

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 50.

Warszawa d. 29 Listopada (12 Grudnia) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca? Podał L. Rydygier. Przyczynę do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy. Podał d-r T. Łapiński. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 138. O zabarwieniach płynu mózgo-rdzeniowego pochodzenia krwotocznego. 139. O braku walczków w moczu chorych na zapalenie nerek. 140. Rozpoznanie przewlekłych spraw zapalnych w nerkach. — ODCIENIEK. Duchowy i cielesny stan pygopagów Róży i Józefy Blazek zwanych „siostrami czeskiemi“. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r L. Rydygier — Quelle méthode de gastroentérostomie est la plus recommandable? 2) D-r T. Łapiński — Contribution à la question des psychoses dues aux lésions de la tête.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmiescie 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r L. Rydygier — Welche Methode der Gastroentérostomie ist die empfehlenswertheste? 2) D-r T. Łapiński — Ein Beitrag zur Lehre von den durch Kopftrauma bedingten Psychosen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmiescie 7.

PRACE ORYGINALNE.

Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca?

Podał

L. RYDYGIER.

Według odczytu na XII Zjeździe chirurgów polskich.

Uprzedzam z góry, że nie sędzę, jakoby jeden sposób wykonywania gastroenterostomii mógł we wszystkich przypadkach zastąpić wszystkie inne. Przeciwnie, nie ma wątpliwości, że w pojedynczych przypadkach oddać nam mogą nieraz dobrą usługę mało zresztą używane spo-

soby, i dlatego dobrze jest, że rozporządzamy większą ich liczbą.

Tutaj chcę się tylko zastanowić, który z częściej używanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo w zwyczajnych przypadkach, opierając się na własnym doświadczeniu niemałym i na krytycznym studyum prac ogłoszonych.

Nie myślę wyliczać — tem mniej opisywać wszystkich sposobów gastroenterostomii, a przy porównywaniu ograniczę się do sposobów najczęściej używanych. Mam tu na myśli najdawniejszy, pierwotny sposób operowania WÖL-

FLER'a, dalej sposób HACKER'a, sposób ROUX'a i sposób BRAUN'a.

Do podjęcia tego pytania skłoniły mnie wątpliwości, występujące wtedy głównie, kiedy po długim szeregu szczęśliwie przebiegających przypadków zdarzył się nieszczęśliwy, wzywający do zastanowienia, czy temu może nie winien sposób właśnie wybrany.

Właśnie w ostatnim czasie miałem taki przypadek, gdzie wskutek zrostów na tylnej ścianie żołądka wykonać musiałem gastroenterostomię *antecolica anterior* WÖLFLEA. Po operacji—i to nie w pierwszych dniach, lecz pod koniec pierwszego tygodnia, wystąpiły wymioty, przybierające niekiedy cechy kałowych, przytem uporeczywe zaparcie stolca. Z początku po obfitem wypróżnieniu, z trudem osiągniętem, wymioty przy ścisłej diecie na kilka dni ustawały, tak że się przez parę tygodni łudziłem, że się może sprawa powoli wyrówna bez ponownego zabiegu operacyjnego. W końcu, kiedy wymioty stawały się coraz uporeczywsze i coraz wyraźniej kałowe, musiałem przystąpić do ponownego otwarcia jamy brzusznej — niestety, jak zwykle w tych przypadkach — z wynikiem ujemnym. Przekonałem się tylko o przyczynie wymiotów i zaparcia stolca: uniesiona ku górze pętla jelita cienkiego przeszkadzała do pewnego stopnia swobodnemu przesuwaniu się kału przez tę część poprzecznicę (*colon transversum*), która była objęta tą pętlą, jak o tem świadczyło wypełnienie i rozszerzenie doprowadzającego końca. Nie mogę mówić, żeby uniesiona pętla wprost zaciskała okrężnicę poprzeczną, bo mogłem ją przeciągać bez znaczniejszej trudności w tejże pętli, aczkolwiek nie zupełnie swobodnie. Zatrzymanie kału w doprowadzającej pętli powstało w znacznej mierze i z tej przyczyny, że okrężnica po obu brzegach uniesionej pętli jelita cienkiego zwisała na dół, załamując się — tworząc kąt dość ostry. To nam też tłumaczy, że objawy *ileus* nie wystąpiły w ostrej postaci i pojawiły

się dopiero w kilka dni po operacji: dopiero kiedy gromadzący się w doprowadzającej pętli kał coraz to bardziej ścigał ją swoim ciężarem na dół, coraz to bardziej ją załamywał i coraz to szczelniej zamykał. Zamknięcie to jednak nie dosięgnęło tego stopnia, żeby mocniejsze środki przeczyszczające nie zdołały go przewyciężyć, a wtenczas na kilka dni następował spokój — wymioty ustępowały, aż pętla znowu bardziej się nie wypełniła. Nieszczęśliwa ta komplikacja tem łatwiej wystąpiła, że chory już zdawna cierpiał na atonię kiszek.

Pouczony tym przypadkiem, jako też innym, dawniej spostrzeganym i opisanym, oraz przypadkami obcymi, z literatury znanymi, twierdę stanowczo, że sposób operowania WÖLFLEA należy wykreślić i w żadnym przypadku nigdy więcej go nie stosować. Wiem bardzo dobrze, że znaczna liczba kolegów tego sposobu wyłącznie używa i wykazać mogą długie szeregi przypadków, szczęśliwie zakończonych; jeszcze na Zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1902 zalecano go jako najlepszy; przypominam, że i ja sam bardzo długo tego sposobu już po ogłoszeniu HACKER'a jeszcze wyłącznie używałem, ale po takim doświadczeniu — po stracie dwóch chorych tylko wskutek następstw, wynikających wprost z winy sposobu operowania, jestem stanowczo przekonany, że należy zaniechać takiego sposobu, który bez winy operatora może narazić chorego — choćby rzadko — na śmierć; i to chorego, który zresztą mógłby żyć długie lata (*ulcus ventriculi*). Nie wchodzę tutaj na razie w kwestyę, właśnie na tymże Zjeździe przez licznych mówców poruszoną, czy po przedniej, czy tylnej gastroenterostomii częściej powstaje *ulcus pepticum duodeni* — ja osobiście na 89 gastroenterostomii (52 przednich, a 36 tylnych 1 sposobem ROUX'a), nigdy nie spostrzegałem *ulcus pepticum*. Dla mnie pozostaje pewnikiem, że sposób WÖLFLEA należy zupełnie zarzucić — tem więcej, że mamy inne

sposoby, które go mogą zastąpić, nie mając jego wad. W ostatnich czasach używam wyłącznie sposobu HACKER'a.

Gdyby zaś wyjątkowo tylna ściana nie nadawała się do przyszycia jelita, wtenczas radziłbym użyć sposobu ROUX'a z przyszyciem końca odprowadzającego do przedniej ściany żołądka. I tu jednak trzeba uważać, żeby przypadkiem koniec ten przymocowany nie zaciskał, lub żeby na brzegu jego kreski okrężnica się nie załamywała. Jak temu zapobiedz, podam na podstawie swego przypadku w następnym krótkim wykładzie.

Na zakończenie podnoszę, że przy gastroenterostomii, jak w ogóle nigdy, nie używam guzika MURPHY'ego, lecz przeciwnie nakładam zawsze szew, i to szew trzypiętrowy i we wszystkich warstwach kuśnierski, przerywany tylko w kątach.

Sposób ten zakładania szwu, zalecony przeze mnie już 22 lata temu¹⁾, zyskuje powoli coraz więcej zwolenników, chociaż większość nie wie o tem, komu wprowadzenie jego w użycie zawdzięcza, bo i któżby o tem w dzisiejszym tak szybko żyjącym czasie pamiętał. Są wprawdzie wyjątkowo szczęśliwe nazwiska, które tak się ucierają w literaturze, że przypisuje się im wynalezione i nie wynalezione przez nich sposoby.

Trzypiętrowy szew nakładam w ten sposób, że, oddawszy asystentowi fałd żołądka i pętlę jelita stosownej długości i stosownie pomiedzy palcami ułożoną, przystępuję do połączenia pętli jelita z żołądkiem szwem LEMBERT'a kuśnierskim, t. j. do nałożenia pierwszego rzędu szwu na powstać mający tylny brzeg otworu. Następnie wzdłuż tego szwu przecinam *serosam* i *muscularem* naprzód jelita, a potem żołądka. Teraz łączę szwem kuśnierskim tylny brzeg tak powstałej rany w żołądku i jelicie, przebijając

serosam i *muscularem* przez całą jej grubość. Potem dopiero przecinam w ranie błonę śluzową jelita i żołądka. Poprzednio asystent unosi ujęty fałd możliwie w górę i w ten sposób zapobiega napewno wylewaniu się treści z żołądka, a palce, trzymające fałd, zamykają zarazem jelito powyżej i poniżej otworu. Krwotok, powstający przy przecinaniu ścian, tamuję głównie szwem, starając się go tak nakładać, żeby zachwytywał naczyńia. Trzeci rząd szwu nakładam na błonę śluzową, rozpoczynając, jak przy poprzednich rzędach, w samym kąciку rany.

Na przedni brzeg rany nakładam w odwrotnym porządku szwy: naprzód na błonę śluzową, potem na *muscularis* i *serosa*, a w końcu szew LEMBERT'a. Dodaję przy odprowadzającym i doprowadzającym ramieniu jelita po trzy szwy węzełkowe raz dlatego, żeby łuk zakresłony przez przymocowane do żołądka jelito był większy, a powtórę, żeby ciężar ramion jelita nie ciążył wprost na szew okrężny, zamykający światło otworu, tak, że w razie, gdyby przypadkiem poddał się temu ciężarowi, to jeszcze nie powstałaby dziura.

