

GAZETA LEKARSKA

Z PRACOWNI D-RA REJCHMANA.

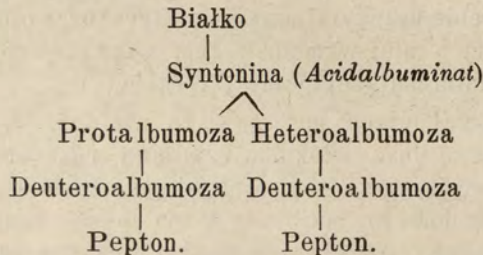
I. O TRAWIENIU CIAŁ BIAŁKOWYCH POD WPŁYWEM ROZTWORÓW SOLI HALOIDOWYCH.

Podał

Bronisław Peltyn.

— † —

Przemiany chemiczne, jakim podlega białko, poddane działaniu soku żołądkowego, dadzą się, według najnowszych poszukiwań KUEHNE i CHITTENDEN'a, HARTNELL'a, NEUMEISTER'a, WENZ'a ¹⁾, usystematyzować w następujący sposób:



Dokładne rozbiory chemiczne wyżej cytowanych autorów stwierdzają niewątpliwie, że istotą powyższych przemian białka jest rozszczepianie jego cząsteczki, połączone z uwodnieniem [hydratacją]. Ta „proteolityczna“ zdolność nie stanowi wyłącznej właściwości soku żołądkowego; też same, lub nieco tylko odmienne przemiany białka właściwe są działaniu innych jeszcze czynników, jakimi, prócz enzymów ustrojów zwierzęcych—pepsyny i trypsyny—są: 1) proteolityczne enzymy roślinne, jak papayotyna z soku *Caricae papayae* i inne; 2) także enzymy drobnoustrojów — blisko stojące lub nawet identyczne z trypsyną ¹⁾; 3) para wodna o wysokim ciśnieniu lub gotowanie z rozcieńczonymi ługami i kwasami. Wpływ tych czynników na ciała białkowe jest w ogólnych zarysach jednakowy: wszystkie, rozszczepiając i uwadniając czą-

¹⁾ R. NEUMEISTER. Lehrbuch der physiologischen Chemie. Jena. 1893.

²⁾ SALKOWSKI. Ueber das einseizlößende Ferment der Fäulnisbakterien. Zeitschr. f. Biol. Bd. 7. 1889.

steczkę białka, wytwarzają zeń albumozy, a z tych peptony; różnica między niemi polega: 1) na odmiennych warunkach, w jakich działają; 2) na różnej sile działania. Skąd jedno, jak pepsyna, ograniczają się do wytwarzania peptonów, inne—jak trypsyna, gotowane z ługami i kwasami, działając dalej, rozszczepiają i peptony, i dają amidokwasy, leucynę, tyrozynę i t. p. ¹⁾

Do szeregu powyższych czynników proteolitycznych przybywa obecnie jeden jeszcze, nieznan dotąd: sole haloidów [t. j. chloru, bromu, jodu i fluoru]. Zasługa odkrycia tego zjawiska przypada DASTER'owi ²⁾, który szeregiem doświadczeń stwierdził, iż roztwory niektórych soli haloidowych, mocne [od 2% do 20%] i słabe [od 5% do 2%], działając w przeciągu dłuższego czasu przy ciepłocie 40° na ciała białkowe [włóknik], rozszczepiają je, wytwarzając albumozy i peptony.

Zjawisko powyższe zasługuje na wielką uwagę. Najprzód, sole haloidów nie były dotąd znane w chemii jako środek hydratacyjny, a na takim wszakże tylko działaniu może polegać ich wpływ na białko. Wprawdzie GREEN ¹⁾ już przed DASTER'em zwrócił uwagę, że włóknik, traktowany, przez czas dłuższy 5—10% roztworem soli kuchennej, przy zwykłej temperaturze, rozpuszcza się w nim z wytworzeniem dwóch rodzajów ciał globulinowych. Mowa tu przecieź o rozpuszczaniu, nie zaś o trawieniu. Spostrzeżenie więc DASTER'a ma za sobą całe prawo pierwszeństwa. Spostrzeżenie to może rzucić pewne światło na niektóre sprawy, zachodzące w ustroju; znaleźć ono może i pewne praktyczne zastosowanie. Dziwnem się więc wydaje, że praca DASTER'a nie zwróciła dotąd na siebie należytej uwagi; w literaturze ostatnich dwóch lat nie znalazłem ani jednej o niej wzmianki: tem więc chętniej zająłem się sprawdzeniem wyników interesującej pracy DASTER'a.

Aby stwierdzić zajmujące nas zjawisko, nie dość jest, jakby się napozór zdawało, poddać pewną ilość włóknika działaniu roztworu, np. chlorku sodu, przy odpowiedniej temperaturze — i po niejakiś czasie badać płyn na produkty trawienia. Wynik dodatni, jakibyśmy w ten sposób otrzymali, nie byłby zupełnie przekonywającym. Należy się bardzo liczyć z protolitycznym wpływem drobnoustrojów. Włóknik, przechowywany w glicerynie, bez śladów gnicia, zawiera jednak, jak to się szczepieniem na płytki PERRI'ego przekonałem, znaczną ilość drobnoustrojów; roztwory zaś soli haloidowych, nawet stężone [20%], drobnoustrojów tych nie tępią, tembardziej zaś słabe; te ostatnie mogą przedstawiać nawet dogodniejsze warunki dla rozwoju drobnoustrojów, niż woda przekroplona, skąd doświadczenie kontrolujące z wodą przekroploną nie może tu mieć znaczenia. Wprawdzie przeciwko zależności trawienia w tych warunkach od drobnoustrojów przemawia znaczna, jak zobaczymy niżej, szybkość, z jaką się to trawienie odbywa; szybkość taka nie jest właści-

¹⁾ KÜHNE. VIRCHOW'S Arch. Bd. 39. 1867 i Jahresberichte der ges. Medicin. 1867. I.

²⁾ Arch. de Physiologie. 1894, p. 454, 919 i 1895. T. 7. Nr. 2.

¹⁾ J. GREEN. Ueber die Wirkung von Natriumchlorid bei der Lösung von Fibrin. Journ. of Physiol. Bd. 8. 1888. Porównaj: R. NEUMEISTER, loco cit.

wą działaniu drobnoustrojów, które dla strawienia włókniaka wymaga kilku przynajmniej dni czasu ¹⁾. Bądź co bądź, dla otrzymania wyników niedwuznacznych, należy wpływ drobnoustrojów stanowczo usunąć.

Nie jest to zadanie łatwe, przynajmniej co do wyjąławiania włókniaka. Wyjąławianie za pomocą pary wodnej nie daje się tu zastosować. Włókniak, poddany ogrzewaniu w przeciągu kilku minut przy ciepłocie 100°, staje się, jak się z odnośnych prób przekonałem, i jak to znalazł DASTRE ²⁾, zupełnie odpornym na trawiący wpływ roztworów solnych. Dodawanie do roztworów środków odkażających, np. tymolu, jak to czynił DASTRE, wydawało mi się nieodpowiedniem, gdyż wprowadzenie ciała postronnego wikła warunki doświadczania. Postępowałem przeto w następujący sposób. Włókniak, wyjęty z gliceryny i dobrze przemyty, wkładałem do $\frac{1}{1000}$ roztworu sublimatu, skąd po upływie 10 minut przenosiłem go dla oplukania do wyjąławionej wody z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych; z wody dopiero z takimież ostrożnościami przenosiłem włókniak do uprzednio wyjąławionych roztworów solnych. Że jednak, pomimo wszelkich ostrożności, pewna ilość drobnoustrojów mogła się przedostać do rozczyńców, przeto za miarodajne uważałem te tylko doświadczenia, w których szczepienie cząstki roztworu na agar-agarze, żelatynie i bulionie dawało wyniki ujemne.

Roztwory mocne. Do termostatu o ciepłocie 40° C. wstawiłem 6 probówek, zawierających każda po 3 grm. włókniaka i po 30 ctm. sześć. roztworu chlorku sodu następujących koncentracji: 30%, 25%, 20%, 15%, 10%, 5%.

Po 24 godzinach okazało się:

W rozczyńcach 20%, 15%, 10% i 5%: włókniak rozpuszczony, płyny mętne, na dnie probówek warstwa drobnego osadu; zapachu żadnego. W rozczyńcach 25% i 30%: płyny nieco tylko zmętniałe, włókniak na pozór bez zmiany. Po strąceniu białka i przefiltrowaniu, przesącz wykazuje obficie produkty trawienia w rozczyńcach 20%, 15%, 10% i 5%, najwybitniej w 15%, najslabiej w 5%; w rozczyńcu 25% — tylko ślady produktów trawienia; w 30% — śladów żadnych.

Szczepienie cząstek płynów na agar-agarze, żelatynie i bulionie dało po 3 dniach wyniki ujemne.

Roztwory słabe. W podobny sposób wykonałem doświadczenie z rozczyńcami 2%, 1,5%, 1,0%, 0,5%, 0,3%, 0,1%, 0,05%.

Po 24 godzinach włókniak zupełnie rozpuszczony w 0,5% rozczyńcu; w pozostałych zmiany niewielkie.

Po 3 dobach włókniak rozpuszczony we wszystkich rozczyńcach, z wyjątkiem 0,3%, 0,1% i 0,05%; płyny mętne, na dnie warstwa drobnego osadu; zapachu żadnego.

Produkty trawienia wykazują rozczyńcy 2%, 1,5%, 1%, i 0,5% [najobficiej]; w pozostałych — żadnych śladów produktów strawienia,

¹⁾ B. BIENSTOCK. Ueber die Bakterien der Faeces. Zeitschr. f. klin. medicin. Bd. 8. 1884.

²⁾ Loco cit.

Szczepienie cząstek płynów na agar-agarze, żelatynie i bulionie dało po 3 dniach wyniki ujemne.

Powyższe doświadczenia stwierdzają niewątpliwie, że roztwory chlorku sodu w stężeniu od 0,5% do 20% wywierają trawiący wpływ na włóknik. Roztwory mocne [od 5% do 20%] trawią włóknik szybciej, niż słabe [od 0,5% do 2%]. Z roztworów mocnych najszybciej i najmocniej zdaje się trawić 15%; z roztworów słabych—0,5%.

Szybkość trawienia. Celem przekonania się, jak długiego czasu wymaga roztwór chlorku sodu dla wywołania pierwszych zmian w włókniku, wstawiłem do termostatu probówkę, zawierającą 3 grm. wyjąłowego w sposób wyżej podany włóknika i 30 ctm. sześć. takiego 15% roztworu chlorku sodu, poczem co 30 minut spostrzegałem zmiany, zachodzące w włókniku. Okazało się, że już po godzinie płyn staje się nieco mętnym, włóknik zaczyna się rozpuszczać; po 1½ godzinie płyn znacznie mętniejszy, a po 2 godzinach w przesączu dają się już wykazać produkty trawienia.

Rozbiór produktów trawienia.

Do termostatu wstawiłem kolbkę, zawierającą 75 grm. włóknika wyjąłowego, jak wyżej, i 750 ctm. sześć. 15% wyjąłowego roztworu chlorku sodu.

