

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	rocznie.....	rs. 5 kop. —	Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	rocznie.....	rs. 6
	półrocznie.....	" 2 " 50		półrocznie.....	rs. 3
	kwartalnie.....	" 1 " 25			

TREŚĆ: Rozprawy. Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych. Napisał dr. WŁ. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy).— Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenia z m. Września r. b. Przypadek słoniowacizny moszny. Gruczoło-mięsak szyi. Cierpienie oczów przy ospie. Znaczenie eseriny w okulistyce. Harmonia przyrządów w ustroju.— Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Przymiot nabyty w późnym wieku. Przez prof. SIGMUND'A, z Wiednia. Podał dr. E. KLINK.— Wiadomości z medycyny publicznej. Śmiertelność położnic w Prussach. Ogłoszenia.

OBECNY STAN WIEDZY

O umiejscowieniach czynności i zбочeń mózgowych.

Napisał Władysław Gajkiewicz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 15, 16, 17, 19—25, 34—37 i 39).

Fakta przytoczone w części klinicznej potwierdzają najzupełniej, iż i u człowieka, tak samo jak u zwierząt (jak to okazały doświadczenia fizjologiczne), mimo iż większa część rozciągłości istoty szarej korowej półkul mózgowych jest bez wpływu na ruchy dowolne, pewna część tej istoty szarej jest pobudliwą i ma wpływ niezaprzeczony na wykonywanie, ruchów. U człowieka, tak samo jak u małp, część ruchowa kory mózgo-
wej (*zona motorica corticalis*) leży naokoło rowka ROLANDA i stanowią ją zawoje: czołowy i ciemieniowy wstępujące, zrazik przysrodkowy i prawdopodobnie podstawy 3-ch zawojów czołowych. Wszelkie cierpienie, jakakolwiek jest jego rozległość i przyroda, lecz którego siedliskiem jest część kory mózgo-
wej na zewnątrz *zonae motoricae corticalis* leżąca, nie spowodza najmniejszego zaburzenia ze strony ruchu—ani porażenia, ani drgawek i jak zobaczymy niżej nie powoduje zwyrodnienia wtórnego włókien nerwowych ruchowych, poniżej miejsca cierpiącego leżących. Tymczasem cierpienie nawet bardzo ograniczone, lecz dotykające pośrednio lub bezpośrednio tę *zonam motoricam corticalem*, wywołuje koniecznie zaburzenia ruchowe i zwyrodnienia wtórne. Jeśli cierpienie to powstaje nagle i niszczy odrazu dużą przestrzeń tej części ruchowej korowej, to następstwem jego jest porażenie połowiczne (*hemiplegia*) przeciwnej połowy ciała, prędko powstające, przyczem z razu mięśnie są wiotkie, a potem dopiero gdy powstanie zwyrodnienie wtórne, mięśnie stają się sztywnymi (*contracturae*). Jeżeli cierpi tylko część ograniczona *zonae motoricae corticalis*, to zależnie od tego czy cierpienie to wywołuje drażnienie czy też zniszczenie jej, za życia powstają albo drgawki albo porażenia ograniczone do pewnych mięśni. Jeżeli cierpienie jest cha-

rakteru niszczącego, to i wtedy powstają zwyrodnienia wtórne, jak to zobaczymy później.

Klinika rozstrzyguje dalej kilka ważnych punktów. Najprzód uczy w sposób niezbity, iż zawój ciemieniowy wstępujący bierze udział w wykonywaniu ruchów dowolnych, gdyż widzieliśmy przypadki, w których zniszczenie li tylko do tego zawoju ograniczone powodowało porażenie trwałe mięśni strony przeciwnej ciała. Klinika więc potwierdza zdanie FERRIER'A, który znalazł u małp ośrodki psycho-ruchowe i za rowkiem ROLANDA, a mówi przeciw HITZIG'OWI który z jednego doświadczenia swego robionego na małpie, i to, jak sam powiada, dokonanego „tylko powierzchownie” (l. c. str. 133) wniósł, iż wszystkie ośrodki psycho-ruchowe leżą przed rowkiem ROLANDA.

Fizjologija doświadczalna okazała iż u zwierząt wyższej organizacyi, *zona motorica corticalis* nie jest jednakową czynnościowo w całej swej rozciągłości, lecz że utworzoną jest przez kilka ośrodków położonych obok siebie i niezależnych jeden od drugiego. Widzieliśmy bowiem iż drażnienie pewnego miejsca tej *zonae*, pobudzało do kurczenia się tylko mięśnie jednej z kończyn strony przeciwnej ciała, a nawet tylko pewne grupy fizjologiczne mięśni jednej z kończyn i aby otrzymać ruchy w drugiej kończynie, lub w innych częściach ciała, jak w mięśniach: szczęk, warg i t. d. trzeba było przesunąć elektrody w inne miejsca. Tak samo zniszczenie sztuczne ograniczone *zonae motoricae corticalis*, powodowało porażenia tylko pewnej części ciała. Klinika uczy iż to samo zupełnie, ma miejsce i u człowieka. Widzieliśmy bowiem iż w niektórych przypadkach porażenie ograniczonem było do jednej z kończyn (*monoplegia*) a nawet do mięśni unerwionych przez jeden tylko z nerwów kończyn np. *monoplegia radialis, mediana* i t. p; a w innych do mięśni twarzy i t. p. i że siedlisko cierpienia nie było to samo. Tak samo drgawki były umiejscowione niekiedy przez całe życie w twarzy lub w jednej tylko z kończyn, a gdy uogólniały się, to zawsze były daleko silniejsze w jednej z tych części ciała. Zależnie czy cierpienie niszczyło, czy też drażniło tylko ośrodki psycho-ruchowe, za życia widzieliśmy porażenia lub drgawki. Innym razem cierpienie niszczyło jedne części a drażniło drugie, ztąd połączenie porażenia z przykurczami i drgawkami.

Już prof. BOUILLAUD przypuszczał coś podobnego: iż miejsce porażenia zależy od miejsca cierpienia, tylko nieznajomość ówczesna topografii mózgu nie pozwoliła mu wyciągnąć dalszych wniosków. W dziele swem ¹⁾ mówi on: „Jeżeli powrócimy na chwilę do objawów któreśmy stwierdzili u chorych w przytoczonych spostrzeżeniach, to zobaczymy, iż u jednych porażoną była jedna kończyna, u innych porażenie dotknęło obie kończyny, u tych porażenie połowiczne (*hemiplegia*) było całkowite, u tamtych niezupełne, w ten sposób iż np. oko, powieki, policzek, język zachowały zdolność ruszania się, gdy tymczasem kończyny były zupełnie pozbawione

¹⁾ BOUILLAUD. *Traité de l'encéphalite*. Paris 1825. str. 273—280.