Trzypiętrowy szew, który przy wszystkich szwach żołądkowo-jelitowych zawsze polecałem, ma przy gastroenterostomii to szczególne i większe znaczenie, że zapobiega zwężeniu się zrobionego otworu: błona śluzowa, w kąciках połączona ze sobą, zapobiega podobnie, jak płatek ROSER'a przy operacji *phymosis*, sklejanui się przeciętych brzegów. Prócz tego zakrywa i tu szew błony śluzowej ranę w *muscularis*, a na reszcie dobrze założony, tamuje prawie całkiem krwotok, i nie potrzeba czasu tracić na nakładanie większej liczby podwiązek; tak więc szew na błonę śluzową ma tutaj aż trzy zalety.

¹⁾ Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzin. Przegl. lek. 1889 r. i po niemiecku w Dt. Z' f Chir. Tom 14.

Przyczynek do nauki o psychozach powstających wskutek urazu głowy.

Podał

D-r Teodor Łapiński

Ordynator szpitala Jana Bożego.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 49).

WILLE⁸⁾ na zasadzie swych 3 przypadków robi rokowanie bardziej optymistyczne. Większość przypadków t. zw. psychozy urazowej pierwotnej trafia do oddziałów chirurgicznych. Dlatego też liczba podobnych chorób, jak również liczba chorych wyleczonych znacznieby się powiększyła, gdyby statystyka uwzględniała i przypadki z oddziałów chirurgicznych. Częściej spotyka się i większe znaczenie dla psychiatrii ma t. zw. psychoza urazowa wtórna. Zwykle chory, po krótkotrwałej utracie przytomności i świadomości, powraca pozornie do stanu normalnego. Dopiero po pewnym okresie czasu dają się zauważyć zmiany w usposobieniu: chory z łatwością się unosi, przejawia skłonność do wszelkiego rodzaju nadużyć i słabą odporność na działanie alkoholu, opuszcza się w pracy, traci pamięć; występują przytem silne bóle głowy, przeważnie w miejscu porażenia, lub też uczucie ucisku, ciężaru w głowie. Stan taki może trwać z pewnymi wahaniami miesiące, nawet lata całe. KRAFT-EBING przytacza przypadek psychozy, która rozwinęła się w 26 lat po urazie. Chociaż psychozy, powstałe na tle urazu głowy, wykazują różnorodne obrazy kliniczne, jednakże można dostrzedz w nich pewne cechy wspólne. KAPLAN⁹⁾ na zasadzie swego obfitego materiału twierdzi, iż po urazie trafiają się „przypadki nietypowej *psychosis circularis* z odcieniem paranoicznym, specjalne psychozy omamowe, stupor omamowy, lata trwający, z objawami kata-

leptycznymi, stany halucynacyjne z chaosem i t. d.“ Charakterystyczne dla podobnych psychoz są zmiany w odczuwaniu i oddziaływaniu na bodźce zewnętrzne, mianowicie: co dawniej wpływało na danego osobnika dodatnio lub ujemnie, obecnie pozostaje bez wpływu, i naodwrot. Daje się przy tem zauważyć skłonność do wybuchów i ruchów gwałtownych, zarazem słaba odporność na działanie napojów wyskokowych. Pośród przypadków psychoz traumatycznych w literaturze najczęściej spotykają się mania i melancholia. Obie postacie albo szybko ustępują (przechodzą), albo też przebiegają chronicznie z mniejszemi lub większemi remisjami. Wśród maniaków spotyka się najczęściej skłonnych do wybuchów gniewu i gwałtownych czynów; w melancholii występuje często raptus; największą rolę gra tu, prawdopodobnie, strach przy wspomnieniu o przeżytych urazie. Spotykają się też omamy słuchu i wzroku, tyżące się, prawdopodobnie, scen, przeżytych w czasie urazu. Dość często psychoza rozpoczyna się stanem podniecenia omamowego lub chaosu, które łączą się ze stadyum pseudostupor; trafiają się też, jak zaznaczył KAPLAN, stany kataleptyczne. W najnowszych czasach MURALT¹⁰⁾ wydał dzieło, w którym na podstawie danych literatury i 7 przypadków własnych wykazuje tożsamość między pojedynczymi objawami katatonii i psychoz urazowych: wzmożona pobudliwość z peryodycznymi wybuchami, mała odporność na alkohol, zboczenia moralne, odrętwienie omamowe z przewagą strachu i przejściowem podnieceniem. Na zasadzie swych spostrzeżeń MURALT wnioskuje, iż:

1) Psychozy urazowe, a zwłaszcza tak zwane wtórne, wykazują często objawy i stany katatoniczne.

2) Uraz głowy może wywołać czystą katatonię, która się nie różni niczem od zwykłej kata-

⁸⁾ WILLE. Ueber traumatisches Irresein. Archiv für Psych. und Nervenkrank. Bd. 8.

⁹⁾ KAPLAN. Kopftrauma und Psychosen. Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 56.

¹⁰⁾ MURALT. Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1910. H. 4.

tonii, zwłaszcza, gdy brak objawów nerwicy urazowej.

Wątpliwą jest rzeczą, aby uraz głowy mógł wywołać *paranoia chronica*. SCHÄFER¹¹⁾ w pracy swej „Gerichtsärztliche Beurtheilung der Kopfverletzungen“ twierdzi, iż *paranoia chronica* powstaje rzadko. Jednocześnie z bólami głowy, zawrotami i silnem podrażnieniem występują wtedy omamy zmysłowe, chociaż usystematyzowane bredzenie zdarza się bardzo rzadko. W innym miejscu tegoż dzieła pisze, iż: „na tle urazu powstają wyobrażenia hipochondryczne ze skłonnością do systematyzowania, dzięki czemu powstać może *paranoia hypochondria*“. KRAFT-EBING przytacza przypadek, w którym na tle urazu rozwinęła się *paranoia chronica*. Człowiek nie nałogowy wskutek urazu począł wykazywać bredzenie zazdrości; w jednym z takich napadów chciał zabić swą żonę. Fakt ten dowodzi podobieństwa między psychozami, powstającymi na tle urazu i alkoholu.

Najczęściej wskutek urazu głowy powstaje *dementia*, która może wystąpić natychmiast po urazie lub też rozwijać się stopniowo i doprowadzić do zupełnego osłabienia władz umysłowych. W przypadku pierwszym chory może zupełnie wyzdrowieć; rozwijająca się stopniowo *dementia* może nasuwać podejrzenie *paralysis progressivae*, przytem występuje nierównomierność i nieoddziaływanie źrenic na światło i ataki epileptyczne. Wątpliwem jest jednak, aby sam tylko uraz mógł wywołać *paralysis progressiva*. GUDDEN¹²⁾ twierdzi, iż dla powstania *paralysis progr.*, oprócz urazu, niezbędne jest usposobienie wrodzone lub nabyte wskutek rozmaitych czynników szkodliwych. KAPLAN mniema, iż uraz może wywołać cierpienie podobne do *paralysis progressiva*. Tegoż zdania jest i HIRSCH.

MESCHÉDE¹³⁾ przypuszcza, iż *paralysis pr.* może rozwinąć się wskutek urazu, lecz przytoczony przez niego przypadek, jak również dane sekeyi pozwalają wątpić, iżby to była *paralysis pr.* Istnienie urazowej *paralysis progressivae* było drobiazgowo rozpatrywane na dorocznym Zjeździe niemieckich psychiatrów w Hanowerze (17 — 18.IX 1897 roku). KOEPPEN¹⁴⁾ przedstawił wtedy zmiany drobnowidzowe w mózgu i stwierdził, iż psychozy urazowe osłabieniem myślenia, lekką pobudliwością i atakami epileptycznymi przypominają *paralysis progressiva*, lecz znacznie się różnią od niej nieznacznem osłabieniem inteligencji, nieznaczniemi zaburzeniami mowy i zachowaniem oddziaływaniem źrenic. BRUNS twierdzi, iż zachowane oddziaływanie źrenic należy uważać za objaw charakterystyczny dla psychozy urazowej; brak oddziaływania przemawia za przymiotem, przytem uraz należy uważać jedynie za czynnik, powodujący rozwój choroby umysłowej.

Wskutek urazu może powstać także padaczka, która może wystąpić już przy istniejącej psychozie, albo też początkowo występują ataki padaczkowe, a dopiero później przyłącza się obniżenie poziomu moralnego z otępieniem umysłowem. Liczba przypadków padaczki, zawdzięczających swe powstanie li tylko urazowi, jest bardzo nieznaczna i nie przewyższa 4,2% ogólnej liczby urazów głowy. KOEPE¹⁵⁾ przytacza 7 przypadków psychoz urazowych t. zw. odruchowych, powstałych wskutek porażenia jakiegoś nerwu obwodowego głowy. Pozostała na miejscu urazu blizna, silnie drażniąc porażony nerw, jest w stanie wywołać psychozę.

Był czas, gdy na psychozy urazowe zwracano specjalną uwagę, spodziewano się od nich

¹³⁾ MESCHÉDE. Paralytische Geistesstörung nach Trauma. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55.

¹⁴⁾ KOEPPEN. Ueber Gehirnveränderungen nach Trauma. Ref. in Neurol. Centr. 1897.

¹⁵⁾ KOEPE. Ueber Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirter Psychosen und über ihre locale Behandlung. Ref. in Zeitschr. f. Psych. Bd. 81.