Po 3 dobach: Włóknik zupełnie rozpuszczony, płyn mętny, szaro-żółtawy, odczynu obojętnego, bez zapachu; na dnie warstwa drobnego osadu. Szczepienie na bulionie, agar-agarze, żelatynie dało po 3 dniach wynik ujemny. Płyn przefiltrowałem. Przesącz, idąc za radą DASTRE'a, ogrzewałem początkowo do 60°. Pomiędzy 54° i 57° strąca się obfity osad; osad ten zebrałem na filtrze; i przemyłem, przesącz zaś ogrzewałem dalej; pomiędzy 75° i 90° strąca się powtórnie mniej obfity osad. Po bliższem zbadaniu oba te osady wykazują wszystkie cechy globulinów; DASTRE nazywa je fibroglobuliną α i fibroglobuliną β . Po oddzieleniu tych ciał białkowych, w przesączu nie mogłem już wykryć obecności rodzimego białka [próba z zakwaszeniem i zagotowaniem]. pomimo to, odczyn biuretowy wypadł dodatnio, i z barwą czysto różową, świadczącą o obecności produktów trawienia. Celem zbadania tych ostatnich, nasyciłem obojętny roztwór solą kuchenną; wytworzony dość znaczny męt zebrałem na filtrze, przemyłem nasyconym roztworem NaCl i rozpuściłem w wodzie przekroplonej; roztwór ten dawał odczyn biuretowy z barwą czysto różową [protalbumoza i heteroalbumoza?].

Pozostały po oddzieleniu tych ostatnich przesącz [nasycony solą kuchenną] dawał również znaczny męt po dodaniu kilkunastu kropeł kwasu octowego [deuteroalbumozy?]

Męt ten oddzieliłem przez filtrowanie. Przesącz, badany siarczanem amonu do nasycenia, żelazocyankiem potasu i kwasem octowym, kwasem azotnym, pozostawał zupełnie przezroczystym; odczyn biuretowy wypadł jednak dodatnio [peptony?]

Ilościowego oznaczania oddzielnych produktów trawienia za pomocą wazenia nie przedsiębrałem. To tylko spostrzedz mogłem, że fibroglobulina α jest stanowczo najobfitszą, a przy długiem trwaniu doświadczenia —obok albu-

możi peptonów—jodyną. DASTRE, biorąc do doświadczeń 20 grm. włóknika, otrzymywał około 12 grm. fibroglobuliny α , nieznaczną ilość fibroglobuliny β i około 4 grm. albumoz i peptonów. Ta obecność znacznej ilości fibroglobuliny [pochodnej od fibrogenu] jest wyrazem różnicy pomiędzy trawieniem zależnym od chlorku sodu i trawieniem pepsynowem; przy tem ostatniem fibroglobulina cieszy się efemerycznem tylko trwaniem, gdyż szybko przechodzi w albumozy. Tym sposobem trawienie pod wpływem chlorku sodu uważać należy za słabsze, mniej intensywne, niż trawienie pepsynowe.

Trawienie innych ciał białkowych.

Białko jaja surowe. Probówkę, zawierającą 3 grm. białka jaja, dobytego z jaja aseptycznie i 30 ctm. sześć. 15%, wyjałowionego roztworu NaCl wstawiłem do termostatu.

Po 3 dobach. Zapachu żadnego, szczepienie dało po 3 dniach wynik ujemny. Po całkowitem strąceniu białka przez zakwaszenie i zagotowanie, odczyn biuretowy w przesączu z czysto różową barwą; po nasyceniu chlorkiem sodu i dodaniu kwasu octowego znaczny męt [albumozy].

Białko jaja ścięte 3 grm. białka ściętego + 30 ctm. sześć. 15% roztworu NaCl [wyjaławianie za pomocą pary wodnej].

Po 3 dobach — żadnych śladów trawienia.

Sernik [kazeina]. 3 grm. sernika, otrzymanego z mleka przy pomocy kwasu octowego, + 30 ctm. sz. 15% roztworu NaCl [wyjaławianie za pomocą pary wodnej].

Po 3 dobach—żadnych śladów trawienia.

Ciała białkowe roślinne.

Kazeina roślinna [z grochu], 3 grm. białka z grochu + 30 ctm. sz. 15% roztworu NaCl [wyjaławianie za pomocą pary wodnej].

Po 3 dobach—żadnych śladów trawienia

Białko z kartofla. 3 grm. białka z kartofla + 30 ctm. sześć. 15% roztworu NaCl [wyjaławianie za pomocą pary wodnej]. Po 3 dniach — żadnych śladów trawienia.

Gluten [białko z mąki]. 3 grm. glutenu + 30 grm. 15% roztworu NaCl. Wyjaławianie za pomocą pary wodnej.

Po 3 dobach—po strąceniu białka—dają się wykazać dość obficie produkty trawienia. Szczepienie na agarze, żelatynie i bulionie dało po 3 dn. wyniki ujemne.

Jak widzimy z powyższego, nie wszystkie kategorie ciał białkowych podlegają trawieniu pod wpływem chlorku sodu. Własność tę zdają się posiadać jedynie: włóknik i t. zw. ciała białkowe rodzime (*genuine Eiweisskörper*), jak w naszych doświadczeniach: białko jaja surowe i gluten. Inne z wziętych do doświadczeń ciał białkowych, które, ze względu na sposób, w jaki je otrzymałem w czystej postaci — zaliczyć trzeba do grupy ciał białkowych ściętych, sztucznie zmienionych, nie poddają się trawiącemu działaniu chlorku sodu. Tak więc trawieniu nie ulegały: włóknik, poddany gotowaniu; białko jaja ścięte; sernik, który otrzymałem z mleka przez strącenie kwasem octowym; białko grochu i z kartofla, otrzymane przez wyługowanie wodą z rozartego grochu ewentualnie kartofla i strącenie z roztworu kwasem octowym.

Z ciał białkowych roślinnych jedynie gluten, otrzymany przez proste przezwanie mąki wodą, trawił się zupełnie dobrze:

Inne sole haloidowe:

Chlorek potasu.

Do termostatu wstawiłem 8 próbek, zawierających każde po 2,5 gm. włókniaka, wyjąłowego w sposób wyżej podany, i po 25 ctm. sześć. wyjąłowych następujących roztworów: 20%, 15%, 10%, 5%, 2%, 1,5%, 1%, 0,5%.

Po 2 dobach. Płyny mętne, włókniak rozpuszczony, na dnie warstwa drobnego osadu; zapachu żadnego. Szczerzenie dało po 3 dniach wynik ujemny.

Produkty trawienia występują obficie w rozczyznach 20%, 15%, 10% i 5%, 2%, 1,5%, 0,5%.

Po 2 dobach:

Płyny mętne, włókniak rozpuszczony, na dnie warstwa drobnego osadu; zapachu żadnego. Szczerzenie dało po 3 dniach wynik ujemny.

Produkty trawienia występują obficie w rozczyznach 20%, 15%, 10% i 5% — w pozostałych bardzo słabo.

W podobny sposób i z takimiż rozczyznami sprawdziłem wpływ innych soli haloidowych, a mianowicie: chlorku amonu, bromku sodu, potasu i amonu, takichże jodków i fluorków. Z doświadczeń tych okazało się, że chlorki i fluorki trawią włókniak intensywniej w rozczyznach mocnych, niż słabych, podczas gdy działanie bromków i jodków jest jednakowe, bez względu na stopień koncentracji rozczyznu.

Doświadczenia z fluorkiem sodu stwierdzają jeszcze raz, że trawienie nie zależy tu od drobnoustrojów, gdyż fluorek sodu, jak to stwierdził HEWELKE ¹⁾, posiada w wysokim stopniu własności przeciwnilne, już w rozcieńczeniu 0,5% powstrzymuje on zupełnie rozwój hodowli.

Czy i jaką rolę odgrywać może zjawisko, o jakim mowa, w sprawach, zachodzących w ustroju, gdzie ciała białkowe znajdują się w nieustannem zetknięciu z rozczyznem chlorku sodu, wykażą może przyszłe badania. Jak na teraz, DASTRE upatruje w niem przyczynę t. zw. fibrinolizy. Fibrinoliza, spostrzegana po raz pierwszy przez DASTRE'a ²⁾ i nazwana tak przezeń przez analogię do glikolizy CL. BERNARD'a, polega na tem, iż włókniak, pozostawiony w zetknięciu z krwią, z której pochodzi, rozpuszcza się w niej w stosunku od 3% do 44% swej wagi w przeciągu 24 godzin.

Objaśniano zjawisko powyższe obecnością we krwi fermentu proteolitycznego, pepsyny lub trypsyny. Tymczasem DASTRE stwierdził, że krew fermentów tych nie zawiera. Obecnie nasuwa się prawdopodobne bardzo przypuszczenie, że fibronoliza polega na trawieniu włókniaka przez sole, zawarte w surowicy krwi. I w istocie, we krwi takiej, jak twierdzi DASTRE, dają się wykazać w niewielkiej ilości produkty trawienia.

¹⁾ Przyczynę do farmakologii fluorku sodu. Rozpr. doktoryzacyjna. Warszawa. 1891

²⁾ Fibrinolyse dans le sang. Arch. de Physiol. 1893, p. 661.

II. O NERWOWYCH ZABURZENIACH KRTANI PRZY TYFUSIE BRZUSZNYM I WYSYPKOWYM.

Napisał,

Dr. Ludwik Przedborski,
ordynator szpitala starozakonných w Łodzi.

— — — — —
[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 23].

Spostrzeżenie II. Ł., dziewczyna lat 18, zachorowała 1. I. 1896. Pacjentka po przebyciu stosunkowo dość łagodnego tyfusu brzuszego miała 18. I 96 opuścić szpital, lecz podczas wizytacji prosiła o pozostawienie ją i nadal w szpitalu, gdyż zupełnie utraciła głos, kaszle i doznaje silnej duszności. Przy badaniu znalazłem: podczas oddechania obie struny prawdziwe uporczywie pozostają w środkowej linii, przy wdechu jeszcze bardziej zbliżają się ku sobie, istnieje wyraźny i głośny szmer zwężenia, przy fonacji powstaje podłużna, wązka szpara w głośni, skąd bezgłos. Kaszel suchy, męczący.

Objawy te przemawiały za powstałym dwustronnem porażeniem rozszerzaczy głośni. Zastosowałem pryszczydło na szyję, do wewnątrz preparaty bromu, a następnie prąd przerywany.

Do 26. I. 1896 w objawach krtaniowych nie zaszła żadna ku lepszemu zmiana, przeciwnie duszność jeszcze bardziej się wzmogła, gdyż przy każdym wdechu struny wrzekome, zbliżając się do siebie, wywoływały krótkotrwałe stany duszności, dochodzące prawie do *apnoe*.

