziwe. Prócz innych odpowiadała mu w pięknym przemówieniu pani Bieber-Boehm z Berlina, założycielka stowarzyszenia *Jugendschutz*. Było też zapisanych wiele innych referatów, których czytania dla braku czasu musiano zaniechać. Zasadnicze pierwsze pytanie tym sposobem zaćmiło inne.

Obrona domów publicznych przez prof. Wolffa przykre na wielu zrobiła wrażenie. Na schyłku XIX-go wieku należałoby się spodziewać co do tego innych, więcej postępowych i liberalnych poglądów w miejsce filipik dla osłonięcia zabytku starodawnego barbarzyństwa. O ile inaczej brzmiała uchwała, powzięta jednogłośnie w r. 1892 przez cały zastęp lekarzy niemieckich pod przewodnictwem sędziwego Virchowa, a sformułowana w tych słowach: „Otwieranie domów publicznych jest nagannem zarówno z punktu widzenia sanitarnego, jak i moralnego.”

Najwybitniejszą jednostką zjazdu był chyba bezsprzecznie naczelnik delegacyi francuskiej, prof. dr. Alfred Fournier. Znakomity uczony, a przytem mówca o okazałej postawie, imponował wszyst-

kim. Jemu też należy zawdzięczać, że jednomyślnie, przez wszystkich członków zjazdu, zostały zaakceptowane następujące postanowienie:

1. Kongres, zebrany w Brukselli, wyraża życzenie, aby państwa użyły całej swojej władzy dla ukrócenia prostytucji małoletnich.

Postanowienie to zostało wywołane między innymi skutkiem dochodzeń znanego d-ra Jullien z Paryża, który na zjeździe graficznie przedstawił, jak szybko rozwijają się choroby weneryczne wśród prostytutek małoletnich. O ile wiemy, nie wydane statystyki Fournier'a, Commenge'a, Le Pileurja, Barthélemy, a jeszcze przedtem dzieła Parent-Duchâtelet'a i Szperka stwierdzają to samo.

Czujemy się też w obowiązku zaznaczyć przyjęte z ogólnym aplauzem dwie mowy profesorów Fournier'a i Lassar'a o koniecznych zmianach, jakie należy zaprowadzić w szpitalach i klinikach, gdzie się przyjmuje chorych wenerycznych. Wskutek nieodpowiednich urządzeń wiele osób przez wstyd do ostateczności ukrywa chorobę, choć w innych warunkach chętnieby szukały porady i poddały się leczeniu. Jestto rzecz pierwszorzędnej wagi, na którą wszystkie miasta powinnyby zwrócić baczną uwagę. Jeżeli pewną klasę kobiet kontrolujemy i zmuszamy do poddawania się kuracji, czyż nie słusznem byłoby i więcej ludzkiem dać możność leczenia się tym, którzy chcieliby to uczynić dobrowolnie.

Rzecz prosta, że na takim zjeździe, o tak różnolitym charakterze, niepodobna było zgóry oczekiwać, aby w przeciągu dni kilku można było dojść do zupełnego porozumienia co do zasadniczych kwestyi. W tak krótkim czasie, oczywiście, trudno było się spodziewać, aby jedna strona dała się przekonać drugiej, aby upadły poglądy, nabyte i podtrzymywane wśród wieloletniej działalności. Mimo to jednak, oprócz zacytowanego wyżej, jednomyślnie przyjęto jeszcze i inne postanowienia. A mianowicie:

2. W Brukselli ustanowioną zostaje *międzynarodowa komisja nieustająca*, której celem będzie zbadanie wszystkich kwestyi, dotyczących się opieki nad kobietami ze względów lekarskich, moralnych i prawnych. Rezydencją komisji ma być Bruksella, gdzie są również jej archiwa. Co lat trzy zwoływać ona będzie zjazdy bądź to w Brukselli, bądź w innych miastach Europy, uważanych jako odpowiednie miejsca do badania kwestyi. Pierwszy taki zjazd ma się odbyć znowu w Brukselli we wrześniu 1902 roku.

3. Zjazd wyraża życzenie, aby państwa i magistraty miast urządziły ankiety w celu poznania stopnia rozszerzenia się chorób specyficznych i ich natężenia wśród ludności cywilnej i wojskowej.

4. Zjazd prosi rządy, aby w uniwersytetach na wydziałach medycznych nauka i egzamina z chorób wenerycznych były obowiązkowymi (profesorowie Fournier, Kaposi, Lassar, Neisser).

5. Zjazd upoważnia komisję nieustającą do utworzenia podkomisji, składającej się z małej ilości statystyków, lekarzy i ekonomistów, dla ustalenia jednakowej metody statystycznej, któraby pozwoliła komitetom sanitarnym, a raczej je zniewoliła, do działania we-

dług jednego planu. Zjazd uważa jako najlepszą metodę, gdy chodzi o prostytutki, znaną metodę d-ra Szperka (dr. Fiaux).

Zanotujmy jeszcze votum d-ra Commenge'a z Paryża, znanego autora dzieła *La prostitution clandestine*, aby policya wszelkimi siłami starała się ukrócić i wyplenić tak zwanych utrzymańców (souteneurs); oni to bowiem wtrącają w szeregi prostytutek całe zastępy młodych dziewcząt.