władzy ruchowej; od czego mogą zależeć te różnice i wiele innych których nie przytoczyliśmy? Różność miejsc porażenia, każe domyslać się koniecznie że różnem jest i siedlisko cierpienia. A ponieważ miejsce porażenia zmienia się zależnie od siedliska cierpienia mózgowego, najzupełniej więc możliwem jest rozpoznać jedno po drugim". A dalej, mówi tenże: „Jeżeli popełniliśmy jakie błędy w oznaczeniu stosunku między siedliskiem porażen i zmian mózgowych, to jednak pozostanie na zawsze dowiedzionem, iż istnieje w mózgu kilka ośrodków ruchowych, tak jak istnieje kilka narządów intelektualnych. Wielość ośrodków mózgowych przeznaczonych dla ruchu, dowiedzioną jest w istocie istnieniem porażen częściowych, odpowiadających cierpieniu ograniczonemu mózgu; jasnem jest więc, iż gdyby ten narząd nie składał się z kilku ośrodków ruchowych lub przewodników, niemożliwem byłoby pojąć, jakim sposobem cierpienie jednego z tych punktów może pociągnąć za sobą porażenie pewnej części ciała, nie naruszając w niczem ruchów innych części. Wiem dobrze, iż zdanie to zdaje się być w niezgodzie z wynikami doświadczeń czynionych na zwierzętach. Pewnem jest bowiem, iż po zniesieniu płatów mózgowych, zwierzę może jeszcze chodzić, biegać, poruszać szczękami, oczami, powiekami i t. d., lecz niemniej jest niewątpliwem, iż cierpienie półkuli mózgowej u człowieka, daje początek porażeniu mniej lub więcej rozległemu mięśni dowolnych strony przeciwnej ciała. Czy można zbić te fakta jedne drugimi? Bezwątpienia nie, gdyż fakta zarówno pewne, nie mogą uleść żadnemu zbiuciu. Poprzestańmy na ich stwierdzeniu a przyjdzie czas w którym nowe światła rozproszą tę pozorną niezgodność, jaka istnieje obecnie między nimi". Jak widzimy przepowiednia BOUILLAUD'A sprawdziła się najzupełniej.

Skoro wiemy iż *zona motorica corticalis* składa się z kilku ośrodków ruchowych, to nie łatwiejszego jak pojąć, iż zniszczenia i drażnienia jej częściowe muszą spowodować porażenia i drgawki także częściowe ¹⁾. Przeciwnie, gdy zniszczenie lub drażnienie obejmie całą przestrzeń tworzącą *zonam motoricam corticalem*, to jest wszystkie ośrodki ruchowe istoty szarej korowej, otrzymamy klinicznie obraz porażenia połowicznego (*hemiplegia*), drgawek całej połowy przeciwnej ciała (*epilepsia hemiplegica*). Przy cierpieniach więc istoty szarej korowej półkul mózgowych, możemy mieć zbiór objawów, podobny z jednej strony do cierpienia nerwów obwodowych ruchowych (których cierpienie powoduje zaburzenia tylko w tych mięśniach dla których są przeznaczone, a więc, porażenia i drgawki czę-

¹⁾ Już ROMBERG (*Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*. Berlin 18, 53. str. 941) zauważył ważność tych porażen częściowych. „Mogłem stwierdzić, mówi on zgodnie z mojem jak i innych doświadczeniem, wynik który nie ma prawie wyjątku, a mianowicie, iż jeżeli porażenie oddzielne ręki lub nogi zależy od cierpienia mózgowia, to siedliskiem tego cierpienia jest mózg". Dzisiaj możemy, mówi CHARCOT, iść dalej, utrzymując „iż jeżeli porażenie oddzielne jednej kończyny lub twarzy (*monoplegia*) zależy od cierpienia półkul mózgowych, to cierpieniem jest dotknięty jeden z punktów *zonae motoricae corticalis* lub istota biała bezpośrednio pod nią leżąca”.

ściowe), z drugiej zaś strony—do cierpienia wnętrza mózgu, które jak zobaczymy niżej objawia się pod postacią porażenia połowicznego (*hemiplegia*). Czemu się różnią porażenia i drgawki korowe, od zależnych od cierpienia nerwów obwodowych i wnętrza mózgu, o ile to jest możliwem, podamy niżej. Obecnie na zakończenie tej części klinicznej pomówimy jeszcze o jednym z punktów niezmiernej wagi, a mianowicie, czy z dotychczasowych spostrzeżeń możliwem jest oznaczenie miejsca położenia pojedynczych ośrodków psychoruchowych u człowieka. Zaczniemy od ośrodka mowy jako najdawniej znanego. Znaną jest wszystkim historia tego ośrodka. BOUILLAUD ¹⁾ rozwijając myśl GALL'A ²⁾ (twórcy frenologii) który (1808) za przykładem LOCKE'GO, CONDILLAC'A i innych filozofów, przyjmował osobną władzę mówienia i umiejscowił ją w zrazach przednich nadoczodołowych, B. usadowił „władzę wyrażania myśli słowami” w obu zrazach przednich półkul mózgowych. W r. 1836 dr. Marc DAX z *Sommières* (dep. Gard) odczytał pracę ³⁾ na zjeździe w Montpellier, w której na mocy spostrzeżeń własnych i cudzych, zebranych od r. 1800, dowodził iż zaburzenia mowy w cierpieniach mózgowych, zależą zawsze od zmian tylko półkuli lewej, a nigdy prawej. Potem przez lat blisko 30 kwestyja siedliska władzy mówienia zostaje nierozstrzygniętą i zdanie GALL'A, bronięne przez BOUILLAUD'A i jego uczniów, napotyka więcej przeciwników niż obrońców. Dopiero w r. 1861 prof. BROCA ⁴⁾ ze ścisłego porównania objawów za życia ze zmianami pośmiertnemi, przyszedł znów do przekonania, tak jak BOUILLAUD, iż władza mówienia i jej zaburzenia mają za siedlisko zrazy przednie mózgu, a zgodnie z DAX'EM (którego pracy ⁵⁾ miał nie znać) umiejscowił ją w półkuli lewej. Prócz tego poszedł on dalej niż jego poprzednicy, ograniczając siedlisko mowy tylko do 3-go lub dolnego zawoju czołowego lewego. Z pracą BROCA, kwestyja o mawiana wstąpiła w nowy okres. Odtąd liczne spostrzeżenia zrobione w różnych okolicznościach i przez lekarzy wszech narodowości, z bardzo małemi wyjątkami, potwierdziły zdanie BROCA, na cześć którego Anglicy zawój czołowy dolny, siedlisko ośrodka mowy, nazwali zawojem BROCA. Łatwo zrozumieć iż powstała zrazu opozycyja przeciw temu pojęciu, bo trudno było pojąć, iż z części symetrycznych mózgu, jedna tylko strona mózgu miała brać udział w mowie. Fakta jednak potwierdziły i okazały słuszną za-

¹⁾ BOUILLAUD. *Recherches cliniques propres à démontrer que la perte de la parole correspond à la lésion des lobules antérieurs du cerveau*. Bull. de l'Acad. des Sciences 1825. Archives gén. de méd. 1 sér. t. VIII. str. 25.

²⁾ GALL. *Sur les fonctions du cerveau*. Paris. 1825. t. V.

³⁾ Marc DAX. *Lésions de la moitié gauche de l'encéphale, coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée*.

⁴⁾ BROCA. *Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé, suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole)*. Bulletins de la Société Anatomique. 2 série. t. IV. str. 330. i *Nouvelle observation d'aphémie produite par une lésion de la moitié postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales*. idem. str. 398.

⁵⁾ Na pracę tę przez lat kilkanaście zapomnianą, zwrócił uwagę w r. 1863 DAX syn: *Observations tendant à prouver la coïncidence constante des dérangements de la parole avec une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau*.

patrywania się BROCA, bo np. między innymi statystykami, dr. A. VOISIN ¹⁾ zebrał wszystkie ogłoszone przypadki znalazł iż w 140 przypadkach cierpiał tylko zraz lewy, a w 6 tylko zraz prawy. Obecnie liczba ta jest daleko znaczniejszą, z uwagi iż przypadki twierdzące nie ulegają dzisiaj ogłaszaniu. MEYNERT ²⁾ który grupę zawojów wysepki REIL'A i zawój czołowy dolny, uważa jako części tego samego układu anatomicznego, na mocy pojęć teoretycznych i 5 faktów patologicznych, rozszerza terytorium mowy i na wysepkę REIL'A. Później ³⁾ przytoczył on znów 15 przypadków z badaniami pośmiertnymi, w których za życia istniała utrata mowy (*aphasia*) a po śmierci cierpienie wysepki, nie wzmiankując nic o stanie w jakim się znajdował zawój czołowy dolny lewy.