Ponieważ obraz krtaniowy przypominał do pewnego stopnia skurcz zwężaczy głośni (*laryngo-spasmus*) lub skurcz fonacyjny i wdechowy (*aphonia et dyspnoë spastica*), a na zasadzie doświadczenia znanym mi był fakt, że uspienie chloroformem w przypadkach tych nieraz skutecznie zwalcza wątpliwości dyagnostyczne i zbawiennie wpływa na dalszy przebieg cierpienia, dnia 28. I. 1896 pacjentkę poddałem głębokiej narkozie. Pod wpływem jednakże zabiegu tego stan chorej jeszcze bardziej się pogorszył, duszność wzrosła. Okoliczność ta rozpoznanie w przypadku naszym utrwaliła na pewnych niemal podstawach, wykluczała bowiem skurcz zwężaczy, na których chloroform bez wpływu pozostać by nie mógł, gdy przeciwnie na pozostające w stanie bezwładu rozszerzaczce, już *a priori*, żadnego działania oczekiwać nie należało. Z obawy, by duszność nie przybrała większych rozmiarów i nie zagrażała życiu pacjentki poważnem niebezpieczeństwem, chorej zaproponowałem tracheotomię, spotkałem się jednakże z odmowną odpowiedzią.

D. 2. II. 1896 r. pacjentka wypisała się ze szpitala i na czas dłuższy zniknęła mi z oczu. Dopiero 24. V. 1896 pacjentkę ponownie ujrzałem u siebie w domu. Przy badaniu obraz krtaniowy znalazłem ten sam, co i dawniej. Subiektywnie chora czuje się lepiej, duszność i kaszel nieco złagodniały.

Pacjentka przez czas pewien odbywała kurację we Wrocławiu, gdzie, jak utrzymuje, pod wpływem miejscowej elektryzacji doznać miała ulgi w cierpieniu swem.

Stan względnej poprawy trwał do 21. VII 1896. Dnia tego pacjentka zasięgała nowej porady u mnie z powodu znacznego pogorszenia się stanu jej zdrowia. Pogorszenie to pacjentka przypisuje gwałtownemu wstrząśnieniu moralnemu, jakiemu w ostatnich czasach uległa, wskutek zgwałcenia i występujących coraz wyraźniej objawów ciąży. Przy badaniu w krtani znalazłem opisany wyżej obraz, co jeszcze bardziej utrwaliło zaufanie do postawionego rozpoznania; skurcz bowiem zwężaczy głośni przez czas tak długi bezkarnie istnieć by nie mógł.

Chorą nakłoniłem do powrotu do szpitala, w którym pozostała do 21. VIII. 1896. Tu pod wpływem miejscowej elektryzacji i spokoju pacjentka doznała widocznej ulgi, z której korzystając, zażądała wypisania do domu dla objęcia zwykłych swych zajęć [służąca]. Od tej pory pacjentki więcej nie widziałem i dalsze jej losy są mi nieznane.

W przypadku tym zasługuje na zaznaczenie, że, pomimo dość długiego trwania [8 miesięcy] objawów bezwładu rozszerzaczy głośni, pacjentka szczęśliwie uniknęła tracheotomii, która stale okazywała się konieczną w analogicznych spostrzeżeniach MENDEL'a, BOULAY'a i LUBLIŃSKIEGO.

Spostrzeżenie III. L., mężczyzna 36 lat, poprzednio zupełnie zdrowy, zaniemógł 29. XII. 1895. Cierpienie przebiegało pod postacią ciężkiego tyfusu brzuszego. Podczas pierwszym badaniu 20. I. 1896, czyli w 22 dniu choroby w krtani żadnych zmian chorobliwych nie znalazłem.

Przy badaniu 28. I. 1896 [30 d. chor.], w okresie zupełnego zdrowienia, wykryłem: przy fonacji obie struny prawdziwe prawidłowo zbliżają się ku sobie, podczas oddechania lewa struna głosowa swobodnie odchyła się na zewnątrz, prawa natomiast stale pozostaje w środkowej linii (*par. m-li cricoaryt. post.*).

D. 4. II. 1896. Zaburzenie w mięśniach krtaniowych te same.

D. 11. II. 1896, czyli po 2 tygodniach od stwierdzenia obecności bezwładu prawego rozszerzacza głośni, a w 44 dniu od wybuchu choroby, badanie krtani w funkcyjach strun głosowych wykazuje normalną sprawność. Zupełne wyzdrowienie w przypadku tym nastąpiło bez wszelkich zabiegów lekarskich.

Spostrzeżenie IV. Bor., kobieta l. 19. Zachorowała 14. I. 1896. Przy badaniu 24. I. 1896, w 10 d. chor., przy ciepłocie rannej 39,8° i objawach silnego tyfusu brzuszego, krtani żadnych zmian nie przedstawiała. Również i podczas kilku następnych badań w krtani nic nieprawidłowego wykryć mi się nie udało. Dopiero 22. II. 1896, w 39 dni od początku choroby, a w 14 dniu rekonwalescencji, stwierdziłem, że zarówno przy fonacji, jak i podczas oddechania prawa struna głosowa okazuje się zupełnie nieruchomą i stale przebywa w położeniu trupiem (*Cadaverstellung*). Przy fonacji struna prawdziwa położenia swego nie zmienia, lewa zaś przekracza linię środkową, następuje krzyżowanie się chrząstek nalewkowych i SANTORINI'ego, przyczem lewa chrząstka układa się przed prawą (*par. nervi recurrentis dextri*). Głos słaby, lecz czysty, duszności brak.

Obraz ten spostrzegalem do 1 III. 1896, następnie chora wypisała się ze szpitala i straciłem ją z oczu. Widocznie zaburzenia krtaniowie nie

bardzo pacjentce we znaki się dawały, a może też i zupełnie się wyrównały, pomimo bowiem napomnienia, by zechciała jeszcze poddać się kilkakrotnie badaniu, pacjentki więcej u siebie nie widziałem.

Spostrzeżenie V. Bab., mężczyzna lat 20, zachorował 24. II. 1896, wstąpił do szpitala 24. III. 96. Przy badaniu tegoż samego dnia [28 dni od pocz. chor.] w krtani żadnych zmian nie znalazłem.

D. 3 IV. 1896, czyli w 31 d. od zasłabnięcia, przy ponownym badaniu na lewej strunie głosowej stwierdziłem wypuklenie na zewnątrz wewnętrznego brzegu, przy fonacyi zaś półkulisty otwór w głośni więzowej (*par. m-li thyreo-aryt. sin.*); objawy te po 10 dniach trwania, pod wpływem kilkakrotnego zastosowania prądu przerywanego zupełnie ustąpiły.

Spostrzeżenie VI. R., mężczyzna lat 18, przebywał tyfus brzuszny od 15. III. 1896. wstąpił do szpitala 27. III. 96. Podczas badania w 12 d. chor., przy ciepłocie rannej 39° C., w krtani żadnych zmian nie odnalazłem.

Dnia 2. IV. 96 w okresie zdrowienia [18 d. chor.] przy badaniu stwierdziłem: eliptyczny otwór w głośni więzowej podczas fonacyi, przyczem oba wewnętrzne brzegi prawdziwych strun wykazują typowe wypuklenia na zewnątrz (*par. duplex m-lorum thyr. arytaenoidalium*).

D. 8. IV. 96 [24 d. choroby] obraz krtaniowy nie zmieniony.

D. 14. IV. 96 [30 d. chor.] objawy bezwładu przeszły, chory wypisał się zupełnie zdrowym.

Spostrzeżenie VII. Sz., dziewczyna l. 18, chora na tyfus brzuszny od 1. IV. 96. Przy badaniu w dniu wstąpienia do szpitala 14. IV. 96 znajdujemy znany obraz bezwładu prawego nerwu zwrotnego [trupie położenie struny głosowej i zupełną bierność tejże, zarówno podczas fonacyi, jak i oddechania]; ciepłota wieczorem 38,8° C.

Dnia 19. IV. 1896 w okresie bezgorączkowym i 28. IV. 96 w stanie zupełnej rekonwalescencji, przy ponownych badaniach w obrazie krtaniowym żadnych zmian nie spostrzegłem.

D. 1. V. 96 chora wypisała się bez wszelkiej poprawy ze strony krtani, o dalszych jej losach nie powiedzieć nie mogę.

Spostrzeżenie VIII. Gold., mężczyzna l. 21, przebywa ciężki tyfus brzuszny od 20. III. 96, wstąpił do szpitala 2. IV. 96, podczas badania w tymże dniu [13 d. chor.] przy ciepłocie rannej 38° C. przy fonacyi znajdujemy owalny otwór w głośni. Chory mówi głosem niskim, wysokich dźwięków nie jest w stanie wydobyć, wskutek niedostatecznego skurczu naprężaczy strun prawdziwych (*Stimmbandspänner*), za czem przemawiał fakt, że palec umieszczony w przestrzeni pierścienia tarczowej podczas fonacyi nie wykazywał żadnych ruchów pomiędzy obiema chrząstkami, głos zaś często przy naciskaniu ku górze przedniego końca chrząstki pierścieniowatej chwilowo zyskiwał na sile i wysokości. Mieliśmy zatem w przypadku naszym do czynienia z współczesnym bezwładem mięśni tarczow-obrzędkowych i tarczow-nalewkowych (*par. m-lorum crico-thyr. et thyr. arytaen.*). Kombinacya taka często się wydarza i wówczas obraz krtaniowy, jak to miało miejsce w spostrzeżeniu naszym, przed-

stawia zmiany, jakie zwykle przy bezwładach mięśni tarczono-nalewkowych odnajdujemy.

D. 9. IV. 96 [20 d. chor.], obraz krtaniowy nie zmieniony.

D. 16. IV. [27 d. chor.], a po 14 d. od wykrycia zaznaczonych zaburzeń krtaniowych, chory wypisał się zupełnie zdrowym. Cierpienie krtani ustąpiło bez wszelkiej interwencji.

Spostrzeżenie IX. J. W., mężczyzna lat 22, chory od 7. V. 1896, wstąpił do szpitala 17. V. 96. Z powodu znacznego upadku sił z badaniem wstrzymałem się do 25. V. 96. W dniu tym [18 d. chor.] u pacyenta, znajdującego się podówczas w okresie zdrowienia, stwierdziłem następujące zmiany: prawa struna głosowa znajduje się w położeniu trupiem; zarówno przy wydawaniu dźwięków, jak i przy ruchach oddechowych nie wykazuje żadnych śladów drgań, podczas fonacji lewa struna przekracza środkową linię i powstaje krzyżowanie się chrząstek nalewkowych. Palec, przyłożony do prawej bocznej części krtani, wykrywa zupełny brak drżenia w okolicy chrząstki tarczowej [GERHARDT]. Chory kaszle, głos czysty, słaby (*par. nervi recurrentis dextr.*).

D. 31. V. 1896 [24 d. chor.] w prawej strunie głosowej ukazują się pewne ślady ruchowe.

D. 2. VI. 96. Struna głosowa prawa przy fonacji styka się z lewą w środkowej linii, lecz brzeg jej wewnętrzny wykazuje wypuklenie na zewnątrz, a w głośni powstaje półkolisty otwór.

D. 9. VI. 96 [33 d. chor.], po 15 dniach trwania zaburzenia krtaniowe zupełnie ustąpiły.

Spostrzeżenie X. Joach., chłopczyk l. 12, przebywa ciężki tyfus brzuszny od 10. V. 96, wstąpił do szpitala 3. VI. 96. Przy badaniu w tymże dniu [24 d. chor.] w okresie bezgorączkowym znalazłem objawy krtaniowe zupełnie identyczne z zaburzeniami, skreślonymi w spostrzeżeniu IX (*par. nervi recurr. dextr.*).