Inicytatorami piątego postanowienia co do wprowadzenia jednokowej metody statystycznej byli abolicyoniści w osobie swego prezesa pana Pierson. Widać, że mocno wierzą w prawdziwość swoich przekonań i od nauki oczekują potwierdzenia swych dążeń. Zobaczmy! Liczą oni już między sobą wielu lekarzy, zwłaszcza wśród anglików, amerykańców i norwegczyków; o francuzach wspominaliśmy wyżej.

Takim był przebieg i charakter zjazdu. Widocznem było ogólne niezadowolenie z istniejącego stanu rzeczy co do prostytucyi i pod tym względem była też prawie jednomyślność. Wyjątek stanowił chyba jeden czy dwóch zagorzałych stronników istniejącego systemu, jak np. przedstawiciel miasta Genewy, który bardzo wychwalał stosunki tamtejsze, chociaż skądinąd wiemy, że weale tam nie jest tak świetnie. Widoczną była ze strony wszystkich szczerza chęć poprawienia tego zła, które nie w jednym już miejscu zaczyna być bardzo groźnem (tak np. w Paryżu liczą około 100,000 kobiet, trudniących się prostytucją). Różnica zdań wyrażała się tylko w środkach, które należy użyć do walki. System policyjnego nadzoru był nawet ze strony stronników reglamentacyi i domów publicznych ostro naganiany. Tak dr. Mireur z Marsylii, który oświadczył się za utrzymaniem domów publicznych, otwarcie powiedział, że jedyną formą ulepszenia policyjnego nadzoru jest jego zupełne zniesienie! Małe rezultaty, osiągnięte przez komitety lekarsko-policyjne, jasno się okazały. Sam prof. Fournier, broniąc je, powiedział, że „choć nie jest dobrze, robi się jednak *cośkolwiek*.“

Jeszcze jeden rzut oka wstecz. Belgijska Akademia Medyczna na posiedzeniu 29 października 1887 r. jednogłośnie uznała reglamentacyą prostytucyi, jako fakt naukowy. Postanowienie to sformułowanem zostało w tych słowach: „Akademia uważa reglamentacyą prostytucyi za potrzebną, aby zapobiedz szerzeniu się chorób wenerycznym.“ Na tegorocznym zjeździe w Brukselli, po dwudziestu dwóch latach, nie śmiano nawet w formie wniosku postawić pytania, czy reglamentacya jest potrzebną? Członkowie wprost przeszli do porządku dziennego, każdy został przy swoim zdaniu, które oczywiście uważał za jedynie dobre.

Na zakończenie wspomnieć winniśmy o nader gościnnem przyjęciu, jakie zgotowało miasto Bruksella uczestnikom kongresu. Codziennie wieczorami były urządzone świetne przyjęcia, mianowicie u ministrów Lejeune i Favereau (spraw zewnętrznych), następnie wspaniałe raut w starożytnym gotyckim ratuszu, wielki bankiet ofiarowany przez członków belgijskich zjazdu, nareszcie prezentacya

u króla. Szkoda jednak, że rozprawy trwały tylko pięć dni; ze względu na ważność traktowanych przedmiotów — było to za krótko.

A. Wysłouch.

## VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 listopada 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokoły poprzedniego zwyczajnego posiedzenia z dn. 4 listopada i nadzwyczajnego z dn. 7-go listopada 1899 roku.

II. *Majewski* wygłasza odczyt: „Z kazuistyki chorób chirurgicznych kiszek.“ Podaje tu dwa własne przypadki zabiegów chirurgicznych na kiszkiach.

1) *Wycięcie jelita* z doraźnem jego *zeszyciem* — w przypadku zgorzeli jelita w przepuklinie udowej — zakończone wyzdrowieniem.

2) *Laparotomię* w przypadku *ostrej niedrożności kiszek*, wywołanej przez niedrożność czynnościową кишки esowatej i skręt okrężnicy — z wynikiem pomyślnym.

Streściwszy literaturę polską obydwóch tematów, *Majewski* opisuje szczegółowo same przypadki.

W dyskusyi *Dziewiszek* zaznacza, że u chorych na nawykowe zaparcie stolca zaburzenia czynnościowe mają zwykle miejsce w kiszce grubej.

U przeważnej większości tych chorych kiszka gruba jest *podrażnioną*, a nie *atoniczną*. Najlepiej badać, gdy zaparcie trwa przynajmniej 24 godziny. W tych przypadkach podawanie środków czyszczących niema racyi; właściwiej dawać — *lawatywy* (z gliceryną), *czopki* i *salina*, które działają na kiszki cienką; dla tego to pacycenci z habitualnem zaparciem stolca najlepiej się czują w *Kissingen*. Oprócz tego dobrze jest stosować lekki masaż wibracyjny i łagodne procedury wodolecznicze.

*Jarnuszkiewicz* przypomina, że jedną z form nawykowego zaparcia stolca jest częściowy bezwład kiszek (*atonia partialis intestinorum*), umiejscowiony najczęściej w okrężnicy w zgięciach wątrobianem i śledzionowem (*fluxurae hepatica et lienalis*). Stan ten charakteryzuje się zaparciem stolca z następczem samoistnem rozwolnieniem, które zwykle poprzedzają silne bóleści i wzdęcie brzucha; po rozwolnieniu znowu następuje zaparcie stolca. W okresie rozwolnienia w zgięciach okrężnicy zawsze można wyczuć zastoinę kołową (*scybała*); ona to obecnością swoją wywołuje kurecz błony mięsnej kiszek (stad. *obstipationis*), a w następstwie, drażniąc błonę śluzową kiszek, — bóleści i rozwolnienie; kiszki przytem w zupełności nie

opróżniają się. Leczenie tego eierpienia polega na masażu i faradyzacji kiszki.