Przejrzawszy wszystkie dotąd opisane przypadki utraty mowy, znajdujemy iż w niektórych z nich cierpiał tylko zawój czołowy dolny lewy, w niektórych tylko wysepka REIL'A lewa, a najczęściej jeden i druga. Liczba pierwszych jest przeważająca, tem bardziej jeśli weźmiemy pod uwagę, iż zwykle ogłasza się drukiem tylko przypadki ujemne, to jest, utraty mowy, bez cierpienia zawoju czołowego dolnego lewego. Jeśli więc zawój czołowy dolny lewy gra bezwarunkowo rolę w wykonywaniu mowy, to nie można stanowczo zaprzeczyć by i wysepka REIL'A nie brała w tem pewnego udziału. Nie wiadomo tylko dotychczas: czy zależy on na zerwaniu połączenia wysepki z zawojem czołowym dolnym lewym a przez to na zaburzeniu w czynności tego zawoju, czy też iż w istocie ośrodek mowy zajmuje i wysepkę. Gdyby ostatnie przypuszczenie było prawdziwem, to zachodzi pytanie: czy umiejscowienie (*localisatio*) nie jest jeszcze dalej posunięciem, a mianowicie, czy pewne części ośrodka mowy (wysepki i zawoju czołowego dolnego lewego) nie są przeznaczone dla pewnych tylko czynności mowy. Rozwiązanie tych pytań mogą nam dać dalsze spostrzeżenia, a mianowicie, sposób anatomo-kliniczny: porównania objawów za życia występujących, ze zmianami pośmiertnymi, sposób tak bogaty w następstwa i który tyle już przyczynił się do postępu nauki o układzie nerwowym.

Cierpienia półkuli lewej, niszczące ośrodek mowy wywołują prawie zawsze utratę mowy (*aphasia*) ⁴⁾, a tylko wyjątkowo gdy cierpi półkula prawa (patrz przypadki: ROSENTHAL'A ⁵⁾, BATEMAN'A ⁶⁾, J. W. OGLE'A ⁷⁾,

¹⁾ Art. *Aphasie* w *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.

²⁾ *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte*. 1866.

³⁾ *Vierteljahrsschrift für Psychiatrie*. 1868.

⁴⁾ Wyraz *aphasia* (ἀ, φάσις—mowa) jest dziś powszechnie przyjętym. Utworzonym on został przez TROUSSEAU (*Gaz. des hôp.* 1864 i *Clinique de l'Hôtel-Dieu* t. II str. 571) z namowy LITRÉGO i słynnego hellenisty CHRYSAPHIS'A, który go znalazł użytym u HOMER'A (*Iliada* XVII. 695 i *Odyssea* IV. 704) na oznaczenie niemoty przejściowej, powstałej w skutek silnego wzruszenia moralnego. Zarzucono zupełnie wyraz *aphemia* (ἀ, φημί mówię) wymyślony przez BROCA jako utworzony niezgodnie z prawidłami etymologii greckiej a nadto iż jest dwuznacznym, bo podobnym do ἀ, φήμη—zła opinia. Prawidłowo utworzonym jest wyraz *alalia* (ἀ, λαλέω mówić) używany przez niektórych np. przez prof. JACCOUD.

⁵⁾ *Allgemeine Wiener med. Zeitung*. 1867.

⁶⁾ *Journal of mental science*. 1868.

⁷⁾ *Lancet*. 1868.

HAMMOND'A ¹⁾, SCHREIBER'A ²⁾). Czy można z tego wnosić iż tylko półkółka lewa jest siedliskiem ośrodka mowy, a prawa jest dla niej zupełnie obcą, to jest, iż części symetryczne mają czynności odmienne? Podobny wyjątek przy czynnościach zupełnie jednakowych dla wszystkich części symetrycznych półkul, byłby rzeczywiście bardzo dziwnym. Lepiej jest przyjąć, jak to czyni większość badaczy, iż ośrodek mowy jest także podwójny, lecz że w stanie fizjologicznym, czynnym jest tylko ośrodek strony lewej. Fakt iż we wszystkich ruchach, posługujemy się głównie i przeważnie ręką prawą, czyż nie dowodzi że półkula lewa mózgu jest więcej czynną? Wedle BROCA większość ludzi jest „*gauchers du cerveau*”. Przypuszczenie to łatwo tłumaczy pewne wyjątki, jak np. iż mańkuty dostają niemoty przy cierpieniu półkuli prawej. Pod względem mowy jesteśmy więc mańkutami. Nierozstrzygniętem jest czy dla wytłumaczenia polepszenia: wyleczenia pewnych niemot, przyjąć należy zastępstwo jednej półkuli przez drugą, lub tylko zastępstwo miejsca sąsiedniego tej samej półkuli. W pierwszym razie, rzadko *aphasia* powinna by być trwałą, bo cierpienie jednoczesne obu półkul jest wyjątkowem.

Ośrodek więc mowy prawy w porównaniu z lewym jest upośledzony; niższość ta zapewne w części jest nabytą przez niekształcenie go, a w części wpływa na to i dziedziczność. Od tej niższości półkuli prawej co do ośrodka mowy, zależy może fakt stwierdzony przez BROCA iż waga zrazu czołowego prawego jest znacznie mniejszą niż lewego. BROWN-SÉQUARD i CALLENDER ³⁾ okazali, iż obie półkule mózgowe przedstawiają różnice i co do innych czynności. Wedle ich badań, przy cierpieniu półkuli lewej częściej bywają drgawki, częściej następuje zбочenie głowy i oczów (*deviatio capitis et oculorum*) [statystyka dokonana przy pomocy pracy PRÉVOST'A ⁴⁾ i innych], porażenie mięśni jest większego natężenia i częściej zjawiają się odleżyny ostre pośladka (*decubitus acutus*) na co zwrócił uwagę CHARCOT ⁵⁾. Zgodnie z tem wynika ze statystyki CALLENDER'A iż chorzy, średnio żyją krócej przy cierpieniach półkuli lewej. Czy te różnice czynnościowe istnieją razem z różnicami kształtu i objętości? LUYS ⁶⁾ niedawno nalegał na niesymetryczność w stanie fizjologicznym obu półkul mózgowych. Dwie połowy papieru na którym narysowane są obrysy obu półkul, przyłożone do siebie, nie przylegają, wedle niego, nigdy do siebie. BOYD ⁷⁾ opierając się przeszło na 200 przypadkach, znalazł iż waga półkuli lewej przewyższa prawie zawsze około $\frac{1}{8}$ uncji wagę półkuli prawej. Jak powiedzieliśmy BROCA znalazł tylko zraz czołowy lewy

¹⁾ *New-York med reports 1871.*

²⁾ *Berliner klin. Wochenschrift 1874.*

³⁾ *St. Barthol. Hosp. reports. 1867—1869.*

⁴⁾ PRÉVOST. *De la déviation conjuguée des yeux et de la rotation de la tête.* Paris 1868.

⁵⁾ *Archives de Physiologie 1868.*

⁶⁾ *Revue scientifique 1875.* str. 815 — 816.