Podczas badania 7. VI. 1896, a zatem w 28-ym i 10. VI. 96, w 31-ym dniu od początku choroby, obraz krtaniowy nie uległ żadnym zmianom, Joach opuścił szpital bez poprawy [ze strony krtani] i do obecnej chwili więcej go nie widziałem.

Spostrzeżenie XI. Fajn., mężczyzna l. 18, zachorował na tyfus 4. VI. 96 wstąpił do szpitala 23. VI. 96. Przy badaniu w tymże dniu [19 d. chor.], przy ciepłocie ciała 38,2° C., w krtani żadnych zgoła zmian nie znalazłem.

D. 26. VI. 1896 w okresie zdrowienia [22 d. chor.] przy badaniu na obu strunach głosowych wykryłem charakterystyczne wypuklenia na zewnątrz, a w głośni podczas fonacji owalny otwór (*par. m-orum thyreo-arytaen. duplex*).

D. 3. VII. 96, a zatem po tygodniu, chory wypisał się ze szpitala bez wszelkiej poprawy ze strony krtani i głosu, który i nadal zachował odcień fistułowy.

Spostrzeżenie XII. B., mężczyzna l. 25, chory na tyfus brzuszny od 20. VI. 96, wstąpił do szpitala 30. VI. 96. Przy badaniu tegoż dnia [10 d. chor.]

znalazłem: przy oddechaniu lewa struna głosowa pozostaje stale w linii środkowej, gdy prawa prawidłowo uchyła się na zewnątrz, przy fonacyi w głośni powstaje wąziutka szczelina podłużna (*par. m-li crico-arytaen. post. sin.*); ciepłota wieczorem 38,9^o C.

Przy badaniu 10. VII. 96 w 20-ym dniu od zasztabnięcia, w okresie rekonwalescencji, obraz krtaniowy znalazłem niezmienionym, lecz 20. VII. 96 [w 30 d. chor.] struna głosowa lewa po 20-tu dniach obserwacji przyjęła położenie trupie, bezwład rozszerzacza stopniowo przeistoczył się w zupełny paraliż lewego nerwu wstecznego (*par. nervi recurrentis sin.*).

Chory niebawem opuścił szpital, dalszy przebieg cierpienia nie jest mi wiadomym.

Spostrzeżenie XIII. Roz., kobieta lat 30, przebywa ciężki tyfus brzuszny od 15. VII. 1896, badana w dniu wstąpienia do szpitala 5. VIII. 96, w stanie bezgorączkowym [21 d. choroby], przedstawia objawy bezwładu lewego mięśnia tarczono-nalewkowego (*par. m-li thyreo-arytaen sinistri*).

D. 14. VIII. 96, obraz krtaniowy bez zmiany.

Przy wypisaniu się chorej 20. VIII. 96 objawów bezwładu więcej nie znalazłem, trwały więc przypuszczalnie dni 15. Wyzdrowienie nastąpiło bez wszelkiej interwencji.

Spostrzeżenie XIV. M. S., dziewczyna lat 18, zachorowała na tyfus 18. VIII. 96. Badana przy wstąpieniu do szpitala 28. VIII. 96, w 10-ym dniu choroby, przy ciepłocie ciała 39^o C., przedstawia następujące zmiany w krtani: przy fonacyi powstaje owalny otwór w głośni, zarówno w jej części więzowej, jak i chrząstkowej, wskutek współczesnego porażenia mięśni tarczono-nalewkowych i bocznych (*par. m-orum thyreo-aryt. et lateralium duplex*).

D. 4. IX. 96 [16 d. chor.] przy badaniu obraz krtaniowy znalazłem niezmieniony. Taki sam rezultat badania otrzymałem 16. IX. 96 w okresie zupełnego zdrowienia, w 28 dniu od początku choroby. Chora niebawem opuściła szpital bez poprawy cierpienia krtaniowego, dalszy przebieg cierpienia jest mi nieznanym.

Spostrzeżenie XV. Fried., mężczyzna lat 18, choruje od 6. VII. 96, wstąpił do szpitala 5. VIII. 96. Choroba przebiega pod postacią ciężkiego tyfusu brzuszego. Przy badaniu w dniu wstąpienia chorego do szpitala [30 d. chor.] znajdujemy wyraźny obraz bezwładu prawego rozszerzacza głośni (*par. m-li crico-aryt. post. dextri*), głos słaby, czysty, duszności brak.

D. 10. VIII. 96 ponowne badanie wykryło te same objawy, co poprzednio.

D. 18. VII. 96 [43 d. chor.] chora wypisała się ze szpitala. Przy badaniu objawy bezwładu prawego rozszerzacza głośni po 13 dniach trwania zupełnie ustąpiły.

Spostrzeżenie XVI. Kucz., mężczyzna l. 25. Chory na tyfus brzuszny od 23. VII. 1896, wstąpił do szpitala 4. VIII. 96. Przy badaniu tegoż dnia przy ciepłocie ciała 38,5 C. [12 d. chor.] w głośni podczas fonacyi znajdujemy owalny otwór oraz charakterystyczne zmiany na wewnętrznych brzegach strun głosowych, przemawiających za istnieniem obustronnego bezwładu mięśni tarczono-nalewkowych wewnętrznych (*par. duplex. m-lorum thyro-aryt. int.*).

D. 12. VIII. 96 w okresie rekonwalescencji, a 20-ym d. od początku chor., objawy bezwładu w dalszym ciągu trwają.

D. 18. VIII. 96, chory wypisał się zupełnie zdrowym. Przy badaniu okazało się, że bezwład mięśni krtaniowych po 14-dniowym trwaniu bez wszelkich zabiegów lekarskich zupełnie ustąpił.

Spostrzeżenie XVII Grün., dziewczyna lat 19, zaniemogła na tyfus brzuszny 5. VIII. 1896, wstąpiła do szpitala 8. IX. 96. Przy badaniu w stanie zupełnej rekonwalescencji [34 d. chor.] znajdujemy następujący obraz: podczas fonacji *in parte ligamentosa* powstaje owalny otwór ze znanymi wypukłościami wewnętrznych brzegów strun głosowych, drugi otwór wytwarza się w części chrząstkowej głośni (*in parte cartilaginosa*). Otwór ten ma formę trójkąta, którego wierzchołek stanowią schodzące się wskutek niezakłóconej funkcji mięśni pierścienio-nalewkowych bocznych oba wyrostki głosowe, gdy podstawę trójkąta tworzy przednia ściana przestrzeni międzynalewkowej. Objawy te wskazują na współczesne porażenie mięśni tarczono-nalewkowych wewnętrznych i poprzecznego (*par. m-lorum thyreo-aryt. int. et transversi*).

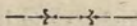
Chora cieszyła się pożądanym zdrowiem do 30. IX. 96, objawy krtaniowe nie wykazywały żadnych zmian, lecz I. X. 96 pacjentka uległa nowemu napadowi dreszczy i niebawem wystąpił cały szereg objawów, przemawiających za nawrotem cierpienia [recydywa].

Z cierpieniem tem pacjentka walczyła przez dni 14 i 16. X. 96 wypisała się zdrową, lecz bez żadnej widocznej poprawy ze strony krtani.

[C. d. n.].

ODCINEK.

STOSUNEK WYŻSZYCH STOPNI INTELIGENCYI DO CIERPIEŃ NERWOWYCH [NEUROPATHOLOGII].



Pod tym ogólnym tytułem ukazała się w roku zeszłym książka, napisana przez EDUARDA TOULOUSE'a ¹⁾, lekarza przytułku Św. Anny, szefa kliniki chorób umysłowych paryzkiego fakultetu lekarskiego. Dzieło to ma być wstępem do całego szeregu studyów w tym kierunku i zawiera na początek badanie lekarsko-psychologiczne, dokonane przez autora na osobie znanego powieściopisarza EMILA ZOLI.

Rozpowszechniona w ostatnich czasach przez LOMBROSO'a doktryna o pokrewieństwie geniuszu z obłąkaniem nie jest nową. Powziął tę myśl pierwszy ARYSTOTELES, który zauważył, że filozofowie, poeci i artyści odznaczają się temperamentem żółciowym i skłonni są do chorób, zależnych od czarnej żółci [co się na nasz język tłumaczy do chorób nerwowych]. Wieki całe przetrwała ta uwaga mędrca ze Stagiry, nie wywołując jednak żadnych w tym

¹⁾ EDOUARD TOULOUSE. Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Introduction générale. Emile Zola. Paris, 1896, str. VIII + 285 in 8-vo.

kierunku pozytywnych studyów, doczekawszy się tylko bardziej nowoczesnego jej sformułowania w znanym okrzyku DIDEROT'a: „*Oh, que le génie et la folie se touchent de bien près!*” Dopiero w połowie wieku bieżącego REVELLE-PARISE ¹⁾, a wkrótce po nim MOREAU DE TOURS ²⁾ podjęli na nową tę kwestyę i opracowali ją na podstawie pewnych dowodów rzeczowych.

Obaj ci autorowie, opierając się na mniej lub więcej znanych faktach z życia znakomych ludzi, dochodzą do przekonania, że ci ostatni odznaczali się nadmierną pobudliwością układu nerwowego, która przy sprzyjających okolicznościach przechodziła nieraz w jaką określoną chorobę tegoż układu.

LOMBROSO ³⁾ poszedł o wiele dalej od swoich poprzedników. Dla niego każdy człowiek genialny jest epileptykiem. Natchnienie poetyckie, wszelka wzmożona produkcja umysłowa, to tylko równoważnik psychiczny napadu drgawkowego. Geniusz zatem, według Lombroso'a, jest to, mówiąc po lekarSKU, padaczka skryta (*epilepsia larvata*). Ażeby dowieść swojej tezy, LOMBROSO w sposób niesłychanie dowolny rozszerza pojęcie epilepsyi. Cała litania cech, wyliczonych przez niego, jako wspólnych dla geniuszu i epilepsyi, obejmuje najróżnorodniejsze momenty przyczynowe i objawy rozmaitych cierpień układu nerwowego, a więc: pochodzenie od alkoholików, starców i obłąkanych, uraz czaszki i asymetrya tejże, przedwczesna dojrzałość płciowa, somnambulizm, popęd do samobójstwa i do włóczęgi, brak zmysłu moralnego, mania religijna, bredzenie, amnezja, analgezja, nawet roztargnienie, które posiada w sobie cechy nieprzytomności epileptycznej (*absences épileptiques*). Czy jednak LOMBROSO na zasadzie niektórych, a nawet wszystkich tu wyliczonych cech ośmieliłby się rozpoznawać epilepsyę u któregośkolwiek ze swoich zwykłych chorych w szpitalu lub na mieście? Na zasadzie jakich to spostrzeżeń wyprowadza LOMBROSO swe wnioski? Bez podania źródła, skąd czerpie swe wiadomości [jest to stała jego metoda], twierdzi, iż pewna liczba ludzi genialnych miała epilepsyę [MOLIÈRE, JULIUSZ CEZAR, PETRARKA, PIOTR WIELKI, MAHOMET, FLAUBERT, SCHILLER, ALFIERI i t. d.]. Jakie są na to dowody, nie wiemy. Gdy się pomyśli, z jakimi to w takich razach trudnościami rozpoznawczemi musi waleczyć lekarz wobec chorych, których może rozebrać, zbadać, obejrzeć, rozpytać, jest się zdumionym tą pewnością sądów zaocznych, opartych na gadaninie otoczenia, plotkach służących, albo i mniej jeszcze ważnych podstawach. Wszak LOMBROSO robi czasem rozpoznanie z portretu [np. obłąkanie BAUDELAIRE'a]. Utożsamianie geniuszu z obłąkaniem albo z epilepsyą nie ma żadnej podstawy naukowej i bynajmniej przez LOMBROSO'a nie zostało dowiedzionem.