*Dobrucki* zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu sprawy i postawieniu wskazań operacyjnych. Przypadki wewnętrznej niedrożności kiszki w przebiegu swym wielokrotnie dają niespodzianki.

Dobrucki widział przypadek, gdzie chory pomimo zaparcia stolca czuł się dobrze; stan ogólny był zadawalniający; leczono go więc lekami wewnętrznymi i elektryzacja; po 8 dniach stan nagle się pogorszył; ś. p. Zagórski wykonał laparotomię, przy której stwierdzono w otworze Winslowa kiszkię uwiecznioną w stanie zgorzeli; chory w kilka godzin po zabiegu umarł.

W innym przypadku chora od dni 4-ch nie miała stolca; stan jej ciągle stale się pogarszał; upadek sił był coraz większy.

Na zabieg chirurgiczny pomimo usilnych nalegań się nie zgodziła.

Następnego dnia chora — nieprzytomna; tętno nitkowate; ciepłota niżej normy; twarz zapadnięta (fac. hippocratica), brzuch — wzdęty, wymioty kałowe. Otoczenie chorej prosiło o operację, na którą jednak ze względu na ogólny zły stan chorej *Dobrucki* się nie zgodził. Rokowanie zdawało się niewątpliwie złe; nazajutrz jednak przyszedł stolec, i chora wkrótce wróciła do zdrowia.

*Czerwiński* widział dwa przypadki wewnętrznej niedrożności kiszki, które dzięki galwanizacji za pomocą elektrody kiszkowej, wprowadzonej do odbytnicy, udało się wyleczyć.

Co do danego przypadku, *Czerwiński* jest zdania, że skręt okrężnicy objawów niedrożności sam przez się prawdopodobnie by nie wywołał, gdyż wzajemny ucisk na siebie ramion pętli nie był na tyle silny, by zamknąć ich światło.

*Majewski* zaznacza, że pomimo wielkich trudności rozpoznawczych są jednak czasami dane, które pozwalają stawiać prawdopodobne rozpoznanie.

Ból w samym początku choroby odpowiada dosyć dokładnie siedlisku sprawy; po pierwszej jednakże dobie ból uogólnia się, i dane jego stają się zawodne.

Szybkie pojawienie się wymiotów i kałowy ich charakter mają nie tyle wskazywać na to lub inne umiejscowienie przeszkody, ile na znaczny stopień zaciśnięcia kiszki, co powoduje silny robaczkowy ruch wsteczny kiszki (antyperystaltykę). Przy przeszkodzie w zgięciu esowatym wymioty mają występować bardzo późno.

Duże znaczenie rozpoznawcze ma mieć *bębniaca miejscowa* (localer Meteorismus); niektórzy chirurdzy (*Obaliński*) istnienie jej łącznie z wzmocnionym ruchem jelit, a nawet i bez niego, uważają za nieomylny znak tego, że przeszkoda w kiszkiach jest natury mechanicznej. Przy przeszkodzie w zgięciu esowatym wzdęciu podlegają głównie boczne części brzucha (resp. okrężnica); przy przeszkodzie w okrężnicy poprzecznej — prawa strona brzucha (resp. okrężnica wstępująca); przy przeszkodzie w jelitach wzdyma się środkowa część brzucha; jeżeli przeszkodą leży bardzo wysoko, to wzdęta jest jedynie okolica żołądka.

Pewne znaczenie rozpoznawcze przypisują ilości oddawanego moczu; z małej jego ilości sądzą o wysokiej siedzibie przeszkody.

Nareszcie, w przypadkach niektórych, gdy do odbytu wchodzi 1,5 do 2 litrów płynu, — wykluczyć przez to można obecność przeszkody w kiszce grubej.

Wszystkie te dane, teoretycznie dosyć obfite, praktycznie rzadko dają się spożytkować. Najczęściej rozpoznanie — co do natury i umiejscowienia sprawy jest niejasne.

O ile jednakże ta część rozpoznania jest trudną, o tyle zwykle jest łatwym ogólnie rozpoznanie niedrożności wewnętrznej.

Zaparcie stolca, wymioty, bóle, wzdęcie brzucha, zapadnięcie twarzy (facies hippocratica) i upadek stanu ogólnego chorego dają w większości przypadków charakterystyczny obraz chorobowy. Różniczkować tu trzeba z zapaleniem żołądka i kiszek, z napadami kolki w kamicy żółciowej i nerkowej.

Czerwińskiemu Majewski odpowiada, że zaciśnięcie kiszki zupełnie zdarza się nie często. *Kocher* rozróżnia trzy stopnie zaciśnięcia kiszki; zamknięcie jej światła stanowi trzeci stopień; w pierwszych dwóch pętla uciśnięta jest dostępną w pewnych chwilach dla treści kiszek z góry, a mimo to, jak dowiodły doświadczenia *Kochera* na zwierzętach, może tu nastąpić zgorzel kiszki i śmierć.

Uwięźnięta pętla w opisanym przez Majewskiego przypadku była częściowo wykluczona przez wzajemny na siebie ucisk ramion kiszki; dowodzi tego ogromne jej rozdęcie. Rozdęcie takie (*localer Meteorismus*), jak dowiodły doświadczenia *Kadera* i *Kleckiego*, powstaje nie tyle dzięki nagromadzeniu się gazów lub kału, ile skutkiem zbieżności w krążeniu uciśniętej pętli.