¹¹⁾ Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 51.

¹²⁾ GUDDEN. Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkommenden Fälle von Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 26.

wyświetlenia wielu ciekawych zagadnień z dziedziny psychiatrii, lecz nadzieje się nie ziściły, gdyż sekye podobnych chorych nie dawały nie charakterystycznego dla danego cierpienia. HARTMANN¹⁶⁾ w 25 przypadkach znalazł: złamanie kości z uciskiem i rozmiękzeniem kory mózgowej, obszerne ogniska rozmiękczenia — torebkowate twory, wybroczyny krwawe pod oponą twardą, w większości zaś przypadków oprócz zmętnienia i zgrubienia opon nie szczególnego. SPERLING¹⁷⁾ i KRONTHAL pomiędzy innymi ciekawymi szczegółami wykryli daleko posunięte zwapnienie całego układu naczyniowego, przeważnie mlecza i mózgu, przytem miejscami dawało się zauważyć hialinowe i tłuszczowe zwyrodnienie naczyń. FRIEDMAN¹⁸⁾ w swym przypadku obserwował daleko posunięte zmiany w drobnych naczyniach mózgu; przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzone i oddalone od swych naczyń, ściany naczyń infiltrowane białymi ciałkami krwi i miejscami hialinowo zwyrodniałe.

KOEPFEN znalazł oprócz wybitnych zmian na miejscu urazu wybroczyny na podstawie zrazów czołowych i skroniowych, jakoteż w komorach 3 i 4. Zmiany te autor objaśnia wstrząśnieniem mózgu i zaburzeniem w odżywianiu naczyń, powstałymi wskutek wywołanej urazem próżni. Zmiany w niteczkach kory i w komórkach były nieznaczne.

Rokowanie w psychozach pierwotnych bywa dobre, nie bacząc na pesymistyczne zapamiętania KRAPI-EBING'a. U HARTMANN'a z 15 przypadków u 6-ciu osobników nastąpiło wyleczenie, u 5-ciu polepszenie. Wogóle uraz nie wpływa na rokowanie w psychozie traumatycznej, i choroba ta nie jest gorsza od psy-

choz podobnych, lecz wywołanych innymi czynnikami.

VIEDEUZ¹⁹⁾ na podstawie swych przypadków stawia wnioski:

1) Urazy głowy u dzieci wywołują stosunkowo często otępienie umysłowe lub głupactwo, którym mogą towarzyszyć drgawki; czasami przy zachowanej inteligencji może powstać zwyrodnienie moralne.

2) Uraz czasami może wywołać psychozę u zupełnie dotąd zdrowej jednostki, częściej u jednostek z mózgiem, obciążonymi dziedzicznie; może też wywołać tylko usposobienie do chorób umysłowych.

3) Psychoza może powstać niezwłocznie po urazie lub też po pewnym przeciągu czasu; w ostatnim razie występują zwykle objawy prodromalne.

4) Psychozy, powstałe na tle urazu, nie stanowią oddzielnego obrazu chorobowego, lecz wyodrębniają się swemi niektórymi cechami: dziwną zmianą usposobienia, wielką pobudliwością, osłabieniem myślenia i nieodpornością na działanie alkoholu.

5) Najczęściej spotykają się: *dementia primaria*, *amentia* halucynacyjna, stany stuporu z objawami katatonii, rzadko *paranoia*; wątpliwem jest, by uraz mógł wywołać *epilepsia genuina* lub *paralysis pr.*, chociaż przypadki podobne były niejednokrotnie spostrzegane.

6) Zachodzi podobieństwo między psychozami traumatycznymi i psychozami, powstałymi wskutek nadużycia alkoholu.

7) Powstanie psychozy zależy od drobnych zmian w naczyniach małych; w komórkach zmian, jak dotąd, nie wykryto.

8) Rokowanie niczem się nie różni od rokowania w innych psychozach.

ROSENFELD²⁰⁾ przypuszcza, iż uraz głowy może tylko uwydatnić *resp.* spotęgować wro-

¹⁶⁾ HARTMANN. Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Archiv f. Psych. Bd. 15.

¹⁷⁾ SPERLING und KRONTHAL. Eine traumatische Neurose mit Sectionsbefund. Neurol. Centr. 1888. N. 11 i 12.

¹⁸⁾ FRIEDMAN. Ueber eine besondere schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterungen und über den vasomotorischen Symptomencomplex bei denselben. Archiv f. Psych. Bd. 23.

¹⁹⁾ VIEDEUZ. Ueber psychische Störungen nach Schädelverletzungen. Arch. für Psych. 36 B. H. 3.

²⁰⁾ ROSENFELD. Ueber traumatische Hypochondrie. Allg. Zeit. B. 60. H. 1 i 2.

dzone zbroczenia danego osobnika; rokowanie w psychozach urazowych w zupełności zależy od właściwości organizmu danego osobnika: jakim zdrowiem cieszył się przed urazem, jakim chorobom lub innym szkodliwościom podlegał, w jakim stanie był jego układ nerwowy i inteligencya, czy był uparty, skłonny do sprzeczek, imaginacyjny.

Sienawski Wacław lat 32, początkowo stolarz, później dorożkarz, przybył 26.X 1092 roku z Wolskiego szpitala.

Wywiady: w rodzinie żadnych chorób umysłowych i nerwowych nie było; ojciec żyje i żadnym chorobom *resp.* przymiotowi nie podlegał; matka umarła na astmę; ojciec nie pije i nie pali, miał 12 dzieci, z których żyje 2 synów i córka. Poronień nie było, przypadków gruźlicy również. W drugim roku życia chory otrzymał silne uderzenie w głowę; pojętny nigdy nie był; ulegał z łatwością wpływom kolegów; od młodości nadużywał *in Baccho et Venere* — jest żonaty i ma córeczkę; w domowym pożyciu był popędliwy, przytem często się upijał. 14 lat temu zaraził się przymiotem; leczyl się niedostatecznie; 4 lata temu został uderzony przez konia w czoło; wtedy zemdlał. W ostatnich czasach skarżył się na bóle głowy.

9 października 1902 roku Sieniawski, zajęty płukaniem kiszek w Wiśle, uderzony został w głowę 16 funtowym kamieniem, rzuconym z 4 piętra nowobudującego się domu, skutkiem czego wpadł do wody, rozbijając sobie czoło i lewe oko o kamień, na dnie leżący; krewni, którzy natychmiast nadbiegli, wyciągnęli go z wody, gdyż chory, będąc zupełnie bezwładny i nieprzytomnym wstać o własnych siłach nie był w stanie. Pogotowie odwiozło go do szpitala Wolskiego.

W szpitalu Wolskim skonstatowano: Chory przywieziony został w stanie silnego podniecenia z zupełną utratą przytomności i świadomości. Ciepłota 38,4°. Tętno 64. W obydwóch nozdrzach i uszach skrzepy krwi; źrenica prawa oddziaływała na światło prawidłowo, lewej powieki podnieść

nie można z powodu wybroczyny krwawej, rozciągającej się na całą powiekę. Na *tuber parietale* widoczna rana o formie gwiazdzystej, długości 5 ctm, drażąca przez skórę i *galeam aponeuroticam*, kości czaszki nie obnażone, zewnątrz nie uszkodzone; na całej powierzchni lewej kości cieniowej i potylicznej daje się zauważyć obrzęk tłuszczu podskórnego. Nad *tuber frontale sin.* rana prostolinijna, sięgająca do *galea aponeurotica*, z silnym obrzękiem. Niedowładów kończyn nie było. W czasie opatrunków chory silnie się szamotał; 6 ludzi ledwie go mogło utrzymać na łóżku; po obiedzie chory wyskoczył z łóżka, począł biegać po sali, krzycząc; niezbędnem było włożyć mu kaftan.

10. X. W nocy spał źle, był silnie podniecony, nieprzytomny. Ciepłota 37,2°. Tętno 84.

11. X. Ciepłota 37,6°. Tętno 80. Noc spędził stosunkowo spokojnie.

12. X. Rany goją się prawidłowo; chory odmawia przyjmowania pokarmów, karmienie sztuczne.

13. X. Uspokoił się znacznie, świadomość wraca stopniowo, mówić nie może — lawatywa.

14. X. Tętno 80. Stan rany zadawalający.

15. X. Ciepłota 36,6°. Tętno 80. W nocy niepokoił się, krzyczał: „Mama, Jezu, chodź tutaj, magła, magła“.

17. X. Spał źle, krzyczał: „magła, magła“, świadomość przyćmiona.

19. X. Noc spędził spokojnie, na prawej nodze wrzodziańka.

22. X. W nocy zachowywał się spokojnie; powtarza, siedząc na łóżku: „mlago, mlago, prawda co“.

25. X. Oddziaływanie źrenic zachowane, jak również odczuwanie bólu i dotyku.

26. X. Chory niepokoi się, chce uciekać ze szpitala; przy wkładaniu kaftana, krzycząc, powtarzał: „prawda, co, chodź tutaj, magła“, chwycił żelazny pręt z łóżka i groził nim innym chorym.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

138. BARD. O zabarwieniach płynu mózgo-rdzeniowego pochodzenia krwotocznego.

Płyn mózgo-rdzeniowy, otrzymany za pomocą przekłucia lędźwiowego, jest zwykle przezroczysty i bezbarwny, jednakże dosyć często posiada on barwę krwawą, przyczem płyn taki jest albo już pierwotnie krwawy lub też staje się takim dopiero wtórnie z powodu przypadkowej domieszki krwi podczas samego zabiegu przekłucia. Niekiedy płyn mózgo-rdzeniowy wykazuje zabarwienie nie krwawe, lecz bursztynowo-żółte, i takie płyny, jak zobaczymy niżej, należy zaliczyć do rzędu płynów z zabarwieniem pochodzenia krwotocznego, pomimo iż nie zawierają one hemoglobiny (brak odczynu z nalewką gwajakową i charakterystycznych smug w widmie).