⁷⁾ *Table of the Weights of the human body and internal organs-in Philos. Transact. London 1861. Vol. CLI. str. 261.*

znacznie cięższym od prawego. Z porównania 40 mózgów wniósł on iż zawoje są liczniejsze w płacie czołowym na lewo, a przeciwnie w płacie potylicowym na prawo. GRATIOLET ¹⁾ stwierdził iż półkula lewa rozwija się wcześniej. Wreszcie ARMAND de FLEURY ²⁾ i OGLE okazali iż układ anatomiczny, a szczególnie sposób wyjścia tętnicy domózgowej (*art. carotis*) lewej, zapewnia ukrwienie daleko silniejsze półkuli lewej, co jest w zgodzie z poszukiwaniami BROCA'Ń iż prawidłowo ciepłota lewej połowy czaszki i mózgu jest o $\frac{1}{10}$ stopnia wyższą niż prawej ³⁾. (d. c. n.)

Sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenia z miesiąca Września 1878 r.

Przypadek słońowacizny moszny.—Gruczoło-mięsak szyi.—Cierpienia oczów przy ospie. Spostrzeżenia okulistyczne nad działaniem eseriny.—Harmonija przyrządów w ustroju.

Na posiedzeniu d. 3 Września, po upływie dwóch przeszło miesięcy kol. Wł. STANKIEWICZ przedstawił po raz trzeci chorego, o którym wspomnieliśmy w ostatniem sprawozdaniu naszym, (Nr. 36) cierpiącego na *Elephantiasis scroti*. Chory ten był operowanym jak powiedzieliśmy z zupełnym skutkiem. Gdy go przed feryjami przedstawiono, płaty mające stanowić sztuczne osłony jądrowe, to jest sztuczny worek jądrowy, już się były w części pozabliźniały, ale pokazało się: naprzód, że worek ten wypadł zawielki, a powtóre, że były w nim guzowatości słońowate których nie wypadało zostawić. Pochodziło to ztąd że nie śmiano pierwotnie powycinać owych płatów powyżej szypuły nowotworu, a to z powodu iż dwudziesto funtowy ciężar słońowacizny zsunął zdrową skórę z brzucha i że można się było obawiać po odjęciu nowotworu, że gdy skóra ta na brzuch powróci, to zabraknąć jej może do okrycia prącia i jądra. Ponieważ przewidywanie to nie sprawdziło się i stan chorego był nader pomyslny, więc kol. STANKIEWICZ poprawił swą pierwotną operacyją: wyciął nowe płaty i usunawszy zarazem zgrubiałe części skóry, otulił jądro tak, iż ztąd powstała wcale foremna moszna, a prącie zupełnie wolne, około $1\frac{1}{2}$ cala po nad nią sterczy. Tym razem po zupełnem już zagojeniu chory przedstawiony został Towarzystwu, jako rzeczywiście nader świetny okaz operacyjny. Wobec stanu jaki stwierdzono, nikogo by nawet dziwić nie mogło, gdyby operowany miał zostać ojcem; a ponieważ doświadczenie wskazuje że słońowacizna worka jądrowego, jeżeli szczęśliwie usunięta została, nigdy nie powraca, a więc i na ubezpieczenie w przyszłości rachować można.

Współcześnie kol. STANKIEWICZ przedstawił drugi jeszcze ciekawy okaz operacyjny. Była to kobieta, około 50-letnia która także przed operacyją była Towarzystwu przedstawioną jako osobliwość, chociaż w spra-

¹⁾ LEURET i GRATIOLET. *Anatomie comparée du système nerveux*. t. II str. 241.

²⁾ *Bulletins de l'Académie de Paris*. Mai 1877. Rapport de Mr. BROCA.

³⁾ MEDYCYNA. O mierzieniu ciepłoty mózgowia, 1877. Nr. 40 str. 651.

wzrostach naszych nie wspomnieliśmy o tem oczekując na ostatni wynik leczniczego usiłowania. Miała ona guz ogromny który po prawej stronie zajmował całą rozległość szyi, poczynając od obojczyka, aż powyżej ucha i to odsunął do góry. Wielkość jego wyrównywała połowie głowy, był twardy guzowaty, bładny i przesuwalny, z przodu wchodził na policzek, a z tyłu prawie do połowy karku. I tu operacja pożądana osiągnęła skutek, guz dał się bowiem wyluszczyć w całości i odpreparować od naczyń bez ich naruszenia; pozostała tylko gwiazdowata blizna zupełnie miękka i nie budząca podejrzeń o powrót nowotworu. Był to gruczolakomięsak (*adenosarcoma*) dorosły do powyższej wielkości w przeciągu lat sześciu.

Następnie zabiera głos kol. SZOKALSKI i zwraca uwagę na obecnie panującą epidemiję ospy zabierającą liczne ofiary, mianowicie pomiędzy dziećmi. Przedstawia ona bardzo obszerne pole do spostrzegania, a jednak nie widać, ażeby czy to w czasopiśmie lekarskich, czy to w koleżeńskich zgromadzeniach budziła należyte zajęcie. Ze względu zachowania się oczów, pod wpływem wysypki ospowej, oraz ślepot często po niej powstających, kol. SZOKALSKI stwierdził, co już było wiadomo, że krosty ospowe nie wykwitają wcale na rogówce i że ich nawet nigdy na samej spojówce nie widać. Brzeg powieki jest ostatnim kresem wykwitu ospowego, a po za brzegiem powiek kol. S. ani dawniej ani obecnie, nigdy krost nie widział; rodzi się tylko silne zapalenie nieżytowe dosięgające często stopnia śluzotoku, nieraz nawet z zajęciem worka łzowego. - Wszystko to uchodzi zazwyczaj uwagi spostrzegacza, z powodu mocnego obrzmienia powiek i trudności ich rozwarcia. Jeżeli się jednak skrzętnie i codziennie bada, to okazuje się dowodnie że błona rogowa zadymia się dopiero w późniejszych okresach ospy, a nawet czasem dopiero w okresie przysychania, lub później i zawsze w tenże sam sposób jak przy śluzotokach tak, iż owe owrzodzenia rogówki wydające nam zawsze poospowe bielma, nie jako wykwit ospy na błonie rogowej, ale jako jej proste owrzodzenie przy śluzotokach uważać należy. Takowe też pojęcie choroby ma swoją nader ważną praktyczną doniosłość, pozwala nam bowiem w leczeniu cierpienia oczów przy ospie spuścić zupełnie z uwagi pierwiastek swoisty ospowy i zająć się wyłącznie śluzotokiem, w celu odwrócenia jego zgubnego dla rogówki następstwa. Leczenie powinno się zatem odbywać jak gdyby ospy zupełnie nie było. Atropina lub eserina, saletran srebra i lodowe na oczy okłady, a mianowicie przestrzykiwania oczów wodą zimną jak zwykle, powinny być używane i to tem staranniej że dostęp do oczów z powodu obrzmienia powiek oraz krost na nich zalegających, nierównie jest trudniejszy.

Kol. SZOKALSKI nadmienia że w liczbie 11 osób ospowatych, których leczył w tych czasach na oczy, znalazły się dwa przypadki zasługujące na wyróżnienie. W jednym przed samym wybuchem ospy rodniej zaszczepiono krowiankę i oba rodzaje krost znalazły się współcześnie: ospa rodnia na całym ciecie i krowianka na obu ramionach. W drugim przypadku zwiastuny ospy mianowicie owe właściwe bóle w krzyżach były bardzo dotkliwe, na twarzy pokazały się nawet czerwone guziczki, tak iż wszyst-

ko zapowiadało natychmiastowy krost wykwit, a tymczasem nie przyszedł on do skutku, lecz rozwinęło się zapalne cierpienie stawów, rzeczywisty gościec stawowy, który trwał następnie z wielką uporczywością. Otóż w tym właśnie przypadku powstał także śluzotok i następnie owrzodzenie rogówki, pomimo że krost wcale nie było.