*Jaworowski*, w dalszym ciągu dyskusji, widywał w nawykowym zaparciu stolca doskonałe działanie faradyzacji; miewał przypadki, gdzie po 20-todniowym zaparciu stolca przychodziły po faradyzacji przez odbytnicę.

*Jaworowski* spostrzegł przypadek niedrożności kiszek, wywołanej przez guz rakowaty zgięcia esowatego, a gdzie mimo to wymioty istniały od początku.

III. *Szniersztajn* streszcza pracę prof. Czyży: „O bólu“.

IV. *Cyngberg* odczytuje sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu żydowskim za miesiąc październik 1899 r.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

## VII. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

### Listy z Wiednia.

#### I.



*Wiedeń, w listopadzie 1899 r.*

Walka o byt, jaką obecnie staczać musi stan lekarski, o której w poprzednich listach pisaliśmy, zmusza lekarzy do wspólnego działania i szukania pomocy wśród samych lekarzy. Objaw to pocieszający, że wreszcie zaczynają lekarze myśleć sami o sobie, a widząc, że działanie pojedynczych jednostek nie może dać żadnych rezultatów dodatnich, skupiają się razem w obronie własnych interesów, w obronie zagrożonej przez różne ukazy rządu i statuty kas i t. d. egzystencyi życiowej. Wyrazem owego wspólnego działania jest deputacya, wybrana z grona lekarzy wiedeńskich (szkoda tylko, że jeszcze mała cząstka pozostała na uboczu), złożona z d-rów Kornfelda, Weisa i Grussa, która udała się do ministra spraw wewnętrznych Koerbera i namiestnika dolno-austrackiego z prośbą o usunięcie znanych już czytelnikom statutów kasy chorych, na mocy których każdy członek rodziny ubezpieczony być może za bardzo małą kwotę i otrzymuje za darmo lekarza i aptekę. Z całego przebiegu sprawy wyniosła deputacya to wrażenie, że lekarze nie wiele mają przychylnych w miarodajnych sferach i że pozostaje im jedynie droga działania wspólnego, a wtedy uda się nie tylko instytucye kasowe, ale i rząd zmusić do ustępstw na korzyść stanu lekarskiego. Smutno tylko, że w tej sprawie nasza izba lekarska nie może brać udziału, albowiem, jak to już wiece, została rozwiązana, a o nowych wyborach jeszcze mało słyhać. Tymczasowo sprawy izby lekarskiej poruczył rząd komisarzowi swemu dr. T. Reschowi, któremu do pomocy dodano radę z 10 członków, 5-ciu członków dawnej izby lekarskiej i 5 lekarzy ze związku lekarzy zachodnich dzielnic wiedeńskich.

W sprawie reorganizacyi stanu lekarskiego znać pewien zwrot ku lepszemu. Obecnie do związku lekarskiego ku obronie interesów lekarskich wciągnięto wszystkich lekarzy, w Wiedniu i wszystkie towarzystwa i związki lekarskie wiedeńskie. W listopadzie odbyto posiedzenie wspólne, na którym wybrano komitet centralny, który ma na celu gruntowną reorganizacyę lekarzy. Dalej wybrano komisję z 3 członków złożoną, która ma wypracować statuty dla komitetu centralnego i przedłożyć takowe do zatwierdzenia namiestnikowi. Następnie wybrano komisję z 9 członków, której zadaniem jest bronienie interesów stanu lekarskiego aż do czasu zatwierdzenia statutów i ostatecznego uformowania się „związku lekarskiego wiedeńskiego.“



Komisya z dziewięciu ma przedewszystkiem w pierwszym rzędzie bronić lekarzy przeciw wyzyskowi kas chorych i przeciw istnieniu kasy majstrów. Solidarność w działaniu, jaka czuć się daje między lekarzami, spodziewać się każe, że walka podjęta bez skutków nie pozostanie.

Widomy znak upadku materialnego widać i w tegorocznych wpisach. Na uniwersytet na rok pierwszy zapisało się na obecne półrocze zaledwie 218 medyków, liczba nadzwyczaj mała. Niemniej na tak małą frekwencyę wpłynęło znane Wam rozporządzenie ministerium węgierskiego, że tylko doktorzy z dyplomami węgierskimi mogą na Węgrzech praktykować.

Przy otwarciu roku szkolnego odsłonięto w arkadach uniwersytetu pomnik Bambergera, przy której uroczystości rodak nasz, prof. Neusser, wypowiedział wspianą mowę.

Z okazji 500-letniej rocznicy istnienia Wydziału medycznego odbędzie się w grudniu szereg uroczystości, które urządza towarzystwo lekarzy wiedeńskich.

Towarzystwa lekarskie rozpoczęły swoje posiedzenia i odczyty. I tak medyczny klub odbył pierwsze powakacyjne posiedzenie w dniu 25 października, na którym dr. Reiner przedstawił przypadek kiły, w którym przyszło do nekrozy kości czołowej. Pacjent w 4 lata po sklerozie pierwotnej, mimo energicznego leczenia przeciwkiłowego przetworami rtęci, dostał gumatu na kości czołowej, która uległa przeżarciu, wskutek czego jama czołowa prawie na całej przestrzeni została otwarta. Z powodu znacznego upadku sił, jakie chory okazuje, leczenie polega na posilnej i wzmacniającej dyecie obok podawania decoctum Sarsaparillae.