Jeżeli płyn mózgo-rdzeniowy wykazuje wyraźne zabarwienie krwawe, należy rozstrzygnąć, czy domieszka krwi nie jest tylko przypadkowa. Samo przekłucie tkanek, przez które przenika igła, może być powodem bardzo nieznacznego krwawienia i to tylko na samym początku punkcji; ta zatem okoliczność nie może być źródłem omyłki. Trudność rozpoznawcza występuje dopiero wówczas, kiedy zranioną została jedna z żył, przebiegających pod oponą twardą lub pajęczynową. W tych razach mniej lub więcej pomocne mogą być następujące dane.

Przedewszystkiem, wykonywając igłą odpowiednio poruszenia, to nieco ją zagłębiając, to wysuwając, przekonamy się, iż w razie krwawienia przypadkowego rozmaite poręcze wypuszczonego płynu wykazywać będą zabarwienie na przemian to silniejsze, to słabsze. Objaw ten występuje jednakże nie stale, zwłaszcza brakuje go nieraz, gdy ograniczamy się do wypuszczenia kilku centymetrów sześć. płynu. Zmienność ta co do siły zabarwienia nie wyłącza napewno możliwości krwawienia pierwotnego, ponieważ obok krwawienia wtórnego może jednocześnie istnieć

i pierwotne. Nadto samo stopniowe zmniejszanie się siły zabarwienia w następujących po sobie porcjach płynu nie przemawia przeciwko pierwotnemu pochodzeniu krwawienia, ponieważ zjawisko to zależy może od samoistnej sedimentacji czerwonych krążków w przestrzeni podpajęczynowatej.

Dalej płyn pierwotnie krwawy po wypuszczeniu nie daje skrzepów w przeciwieństwie do płynów, w których obecność krwi zależy od przypadkowej domieszki podczas samego przekłucia. Jeżeli zatem płyn mózgo-rdzeniowy pierwotnie krwawy zcentryfugujemy i następnie zmieszamy, przyjmie on poprzednią swą barwę. Objaw ten nie da się zużytkować wówczas, kiedy do płynu pierwotnie krwawego domiesza się krew wtórnie podczas samego zabiegu przekłucia.

Po trzecie, płyny pierwotnie krwawe posiadają barwę ciemniejszą z odcieniem czarnym, w przypadkach świeżych różnica ta jest niewyraźna.

Pewne znaczenie rozpoznawcze może mieć, dalej, określenie siły hemolitycznej płynu mózgo-rdzeniowego. Normalnie płyn mózgo-rdzeniowy zaczyna rozpuszczać czerwone krążki krwi dopiero przy rozcieńczeniu w stosunku 10 kropeł płynu mózgo-rdzeniowego na 12 kropeł wody. W płynach pierwotnie krwawych zdolność hemolityczna wzmagą się, tak iż wystarcza dodanie do 10 kropeł płynu mózgo-rdzeniowego 4—6 kropeł wody. Zachowanie zatem zwykłej siły hemolitycznej przemawia na korzyść przypadkowej domieszki krwi. Wartość rozpoznawcza tego objawu jest tylko względna, ponieważ z jednej strony wzmoczenie siły hemolitycznej może zależeć od samego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, z drugiej występuje ono tylko w świeżych stanach, po pewnym bowiem czasie zdolność hemolityczna wraca do normy.

Nieco dłużej zatrzymuje się autor nad znaczeniem barwy, jaką przyjmuje płyn mózgo-rdzeniowy zcentryfugowany nad osadem. W niektórych razach, pomimo iż pochodzenie krwi jest niewątpliwie pierwotne, o czym przekonywa badanie pośmiertne, płyn po zcentryfugowaniu staje się zupełnie bezbarwnym. Jeżeli płyn po zcentryfugowaniu przyjmuje nad osadem zabarwienie różowe, zależne od rozpuszczonej hemoglobiny, wnioskujemy ztąd, iż zabarwienie krwawe płynu jest pierwotne. W takich razach zwykle mamy barwę mieszaną, raczej żółtą, niż różową, w zależności od dwóch czynników, mianowicie, rozpuszczonej hemoglobiny oraz szczególnego barwnika żółtego, o którym niżej będzie mowa.

W niektórych zapaleniach opon mózgowych siła hemolityczna płynu mózgo-rdzeniowego może uleść tak znacznemu wzmożeniu, iż nawet w przypadkach wtórnej domieszki krwi płyn po zcentryfugowaniu może wykazać zabarwienie różowe; w takim razie jednakże barwa płynu będzie czysto różowa bez odcienia żółtawego, co może uchronić od błędnego wniosku. Pamiętać nadto należy o tem, iż w razie nieudania się zabiegu od pierwszego przekłucia, w igłę może zaschnąć nieco krwi, która następnie zostaje wypłukana przez przepływający płyn mózgo-rdzeniowy, dzięki czemu pierwsza jego porcja może zabarwić się na różowo.

W innym szeregu przypadków płyn mózgo-rdzeniowy przyjmuje po zcentryfugowaniu barwę nie różową, lecz bursztynowo-żółtą, przyczem nie udaje się w nim wykazać obecności rozpuszczonej hemoglobiny. W tem miejscu zaznaczyć musimy, iż niekiedy spostrzegać się dają płyny mózgo-rdzeniowe nie krwawe, lecz zabarwione na ten sam szczególny kolor żółtawy. Autor nie zgadza się z tymi badaczami, którzy barwę tę przypisują wogóle żółtawemu zabarwieniu surowicy krwi danego osobnika, lecz twierdzi, iż żółty ten barwnik jest pochodnym hemoglobiny, zmienionej przez płyn mózgo-rdzeniowy pod wpływem zawartych w nim oksydaz. Podobne zatem płyny zalicza autor do rzędu płynów z zabarwieniem pochodzenia krwotocznego. Za tym poglądem przemawia między innymi ta okoliczność, iż barwnik żółciowy również ulega pod

wpływem płynu mózgo-rdzeniowego tak znacznym zmianom, iż nie daje charakterystycznych odczynów chemicznych.

Zabarwienie żółtawe płynu mózgo-rdzeniowego niekiedy zależy od towarzyszącej żółtaczki; w podobnych zatem przypadkach żółta barwa płynu nie przemawia jeszcze za jego charakterem krwotocznym.

Autor spostrzegał zabarwienie płynu mózgo-rdzeniowego pochodzenia krwotocznego u 20 chorych, którzy nie mieli żółtaczki.

Prawie w połowie wszystkich przypadków, mianowicie w 9, przyczyną zabarwienia krwotocznego płynu mózgo-rdzeniowego był wylew krwawy do mózgu. Cierpienie to, naturalnie, tylko wówczas może być powodem krwotocznego zabarwienia płynu, jeżeli wylana krew dosięgła przestrzeni podpajęcznej. Na 8 przypadków krwotoku mózgowego z badaniem pośmiertnym tylko w 5 wystąpiło krwotoczne zabarwienie płynu mózgo-rdzeniowego, w 3 zaś płyn był bezbarwny. Płyny zabarwione spostrzegał autor nadto w 4 przypadkach krwotoku mózgowego bez badania pośmiertnego. 7 razy płyn mózgo-rdzeniowy wykazywał wyraźną barwę krwawą, 2 razy zaś tylko żółtawą. Płyny krwawe przyjmowały po zcentryfugowaniu mniej lub więcej wyraźne zabarwienie z wyjątkiem dwóch przypadków świeżych, w których przekłucie wykonano w kilkanaście godzin po krwotoku, tutaj płyny zcentryfugowane były zupełnie bezbarwne.

W licznych zbadanych przez autora przypadkach połowicznego porażenia pochodzenia zatorowego płyn mózgo-rdzeniowy ani razu nie wykazywał zabarwienia krwotocznego. Fakt ten dowodzi, jakie znaczenie może mieć zabarwienie krwotoczne płynu mózgo-rdzeniowego dla rozpoznania krwotoku mózgowego. Nadto widzimy, jak ujemnie wpływa na rokowanie krwotoku mózgowego przedostanie się krwi do przestrzeni podpajęcznej: na 9 przypadków z obecnością zabarwionego płynu mózgo-rdzeniowego 8, t. j. 88%, skończyło się śmiercią.

Zabarwienie krwotoczne płynu mózgo-rdzeniowego spostrzegał autor w przypadku nowotworu mózgowego, silnie unaczynionego i usianego miliarnymi wylewami krwawymi, w przypadku pęknięcia czaszki z wylewem krwawym

i w *pachymeningitis haemorrhagica alcoholica* (po jednym przypadku).

Co się tyczy zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, to w tem cierpieniu autor wykonywał przekłucie śledźwiowe tylko w nieznacznej odsetce obserwowanych przypadków. Płyn zabarwiony spostrzegł autor w dwóch przypadkach przewlekłego oraz w 6 ostrego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Co się tyczy pierwszych, to barwa płynu była tu żółtawa i zależała prawdopodobnie od nieznacznych wylewów krwawych. W drugich zaś, t. j. ostrych zapaleniach, płyn 4 razy był tylko żółtawy (3 razy w gruźliczem zapaleniu opon oraz raz w *meningitis metapneumonica*), dwa razy zaś krwawy (*meningitis cerebro-spinalis purulenta* i *lepto-meningitis haemorrhagica*).