Faktem jednak pozostaje, że ludzie genialni posiadają pewną skłonność do chorób nerwowych, odznaczają się czemś od innych ludzi pod względem anatomo-fizyologicznym. Zbadanie tej kwestyi byłoby ze wszech miar ciekawem i interesującym. Tylko metoda historyczna mało się do rozstrzygnięcia tego pytania nadaje. Badacz będzie tu zawsze na łasce spostrzeżeń, robionych przez ludzi niekompetentnych, często nie zasługujących na wiarę. Nawet zeznania samych osób badanych, nie kierowane ręką lekarza, tylko robione dla ogółu [np. pamiętniki], często nie mają znaczenia, gdyż zawierają dużo przesady i chęci popisu lub pozowania. Trzeba mieć umysł niezmiernie trzeźwy i krytyczny, żeby umieć należycie metodę historyczną dla rozstrzygnięcia wyżej poruszonych pytań wyzyskać.

¹⁾ REVELLE-PARISE. *Physiologie des hommes livrés aux travaux de l'esprit*. 1843.

²⁾ MOREAU [DE TOURS]. *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire*. 1859.

³⁾ LOMBROSO. *L'homme de génie*. 1896. 2 wydanie.

O wiele prostszą i owocniejszą jest metoda bezpośredniej obserwacji. Tu dobrze spostrzeżony najdrobniejszy fakt będzie miał moc dokumentu, a ponieważ jednocześnie podawaną bywa i metoda odnalezienia tego faktu, każdy następny spostrzegacz ma możność postawienia się w stosunkach pierwotnej obserwacji, sprawdzenia faktów i cyfr, podanych przez poprzedników.

Czy metoda taka jest możliwą, czy znajdują się ludzie znakomici, a więc znani, którzy się zgodzą na poddanie szczegółowemu badaniu lekarsko-psychologicznemu i na ogłoszenie tegoż przy zachowaniu głównych warunków tej metody, t. j. dokładności i prawdy. Mogą tu zachodzić najrozmaitsze okoliczności i względy, które jednakże pozwolą zawsze w ten lub ów sposób skorzystać z obserwacji dla celów naukowych. Jedne z tych spostrzeżeń mogą być ogłoszone całkowicie z podaniem nazwiska badanej osoby, inne—z pominięciem mniej ważnych szczegółów. Niektóre spostrzeżenia będą ogłaszane dopiero po śmierci badanej osoby, wreszcie będą i takie, które mogą wejść jako materiał do jakiejś pracy ogólniejszej bez podania nazwiska.

Nie małą trudność metody przedstawia wybór odpowiedniego przedmiotu badania. W zasadzie chodzi tu o biologiczną charakterystykę ludzi, stojących na najwyższych szczeblach inteligencji twórczej, t. j. takiej, która pozostawia po sobie widoczne ślady w postaci dzieł i czynów znanych całej ludzkości, a przynajmniej znacznej jej części. Niepodobna ograniczać się jedynie do ludzi genialnych, choćby dlatego, że nie możemy w każdym danym przypadku oznaczyć granicy między geniuszem a wielkim talentem, wielkimi zdolnościami. Widzimy, że LOMBROSO obok niewątpliwych geniuszów w badaniach swoich na równi z nimi postawił ludzi wcale nie genialnych, nawet zgoła dość pospolitych i mało znanych. Dlatego lepiej z góry wyrzec się tej pogoni za geniuszami i postawić sobie tylko za warunek, aby badana osobistość odznaczała się rzeczywiście wyższymi zdolnościami, któreby się wyrażały w twórczości oryginalnej i dostępnej dla oceny, jeżeli nie ogółu ludzkości, to przynajmniej ludzi kompetentnych.

Celem badania ma być: 1) wykrycie stosunku chorób nerwowych [neuropaty] do wyższości intelektualnej, 2) wynalezienie cech anatomicznych i fizjologicznych tej ostatniej.

Badanie musi być obiektywne, bardzo szczegółowe i bardzo dokładne. Byłoby rzeczą pożądaną, ażeby dane, stwierdzone za życia, można było sprawdzić z czasem przez badanie pośmiertne. Dlatego też należy namawiać osoby, poddające się opisanemu przez nas badaniu, aby zapisywały się na członków towarzystwa sekcyjnego (*société d'autopsie*), założonego w Paryżu w r. 1876. Członkowie tego towarzystwa podpisują żądanie, aby nad ich ciałem było wykonane naukowe badanie pośmiertne.

Towarzystwo liczy w swoim gronie wielu znakomitych ludzi ¹⁾ i posiada w swoich zbiorach mózgi: BROCA, GAMBETTY, BERTILLON'a i innych. Prezesem tego towarzystwa jest obecnie doktor LABORDE, który przyjmuje zapisy na członków [składka roczna wynosi 5 franków].

Badanie ZOLI zajęło autorowi około roku czasu przy współudziale prof. JOFFROY i wielu lekarzy specjalistów dla dokładniejszej kontroli wielu poszczególnych faktów. Faktów tych nagromadzono tak wiele, że z konieczności musimy ograniczyć się do wymienienia rzeczy najważniejszych.

Dziedziczność. Ojciec ZOLI był włochem, z początku żołnierzem, potem inżynierem, był człowiekiem zdolnym, przedsiębiorczym i zawsze zdrowym. Ożenił się w 43 r. życia, zmarł w 51 na jakąś ostrą chorobę płucną. Dziad ZOLI pochodził z Dalmaeyi, babka była Greczynką. Matka ZOLI była francuską, wyszła za mąż w 20 r. życia. W młodości mieszała, jak się zdaje,

¹⁾ Oraz dam, które się obawiają pochowania żywcem.

objawy histeryi [napady drgawkowe, *globus*], które z wiekiem znacznie się zmniejszyły, miewała częste napady kolki wątrobowej, zmarła w 61 r. życia wśród objawów obrzęku całego ciała i asystolii. Jej ojciec i matka dożyli późnej starości. Z danych dziedzicznych, mogących mieć ujemny wpływ na ZOLĘ, można zaznaczyć: różnicę w wieku rodziców [ojciec o 20 lat starszy od matki], po matce usposobienie artrytyczno-neuropatyczne. Trudno powiedzieć, jakie może mieć znaczenie skrzyżowanie ras, które w rodzinie ZOLI dwukrotnie miało miejsce. LOMBROSO uważa to za moment dodatni dla geniuszów.

Bieg życia ZOLI. ZOLA był karmiony przez zdrową mamkę [dożyła późnego wieku], nie miewał drgawek jako ssawiec. Rozwijał się wolno, zaczął mówić późno. W 2-im roku życia przechodził jakąś ciężką chorobę (*fièvre cérébrale?*). W 6 i 7 roku również był chory, na co—nie wiadomo [miał stawiane pryszczydła na obu rękach]. Z dagerotypu z tego czasu widać, że był dobrze rozwinięty, krępy, trochę limfatyczny i miał lekką kontrakturę prawego mięśnia okrężnego powiek [co się daje widzieć jeszcze i teraz]. W 18 roku życia, jak się zdaje, przechodził tyfus brzuszny. W 20 roku zjawily się jakieś przypadłości nerwowe kiszek (*enteralgia*). W tym czasie prowadził życie niehygieniczne, żył w nędzy, źle się odżywił [chleb, kawa, ser, jabłka stanowiły nieraz całodzienny posiłek], dużo pracując umysłowo. Rozwój umysłowy w dzieciństwie był bardzo średni, postępy w naukach małe z powodu małej pilności. Od 15 roku zaczął dużo czytać i kształcić się, chociaż egzamina zwykle mu się nie udawały, tak, że nie mógł zdobyć bakalaureatu. Widząc, że nie zdobędzie sobie żadnego stanowiska, wzięł się do literatury. Żadnych cięższych chorób nie przechodził. Od 20—40 roku życia dokuczały mu enteralgie, od 45—50—cystalgie, niepokoje w okolicach serca, które przybierały postać dusznicy bolesnej. Z zalecenia POTAIN'a od 35 roku przestał palić. HUCHARD w sercu żadnych nieprawidłowości nie znalazł i robił rozpoznanie pseudo-dusznicy bolesnej pochodzenia nerwowego. ROBIN w podobny sposób zapatrywał się na cystalgie. Około 35 roku ZOLA zaczął tyć [wazył 192 funty, objętość brzucha 114 ctm.], zjawila się duszność przy chodzeniu, zgaga, bóle i osłabienie po jedzeniu. Wtedy rozpoczął walkę ze swoją tuszą, walkę, którą prowadzi do tego czasu. Raz w ciągu 18 miesięcy stracił 40 funtów na wadze bez szkody dla organizmu.

Stan obecny. ZOLA ma obecnie lat 56, wzrost dobry [170,5 ctm.], budowę silną, mięśnie dobrze rozwinięte choć nie wyćwiczone, tkanki tłuszczowej—duża ilość. Skóra biało-różowa, zmarszczek mało; włosy siwiejące; ciało obficie zarosłe włosami zwłaszcza na tułowiu. Szczegółowe pomiary antropologiczne były dokonane przez MANOUVRIER'a, profesora szkoły antropologicznej i BERTILLON'a, szefa pomiarów w prefekturze policyjnej, przyczem podano 2 portrety ZOLI, wizerunki obu rąk z dwóch stron i odciski końców palców. Z pomiarów tych zanotowano dwie nieprawidłowości, a raczej uchylenia od przeciętnej normy: ręce ZOLI są nieco dłuższe, niż to bywa u ludzi, nie zajmujących się pracą fizyczną, jedno ucho również jest dłuższe od normalnego. Z innych nieprawidłowości zanotowano: ruchliwość wielkiego palca u nogi, zmarszczki na czole, istniejące od dzieciństwa. Nieprawidłowości tych Toulouse nie uważa za cechy zwyrodnienia.

Krążenie krwi. Granice tępości serca normalne, tony czyste, tętno wolne [55], linia sfigmograficzna normalna [nie ma miażdżycy w tętnicy promieniowej], ciśnienie krwi w tętnicach dość znaczne [950 grm. na sfigmomanometrze BLOCH'a]. Stwierdzono istnienie tętna kapilarnego [na pletysmografie HALLION'a i COMTÉ'a]. ZOLA uskarżał się na tętnienie w niektórych częściach ciała, na bóle i ściskanie w lewej stronie klatki piersiowej, promieniujące na lewą kończynę górną. HUCHARD, jak widzieliśmy, uważał to za objaw

pseudo-dusznicy bolesnej z rokowaniem, dobrem, które się dotychczas sprawdza.