Dr. Kienböck przedstawia *przypadek zaniku mięśni po urazie*. (Atrophia musculorum post trauma). Przypadek dotyczy 32-letniego chorego, który spadłszy doznał odłamania główki kości ramieniowej po stronie lewej. Już po dwu dniach po urazie chory uczuł lekkie bóle w ręce prawej, uczucie odrętwienia i zauważył, że kończyna lewa z czasem staje się chudsza i siła tejże ręki coraz to słabsza. Porażenie najwybitniejsze w zakresie n. łokciowego: medianus przykurczenia i zanik szczególnie mięśni wszystkich małych ręki. K. przyjmuje w tym przypadku neuritis ascendens.

Schlesinger przedstawia *przypadek syringomyelia sacro-lumbalis* ze zgorzeliną nóg. Przypadek syringomyelii; dotąd nieznan w literaturze, a cechujący się jednostronnem zanikiem mięśni, szczególnie mięśni łydek, porażeniem częściowem uczucia, odruchami kolanowymi zwiększonymi, często obok tego istnieć mogą porażenie pęcherza i kiszki stolcowej. U chorego tego z powodu odziebienia musiano wykonać amputacyę kilku palców u nóg. W kilka tygodni po tem wystąpiła zgorzelina nóg, bez dążności do oddzielenia się. U pacjenta tego istnieje zwiększenie odruchów ścięgowych kolanowych, zaburzenia w uczuciu tak co do ciepłoty, jak też co do uczucia dotyku. Lewa kończyna górna i dolna wychudzone, więcej na stronie grzbietowej; pomysłka możliwą byłaby z leprą, którą dla braku danych anamne-

stycznych, jako też odmiennych objawów absolutnie wykluczyć można.

Następnie przedstawił Schlesinger charakterystyczny przypadek „*dystrophia musculorum*“ ze wszystkimi znanymi objawami.

Dr. Seng miał odczyt „o technice kateteryzowania“. Szczegółowo uwzględnił S. sposób odkażania kateterów, które stanowi bardzo ważny czynnik przy użyciu kateterów. Najlepszym sposobem jest wygotowanie przyrządów; ponieważ zdrowa błona śluzowa cewki działa na bakterye zabójczo, to przy wprowadzaniu kateterów do zdrowej cewki moczowej należy postępować aseptycznie, przy schorzeniach błony śluzowej są na miejscu antyseptyczne przepłukiwania; najlepszym antisepticum jest argentum nitricum. Oczko kateteru powinno się znajdować na samym końcu tegoż. Katetery z wysoko umieszczonymi oczkami nie odpowiadają swemu celowi. Tłuszcze, używane do smarowania kateterów, powinny być również wysterylizowane. Najlepiej nadają się ku temu celowi tuby, które napełnia się tłuszczem i sterylizuje. S. poleca amerykańską wazelinę. Zuckerkandel zaś używa pasty złożonej z: gliceryni 10, gummi trag. 2.5, aquae carbol. 90.0 (3:100). Gliceryna i borogliceryna nie nadają się, albowiem zanadto drażnią błonę śluzową cewki.

Büdingen na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego dn. 20/X 99 przedstawił dziewczynkę, u której *wyjął bąblowca podprzeponowego* (*echinococcus subphrenicus*). Dziewczynka ta już przed 6-ma laty z powodu bąblowca, usadowionego w prawym płacie wątroby, operowaną była przez Billrotha. Przed rokiem wystąpiły nowe zaburzenia pod postacią wymiotów i trudnego oddechania. Bąblowiec, dechodzący do wielkości głowy dorosłego człowieka, wzrastając w prawą stronę klatki piersiowej uciskał płuca. B. widział się zmuszonym wykonać rozległą czasową rezekcję 3 ostatnich żeber i w ten sposób odsłonił jamę opłucnową i wyciął bąblowca. Po 3 miesiącach wyleczenie, bez zniekształcenia klatki piersiowej.

Tenże przedstawił następnie preparat, przedstawiający przedziurawione jelito kawałkiem kości, długim na 4 cm., a szerokim na 1½ cm., a uzyskany drogą operacyjną. U chorego tego wytworzyła się w pachwinie prawej bolesna narość, wielkości pięści, okazująca wyraźne chęłbotanie, po nacięciu której wypłynęła znaczna ilość cuchnącej ropy. Na dnie ropnia znaleziono pętlę jelita przebitą i nadzianą w dwa fałdy podwójnie przez ostry koniec kości. Ciało obce wydobyto, chora jednak trzeciego dnia umarła na sepsis.

Dr. Schiff demonstrowa na 4 chorych wynik leczenia *sicosis* i *favus* za pomocą promieni Röntgena. Trzy przypadki *sicosis* zostały w bardzo krótkim czasie zapomocą owych promieni zupełnie wyleczone bez żadnej recydywy; również z takim samym wynikiem jeden przypadek *favus*. We wszystkich przypadkach włosy powyrastały; wśród leczenia nie widział S. żadnych ubocznych działań promieni, co S. odnosi do ostrożnego stosowania promieni Röntgena.