(Sem. medic. 1903. Nr. 41).

Stanisław Mutermilch.

139. TREUTLEIN. O braku wałeczków w moczu chorych na zapalenie nerek.

Powodem do badania przyczyny tego tak rzadkiego zjawiska był przypadek zapalenia nerek z *retinitis albuminurica*, obserwowany przez autora w szpitalu; w przypadku tym, pomimo obecności niewątpliwego zapalenia nerek, badanie moczu, zbieranego w dzień i w nocy, przez cały czas obserwacji nie wykryło ani razu obecności wałeczków; natomiast znajdowano w osadzie nablonek nerkowy i pęcherzowy, dużo leukocytów i dużo bakteryi. Jak wykazały badania, mocz, zawierający wałeczki, otrzymany sposobem ROSTOSKIEGO, nie zawiera wcale bakteryi. Badanie własności bakteryi moczowych wykazało zupełną identyczność ich z *bacterium coli*. BIZZAZERO brak wałeczków w moczu z białkiem objaśnia w ten sposób, iż mocz z białkiem łatwiej z nerek się wydziela, wałeczki zaś pozostają dłużej w kanalikach nerkowych i dopiero później zostają wydalone. SEHRWALD przeczy temu i mniema, iż wałeczki wydzielają się jednocześnie z białkiem. Istnieją poglądy, iż wzmożone o pewnych porach dnia wydzielenie się moczu powoduje zjawienie się większej liczby wałeczków, gdy natomiast w małych ilościach moczu wałeczków tych jest mało lub też brak ich zupełnie. SEHRWALD jest przeciwny i temu mniemaniu, gdyż obserwował przypadki wręcz przeciwne. HEIDENHAIN i inni tłumaczą brak wałeczków przy białkomoczu tem, iż mocz ten

został wydzielony z części nerki, mniej dotkniętej, co jest zdaniem SEHRWALD'a nieprawdopodobne, gdyż wtedy i ilość białka byłaby zmienna, a to się nie zdarza. SEHRWALD twierdzi, że mamy tu do czynienia z działaniem chemicznym, i dla przekonania się o tem przeprowadził szereg doświadczeń. Po dodaniu do moczu z wałeczkami kwasu solnego wraz z pepsyną i nieco chloroformu dla wstrzymania fermentacji znalazł wszystkie wałeczki rozpuszczone po upływie 24 godzin. Autor powtórzył doświadczenie SEHRWALD'a i również znalazł wałeczki rozpuszczone, podczas gdy po dodaniu do tegoż moczu chloroformu samego wykrywał wałeczki niezmiennione. Od dodania tylko pepsyny bez kwasu solnego lub kwasu solnego bez pepsyny wałeczki nie zmieniały się. Powtórzywszy to samo doświadczenie z kawałkiem białka, wrzuconego do kwaśnego moczu bakteryjnego, zmieszanego z chloroformem, otrzymał autor podobne wyniki: białko nie rozpuszczało się ani w moczu, do którego dodano pepsyny, ani też w moczu, do którego dodano kwasu solnego. Doświadczenia te autora zgodne są z doświadczeniami JOŁOWICZA, który wykazał iż białko moczu nie może być strawione przez pepsynę, wydzielaną przez nerki. Dla przekonania się o wpływie leukocytów na wałeczki autor mieszał mocz, zawierający wałeczki, z moczem kwaśnym bakteryjnym i dodawał chloroformu, doświadczenia wykazały, iż leukocyty żadnego wpływu na wałeczki nie wywierają. Dla przekonania się o wpływie bakteryi i *bacterium coli* na wałeczki i białko autor mieszał mocz, zawierający wałeczki, z moczem bakteryjnym bez dodania chloroformu, lub dodawał czystą kulturę *bact. coli* do moczu z wałeczkami i otrzymał, co następuje: wałeczki, jak również i białko rozpuszczały się po upływie kilkunastu godzin. Po dodaniu chloroformu rezultat był ujemny, z czego autor wnosi, iż działanie na wałeczki wywierają same bakterye, a nie wytwarzany przez nie ferment. W końcu autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Bywają przypadki typowego zapalenia nerek z białkomoczem i *retinitis albumin.*, gdzie brak w osadzie moczowym wałeczków.

2) Braku tego nie można przypisać działaniu pepsyny, wydzielanej przez nerki.

3) Leukocyty, które przy jednoczesnem istnieniu zapalenia pęcherza moczowego mogą

przenosić się do miedniczki nerkowej lub kanałików nerkowych, nie są w stanie niszczyć wałeczków.

4) To samo da się powiedzieć i o leukocytach z ropni chirurgicznych.

5) Rozpuszczanie się wałeczków powodują bakterye (*bacterium coli*) bądź w pęcherzu moczowym przy *cystitis*, bądź, co jest więcej prawdopodobne, w miedniczkach i kanałikach nerkowych, dokąd przechodzą bakterye, wywołujące zapalenie nerek.

6) Fermenty same *bacterii coli* pozostają bez wpływu na wałeczki moczowe.

(Münch. Medic. Woch. Nr. 35. 1903).

Maksymilian Goldflam.

140. SCHWARZKOPF. Rozpoznanie przewlekłych spraw zapalnych w nerkach.

Rozpoznanie zapalenia nerek robimy na zasadzie objawów klinicznych, obecności białka w moczu i części morfologicznych nerek (nabłonków nerkowych, wałeczków). Nie zawsze jednak tak łatwo zrobić rozpoznanie tej choroby zwłaszcza, gdy idzie o to, czy nie mamy do czynienia ze sprawami zastoinowymi w nerkach lub w początkowych słabo wyrażonych okresach choroby.

Przy osłabieniu czynności serea badanie moczu, skóry, wątroby i stanu ogólnego pozwala z pewnością rozpoznać, czy mamy do czynienia z zapaleniem lub zastojem.

Brak jednak białka w moczu nie upoważnia do wyłączenia sprawy zapalnej w nerkach, gdyż, jak wiadomo, zdarza się to w tych sprawach przeważnie u dotkniętych marskością nerek ze wzmożonym wydzielaniem moczu, to samo daje się spotykać i w innych formach zapalnych w nerkach. Czy badanie drobnowidzowe moczu daje jakiegokolwiek wskazówki w tym względzie? Jak wiadomo, wałeczki nie zjawiają

się prawie nigdy w moczu ludzi zdrowych, i obecność ich dowodzi sprawy chorobowej w nerkach. NOTHNAGEL pierwszy spostrzegł wałeczki w moczu bez białka czyli t. zw. wałeczkomocz (Zylindrurie) u chorych żółtaczkowych. Od owego czasu spostrzeżenia te się mnożą i dotyczą nie spraw zapalnych w nerkach, lecz wpływu na ustrój jądów i leków różnego gatunku, drażniących nerki. Ciekawe są spostrzeżenia LÜTHKE'go, który znajdował wałeczkomocz bez białka po użyciu kwasu salicylowego. TRÜK zestawil wszystkie podobne publikacje. W ostatnich czasach udało się autorowi spostrzegać szereg przypadków z wałeczkomoczem bez białka. Na zasadzie tego objawu i obrazu klinicznego autor sądzi, iż w tych przypadkach miał do czynienia z przewlekłym zapaleniem nerek. Autor przytacza cztery takie przypadki: w dwóch występował stale wałeczkomocz bez białka, w dwóch pozostałych białko zjawiało się tylko czasami. Zdaniem autora, znaczenie wałeczkomoczu dla wczesnego rozpoznania przewlekłego zapalenia nerek jest dotychczas słabo brane pod uwagę. Jeżeli zważymy, jak doniosłe znaczenie ma wczesne rozpoznanie tej choroby w celach terapeutycznych i prognostycznych, wtedy każdy objaw pomocniczy powinien być wysoko ceniiony. STEWART na zasadzie wałeczkomoczu bez białka rozpoznawał w wielu przypadkach przewlekłe zapalenie nerek, przeważnie u ludzi bez zmian w sercu i naczyniach krwionośnych. W nowszych czasach BOCK kładzie nacisk na stałą obecność wałeczków w moczu bez białka w przewlekłym zapaleniu nerek, przeważnie na tle miażdżycy.

(Münch. Medic. Woch. N. 35. 1903).

Maksymilian Goldflam.

O D C I N E K.

D-r R. HENNEBERG prywatdocent i d-r H. STELZNER, asystentka (z kliniki prof. JOLLY'ego).

Duchowy i cielesny stan pygopagów Róży i Józefy Blazek
zwanych „siostrami czeskiemi“.

Bardzo niedawno w berlińskim panopticum Castana pokazywano parę bliźniąt, zrosniętych z sobą, zwanych siostrami czeskiemi. Matka ich podczas pobytu w Berlinie dostała ataku apoplektycznego, dla leczenia więc oddano ją do kliniki prof. JOLLY'ego, gdzie asystenci mieli sposobność pozyskać zaufanie ciekawych bliźniąt i skłonić je do poddania się szczegółowemu badaniu cielesnemu, jakoteż psychicznemu — nader ciekawemu ze względu na wiek bliźnich, wynoszący 25 lat.