Narząd oddechowy — normalny [niema rozedmy płuc].

Narządy trawienia. Zęby podlegają próchnieniu od 12 roku życia [brak 8-u]. Bywały częste zaburzenia w trawieniu. Obecnie trawienie jest normalne, wypróżnienia leniwe [poprawiają się wtedy, gdy nabiera tuszy]. Łaknienie dobre, ale hamowane przez ciągły *régime*, skierowany przeciwko tyciu. ZOLA jada mało: o 3-ej — kawałek chleba suchego, o 1-ej — lekkie śniadanie, o 5 — kilka ciastek z herbatą, o 7½ — lekki obiad, o 1 -ej — dwie filiżanki herbaty. Pije niekiedy trochę wina szampańskiego i około litra dziennie herbaty, przy zmianie trybu życia bardzo szybko tyje. Od 25 roku życia oddaje mocz bardzo często i w obecnym czasie cierpi na pollakiurię [oddaje mocz 15—20 razy na dobę]. Badanie moczu nigdy nie wykryło śladów nieżyty pęcherza. Mocz w ilości dobowej 1200 ctm. sześć, ciężaru właściwego 1017—1019, nie zawiera żadnych części składowych nienormalnych, prócz nieznacznych śladów białka. Ilość kwasu moczowego bywa wzmożoną, zmniejszoną zaś ilość kwasu fosforowego, znajdowano zwykle kryształy szczawianu wapnia w obfitości.

Układ nerwowy. Czucie skórne ZOLA ma rozwinięte w wysokim stopniu. Wszelkie rodzaje czucia skórniego, badane za pomocą przyrządów i porównywane z danymi, znajdującymi się w tablicy WEBER'a, wykazują dla ZOLI cyfry wyższe od przeciętnych. Zdaje się, że po prawej stronie czucie jest dokładniejsze, niż po lewej.

Odruchy ścięgniste — wzmożone. Czucie mięśniowe zachowane, przy stanie ze stopami, przysuniętymi do siebie, zamkniętych oczach, lekkie wahanie się. Czulość na ból nadzwyczajna. Lekki ucisk kaftanika trykotowego jest w stanie wywołać napad ściskania w klatce piersiowej.

Sen dobry. Wogóle ZOLA potrzebuje dużo snu. Nawet po śnie 7-o-godzinnym [od 1-ej do 8-ej godz.] czuje się mało wypoczętym.

Badanie narządów zmysłów wykazało co do wzroku — krótkowzroczność [— 10] i lekki astygmatyzm, nieznaczne zwężenie pola widzenia w górnych odcinkach. ZOLA doznaje niekiedy w oczach pewnych sensacji świetlnych [fosfenów], które może wywoływać dowolnie. Słuch: w prawem uchu dość przytępiony. W temże uchu znaleziono wciągnięcie błony bębenkowej i zatkanie trąbki EUSTACHIUSZA. Po wonieniu nie odznacza się szczególnie jakąś ostrością, jakby się tego można było spodziewać, sądząc z dzieł Zoli. Zdaje się, iż posiada on tylko w wyższym stopniu pamięć zapachów i wiąże z nimi z łatwością różne obrazy przedmiotów i scen [o czem niżej].

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— * = * —

53. Paweł Ruge. Wskazania do myotomii.

Chirurg, nim przystąpi do operacji, powinien rozważyć ściśle w każdym przypadku *pro i contra*, gdyż myotomia jeszcze dzisiaj uważana być powinna za operację niebezpieczną, nie biorąc już pod uwagę dość wielkich trudności technicznych, które przedstawić się mogą w ciągu operacji. Zdaniem autora, wskazaniem do operacji powinny być tylko życiu grożące objawy lub też tak ciężkie dla chorej dolegliwości, że bezwarunkowo usunięte być powinny. Rozważyć należy i socyalne położenie pacjentki, i wogóle częściej operować będziemy chore, które pracą rąk swoich zarabiają na życie, aniżeli chore, które dzięki wygodnym warunkom oszczędzać swe

zdrowie mogą. Błędne rozpoznanie bywa także jedną z przyczyn częstego wykonywania myotomii. Często się zdarza, że chirurgowie otwierają jamę brzuszną tylko dzięki fałszywej dygnozie i dlatego byłoby wielce pożądanem zebranie statystyki tych myotomii, których dokonano dlatego, że znajdujący się w jamie brzusznej myomat był rozpoznany jako guz jajnika lub też jako inny. Lecz po największej części operator wstydzi się ogłaszać drukiem swe błędy; bezwzajemniej jest pochwalić się: „znalazłem to, czego oczekiwałem.“ Cóż ma jednakże robić operujący, jeżeli, otworzywszy jamę brzuszną, zamiast spodziewanego guza jajnika znajduje włókniak macicy? Naturalnie jamę zamknie, lecz włókniaka usunie, gdyż możliwa ewentualnie druga coeliotomia jest już znacznie cięższą i niebezpieczniejszą od pierwszej.

Jako wskazanie do usuwania mięśniaków macicy autor uważa nie często przytrafiającą się kacheksję, której jedynym punktem wyjścia w danym przypadku jest guz macicy. Bezwzajemniej zdarzają się takiego rodzaju przypadki, pomimo że rzadko kto o nich wspomina przy stawianiu wskazań do myotomii. Do rzędu tego należą przypadki, w których wskutek silnego powiększenia się myomatów macicy lub też znacznych krwotoków występuje uboczne działanie na serce, zmuszające nas do szybkiego usunięcia guza. Wiadomem jest, że prócz mnóstwa różnych innych niebezpieczeństw upadająca działalność serca sprzyja sformowaniu się zakrzepów, jak to nieraz po coeliotomiach spostrzegać się daje. Przy tworzeniu się zakrzepów działają również i inne momenty, prócz niedostatecznej działalności serca, a mianowicie szczególniejszy wpływ ma również i to, że przy guzach miedniczych naczynia kolosalnie są rozwinęte i rozszerzone. Ze jednakże niedostateczna działalność serca nie zawsze musi wpływać i usposabiać do formowania się zakrzepów, świadczy przypadek A. MARTIN'a [Posiedzenie Towarzystwa Ginekologicznego w dniu 22 maja 1896], w którym przy już rozwiniętych zakrzepach i zatorach dokonał coeliotomii i w którym pomimo dość dużego osłabienia serca zakrzepy po operacji się nie powtórzyły.

Dalszem wskazaniem do operacji są bóle, czasami dość duże, zależące od podrażnienia otrzewnej lub też od zrostów. Częściej są one jednakże skutkiem zbytnej ruchomości guzów, a mianowicie włókniaków dna macicy lub też podotrzewnowych, które, przesuując się tu i tam w jamie brzusznej, w ciężki sposób obrażają kiszki.

Następnymi wskazaniem do myotomii są: puchlina brzucha w wysokim stopniu, występująca często przy podotrzewnowych myomatach, zropienie i spoczenie guzów, objawy uwięźnięcia ze strony pęcherza moczowego i odbytnej. Mamy w tych przypadkach do czynienia przeważnie z guzami szyi macicznej lub też z myomatami na szypule, które zapadły do jamy DOUGLAS'a i tam się umocowały. Te ostatnie guzy, o ile niema zrostów, udaje się czasami odprowadzić i utrzymać następnie przy pomocy wianków; guzów szyi macicznej w żaden sposób odprowadzić nie można.

Przypomnieć sobie należy również i o wypadnięciu pochwy i macicy wskutek myomatów, o zapaleniach otrzewnej, o wtórnych cierpieniach jajników i jajowodów, spowodowanych nieprawidłowem krążeniem i zastojami. Zdarzają się przypadki z silnymi obrzękami dolnych kończyn i bólami wskutek ucisku na nerwy, zmuszające do operacji. Na szczególniejszą uwagę zasługuje powiększenie się myomatów *in climacterio*, gdyż nowotwory w tym okresie zdradzają wielką skłonność do zwyrodnienia złośliwego [6% przypadków według A. MARTIN'a], i dlatego też inaczej się kształtuje wskazanie do myotomii u starszych, aniżeli u młodych.

Najważniejszym jednakże wskazaniem do tej operacji pozostanie zawsze krwawienie. Lecz i w tych przypadkach nazbyt pośpiesznie działać nie należy, gdyż chore takie łatwo i długo znoszą utratę krwi; z drugiej

jednakże strony nie trzeba i nie wolno być zbyt powolnym, ponieważ można chore doprowadzić do najwyższego stopnia bezkrwistości, która prowadzi do wtórnych zmian w sercu lub też do śmierci wskutek krwawienia (*Verblutungs-tod*): może być wtenczas na operację za późno. Trzeba mieć z jednej strony pewne doświadczenie w wybieraniu odpowiedniej chwili do operacji, z drugiej znowu strony pewnego rodzaju władzę, by zapanować nad sobą i bez wyboru nie operować; w ostatnich bowiem czasach zbyt często usuwają każdy myomat. Pamiętać zawsze należy, że myomotomia jest operacją poważną.

Co do myomatów u ciężarnych, autor trzyma się tych samych poglądów. W razie zajścia w ciążę chorej myomatycznej, powinniśmy czekać, póki nie wystąpią zmagające do rękoczynu objawy. Myomaty szyjki, nawet dość duże, nie tworzą jeszcze absolutnego wskazania do operacji, gdyż podczas porodu udaje się je łatwo do dużej miednicy przesunąć, a dziecko może być prawidłowo lub też po uprzednim dokonaniu obrotu przez kanał porodowy przeprowadzone. Wszakże wskutek tak poważnych komplikacji może być wskazana operacja *in puerperio*, by uniknąć na przyszłość groźnego niebezpieczeństwa. Można się widzieć również zmuszonym do usunięcia myomatu macicy *post puerperium*, jeżeli takowy podczas porodu powodował groźne krwotoki. Co do sposobów operacyjnych, to autor jest za możliwie najczęstszym operowaniem przez pochwę ze względu na lepsze i pewniejsze rezultaty.

(*Monats. f. Gebrsthülfe und Gynäkologie. Bd. V, Heft 2*). G. Wawelberg.

54. Neumann. O stosunku cierpień skóry do całego ustroju i o wysypkach, występujących przy zatruciach.

Cierpienia skóry, które stoją w związku z zakażeniem całego ustroju, dają się podzielić na dwie grupy:

1) Tak zwane ostre zakaźne wysypki. Odra, szkarłatyna, ospa, tyfus plamisty, przy których zmiany skóry stanowią istotną część obrazu chorobowego.

2) Cierpienia skóry, które występują, jako objawy, współtowarzyszące chorobom zakaźnym, są przypadkowe, niestałe. Tu należą cierpienia skóry, towarzyszące „zakażeniom swoistym“, jak np. przy tyfusie, gruźlicy prosówkowej, błonicy—dalej, te, które bywają przy zakażeniu posocznico-ropicowem [sprawy ropne przyranne i poporodowej, dalej, wysypki przy chorobach, których swoiste czynniki są nieznanne bliżej, jak przy cierpieniach reumatoidalnych, przy sprawie pryszczkowej (*aphtöser Process*). Autor nazywa wysypki te wysypkami zakaźnymi wtórnymi. Wysypki syfili-tyczne zajmują miejsce zupełnie odrębne.