Prof. Albert miał odczyt „o budowie istoty gąbczastej kości“ połączony z demonstracją preparatów odnośnych. Praca Alberta, datująca się od r. 1882, napotykała do dziś dnia na trudności, z po-

wodu że tylko w bardzo niewielkiej ilości preparatów kości można było dokładnie rozpoznać budowę kości. A. przeprowadził swe badania na całym szeregu preparatów kości odtłuszczonych i odwapnionych, jak również na fotografiach i röntgenogramach kości odwapnionych, sporządzonych w solach metalowych. Z badań swoich wyciąga A. wnioski, że beleczki kostne istoty gąbczastej pod powierzchnią stawową kości skokowej przedstawiają taki sam obraz, co i warstwy skóry. Jamy szpikowe kości długich otoczone są beleczkami, tworzącymi wypustki w kształcie litery V, przebiegającymi następnie rozbieżnie ku epifizie, tak że wydaje jakoby substancya rdzenna gubiła się w wypustkach dachówkowato na sobie ułożonych. Na przecięciu pionowym, poprowadzonym przez szczyt trochlea kości ramieniowych, beleczki kostne rozchodzą się promienisto-wachlarzowato ku epifizie. Przekrój przez eminentia capita przedstawia podobny obraz, jak przekrój poziomy przez górną część kości goleniowej, a mianowicie dwa systemy krzyżujących się beleczek gąbczastych w krzywych łukach. Oprócz tego istnieją jeszcze na wszystkich nasadkach kostnych wypustki beleczek, przebiegające pionowo i poziomo.

Dr. Preindelsberger opowiedział o jednym partaczu, specjaliście do operacji kamieni pęcherzowych, żyjącym w Bośni, tam swoją praktykę wykonującym, a liczącym dzisiaj 68 lat. Jego instrumentarium składa się z jednego prostego, jednego zagiętego noża, z dwu kleszczy i jednego haczyka. Operację przeprowadza w ten sposób: Po wybadaniu kamienia zapomocą dwuręcznego obmacywania układu chorego w zwykłym położeniu, używanem przy operacji kamieni pęcherzowych, wprowadza dwa palce do odbytnicy i kamień w ten sposób ku międzykroczu przybliżony ustala. Następnie poprowadza cięcie na miejscu odpowiednio ustaleniu kamienia przez międzykrocze, mniej więcej w linii środkowej i przez w ten sposób otwartą ranę wydobywa zmiążdżony lub cały kamień. Krwotok tamuje zalewając ranę gorącą oliwą, bardzo używaną w Bośni wśród ludności. Po operacji występują często przetoki pęcherzowe lub cewkowe. Do dziś dnia wykonał partacz 160 operacji kamieni pęcherzowych, przy których miał 20% śmiertelności.

W dyskusyi zabrał głos prof. Albert, wspominając, że podany powyżej sposób operacji bardzo jest zbliżony do sposobu używanego w wiekach średnich, i kreśli krótki pogląd na rozwój litotomii, około której największe zasługi położył Piotr Marko przez wynalezienie „sectio alta“.

(Dok. nast.).

## KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1-go stycznia 1900 r.*

(J. Z.) Rozpatrując się w życiu lekarzy w Warszawie, pominiawszy już kwestyę zbyt wielkiej liczby lekarzy, każdy nieuprzedzony spostrzedz może z łatwością nieuregulowany dotąd zupełnie stosunek z publicznością co do wynagrodzenia za pracę. Do dnia dzisiejszego zasada do ut des niema zastosowania w jednej tylko sferze pracy lekarskiej. Każdy pracujący ma prawo do oceniania swej pracy, jeden tylko lekarz, jak dotąd, zgadzać się musi na cenę pacjenta i nie wypada mu wprost upominać się o honorarium, uważają to bowiem w pewnych sferach za obrazę.

O ile stosunek ten jest anormalny, wystarczy kilka przykładów z życia. Lekarz X. w domu u p. A. leczy stale i honorarya otrzymuje za każdą wizytę w kwocie rb. 3. Działo się to przez szereg lat, kiedy u p. A. choroba była rzadkiem zjawiskiem i kiedy porada ograniczała się np. do rad higienicznych. Wypadła po latach kilku choroba dłuższa, po pierwszej zaraz wizycie oświadczonego lekarzowi, że honorarya wypłaca mu razem po skończonej kuracyi. Skrupulatnie zapisywane wizyty podczas ciężkiej choroby, wymagającej naprężenia umysłowego, doszły do 20; chory wyzdrowiał, przyszedł czas na uregulowanie honorarium, lekarz zamiast należących mu 60 rb., otrzymał 50, czyli że wizyta w czasie choroby ciężkiej, wymagającej poświęcenia więcej czasu i napięcia większego sił intelektualnych wypadła mu o  $\frac{1}{6}$  mniej, niż wizyty dotychczasowe. Upominać się o dodanie owych 10 rb. nie można, bo p. A. czułoby się obrażeni takimi wymaganiami (!) lekarza.

Inny przykład.

Dr. Y. leczy u p. B. — choroba jest dłuższa, honorarium wypłacają mu po ukończonej kuracyi, w dni kilka otrzymuje do innego członka rodziny wezwanie i znów kuracya trwa kilka tygodni — tym razem przy ostatniej wizycie nie otrzymuje honorarium, czeka miesiąc, a kiedy po miesiącu pisze list z prośbą o odesłanie honorarium — otrzymuje je, w grzecznym jednak liście widoczna jest uraza, iż się o honorarium upomniał.

Dwa tylko przytaczam przykłady z praktyki wewnętrznej, niewątpliwie, koledzy chirurdzy i akuszerzy mogliby przytoczyć ich więcej. Wiem, iż w wypadkach, kiedy lekarz zgóry nie oznaczy ceny za operacyę zawsze zdaje się ona zbyt wysoką po wyzdrowieniu chorego.