Na posiedzeniu d. 17 zabrał głos kol. JODKO i zdał sprawę ze swoich doświadczeń nad eseriną w praktyce okulistycznej. Wiadomo jakie wrażenie zrobiło przed 16 laty odkrycie działania na oko wyciągu bobu kalabaryjskiego, które już wówczas za zupełnie przeciwnie działaniu wilejwiśni uznano. Najtroskliwsze nad tym lekiem badanie zawdzięczamy świetnej pamięci GRAEFE'MU, a z nich wypadło, że jak belladona rozszerza źrenicę, poraża akomodacją i zwiększa ciśnienie wewnątrz-gąłkowe tak przeciwnie kalabar źrenicę zwięża, akomodacją w stan skurczowy wprawia i ciśnienie wewnątrz-gąłkowe zmniejsza. Jak belladona usposabia oko do dalekiego widzenia, tak znowu kalabar przeciwnie, krótkowzroczność zrządza; jak pierwsza oślnienie, tak druga sprowadza przyćmienie całego pola widzenia. Z początku używano tylko samego wyciągu z bobu kalabaryjskiego, później ROBERTSON wyciągnął z niego jakąś essencyją, którą nazwał *fi z o s t y g m i n ą*; obecnie zaś DUQUANEL i MERKEL otrzymali alko id czystszy, znany pod nazwiskiem *e s e r i n y*, rozpuszalny w wodzie, który używa się w roztworze (1 gr. na 3 drachmy wody) do wkraplania w oko. Przypnać należy że lek ten, jakkolwiek w swoim działaniu fizyologicznem bardzo uderzający, nie znajdował zrazu wielkiego w terapii ocznej zastosowania, dopóki zwracano głównie uwagę na jego własność zwięzania źrenicy i porażania akomodacji; lecz obecnie pole dla jego działania rozszerzyło się niezmiernie, z powodu jego własności zmniejszania wewnątrz-gąłkowego ciśnienia. I na nie też zwróciła się cała niemal baczność obecnego spostrzegania, gdyż pokazuje się coraz wyraźniej, że eserina z pożytkiem używaną być może przeciw *j a s k r o w y m* (glaukomatycznym) w oku stosunkom, w których właśnie podwyższenie ciśnienia wewnątrz-gąłkowego główną odgrywa rolę. Poszukiwania WEBER'A wskazały, że pod wpływem wkraplań eseriny w oko gąłka mięknie na przodzie, to jest w obszarze przedniej komórki, a pozostaje niezmienną, a nawet twardnieje nieco więcej w tylnej swojej części odpowiedniej ciału szklistemu. W gąłce rozprężonej przy *j a s k r z e*, daje się niezaprzeczenie, przez wkraplanie eseriny osiągać także takowej zmięknienie, a zanim idzie cofanie wszystkich innych jaskrowatych przypadłości. Otóż właśnie na tem polu dokonywa się obecnie mnóstwo spostrzeżeń: jedni wychwalają środek użyty, drudzy nie przyznają mu żadnej wartości i nie w tem nie ma dziwnego że każdy na własną rękę stara się dojść prawdy. Doświadczenia dotychczasowe kol. JODKO sprawdzają skuteczność eseriny w jaskrze, ale jej odmawiają trwałości skutku, we wszystkich bowiem spostrzeganych przypadkach gdzie polepszenie osiągnąć się dawało, zniknęło ono wkrótce po zaniechaniu wkraplania, i w jednym tylko przypadku od 6 miesięcy utrzymuje się dotąd bez zmiany. W każdym razie jest to, zdaniem sprawozdawcy, środek zasługujący

jący na dalsze badanie, choć zdaje się odpowiadać tylko początkującym objawom jaskry i w żadnym razie ze skutecznością wycięcia tęczówki równać się nie może. Inna rzecz jest znowu z leczeniem głębokich owrzodzeń rogówki, przy którym rozprężenie gałki stanowiące ogromną przeszkodę zwalczało się dotąd przez często powtarzane odpuszczanie cieczy wodnistej z przedniej komórki. Wkraplanie eseriny zastępuje tu w zupełności owe odpuszczania i owrzodzenia goją się w niesłychanie przyspieszony sposób. Pod tym względem wszystkie niemal dotychczasowe spostrzeżenia są zgodne.

Kol. SZOKAŁSKI wyznaje, że z eseriną w j a s k r z e dotąd przynajmniej nie był wcale szczęśliwy, a co gorsza że jest nią zrażony, gdyż w trzech przypadkach wkrapłania sprawiły ogromne bóle w obszarze rozgałęzienia nerwu trójdzielnego. Ponieważ takowa przypadłość jest zanotowaną i przez innych spostrzegaczów, nie może być zatem położoną na karb przypadkowej migreny. Bóle trwały każdym razem około 12 godzin i w jednym razie spowodowały wymioty. Zmięknienie gałki ocznej jest niezaprzeczone, ale wątpić należy czy się wyłącznie tylko do przedniej komórki odnosi, w jednym bowiem razie po kilkotygodniowym codziennym wkrapłaniu esariny przy głębokim owrzodzeniu rogówki, cała gałka oczna stała się tak miękka, jak przy poczynającym jej zaniku i stwardniała wkrótce następnie po zaprzestaniu wkrapłania

Kol. JODKO dziwi się temu niezwykle miękkiemu zmięknieniu, gdyż po wkrapłaniach eseriny, nie objawia się ono nigdy w tak wysokim stopniu i podejrzewa że owrzodzenie w owym przypadku dawało zapewne ujście cieczy wodnistej, że się wstrzymało po zbliżeniu przetoki i że w tym razie zmięknienie na rachunek eseriny nie wchodziło wcale.

Stwierdzając użyteczność eseriny przy owrzodzeniach rogówki kol. KRAMSZTYK wzmiankuje, że nam ona a t r o p i n y w żaden sposób zastąpić nie może i że usług jakie ta ostatnia oddaje zapominając nam nie należy. Tysiące owrzodzeń rogówki goi się pod jej zbawiennym wpływem, a rozszerzenie źrenicy sztucznie wywołane dozwala nam jeszcze unikać przyrostów tęczówki. Jakkolwiek działanie atropiny i eseriny na rozprężenie przedniej komórki jest wprost sobie przeciwne, to jednak pod wpływem obu tych stanów zbliżenie wrzodu przychodzi do skutku, a ściśle wskazania do używania tego lub owego leku wiele jeszcze do życzenia nam pozostawiają.