W literaturze, dotyczącej wszelkiego rodzaju żywych potworów ludzkich, często spotykamy narzekania, że niechętnie poddawały się one badaniu cielesnemu i duchowemu. Nawet w sprawozdaniach VIRCHOW'a spotykamy tego rodzaju uwagi. Autorzy niniejszej pracy za przyczynę takiego stanu rzeczy bardzo słusznie uważają interesowność ze strony okazów lub ich impresaryów, jakoteż obawę zmniejszenia się ciekawości publiczności. W danym wypadku atoli lekarze doskonale i kilkakrotnie byli w stanie zbadać ciekawe siostry, a jeżeli wynik ich studyów przedstawia pewne braki, to dlatego, iż nie chcieli zbytnio męczyć bliźniaczych sióstr, zgnębionych ciężką chorobą matki.

Od ojca bliźniąt i od nich samych otrzymano następujące wskazówki wywiadowcze: żadnej dziedziczności ani ze strony matki, ani ze strony ojca. Rodzina żyła zawsze w Czechach, ojciec w 19 roku życia przechodził gościec, po za tem zdrów. Matka rodziła cztery razy; po raz pierwszy dziewczynkę, po raz drugi (w 1878 r.) dane bliźnięta, w 10 lat potem syna, a po nim znowu córkę. Najstarsza córka, zamężna od siedmiu lat, miała też czworo prawidłowych dzieci.

Poród bliźniąt był szybki, łatwy, w końcu prawidłowej ciąży, podobno nie trwał dłużej nad pięć minut. Najpierw urodziła się główka Róży, potem obie pary nóg, a na końcu tułów i główka Józefy. Łóżysko, wedle stanowczego zaświadczenia ojca, składało się z dwóch oddzielnych pępowin i z dwóch oddzielnych łóżysk; przeczy to wprawdzie teorii rozwojowej, lecz JOLLY i PEYRAT też opisali podobny przypadek.

Bliźnięta przyszły tegie na świat; przez miesiąc żywiono je mlekiem krowim, potem karmiła je matka własną piersią przez dwa lata na skutek zalecenia lekarza.

Rozwijały się dobrze, w końcu 1 roku już chodziły, a w końcu 2 mówily. Bawiły się z innymi dziećmi, wdrapywały się na drzewa owocowe, a w siódmym roku zaczęły się uczyć w szkole.

W 4 roku obie jednocześnie przechodziły jakąś chorobę wysypkową. Jedyna to choroba, którą wspólnie miały. W 12 roku chorowała Józefa przez 8 dni na bardzo ciężką błonicę, Róża zaś pozostała zdrową. Później natomiast, przestraszywszy się psa, dostała Józefa płasawicy (*chorea*) i chorowała na nią przez 13 tygodni, a po dwóch latach miała nawrót tejże choroby, u Róży zaś nigdy ani śladu danego cierpienia nie można było zauważyć. Miesiączkować zaczęły siostry w wieku 13 lat i 11 miesięcy, zawsze prawidłowo i obie jednocześnie co 4 tygodnie. Raz tylko u obu jednocześnie ustąpiła miesiączka, mianowicie podczas nawrotu płasawicy u Józefy. Przy wystąpieniu miesiączki doznają bólów w krzyżu i w brzuchu, lecz odczuwają je nie obie jednocześnie. Przed 4 laty cierpiała Róża na ostry nieżyt kiszek i miewała rozwolnienia; z wspólnego jednakże odbytu — wydzielal się także raz na dobę gęsty, twardey kał, pochodzący widocznie z prostnicy Józefy.

Od 1 do 6 roku obwożono bliźnięta po świecie, potem do lat 14 kształciły się w szkole (obowiązkowe nauczanie), od 15 zaś roku przez ośm

miesiący w roku bywają pokazywane publiczności, a resztę czasu spędzają w ojeździe.

Stan obecny. Bliźnięta zrosnięte są w ten sposób ze sobą, iż łatwo odróżnić wspólną stronę przednią i tylną. Patrząc na ich stronę przednią, stwierdzamy, że Róża jest po prawej, a Józefa po lewej stronie. Róża ma 144 ctm. wysokości, Józefa o dwa mniej. Waga obu wynosi 85 kilogramów. Prawa noga Róży i lewa Józefy znajdują się od przodu i na wewnątrz, lewa noga Róży i prawa Józefy od tyłu i na zewnątrz. Prawe ramię Róży mieści się bardzo blisko lewego ramienia Józefy; odległość wyrostków akromialnych wynosi 20 ctm. Odległość ramion zewnętrznych od siebie = 70 ctm. Tylko w bardzo nieznacznym stopniu potrafią bliźnięta zbliżyć ku sobie ramiona zewnętrzne, natomiast są w stanie wykręcić się nieco bardziej ku przodowi, a obrót ten wynosi około 10°. Przytem są w stanie o tyle zbliżyć ku sobie twarze, iż przy pewnej zręczności mogą się wzajemnie pocałować. Odległość *fossarum jugularium* wynosi 48 ctm., końców nosów 50 ctm., a wyrostków kręgowych 39 ctm.

Od tyłu kręgosłupy stykają się z sobą pod kątem 45°. Kręgosłup Józefy w piersiowej swej części jest wygięty ku stronie prawej, Róży jest zupełnie prosty. Wyrostki cierniste kręgow wymacać się dają nie dalej, niż do 7—8 kręgu piersiowego. Poniżej tego miejsca oba kręgosłupy zlewają się w potężny wspólny most kostny, którego środek umieszczony jest na wysokości 92 ctm. od podłogi (podczas stania bliźniąt). Długość mostu wynosi 23 ctm., grubość zaś, t. j. objętość miejsca, które trzeba by przeciąć, gdyby się chciało rozdzielić bliźnięta, wynosi 94 ctm. (? Spr.). Obmacywanie kości nie daje dokładnie pojęcia o ich ułożeniu, wydaje się jednak, że obie kości krzyżowe z boków i z tyłu zrosnięte są z sobą lub przynajmniej przylegają ku sobie. Bądź jak bądź, wyczuwa się ponad odbytem pojedynczą tylko i, o ile się zdaje, zupełnie prawidłowo zbudowaną kość ogonową.

Od tyłu uda tylne i zewnętrzne (prawe Róży i lewe Józefy) tworzą pośladki niemal prawidłowej budowy, na których bliźnięta dosyć wygodnie siedzą i leżą. Używają one też zwykłego klozetu.

Obie miednice są nienormalnie pochylone; jednocześnie połowy zewnętrzne umieszczone są

głębiej, niż wewnętrzne. Krętarze nóg wewnętrznych bardzo znacznie zbliżone są ku sobie. Odległość wewnętrznych *spinæ anter. super.* 20,5 ctm., zewnętrznych 36,5. Odległość pomiędzy *spin. ant. sup.* Róży wynosi 18,5 ctm., Józefy 21,0 ctm.

Tylne zewnętrzne *tubera ossis ischii* są prawidłowe, przednie wewnętrzne zaś zlewają się z sobą.

Oględziny części płciowych zewnętrznych. Ułożywszy bliźnięta na plecach i uniósłszy w górę obie środkowe nogi, znajdujemy wspólny srom około 14 ctm. długości. Zaczyna się on z obu stron w zwykłym miejscu poniżej wzgórka łonowego, umiarkowanie uwłosionego. Rozciągnawszy szparę sromną, zauważymy, że ma kształt równoramiennego trójkąta i otoczona jest trzema wargami sromnemi. Podstawę jego, zwróconą ku przodowi, stanowi wielka warga sromna 14 ctm. długości, umiarkowanie uwłosiona. Dwie inne wielkie wargi sromne, biegnące ku tyłowi, mają po 10 ctm. długości i bardzo skąpo są uwłosione. Odciągnawszy przednią wargę sromną ku górze, znajdujemy pod nią dwie dobrze zbudowane małe wargi sromne, 4 ctm. długie, łączące się z sobą i obejmujące słabo rozwiniętą lechtaczkę. Pokrywa je dosyć duży płat skórny, stanowiący napletek lechtaczki. Szerokość małych warg sromnych 1,5 ctm. Poniżej lechtaczki widzimy pojedynczy otwór cewki moczowej. Przez wprowadzony doń zgłębnik wypływa mocz. Tuż pod otworem cewki znajduje się zgrubienie błony śluzowej w kształcie serca, zwróconego końcem ku odbytowi, w którym umieszczone są oba otwory pochew, oddzielone jeden od drugiego przegrodą grubości $\frac{3}{4}$ ctm. Otoczone są one miękką i rozciągliwą błoną dziewiczą. Przez otwory te łatwo przechodzi palec, którym po każdej stronie wyczuć można zupełnie oddzielną pochwę. W głębi każdej pochwy wyczuwa się stożkowatą i ruchomą część pochwową macicy. Wprowadziwszy do każdej z pochew jednocześnie palec, stwierdzić można, że obie macice są zupełnie od siebie niezależne. W odległości $2\frac{1}{2}$ ctm. poza sromem znajduje się pojedynczy otwór odbytu, zupełnie prawidłowego wyglądu. Wprowadzony przezeń palec nie wyczuwa żadnego podziału odbytnicy. Przy jednoczesnym badaniu przez pochwy i odbytnicę wyczuwa się dwie macice prawidłowej wielkości, nieco ku tyłowi zgięte.

Cztery kończyny dolne nie przedstawiają nieprawidłowego. Przy chodzeniu bliźnięta wysuwają naprzód obie nogi prawe lub obie lewe, w ten sposób mogą chodzić dosyć prędko nawet po schodach. Czasami chodzą jednak w inny sposób, wysuwając naprzód obie nogi zewnętrzne, a potem obie wewnętrzne. Chód ten jest niewygodny dla nich, a przypomina chód człowieka o kulach. Niekiedy jedna z sióstr tylko chodzi, ciągnąc poniekąd drugą za sobą. Wogóle bardzo zrecznie posilkują się swojemi czterema nogami. Przy klęczeniu wsuwa Róża swoją prawą goleń pomiędzy obie nogi Józefy. Obie dziewczyny potrafią stać na jednej nodze i wszystko im jedno, czy na obu zewnętrznych, czy na obu wewnętrznych, czy na obu prawych lub lewych. Gdy jedna się schyla, musi i druga odpowiedni ruch wykonać: zgrabniejsza Róża przechyla wtedy górną połowę ciała ku tyłowi, Józefa zaś przykuca.