W ostrych zakaźnych wysypkach ich przebieg cykliczny, pewna łączność rozmaitych faz ich rozwoju z objawami ogólnymi, wreszcie rola, jaką gra skóra przy przenoszeniu zakażeń: wszystko to dowodzi, że wykwity wysypek ostrych pozostają pod bezpośrednim wpływem czynników zakaźnych i ich toksyn. Wysypki zakaźne wtórne, nie mające żadnego typowego charakteru, niestałe, w przebiegu swym nie wykazują żadnej łączności bezpośredniej z objawami zakażenia ogólnego. W przeciwstawieniu do pierwszych odgrywają one drugorzędną rolę przy przenoszeniu jadu, dalej podczas gdy czynniki zakaźne pierwszych dotychczas nie są jeszcze ustanowione, tu w większości przypadków są wiadome.

Teraz należy rozstrzygnąć pytanie, czy wysypki wtórne wywołane są przez miejscowe działanie czynników chorobotwórczych, *resp.* ich toksyn, czy też powstają wskutek zaburzeń naczynioruchowych i warunkowane są przez wpływy odruchowe układu nerwowego.

Pomimo klinicznej różnorodności wysypek wtórnych, daje się jednak zauważyć pewna ich łączność z pewnymi chorobami zakaźnymi. Tak przy

tyfusie brzuszny najczęściej widzimy różyczkę, rzadziej wykwit grudkowate lub krostowate, przy gruźlicy prosówkowej również różyczkę, przy dżyfteryey rumień podobny do wysypki płonicowej lub róży, rzadziej wylewy krwawe. Te ostatnie wraz z wykwitami krostowatymi spotykamy przy sprawach posocznicowych i ropnicowych; przy ropieniach zakaźnych często widzimy *erythema exsudativ. multiforme* i *erythem. nodosum*, przy zakażeniach pokrewnych reumatycznym (*Rheumatoidinfectionen*) również te ostatnie [lecz nierzadko i wykwit krwotoczny]. Ta „swoistość“ wykwitów w stosunku ich do danej choroby zakaźnej pozwala nam zauważyć pewną łączność pomiędzy nimi i odpowiedniami chorobami zakaźnymi.

Z drugiej strony, w czasach przedbakteryologicznych wysypki wtórne zawsze uważano jako objawy natury naczynioruchowej. Wobec jednak takich faktów, jak znajdowanie laseczników tyfusowych w wykwitach przy tyfusie, laseczników gruźlicy przy gruźlicy prosówkowej, łańcuszkowców przy wykwitach, towarzyszących posocznicy i t. d., możemy twierdzić, że wysypki zakaźne wtórne powstają nie drogą odruchów naczyniowych, lecz przez bezpośrednie miejscowe działanie albo czynników zakaźnych, albo trujących przetworów przemiany ich materji.

Oczywiście, jeżeli znajdziemy jakieś drobnoustroje ropne w wykwitach, żeby to nabrało jakiegoś znaczenia, musimy je znaleźć, o ile to możliwe, we krwi i narządach wewnętrznych. Dalej ważną jest rzeczą badanie drobnowidzowe wykwitów, dzięki któremu możemy się przekonać z rozmieszczenia drobnoustrojów, czy dostały się one z zewnątrz, czy też przez krwiobiegi, co się niektórym badaczom udawało. Dzięki temu też wiemy, że w niektórych przypadkach wykwit skórny powstają przez mechaniczne działanie, zatory, główny jednak nacisk położyć należy na działanie toksyn.

Fakt, że wykwit skórny powstać mogą wskutek podrażnień chemicznych, znajduje potwierdzenie w dwu grupach wysypek: po lekach i wskutek samozatrucia. Wiadomo, że przetwory jodu, bromu, szeregu aromatycznego [chinina i inne pochodne benzolu, jak: antypiryna, antyfebryna, fenacetyna], balsamy wywołują najrozmaitsze wysypki skórne, a niektóre z nich, jak np. jod, udało się wprost wykazać w odpowiednich wykwitach. Również i przy samozatruciach, które występują przy nienormalnych sprawach fermentacyjnych i gnilnych w zawartości żołądka, kiedy wytwarzają się trujące produkty rozpadu białka, możemy przypuścić, że wysypki powstają wskutek substancji chemiczno-trujących, drażniących skórę miejscowo. Dowodzi tego znikanie wysypek po usunięciu spraw fermentacyjnych. To samo stosuje się do wysypek, występujących po spożyciu pewnych pokarmów, jak: raków, poziomek, ostryg. Zaznaczyć tu jednak należy, że wysypki wskutek lekarstw i samozatrucia występują u osobników usposobionych [idyosynkrazya], co nasuwa przypuszczenie, że układ nerwowy musi tu grać pewną rolę. Z drugiej strony dotychczasowe badania pozwalają przypuszczać, że wysypki wtórne są miejscowym wyrazem działania drobnoustrojów, *resp.* ich toksyn.

W innem świetle przedstawi się nam patogeneza wysypek wtórnych z punktu widzenia leczenia surowicą (*serotherapie*). Wiadomo, że po wstrzykiwaniach surowicy występują wysypki, które zupełnie formą swoją odpowiadają wysypkom wtórnym, tak, że trudno powiedzieć, czy są one skutkiem wstrzykiwania surowicy, czy też skutkiem zakaźnego cierpienia, występują one jednak i u ludzi zupełnie zdrowych po wstrzykiwaniach np. ochronnych. Możemy jednak w obu razach przyjąć zupełnie jednakową przyczynę ich powstania.

Pozostają dwie grupy wysypek, trudne do omówienia, ponieważ swoiste ich czynniki są nieznanne, patogeneza ich może więc być postawiona jedynie drogą analogii. Są to wysypki przy cierpieniach reumatoidalnych i syfility-

czne. Do pierwszych zaliczamy cierpienia, przy których na pierwszy plan występują objawy ze strony stawów, jak reumatyzm stawowy, który wprawdzie rzadko przebiega z wysypką; przy innych za to mamy jako istotne objawy wykwyty, przeważnie wybroczynowej natury, jak np. *peliosis rheumatica*. Dalej, *erythema nodosum* i *er. exsudativum multiforme*, przebiegające często z objawami ze strony stawów i wsierdza, też mogą być do tej grupy zaliczone. Przyczyna tych cierpień jest ciemna, badania jednak pozwalają przypuszczać, że mamy tu do czynienia z zakażeniem ropnicowem, warunkowanem przez łańcuszkowce. To nam daje prawo przypuszczać, że i te wysypki, jako powstające przy chorobach zakaźnych, powstają pod wpływem drobnoustrojów lub ich toksyn.

Większe trudności pod tym względem przedstawia syfilis. W okresie przypadków wtórnych znajdujemy wysypki typowe, stałe, stanowiące istotną część obrazu chorobowego, o przebiegu do pewnego stopnia typowym. Te własności zbliżają je do wysypek zakaźnych ostrych, od których wysypki syfilityczne nie bardzo różnią się pod względem anatomicznym. Znajdujemy jednak różnicę pod względem: 1) klinicznym, gdyż przebieg ich nie jest tak gwałtowny, gdyż ciężkie objawy ogólne albo zupełnie nie istnieją, albo nie dochodzą do tak wielkich rozmiarów i 2) etyologicznym — gdyż zarazek [pasożyt] ostrych wysypek zakaźnych znajduje się prawdopodobnie w powietrzu, podczas gdy jad syfilisu jest bezwątpienia stałym, działającym przy bezpośrednim zetknięciu z obnażoną z nabłonka powierzchnią i t. p. Dalej istota zarażająca syfilisu jest mniej jadowitą, lecz za to bardziej uporczywą. Wobec tego, że każdy wykwit syfilityczny w pewnych warunkach (*laesio contin.*) może przenieść zakażenie, możemy przypuścić, że powstają te wykwyty pod bezpośrednim wpływem swoistych nieznanych dotychczas drobnoustrojów.

Wysypki skórne, występujące w późnym przebiegu syfilisu, w przeciwieństwie do wczesnych, są najczęściej ograniczone, nietypowe, nie panują nad całym obrazem chorobowym, mogą być całkowicie pozbawione swej zaraźliwości. Są one również wyrazem istniejącego jeszcze zakażenia, nie stanowiąc jednak całej jego istoty, co zbliża je do wysypek wtórnych, od których różnią się przecie klinicznie i anatomicznie. [Ciekawem jest, że wysypki nieswoiste, jak np. *erythema nodosum* i *eryth. exsudativum multiforme* występują przy syfilisie]. Widzimy więc, że wysypki syfilityczne wczesne stoją blisko wysypek zakaźnych ostrych, a późne—wtórnych.

Do cierpień tu omawianych należą także sprawy pryszczykowate (*aphthöse*). Autor widywał prawie wyłącznie owrzodzenia pryszczykowate u kobiet na błonie śluzowej części płciowych zewnętrznych i jamy ustnej, z towarzyszeniem wysypki na skórze. *Aphthae*, cierpienie dzieci i kobiet dorosłych, jest to podnabłonkowa ograniczona włóknikowo-wysiękowa sprawa, prowadząca do zgorzeli wyżej leżącego nabłonka i do tworzenia się małych utrat substancji, pokrytych sadowatym, mocno przylegającym nalotem. Etiologia tej sprawy jest ciemną, znajdowano koki ropne i inne, szczepienia jednak dały wyniki ujemne. Pomimo to zakaźne ich pochodzenie nie ulega żadnej wątpliwości. Przemawia za tem przedewszystkiem obraz kliniczny, częsta obecność gorączki i innych objawów ogólnych, bóle stawów i t. p. Godne uwagi i potwierdzające to przypuszczenie jest częste towarzyszenie temu cierpieniu u dzieci zapalenia nerek.

Z przytoczonych przez autora przypadków widzimy, że każdej nowej wysypce pryszczykowatej towarzyszyła gorączka, wysypki zaś skórne najczęściej mają postać *erythematis nodosi*, czasem *e. iridis* i *e. exsultati multiformis*, wreszcie ropnych pęcherzyków, ułożonych grupami. Umiejscowienie ich jest najrozmaitsze, barwa jasno-czerwona do niebieskawo-czerwonej, występują

silniej wraz z pryszczkami. Z punktu widzenia patogenetycznego odpowiadają one wysypkom wtórnym, ze względu na ich postać i przebieg kliniczny. (Arch. f. Dermat. u. Syph. XXXVI, B. 3 H. 1896.) W. Sterling.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie dnia 4. V. 1897.

1. HALPERN przedstawia chorego 44-letniego z wysypką skórną w postaci niewielkich plamek, głównie zaś pęcherzyków z mętną zawartością. Wysypka ta robi wogóle wrażenie *folliculitidis*, grupy jednak wykwitów, umiejscowione na twarzy i łopacie, przemawiają za *syphilis pustulosa*.