Na posiedzeniu biologicznem d. 24 Września przydujący prof. HOYER zabrał głos i zastanawiał się nad harmoniją istniejącą między licznymi przyrządami ustroju, oraz nad możliwością wzajemnego wyłączenia jednych przyrządów przez drugie, w skutek czego w pewnych przynajmniej granicach, stan zdrowia może być utrzymany, pomimo niektórych zbroczeń i najrozmaitszych zewnętrznych stosunków. Mówca wybrał sobie temat jak widzimy niesłychanie obszerny, nie miał też wcale zamiaru traktować go wyczerpująco, lecz tu i owdzie tylko podnieść niektóre fakta i uwido-

cznić niektóre poglądy. I tak: naprzód zwracał uwagę na niektóre regulatory czynności jak np. ruchy źrenicy pod wpływem różnych stopniowań światła, wpływ regulujący nerwu błędnego na uderzenie serca; na modyfikatory nerwowe krążenia obwodowego i t. p. Potem przeszedł do powiązania pomiędzy sobą różnych grup nerwowych owe harmoniczne działanie usprawiedliwiającego, a w końcu zwrócił uwagę na czynności zastępowe np. zwiększanie się niektórych wydzielin po przytłumieniu im powinowatych np. moczu przy powstrzymaniu potu; na zastępstwo jednej nerki przez drugą; na zastępstwo wyciętej śledziony przez gruczoły chłonne i t. p. Żałować nam bardzo wypada, że szanowny prezes Towarzystwa pozostał ściśle w swoim wykładzie na polu czysto fizyologicznem, nie wnikając głębiej w naturę rzeczy, boć jeżeli co, to właśnie owa harmonija narządów i owo usiłowanie zachowania uporczywie przy danej postaci życia, istotom organicznym właściwe, naprowadza nas na myśl o jedności całego ustroju, jedności, której przyczyna nie leży w nim samym lecz po niekąd po za jego obrębem. Wszakże zanim się ustrój rozwinie, jest już w zarodku pewien czynnik nieznan, według którego wszystko się składa, a który niezaprzeczenie w ciągu całego życia czuwa nad zachowaniem owej harmonii pojedynczych organicznych działań, o jakiej tu mowa. Że fizjologowie tem się nie zajmują, to nie dziwota, boć ich zadaniem jest tylko śledzić w jaki sposób dany ustrój działa. Pytanie zaś: dla czego czynności żywotne w jednym razie ułożyły się i działają pod postacią psa, w drugim orła, w innym motyla, a w innym człowieka, wychodzi zupełnie z po za tego obrębu. A jednak do tego pytania odnosi się zagadka bytu, celowości, jedności harmonii, oraz owa uporczywa żądza przetrwania w nich pomimo wszelkich wewnętrznych i zewnętrznych zaważad. Do niego także odnosi się tajemnicza a tak fałszywie nazwana siła lecznicza, owo bóstwo opiekuńcze medycyny, bóstwo którego lekarz jest kapłanem. Przyznajemy że fizjologia nie powinna się błąkać po metafizycznych manowcach, trudno jej jednak zaprzeczyć że w gruncie każdej organicznej istoty jest coś, z czem każdy badający życie rachować się powinien, że jest jakieś x w każdym żyjątku bezwzględnie na stopień jego rozwoju, x którego równie jak w matematyce na bok odrzucać nie można bez narażenia się na błąd w rachunku, lecz owszem bacząc ściśle na nie starać się powinniśmy ażeby przez ściśle obrachowanie nadać mu z czasem wartość właściwą.

W końcu posiedzenia kol. LUBELSKI powróciwszy z Paryża, gdzie uczestniczył w zjeździe higienistów zdał sprawę z jego czynności. Podniesiono tam wiele pytań wysoko nas obchodzących np. kwestyją podrzutek, kwestyją obić papierowych które ze względów higienicznych okazują się coraz mniej praktycznymi, a mianowicie podniesiono owo nader zajmujące dla nas pytanie: czy można bezkarnie nieczystości kloacze rozlewać na grunta przymiejskie, w celu ich użyźniania, pokazało się bowiem że smrody zład powstające są do niewytrzymania i że mieszkańcy okoliczni wybrzeża *Genevilliere*, jak wiadomo tym sposobem nawodnianego krzyczą w niebogłosy, ażeby ich

uwolniono od przechwalonego dobrodziejstwa. Podobno i w innych miejscach ów zachwalony układ irygacyjny, zaczyna nawet pod względem rolniczym budzić odczarowanie, grunta bowiem przesiąkane nawozem roździ przestają. Warto by bardzo ażeby nas bezstronnie powiadomiono w tym względzie.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Przymiot nabyty w późnym wieku ¹⁾.

Przez prof. SIGMUND'A, z Wiednia.

Podał w streszczeniu Edward Klink.

Przymiot nabyty w późnym wieku, stosunkowo do przymiotu w młodym wieku, należy do przypadków bardzo rzadko napotykanym. SIGMUND w ciągu lat 30, tak w praktyce szpitalnej jako też i prywatnej, spostrzegł tylko 118 przypadków: 87 mężczyzn i 31 kobiet. Z tej liczby 42 mężczyzn i 11 kobiet leczyl SIG. w szpitalu, a 45 mężczyzn i 20 kobiet w praktyce prywatnej.

Prócz tych przypadków spostrzegal jeszcze SIGMUND tylko c z a s o w o 141 mężczyzn i 53 kobiet.

Jako późny wiek rozumie SIG. u kobiet po za 45 rokiem życia; u mężczyzn po 55 r.

W 46 roku życia	napotykał S.	przymiot u mężczyzn	0	u kobiet	6
Pomiędzy 47—49	—	—	—	0	—
— 50—53	—	—	—	0	—
— 55	—	—	—	0	—
— 57—59	—	—	—	45	—
— 60	—	—	—	11	—
— 62	—	—	—	7	—
— 65—69	—	—	—	12	—
— 70	—	—	—	4	—
— 71—83	—	—	—	4	—
— 75	—	—	—	2	—
— 77	—	—	—	1	—
— 80	—	—	—	1	—

Co się tyczy u m i e j s c o w i e n i a pierwotnego objawu przymiotu, to SIGMUND napotykał:

1) Na częściach płciowych	u mężczyzn	66	u kobiet	17
2) — i w okolicy stolca	—	1	—	3
3) W okolicy stolcowej	—	4	—	3
4) Na wargach ust i częściach płciowych	—	1	—	1
5) Na błonach śluzowych (wargi, język)	—	4	—	3
6) Na palcach	—	7	—	2
7) W cewce moczowej (?)	—	1	—	0
8) Na brodawce piersiowej (?)	—	0	—	1
9) Dokładnie niewykryte	—	3	—	1
10) Przypuszczalnie w skutek zadowolenia płciowego drogą nienaturalną zachorowało	—	67	—	26

¹⁾ *Im höheren Lebensalter erworbene Syphilis.* „Wiener Medizin. Wochenschrift”. Nr. 21, 22, 27 i 31—1878.

11) Wskutek obsługi chorych przymiotem dotkniętych zachorowało	—	6	—	2
12) Bez szczególnego podania sposobu przeniesienia się choroby przymiotowej zachorowało	—	14	—	3

Przy zbieraniu danych statystycznych napotykałyśmy i tu na te same trudności co i w wieku młodym. Co się tyczy okresu wylegania (utajenia) choroby, to okres ten trwa dłużej w późnym wieku niż w młodym, tak przy rozwinięciu się pierwszych objawów przymiotu jak i przy następowych; niemniej takie trwanie, przebieg i zejście napotykanym postaci przymiotu trwa dłużej niż w młodym wieku, a nawet działanie leków swoistych potrzebuje dłuższego czasu dla okazania swych skutków.

Pierwotne stwardnienie we wszystkich swoich postaciach jest bardziej wybitne, dopiero w 4 i 5 tygodniu, często w 6, a tylko bardzo rzadko w 3 tygodniu. Wkrótce obrzmiewają gruczoły chłonne tak bliższe miejsca zarażenia jako też i dalsze, które jednakże dopiero w 7 lub 8 tygodniu a niekiedy i później dają się dobrze oznaczyć, a pomimo że mogą obrzmiewać tylko pojedynczo, ale zawsze jako twarde i po największej części niebolące.