Obie siostry mają silnie rozwinięty, wystający brzuch. Wysłuchiwanie i opukiwanie prawidłowe dają wyniki co do granic serca i stłumienia wątroby. O przemieszczeniu trzewi, tak częstym u thoracopagów, nie ma tu mowy. Dobrze wykształcone ramiona nie przeszkadzają sobie wzajemnie, drobne kolizje zachodzą niekiedy dlatego tylko, że Józefa jest mańkutom (przynajmniej przy szyciu), skutkiem czego najbardziej w użyciu są ramiona wewnętrzne.

Głowa Róży ma kształt gruszkowaty, a prawa jej połowa jest znacznie silniej rozwinięta, niż lewa (wymiary czaszki i twarzy podane w oryginalnym Spr.). Podniebienie Róży wysokie i wąskie: lekki prognatyzm. Lekkie boczne skrzywienie dolnej szczęki na zewnątrz. Zęby prawidłowe, nos duży. Ucho prawe prawidłowe, płatek tego ucha przyrośnięty; ucho lewe bardzo wąskie, znacznie odstaje od głowy i sterczy ku górze, zupełny brak *antihelialis* i *fossae triangularis*.

Obie dziewczyny mają dołki w podbródkach. Głowy trzymają krzywo, mianowicie górne części twarzy nachylone są ku sobie, a dolne odstają. Głowa Józefy wydaje się szerszą, niż głowa Róży, czoło bardziej w tył cofnięte. Zęby górne przy szczękach zamkniętych wystają o 1 cm. ponad dolnymi. Podniebienie niezwykle wysokie i wąskie. Oba płatki uszne przyrośnięte, zresztą żadnych zmian w uszach. Zrenice u obu

dziewcząt żywo oddziałują; wszystkie tęczołki jednakiej barwy jasno niebieskiej, a włosy obu sióstr ciemno blond. Słuch i wzrok u obu prawidłowy. Wszelkie odruchy żywe i prawidłowe.

Zmysł czucia wszędzie prawidłowy. Na niewielkiej tylko przestrzeni w okolicy miejsca zrosniętego czucie jest wspólne. Miejsce to znajduje się na grzbiecie i ma 7 cm. szerokości, a ku dołowi zwęża się do 1—2 cm. W tych miejscach czucie jest nie tylko wspólne, lecz znacznie słabsze, niż w innych miejscach. Uczucie bólu jest w tem miejscu również osłabione, o czem bliźnięta już same przed badaniem wiedziały. Czucie odbytu, sromu, otworu cewki moczowej i lechtaczki jest całkowicie wspólne. Podobnie jak palec, wprowadzony do odbytnicy lub do pochwy, tak i cewnik, wprowadzony do cewki moczowej, wspólnie przez obie siostry jest odczuwany. Małe wargi sromne natomiast i boczne części sromu mają czucie rozdzielne.

Obie siostry jednocześnie czują parcie stolcowe, jak również wydzielenie się stolca i moczu. Parcie moczowe każde z dziewcząt odczuwa oddzielnie. Jeżeli jedna z nich więcej pije, niż druga, to prędzej też czuje potrzebę oddania moczu. Tętno Róży zawsze bywa częstsze, niż Józefy.

		Józefa	Róża
		90	114
		100	112
		112	125
		102	106
		97	118
		97	106
Oddychanie		Ciepłota	
Józefa	Róża	Józefa	Róża
28	30	37,2°	37,6°
30	33	37,2°	37,4°
30	30		

Mocz kwaśny, nie zawiera cukru ani białka. Liczba czerwonych ciałek krwi prawie jednokrotna u obu sióstr.

Sen zazwyczaj dobry; zasypianie i budzenie się nie następuje jednocześnie u obu. Niekiedy jedna budzi drugą — pociągając ją za nos. Podczas snu nie przeszkadzają sobie wzajemnie

Jedzą i piją zwykle jednocześnie ze względów zewnętrznych, lecz co do apetytu znacznie się różnią. Józefa je więcej, lubi kwaśne potrawy, Róża zaś — słodczyce. Zaburzenia żołądkowe, mdłości i t. p. nie występują wóólnie u obu; gdy jedna np. ma zepsuty żołądek, druga czuje się doskonale. Czy wyskok, wypity przez jedną, działa na drugą? Trudno odpowiedzieć na to pytanie, dotychczas bowiem zawsze jednocześnie piły napoje wyskokowe.

Ogólna konstytucja Józefy znacznie różni się od budowy i usposobienia Róży; pierwsza jest tęga, druga szczupła i małowkrwista. Róża łatwo marznie i grzeje się o ciało Józefy, ta zaś w lecie łatwo się poci.

Jeszcze większe różnice zachodzą w dziedzinie ducha. Józefa ma temperament flegmatyczny, a umysł nieco tępy, Róża zaś jest żywa, ruchliwa, inteligentniejsza i nieco nerwowa. Józefa lubi jeść i pić, a Róża myśli o pieniądzach i o „interesie“. Ona to załatwia korespondencyę. zawiera kontrakty z wystawcami, przyczem jest rozsądna i podejrzliwa. Wogóle stanowi ona głowę rodziny. Na zrobienie plastycznej odbitki z ich ciał nie zgadza się np. dla tego, że publiczność, zapoznawszy się z figurą, straciłaby zapewne ciekawość względem oryginału.

Pod względem inteligencji stoją bliźnięta niżej normy. Obie dziewczyny, pomimo 25 lat, robią wrażenie dzieci. Wesolego zazwyczaj usposobienia, grzeczne dla każdego, robią jednak bardzo monotonne wrażenie. Mimika ich jest mało wyrobiona, wyraz twarzy banalnie uprzejmy. Wygłaszane przez nie zdania, wiersze i t. p. nie mają żadnego artystycznego wykończenia; dziewczęta nie dbają o jakiś postęp lub wydoskonalenie się pod tym względem. Brak im też zalotności i próżności. Pomimo licznych podróży nie mają pojęcia o świecie i ludziach, co jednak przypisać trzeba wyjątkowemu ich położeniu. Żywiej interesują się tylko sprawą pokazywania się przed publicznością i ojezyzną swą.

Uczucia ich są dosyć żywe, szczególniej względem chorej matki, którą bardzo kochają. Płciowe ich uczucie wydaje się bardzo słabo rozwinięte.

Każda z sióstr zupełnie jest niezależna od drugiej pod względem myśli i uczuć, nieraz każda z nich zupełnie odmiennie ma zdanie, a już w dzieciństwie klóczyły się z sobą o zabawki. Co

ciekawsze — były się wzajem, gdy nie mogły zgodzić się na ten sam cel i kierunek chodzenia. Bardzo często jedna z sióstr zwraca uwagę drugiej na niewłaściwość tego lub owego postępkę, tak było w dzieciństwie wobec łakomstwa, tak też było niedawno jeszcze temu, gdy Róża wymawiała Józefie zbytnią rozrzutność. Skutkiem różnicy zdań bliźnięta nieraz bardzo żywo rozprawiają z sobą; wgrze (karty) każda dba o swój interes.

Każda z nich dba o swą własność, nie uważając jej za wspólną; ubranie, bielizna, a raczej jej połówki znaczone są odmiennymi literami. Wogóle czują się one, jako oddzielne osobistości, a cielesne połączenie uważają za przeszkodę dla siebie. Przestrasza je jedna tylko myśl, że śmierć jednej pociągnie za sobą zgon drugiej. Myśl tę wywołały w ich umysłach niedyskretne uwagi publiczności.

Dopiero w 6 roku życia zwróciły one uwagę na wyjątkowy swój stan. Chętnie zgodziły się na operacyjne rozłączenie, lecz przekonane są o niemożności podobnego zabiegu.

Sny ich są zupełnie niezależne: Róża śni żywo i umie o tem opowiadać, ociążała zaś Józefa albo wcale nie śni lub też nie pamięta treści snów.

Asocjacje wyobrażeń żywsze są u Róży, niż u Józefy; pierwsza z nich ma również daleko lepszą pamięć i wyobraźnię.

Pismo obu sióstr jest podobne do siebie, gdyż ma wogóle szkolny, mało wyrobiony charakter.

Bliźnięta te były już dawniej opisywane przez innych autorów; z porównania tych opisów z obecnym ich stanem okazuje się, że zaszła zmiana tylko pod względem chodzenia. Dawniej wysuwały one naprzód obie wewnętrzne lub obie zewnętrzne nogi, obecnie zaś obie prawe lub obie lewe.

Bliźnięta Róża i Józefa Blazek są typowym okazem pygopagii (GEOFFROY St. HILAIRE), bardzo ciekawym wskutek wieku, jakiego siostry dosięgły. Są one umieszczone nie po za sobą, lecz mniej więcej obok siebie, wskutek czego mają wspólną powierzchnię przednią i tylną. Pod względem cielesnym przypominają najbardziej bliźnięta Judytę i Helenę (*Monstrum hungaricum*, ur. 1701 r.), których rysunek pomieszcza oryginal niniejszej pracy, jakoteż siostry Chrissyę

i Millię (słowik dwugłowy). Rysunku nagiego ciała Józefy i Róży literatura nie posiada ani z dawniejszych czasów, ani z obecnego, gdyż nie zgadzano się nigdy na to. Fotografowano je tylko w ubraniu.