Tak się dzieje w stosunku do lekarzy. Jedno z pism z oburzeniem niedawno podało fakt, iż lekarz osmielił się żądać honorarium wyższe niż rb. 1 za  $\frac{1}{2}$  godzinne zbadanie chorej i że odsyłał

pacyentkę do swego asystenta, skoro oświadczyła, iż więcej płacić nie może.

Każdy przeto, kto nieuprzedzonym okiem patrzy na stosunki, czuje, iż jest w nich wiele anormalnego, co musi dla korzyści stron obu corychlej być usunięte.

Jest na to jedna rada, mianowicie jasne zupełnie postawienie kwestyi. Publiczność przed poradą winna pytać lekarza, jak swoją radę ocenia i to zarówno w domu u lekarza, jak i przy wizycie na mieście.

Chirurdzy i akuszerzy już idą tą drogą, uprzedzając pacyentów o cenie operacyi, chodzi o to, aby za ich przykładem szedł ogół lekarzy, nie będzie wtedy zobopólnych narzekań i kwestya choć w części będzie załatwiona. Co się tyczy leczenia na rachunek i tu możnaby iść śladem lekarzy we Francyi. Książeczka lekarza jest tam dowodem sądowym, a ilość wizyt, podana przez lekarza, nie ulega zazwyczaj dyskusyi. Cała trudność leży w oznaczeniu normy porady.

Biorąc pod uwagę Warszawę, gdzie chorzy niezamożni otrzymują poradę w lecznicach, cenę porady w domu u lekarza należałoby oznaczyć na 1 — 2 rubli, u chorego 2 — 3 rubli, konsylium liczyć się powinno podwójnie, a wizyty noene od 3 — 5 rubli, prócz kosztu dorożek. O wyjednanie zatwierdzenia tej taksy należałoby poczynić odpowiednie kroki, będzie ona jednak tylko regulatorem stosunku między pacyentem a lekarzem, gdyż umowa zobopólna jest zawsze dopuszczana przez prawo.

Naturalnie kwestyi operacyi ujmować w taksę nie można, zależy to bowiem od rodzaju wypadku i w każdym razie rzecz zgóry powinna być omówiona.

Na takim postawieniu kwestyi, niewątpliwie, zyskają zarówno lekarze, jak i publiczność, a przede wszystkim znikną napaści na lekarzy za „wyzysk“, które brzmią dziwnie w końcu XIX stulecia, kiedy walka o wynagrodzenie pracy jest na porządku dziennym.

—z.— Do dnia dzisiejszego zapisało się do kasy lekarzy 46-ciu członków, którzy wnieśli należne od nich składki. Zarząd rozesłał egzemplarze ustawy oraz deklaracye na ręce kolegów z prowincyi. Dotąd podjęli się pośrednictwa kol. Czaplicki w Kielcach, kol. Jonscher w Łodzi, kol. Perkahl w Płocku. Od tych kolegów, oraz z biura (Mazowiecka, Pałac Kronenbeoga) otrzymywać mogą koledzy ustawę oraz deklaracye.

—h.— Wydane zostało rozporządze, mocą którego nowozacieżni będą podlegać szczepieniu ospy ochronnej, niezależnie od tego, czy byli już szczepieni poprzednio, czy nie. Szczepienie powinno się odbywać zaraz po przybyciu rekrutów do odpowiednich oddziałów wojsk świeżą limfą krowianką albo detrytem. Szczepienia od ludzi jest wprost zabronione. (Wr. 49).

—h.— W Rumunii kobiety-lekarki przyjmowane są na służbę rządową. Teraz świeżo mianowaną została na posadę młodszego ordynatora szpitala Filantropia — pani Virginia Alexandresco.

—h.— Dr. Louis Queyrat wprowadza nowy termin: Cypridologia zamiast neurologia, który lingwistycznie jest gorszy, jako złożony z dwóch wyrazów, pochodzących z dwóch języków.

—h.— Na zjeździe lekarzy finlandzkich obradowano nad kwestją dopuszczenia kobiet na urzędy lekarskie. Referenci, prof. Holsti i Rosenquist, wprowadzili następane ograniczenia: 1) kobiety nie powinny zajmować urzędów, z którymi związane są ogledziny chorych wenerycznych; 2) nie powinny być lekarzami więzień mieszanych; 3) nie mogą być lekarzami w armii. W debatach zgodzono się na przyjęcie tylko ostatniego ograniczenia.

—h.— W niektórych ziemstwach wprowadzono ulgę dla lekarzy, polegającą na tem, że mają oni jeden dzień w tygodniu wolny od przyjmowania chorych ambulatoryjnych. Dniem tym nie może być niedziela, w której ludność wiejska zwłaszcza korzysta najczęściej z porad lekarskich. Tam, gdzie zarządy ziemstw już dawniej zgodziły się na powyższą ulgę, nie zauważono zmniejszenia się rocznej cyfry porad.