Pierwsze objawy skórne również opóźniają się o 3 do 4 tygodni, okazują się one najczęściej na dłoniach, podszewkach, wargach sromnych, mosznie, około stolca, rzadziej na innych miejscach. Sposstrzegamy jednocześnie zajęcia błon śluzowych, niezytowe ich zapalenia z powierzchownymi owrzodzeniami, pokrytymi rozpadowym nalotem, które najczęściej umiejscowiają się w jamie ustnej, na migdałach, w gardle, niekiedy i w krtani i przedstawiają wielką uporczywość w ustąpieniu.

Stwardnienia przymiotowe węzłowe, głębokie w skórze i tkance podskórnej umiejscowione, rzadko tylko napotykałyśmy w późnym wieku i dlatego również rzadko spozstrzegać się dają owe kraterowate rozpady i powstałe stąd owrzodzenia w pierwotnem stwardnieniu przymiotowem. Pierwotne stwardnienie przymiotowe napotyka się najczęściej na wewnętrznym listku i na brzegu na pletka (w młodym wieku najczęściej napotykałyśmy szankry twarde w rowku żołądźdowym). U obrzezanych na skórze zewnętrznej, bardzo często przy korzeniu prącia, w rowku prącio-mosznowym i co się okazało niezwykłym, to mianowicie ta okoliczność, że obrzezanie niebardzo zmniejsza możność zarażenia się: bo na 67 chorych w 19 przypadkach znaleziono pierwotne owrzodzenia przymiotowe u obrzezanych.

Na 20 przypadków owrzodzeń części płciowych u kobiet w 2 przypadkach znalazł S. pierwotne stwardnienie przymiotowe na części pochwowej macicy.

Wargi ust u mężczyzn dotknięte były pierwotnem stwardnieniem przymiotowem, bądź to w skutek dotykania się części płciowych kobiet, bądź też w skutek ustnych pocałunków; w 2 przypadkach miejscem pierwotnego stwardnienia był język.

Palce i to tylko prawej ręki były także siedliskiem pierwotnego stwardnienia, w 6 przypadkach u lekarzy po badaniu chorych przymiotem dotkniętych, w innych przypadkach u nielekarzy najczęściej w skutek zastąpienia prącia, palcem, u dwóch kobiet pierwotne stwardnienie rozwinęło się w skutek obsługi przy chorych przymiotowych; we wszystkich przypadkach była zajęta okolica paznogiowa.

Przy obrzmieniu gruczołów i wystąpieniu wysypki towarzyszą tylko nader rzadko lekkie poruszenia gorączkowe; daleko częściej napotykałyśmy następujące objawy nerwowe: brak snu i humoru, ociężałość, a chory jest znudzony, niezadowolony i niezdolny do zwykłego zajęcia, cierpi na za-

wrót i bóle głowy, ból karku, pojedynczych członków, kurcze, które to objawy bywają bardzo rozmaitego natężenia i wkrótce znikające z wystąpieniem wysypki. Okres rozwijania się wysypek jako to: guziczeków, pęcherzyków, następuje daleko później i dopiero w 5, 6, 7 miesiącu a niekiedy nawet w 9 m., a nadto większa część przypadków chorobowych odznacza się nieznanym rozwojem wysypki i na niektórych tylko miejscach (części płciowe, okolica stolecowa, brzuch, piersi, okolica podkolanowa, dłonie i podeszwy).

Co się tyczy przebiegu przymiotu, to przyszło do rozwinięcia się guziczeków, pęcherzyków, w 41 przyp. u mężczyzn a w 9 u kobiet; wytworzyły się łuski i zajęcie gardła w 8 przyp. u mężczyzn, a w 2 u kobiet; choroba przymiotowa zniknęła bez dalszego rozwinięcia się szczególnych postaci, w 30 przyp. u męż. a 13 u kobiet; bez oznaczonego bliżej przebiegu w 7 przyp. u mężczyzn a w 8 u kobiet.

Nadto połowa dobrze spostrzeganych przypadków ograniczyła się na obrznięciu gruczołów a co najwyżej na nieznacznej wysypce i zapaleniu gardła i to krótko trwających. Z zupełnie rozwiniętą łuszczycą przymiotową spostrzegano zaledwie $\frac{1}{10}$ chorych i takowa najczęściej i jako najuporeczywsza występowała u mężczyzn na worku mosznowym, a u mężczyzn i kobiet na dłońach i podeszwach. Zasługuje także na uwagę nieznaczny wpływ przymiotu na włosy.

Wybitne gummata ani w jednym przypadku się nierozwinięły, również nierozwinięło się żadne cierpienie narządów wewnętrznych co odnosi się i do narządów wzroku i słuchu. Również nie spostrzegał S. żadnego głębszego i dłużej trwającego zajęcia kości, chrząstek i stawów. Cierpienia tych narządów istniały albo już wcześniej przed nabyciem choroby przymiotowej, albo też powstały na skutek innych przyczyn czasowo i miejscowo działających i znikwały bez wszelkiego leczenia przeciwprzymiotowego. Ciężkie i głębokie zmiany jamy nosowej, podniebienia, gardła i krtani, które występują w młodym wieku już to jako objawy nabytego lub dziedzicznego przymiotu, w późnym wieku, nigdy ich S. nie napotykał. Wpływ przymiotu na ogólne odżywianie okazał się tylko w pojedynczych przypadkach jako niepomysłny i jak SIGMUND żartobliwie powiada 20 kilku osobników było rozweselonych z nabycia przymiotu (prawdopodobnie że go mogli jeszcze nabyć). Godnem jest uwagi rozwijanie się wrzodziańek i czyraków które rozwijają się najczęściej w pierwszym roku i to najczęściej u mężczyzn.

Przy leczeniu pierwotnego objawu przymiotu SIGMUND poleca tylko miejscowe leczenie, nieuciekając się wcale do ogólnego lub wewnętrznego leczenia. To ostatnie wówczas dopiero powinno być rozpoczęte, gdy wystąpią następne objawy: plamy, guziczki, pęcherzyki i inne ogólne objawy jako to osłabienie, bezsenność, upadek odżywiania. Wyjątkowo tylko zdaniem SIG. należy pierwotne objawy przymiotu leczyć ogólnie, a to mianowicie wtedy, gdy następuje rozpad stwardnienia przymiotowego, skoro owrzodzenia się powiększają, powiększenie gruczołów chłonnych następuje szybko i w kilku miejscach. Również SIG. zaleca i w tych przypadkach ogólne leczenie, skoro stwardnienie przymiotowe umiejscowione jest na miejscach gdzie następuje szybka utrata tkanki (wargi ust, otwór cewki moczowej, rowek żołądźziowy, stolec) w tych bowiem przypadkach leczenie ogólne przerwie szybko postępujący rozpad. Jedyne miejscowe leczenie pierwotnych objawów przymiotu u starsów z tego mianowicie względu jest konieczne, że cały przebieg przymiotu jest powolny i z tego

względę dłuższego potrzebuje leczenia niż u młodych. Takie pytanie tem jest konieczniejsze, ponieważ u starców powinniśmy się starać o podtrzymanie odżywiania.

Zdaniem S. nie wyleczonych z choroby przymiotowej jest blisko 25%. Rozmaite objawy wtórne mogą w przeciągu lat kilku lub nawet do końca życia to się polepszać aż do zniknięcia, to znów powracać. Te same przyczyny które u młodych ludzi są powodem czasowego tylko wyleczenia przymiotu, u starców są powodem niewyleczenia przymiotu.