Wedle seceyi, dokonanej na ciele sióstr węgierskich, oba ich przewody pokarmowe łączyły się w jeden wspólny w okolicy kości krzyżowej. Posiadały one wspólny srom, lecz dwie łechtaczki, dwie pary małych warg sromnych, dwie cewki moczowe i dwie pochwy; inaczej przeto niż siostry czeskie. Słowik dwugłowy, opisany przez VIRCHOW'a, miał jeden odbył, dwie pochwy i dwie cewki moczowe. Miesiączka występowała jednocześnie, podczas gdy u sióstr węgierskich nie jednocześnie.

Co do umysłowości i uczuciowości zrośniętych z sobą bliźnięt, to, zdaniem wszystkich badaczy, wyjątkowe to położenie wcale nie oddziaływa na nie w szczególny jakiś sposób. Zarówno siostry węgierskie, jak dwugłowy słowik a także bracia syamscy, obecnie zaś siostry czeskie odznaczały się pewną inteligencją, wesołością, a nawet przebiegłością i sprytem do interesów. Pewne braki w ich ukształceniu i charakterze przypisać można ciąglemu wystawianiu się na pokaz publiczności, jednostajności tego zajęcia i wypływającym ztąd warunkom bytu.

Wobec stawianych dawniej przypuszczeń, że życie duchowe zrośniętych z sobą bliźnięt powinno być wspólne, autorzy danej pracy stwierdzili zupełną rozłączność myśli i uczuć u każdej z sióstr. Wobec różnorodności tętna u każdej z nich niepodobna przypuścić, by tętnice i żyły ich łączyły się gdziekolwiek z sobą, jak to miało miejsce u sióstr węgierskich (stwierdzone na seceyi).

Pomimo zrośnięcia z sobą każda z sióstr odmienną ma konstytucję i zupełnie inny temperament, a także każda z nich samodzielnie choruje, nie udzielając danej choroby (o ile nie jest zakaźna) drugiej siostrze. Fakt ten widziano również w innych tego rodzaju przypadkach np. Dowdica (jedna z sióstr, niedawno operacyjnie rozłączonych przez prof. DOYES'a) cierpiała na gruźlicę otrzewny i miała ciepłotę o 3° wyższą, niż zdrowa zupełnie Radica. Z braci syamskich tylko Czang uległ porażeniu połowicznemu, a *bronchopneumonia*, która spowodowała w 1874 r.

śmierć obu bliźniaków, lokalizowana była tylko w płucach Czanga.

Wobec tego, że, gdy jedna z sióstr gorączkowała, druga zupełnie wolna była od gorączki, upada teoria o zależności podwyżki ciepłoty ciała od spraw, zachodzących jakoby we krwi i w sokach. Istnienie płasawicy li tylko u jednej z sióstr przemawia przeciw bakteryalnej przyczynie tej choroby. Podawano także jednej z sióstr 2 gramy jodku potasu, a po kilku godzinach w ślinie każdej z nich znajdowano jod w dużej ilości, a wydzielal się w ten sposób przez 12 godzin. Dowodzi to, że wymiana soków pomiędzy bliźniętami jest szybka i znaczna. Pomimo tego jedno z bliźnięt nie jest w stanie oddychaniem swem utrzymywać przy życiu drugiego, po zamknięciu bowiem ust i nosa jednej z sióstr następowały wkrótce objawy duszności, podczas gdy druga zachowywała się zupełnie spokojnie.

Uczucia głodu, pragnienia, zmęczenia i t. p. odczuwane były przez każdą z sióstr oddzielnie; widocznie nie zależą one od zmian we krwi.

Ongi potwory tego rodzaju zaciekały ogół i uczonych jeszcze z wielu innych względów, które obecnie — dla ludzi wykształconych przynajmniej — postradały wszelkie znaczenie; tak np. w r. 1707, omawiając siostry węgierskie, zapytywano, czy na sądzie ostatecznym zjawia się one zrośnięte, czy też rozłączone; czy dusze ich są także zrośnięte; czy uważać je należy za jedną, czy też za dwie osoby, i czy obie połowy oddzielnie chrześć należy?

W obecnych czasach ciekawe byłoby rozstrzygnięcie pewnych kwestyi prawnych — cywilnych i kryminalnych, np. czy kara więzienia, a co ważniejsze — śmierci, wykonana względem jednego z bliźnięt, obowiązuje również i drugie? Kwestye te pozostawiają autorzy prawnikom — i słusznie. Na końcu zaznaczają jednak następujący ciekawy przypadek: podróżując po Francji wykupił impresaryo jeden tylko bilet dla zrośniętych sióstr, podczas gdy zarząd kolei wymagał dwóch biletów. Wywiązał się proces, który przegrany został przez impresaryo, który zapłacił kosztów i kary pono aż 1600 franków.

(Berlin. klin. Woch. 1903. Nr. 35 i 36).

Wiadomości bieżące.

— Komitet polski międzynarodowego Zjazdu dla higieny szkolnej w Norymberdze ogłasza następujący komunikat:

W dniach 4 do 9 kwietnia 1904 roku odbędzie się w Norymberdze międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej. Zjazd obejmować będzie 10 następujących sekcji: 1) Higiena budynków i urzędzeń szkolnych. 2) Higiena internatów. 3) Higieniczne metody badania. 4) Higiena nauczania i środków naukowych. 5) Nauka higieny dla uczniów i nauczycieli. 6) Fizyczne wychowanie młodzieży. 7) Stan zdrowotny szkół, choroby szkolne, nadzór lekarski w szkołach. 8) Szkoły dla dzieci słabo rozwiniętych, kursa równoległe i powtarzające, kursa dla ociemniałych, głuchoniemych i ułomnych. 9) Higiena młodzieży poza szkołą, kolonie wakacyjne, zebrania i stowarzyszenia dla propagowania zasad higieny. 10) Higiena gron nauczycielskich.

Stosownie do regulaminu, wydanego przez stałą międzynarodową komisję, organizującą kwietniowy zjazd dla higieny szkolnej, w każdym kraju zostaną utworzone komitety miejscowe, których zadaniem ma być informowanie ogółu o programie i celach zjazdu oraz pośredniczenie w przyjmowaniu zgłoszeń uczestnictwa w zjeździe oraz przesyłaniu referatów. W Krakowie komitet miejscowy ukonstytuował się 30 listopada i zwraca się niniejszem zarówno do panów lekarzy, jako też do pedagogów o laska-

we nadsyłanie tematów w zakresie wyżej podanego programu oraz o zgłaszanie uczestnictwa w zjeździe.

Karta uczestnictwa kosztować będzie 25 franków. Komitet uprasza wszystkich uczestników kongresu polskiej narodowości o zgłaszanie się wyłącznie za pośrednictwem komitetu krakowskiego.

Sekretarz d-r *Jan Landau*, Kraków Grodzka 69. Przewodniczący prof. d-r *Odo Bujwid*, Kraków, Kolejowa 3.

— Otrzymaliśmy zapowiedź dalszego ciągu wydawnictwa p. t. „Biblioteka lekarska“ na rok 1904. W pierwszym roku wydawnictwa wyszło: 1) Podręcznik chorób wewnętrznych prof. G. DIEULAFOY'a (Tom I i część tomu II); 2) Dyagnostyka chirurgiczna (Część I i początek części II); 3) Położnictwo prof. RUNGE (Część I). Redakcyja, oprócz dalszych ciągów już rozpoczętych podręczników, ma zamiar wydać szereg innych podręczników, a między nimi dwa oryginalne: docenta d-ra M. W. MORACZEWSKIEGO (ze Lwowa) p. t. Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych i d-ra J. BRUNNERA: Technika bakteryologiczna w zastosowaniu do badań klinicznych. Cena biblioteki lekarskiej w Warszawie wynosi rb. 8 rocznie, z przesyłką zaś pocztową rb. 10. Redaktorem i wydawcą pozostaje nadal kol. Józef ZAWADZKI.

— Kalendarz lekarski pod redakcyą d-ra J. POLAKA na rok 1904 wyszedł z druku.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. Prenumeratorów o wczesne nadsyłanie przedpłaty na rok 1904 i o uregulowanie zaległych rachunków.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „katalog książek, wydanych z zapomogi Kasy MIANOWSKIEGO“ i prospekt „Czytelnia dla wszystkich“.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterji, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dytetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyńsze mieszanki. Homoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwić liczyć własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycji: **Apteka na Bolszoi Ochcie w S.-Petersburgu**. Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncji) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcaryja)

ADRENALINA

(Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego preparatu adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu Takaminy.

ACETOZON (C⁶H⁷CO. O. O. COCH³. Benzoyl acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytniczy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwniebezpiecznych. Szczególnie znakomite wyniki, otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy tryprze, chorobach oczu chołzerze, dysenterji roz-wolnieniach u dzieci sprawach ropnych porodowych i t. d.

CHLORETON

(chemiczny związek chloroformu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczkach i t. d. Ma tę wyjątkową nad kokainą, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamieniana na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższająca jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT

Lek toniczny przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwości temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTR.

w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tabletek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.

PARKE, DAVIS & CO.

MAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.)

BIURO:
St.-Petersh., Zamiatin zant., 4
Adres dla telegr.—
CASCARA—ST.-PETERSBURG.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.