—h.— Dr. Trojanow zakomunikował przewodniczącemu komisji o alkoholizmie, dr. Niżegorodzkemu, następujące cyfry co do wpływu monopolu wódczanego na liczbę zranień, zaszłych wskutek pijaństwa. W latach 1994—1898 liczba ran zadanych nożem w szpitalu Obuchowskim wahała się od 370 do 400 na rok. W r. 1898 wprowadzony został monopol. W styczniu tego roku cyfra ran spadła zadziwiająco, ale następnie zaczęła się stopniowo podnosić i w r. 1898 doszła do 922. W roku bieżącym do połowy listopada dostarczono do szpitala 1,023 rannych i pobitych, w tem 795 pijanych. Dr. Trojanow zwraca uwagę, że rany nożami zadawane, przedtem bardzo rzadkie, obecnie zdarzają się znacznie częściej. Wszyscy pijani twierdzą, że wódka monopolowa odurza daleko prędzej, niż dawne wódki. Zwiększenia się liczby przypadków przewlekłego zatrucia wyskokiem w ostatnim czasie w szpitalu Obuchowskim nie zauważono. (Wr. 48).

—h.— „Żurnał ministerstwa Justycji“ ogłosił następujący cyrkularz p. ministra do prezesów sądów okręgowych: „Z danych do sztych do ministryum okazuje się, że w niektórych miejscowościach sędziowie przy rozpatrywaniu spraw o wykroczenia przeciw przepisom sanitarnym, nie rzadko, nawet wobec istnienia niebezpiecznych epidemii, skazują winnych na nieznaczące kary, często nie przewyższające 1 rubla, a także dopuszczają się przewlekania takich spraw. Takie niskie określanie kar nietylko nie odpowiada znaczeniu i celowi kar kryminalnych, ale niejednokrotnie może być uznane za jednoznaczne z niekaraniem winnych; powolność zaś w rozstrzygnięciu tego rodzaju spraw, osłabiając znaczenie rozporządzeń, wydanych dla ochrony zdrowia ogółu, w stopniu niemałym utrudnia osiągnięcie potrzebnego stanu sanitarnego.

Wobec tego i przyjmując pod uwagę, że nietylko względy służby, ale i obowiązki moralny obowiązują sędziów do przyczyniania się przy pomocy wszelkich leżących w ich rozporządzeniu środków do spełniania jaknajściślejszego postanowień sanitarnych, —

uważam za niezbędne polecić Panu, aby sądy okręgowe zwróciły na to uwagę sędziów i, w razie potrzeby, pociągały winnych mitręgi i niedbalstwa do odpowiedzialności prawnej." (Wracz, 49).

—h.— Na wydziale lekarskim uniwersytetu Warszawskiego jest studentów 353; ogólna liczba studentów wynosi 1,092.

—h.— 9 stycznia 1900 r. odbędzie się obchód jubileuszowy prof. dr. Edwarda Korczyńskiego, z powodu 25-lecia działalności jako profesora kliniki wewnętrznej na uniwersytecie Jagiellońskim.

—h.— Francuski minister spraw wewnętrznych utworzył komisję złożoną z 48 członków, mającą na celu wynalezienie środków praktycznych dla walki z gruźlicą. W skład jej wchodzi wiele wybitnych nazwisk. Dotychczasowe komisje i ich projekty, piękne i ważne pod względem teoretycznym, pozostawały bez następstw realnych, a to z braku pieniędzy. To też pierwszym i najważniejszym zadaniem nowej komisji będzie znaleźć środki dla urzeczywistnienia swych projektów. Redakcja „Le Progrès Med.” (50) poleca naśladownictwo Niemców—zabezpieczenie chorych. Następnie podsuwa pod uwagę komisji kwestję podniesienia podatku od wytworów wysokokowych, zwłaszcza absyntu. Projekt ten może jednocześnie dostarczyć pieniędzy i obniżyć wpływ zgubny nadużyć absyntu, tak bardzo usposabiających do gruźlicy.

# SPIS RZECZY.

## Prace oryginalne.

- I. O nierówności zmiennej źrenic (*mydriasis saltans v. alternans*) — Dr. W. Mi-  
klaszewski — str. 1.
- II. Srebro rozpuszczalne i jego wartość lecznicza — Jerzy Brunner — str. 10.

## II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Medycyna wewnętrzna.

1. Dr. Groddeck — O mierzeniu i ważeniu w działalności lekarza — str. 17.
2. R. Lé-  
pine — O lewulozuryi, jako osobnej postaci klinicznej i o zбочeniach umysłowych,  
występujących pod wpływem moczówki cukrowej — str. 18.
3. Prof. dr. O.  
Damsch — O położeniu płynów ruchomych w worku sercowym — str. 19.
4. Prof.  
dr. Hermann Eichhorst — O cierpieniach mięśni w przebiegu rzeźączki cewki mo-  
czowej — str. 22.

### II. Choroby układu nerwowego.

5. P. Schuster i K. Mendel — Neuritis optica jako powikłanie chorób układu ner-  
wowego — str. 23.
5. Regnault — Światło barwne w lecznictwie chorób nerwo-  
wych — str. 25.

### III. Choroby dzieci.

6. Combe — Nowy znak rozpoznawczy odry w okresie wylegania — str. 27.
8. Se-  
vestre i Bonus — O zapaleniach krtani z objawami duszenia się w początkach  
odry — str. 28.
9. H. Koplík — Krwotok płucny po punkcyj próbnej (klatki pier-  
siowej) u dziecka — str. 28.

### IV. Wiadomości pomniejsze — str. 29.

- V. Kongres międzynarodowy w Brukseli dla przeciwdziałania szerzeniu się syfilisu — str. 31.

### VI. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 37.

### VII. Korespondencya „Kroniki Lekarskiej“ — str. 40.

### Kronika bieżąca — str. 44.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 22 Декабря 1899 года.