Leczenie pierwotnych objawów przymiotu u starców nie różni się od leczenia młodych. A więc te same środki opatrunkowe zalecane i przy zwykłych szankrach i tu są z dobrym skutkiem używane.

Powinniśmy się starać o dobre warunki higieniczno-dyjetetyczne dla chorego.

Powikłania objawów przymiotu z rzerzączką, łepieżami szpiczastymi, owrzodzeniami gruczołów chłonnych, napotykają się nadzwyczaj rzadko. Zalupek i stulejka u mężczyzn dosyć często się napotykają, cierpienia te w następstwie przyczynić się mogą do znacznej utraty tkanki żółędzi, napletka; obrzmienie naczyń chłonnych na grzbiecie jest nadzwyczajnie rzadkie.

U obu płci, popsute zęby są często przyczyną dosyć znacznych zmian spostrzeganych na wargach, języku.

Jako powikłanie miejscowe zasługuje rak (*epitheleoma*), wprowadzie dosyć rzadko napotykamy (2 przypadki u mężczyzn a 1 przyp. u kobiet). U mężczyzn umiejscowionym był na napletku, zaś pierwotne stwardnienie przymiotowe w rowku żółędziowym, u kobiety na małych wargach sromnych.

Powikłanie choroby przymiotowej z zolzami, tak często napotykanie w wieku młodym, nie istnieje w wieku późnym; powikłanie jednakże może istnieć z grucziłą. Powikłanie choroby przymiotowej z obrzmieniem wątroby i śledziony i następującemi zżąd objawami, napotyka się dosyć często, jako też przystępują i zaburzenia w przewodzie pokarmowym. To powikłanie ostatnie ważne jest z tego względu, że utrudnia leczenie choroby przymiotowej. Objawy chorób: artrytycznej i reumatycznej często łączą się z objawami choroby przymiotowej. *Pyelitis*, niezyt pęcherza moczowego, zwężenia cewki moczowej, przerost gruczołu krokowego są bardzo ważnemi powikłaniami dla choroby przymiotowej u starych.

Powikłanie choroby przymiotowej z chorobami serca, płuc lub innych narządów, w przeciągu krótkiego już czasu sprowadzić może bardzo wysoki stopień niekrwistości chorego.

Powikłanie choroby przymiotowej ślinotokiem lub ręciovem zajęciem jamy ustnej jest rzadkie, rozumie się przy odpowiedniem zachowaniu się w czasie leczenia ręciovego.

Pewne jednakże przetwory ręciove wywołują u starych właściwe objawy prędzej i w wyższym stopniu niż u młodych. Kalomel i *protojodur. hydrarg.* w małych dawkach powodują bólesci brzucha, rozwolnienie i niezyt przewodu pokarmowego. Podskórne wstrzykiwania sublimatu czystego lub z roztworem soli kuchennej wywołują bardzo znaczne bóle.

Użycie maści ręciovej lub plastra, wywołuje te same objawy co i u młodych. Dekokty (ZITMAN'A, SOLLIN'EGO *decoct. rad. Sarsaparillae*) w niewielkich dawkach rano i wieczór podawane są dobrze znoszone; są to jednakże środki więcej pomocnicze dla leczenia ręciovego.

Przetwory jodowe i bromowe a mianowicie: *kali jodat.*, *natrum jodat.* *kali bromat.* i *natrum bromat.* są z bardzo dobrym skutkiem zalecane przy nerwobólach przymiotowego pochodzenia, przy braku snu, podrażnieniach płciowych, przy polucyjach.

W ogóle więc choroba przymiotowa nabyta przez starych ludzi różni się od takiejże u młodych: łagodniejszą postacią, łagodniejszym przebiegiem i szczęśliwym zejściem.

WIADOMOŚCI Z MEDYCYNY PUBLICZNEJ.

Śmiertelność położnic w Prussach. W czasie właściwym donosiliśmy o utworzeniu w Towarzystwie położniczem berlińskim komisyji dla zbierania danych t. z. gorączki połogowej dotyczących. Obecnie BÖHR (w *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie*. Bd. III. Hft. 1) ogłosił pierwsze sprawozdanie z prac tej komisyji, z którego wyjmujemy ważniejsze dane statystyczne. W Prussach umiera z gorączki połogowej trzy razy więcej osób aniżeli z ropnicy po operacjach chirurgicznych. W Berlinie w ciągu ostatnich lat 17 umierało rocznie 0,657⁰/₁₀ wszystkich położnic, — blisko 3 razy więcej niż w Londynie; największa śmiertelność przypada na miesiące zimowe, co zależy od utrzymania mniejszej czystości w zimie. Według obliczenia za ostatnie lat 60, zmarło w tym okresie czasu 363624 kobiet z gorączki połogowej w całym państwie pruskiem; zwykle dwa lata po sobie idące przedstawiają większą śmiertelność niż 2 następne, co pozostaje niewyjaśnionem w obec teoryi prostego zakażenia. W ogólności jednak od czasu nauki SEMMELWEISS'A (przenoszenie zarazka rękami badających lub obsługujących rodzaje i położnice *Spr.*), pomimo wzrostu zaludnienia w ostatnich dziesiątkach lat, śmiertelność z gorączki połogowej zmniejsza się; toż samo wykazali: HEGAR dla w. ks. Badeńskiego, HUGGENBERGER dla Petersburga, WINCKEL dla Saksonii. Porównanie liczby zmarłych z gorączki połogowej z liczbą zmarłych z ospy i cholery wykazuje zadziwiający fakt, że daleko więcej umiera kobiet z gorączki połogowej aniżeli wszelkiego wieku kobiet z ospy i cholery. Wszystko to jest wykazaniem bardzo starannie ułożonemi tablicami, z których nadto pokazuje się, że od czasu wprowadzenia obowiązkowego szczepienia ospy ochronnej, śmiertelność z ospy w Prussach zmniejszyła się z 35 na 3 na 100000 mieszkańców. Autor między innemi żąda rozciągnięcia ścisłej kontroli przez lekarzy urzędowych nad akuszerkami, które winny o każdym przypadku gorączki połogowej właściwego urzędnika lekarskiego zawiadomić, a same zaprzestać na czas pewien obsługi około rodzących i położnic. Nie uważa B. tej kontroli za zbyt uciążliwą dla tak zwanych w Prussach Fizyków miejskich i okręgowych, gdyż na 1532 mieszkańców wypada 1 akuszerka, a na jednego takiego lekarza 36 akuszerek, z których każda przeciętnie 60 rodzących rocznie obsługuje; że zaś według obliczenia z ostatnich lat 7 wypada rocznie na 56,7 porodów 0,47 śmierci, zatem na jednego Fizyka przeciętnie wypadnie do zapisania 17,3 przypadków śmierci rocznie.

(*Ref. w Centrblatt f. Gynäkologie*. Nr. 17—1878). J. R.

O G Ł O S Z E N I A.

O KOŁTUNIE,

pospolicie „plica polonica” zwanym.

Napisał Henryk **Dobrzycki**, lekarz szpitala w Mieni Warszawa 1877, str. 300
in 8-vo majori z 24 drzeworytami.

Dzieło uwieńczone nagrodą konkursową imienia hr. Eustachego TYZENHAUZA przez Tow. lek. Wileńskie w d. 8 Maja 1876, i nagrodą imienia d-ra Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO przez Towarzystwo lekarskie Warszawskie, w d. 5 Marca r. b. przyznaną.

Sprzedaje się w Redakcyi Medycyny.

po cenie (o połowę niższej) rs. 4; z przesyłką rs. 4 kop. 20.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biuro Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.