2. KRAJEWSKI wygłasza odczyt „O operacyjnym leczeniu wypadnięcia odbytnicy.“ Operacje, usuwające wypadnięcie odbytnicy, podzielić można na trzy grupy: 1) metody, mające za zadanie zwężenie kiszki i otworu stolcowego, 2) dążące do usunięcia wypadłej części kiszki i 3) dążące do umocowania kiszki prostej, czy to w części dolnej (*rectopectis*, *rectococcygopectis*), czy też górnej (*colopectis*). Do pierwszej grupy zaliczyć należy: a) operację KEHRER'a, polegającą na zeszcyciu zwieracza odbytnicy po uprzednim wypreparowaniu trójkąta z błony śluzowej odbytu; b) operację THIERSCH'a, polegającą na wprowadzeniu do błony podśluzowej całej części wypadającej *recti* szeregu pierścieni drucianych; c) operację ROBERTS'a, który wycina trójkąt z całej grubości kiszki razem ze zwieraczem. Wszystkie metody powyższe uważa KR. za nie zapobiegające nawrotom cierpienia [liczne przykłady z literatury].

Do drugiej grupy należy prawie wyłącznie używana obecnie operacja odjęcia wypadającej części kiszki, pomysłana przez SABATIER'a, a rozpowszechniona głównie dzięki pracom MIKULICZA. KR. wszystkie 4 swoje przypadki *prolapsus recti* operował metodą powyższą z zejściem pomyslnem, bez recydyw. Do techniki operacji KR. wprowadził dwie modyfikacje: dla zmniejszenia krwotoku po uspieniu chorego i ujęciu wypadłego odcinka kiszki po obu stronach kleszczami MUZEUX'go, wprowadza do kiszki drewniany cylinder o średnicy $2\frac{1}{2}$ cm., opatrzonej na końcu górnym nasadą oliwkową z głębokim rowkiem tuż pod nią; nasadę razem z rowkiem odsrubować można od cylindra. Gdy się rowek znajdzie w bliskości otworu stolcowego, KR. nakłada na kiszkę ligaturę elastyczną, która wchodzi w rowek wałka; odsrubowuje następnie cylinder od nasady i całą wypadłą część kiszki przecina podłużnie na przedniej ścianie aż do ligatury; następnie w obie strony od cięcia podłużnego odcina wypadłą część kiszki na 1 cm. poniżej ligatury, chwytając w kleszczyki brzegi rany. Po podwiązaniu większych widocznych naczyń, przez obie ściany kiszki przeciąga szereg podwójnych nitok w odstępach $\frac{1}{2}$ cm. jedna od drugiej, poczem związuje nitki na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni kikuta, tak, aby każda z 2-ch nitok, przeciągniętych przez jeden otwór, łączyła się z jedną z sąsiednich. Następnie zdejmuje ligaturę elastyczną, wprowadza do kiszki gruby dren, otoczony gazą jodoformową i razem z nim odprowadza kikut poza otwór stolcowy.

Zarzuty, czynione operacji powyższej, są następujące: 1) zwężenie otworu stolcowego [przypadki BOGDANIKI i prelegenta], którego według KR. uniknąć można przez gęste nakładanie szwów i elioidalne odcinanie kiszki; 2) recydywy [BOIFFIN i NÉLATON]; 3) pęknięcie blizny i wypadnięcie pętlicy kiszkowej z jamy brzusznej [NÉLATON]. Wobec 2-ch ostatnich zarzutów tam, gdzie zgorzel lub obszerne owrzodzenia wypadłej kiszki nie wymagają resekcji tejże, należałoby starać się o umocowanie kiszki wypadającej w pozycji, uniemożliwiającej wypadanie. Po przytoczeniu opisu całego szeregu podob-

nych operacji, Kr. zastanawia się dłużej nad najracjonalniejszą, według niego, operacją, polegającą na przyszyciu do przedniej ściany brzucha wydłużonej krezki odbytnicy (*colopectis*).

3. PEZEWOSKI przedstawia dwa okazy uchyłków tchawicy (*diverticula tracheae*). Jeden z tych okazów pochodzi od 22-letniego mężczyzny, zmarłego z powodu rozedmy płuc i następczych zaburzeń w krążeniu. Na błonie śluzowej dróg oddechowych znaleziono rozlane zapalenie kataralne. Tchawica i główne oskrzela były nieco rozszerzone, prawie całkowicie kosztem rozciągnięcia ściany tylnej, błoniastej, na której dać było podłużną prążkowatość. Na prawym brzegu tej ściany na wysokości 10-ej i 13-ej chrząstki znajdują się 2 uchyłki wielkości jaja gołębiego; otwory, prowadzące do nich z tchawicy, mają po 2 mm. w średnicy; na zgrubiałem dnie uchyłków widać po parę mniejszych zagłębień; jama wypełniona śluzem. W prawym oskrzelu głównym na granicy górnej i środkowej $\frac{1}{3}$ części znajduje się również uchyłek kolbowaty wielkości ziarnka grochu; prowadzi doń ze światła oskrzela otwór o średnicy, 1 mm. wynoszącej; dno jest gładkie, cienkie; zawartość śluzo-ropna.

Drugi okaz pochodzi od 72-letniego mężczyzny, który zmarł wskutek znacznej rozedmy płuc z zaburzeniami w krążeniu. W drogach oddechowych znaleziono rozlane, przewlekłe zapalenie kataralne, rozszerzenie tchawicy i oskrzeli, podłużną prążkowatość na błoniastej ścianie tchawicy i oskrzeli, a nadto w środkowej części tchawicy, z prawej strony jej ściany tylnej, tuż obok brzegów chrząstek cały szereg [5] uchyłków kolbowatych, wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego. Największe z nich leżały najwyżej [w okolicy 9-ej chrząstki]. Otwory uchyłków miały od 1 do 1 $\frac{1}{2}$ mm. w średnicy; dno wszystkich było cienkie, czerwono-niebieskawe; zawartość—płyn śluzo-ropny.

Etyologia uchyłków tchawicy nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Powtarzanem jest dotąd prawie powszechnie zdanie ROKITANSKY'ego, że uchyłki takie są rozszerzonymi gruczołami śluzowymi. Badania PRZEWOSKIEGO pozwalają mu przypuścić, że gruczoły nie biorą udziału w powstawaniu uchyłków, które są wynikiem miejscowego rozszerzenia ściany tchawicy. Są one zawsze nabyte, a usposabiają do nich przewlekłe zapalenia kataralne dróg oddechowych. Uchyłki z większym otworem wchodowym zależą od zaniku włókien sprężystych i mięsnych tylnej ściany tchawicy i głównych oskrzeli pod wpływem ciągłego kaszlu. Pomiaru u dzieci i dorosłych, którzy umierali szybko i bez widocznych zmian w drogach oddechowych, przekonały P., że tchawica i główne oskrzela mają postać rurek ściśle cylindrycznych. Natomiast u ludzi z przewlekłym katarem dróg oddechowych tchawica w części środkowej jest szersza. W razach takich tkanki tchawicy, głównie zaś włókna sprężyste podłużne ściany błoniastej rozsuwają się, a podczas kaszlu, kiedy ciśnienie w tchawicy wzmagą się, błona śluzowa wypukła się i daje początek uchyłkom. Od rozsunięcia się włókien sprężystych zależy podłużna prążkowatość błony śluzowej tylnej ściany tchawicy. Najwyraźniej rozsuwają się włókna te tuż przy prawym brzegu chrząstek i tam też przedewszystkiem wchodzi błona śluzowa, rozsuwając poprzeczne włókna mięsne [poprzeczna prążkowatość], wreszcie wyjść może jako uchyłek poza warstwę mięsną.

Ściana worka uchyłkowego składa się z tkanki łącznej, często nacieczonoj, niekiedy podobnej do ziarninowej i pozbawionej nabłonka. Często jednak jamę uchyłka wyściela nabłonek taki sam, jaki się znajduje w tchawicy. Rzadko wprawdzie, lecz napotykał tu Prz. i gruczoły śluzowe, identyczne z tchawicowymi. W szyjce uchyłków znajdował P. często nabłonek wielowarstwowy, płaski. Zewnętrzna warstwę uchyłków stanowi zwykle warstwa cienkich włókien sprężystych, poprzecznych, jaką według P. zawsze znaleźć można w ścianie tchawicy tuż pod nabłonkiem. Jednym słowem, ściana uchyłka posiada budowę taką samą, jak błona śluzowa tchawicy.

W dyskusji prof. Hoyer zaznacza, że u starców występuje zazwyczaj zanik włókien sprężystych, co sprzyjać by powinno tworzeniu się uchyłków u ludzi w podeszłym wieku. Przy przewlekłym nieżycie błony śluzowej tchawicy nabłonek rzęskowy przechodzi zwykle w płaski, jaki P. spotykał w otworach uchyłków; ten ostatni fakt dowodzi, że uchyłki powstają po przewlekłym nieżycie krtani. H. spostrzegł uchyłki i w krtani u osób starszych, a w jednym podobnym przypadku niewątpliwie miał do czynienia z rozszerzonym przewodem gruczołu. Być może, że uchyłki krtani są również rozszerzonymi przewodami gruczołów. Następnie zapytuje H., co jest pierwszą przyczyną rozsuwania się włókien sprężystych i mięsnych ścian krtani.

Według PRZEWOSKIEGO przyczyną taką jest rozlane rozszerzenie się tchawicy, spowodowane kaszlem.

ZIELIŃSKI Edw. występowanie uchyłków wyłącznie na prawej ścianie tchawicy objaśnia tem, że ściana ta podczas kaszlu doznaje większego ciśnienia, niż lewa. Zależy to od większej ruchliwości lewej połowy przepony, co znowu powoduje bardziej energiczne wypychanie powietrza z lewego płuca na prawą ścianę tchawicy.

4. PRZEWOSKI przedstawia preparat *chylangioma cysticum mesenterii*, pochodzący od 46-letniego mężczyzny, który umarł na raka żołądka i wątroby. Jest to worek wielkości jaja kurzego, leżący między blaszkami krezki o 2 cm. od brzegu kiszkiowej tejże, z zawartością gęstą, żółto-białawą, podobną do zgęszczonej śmietanki. Drobnowidz wykazuje w płynie tym kulki tłuszczowe i nieco komórek podobnych do leukocytów. Ściana worka cienka, mocna, na wewnętrznej powierzchni gładka, składa się z tkanki łącznej włóknistej, wyślanej od strony jamy gdzieniedzie komórkami, podobnymi do śródbłonkowych.

List otwarty do Redakcji Gazety Lekarskiej.

— 1 — 1 —

WIELMOŻNY PANIE REDAKTORZE!

Każde czasopismo ma swój układ programowy, który winien być obowiązkowo uwzględniany, jeśli szczegółową treść tego czasopisma stawi się pod pręgierz krytyki.

„Przegląd Lekarski“ posiada stałą rubrykę „Wiadomości bieżących“, w której zamieszcza z różnych źródeł czerpane informacje. A chociaż i za tę rubrykę redakcja pisma nie mniej jest odpowiedzialną, to jednak notatek bibliograficznych o nowych wydawnictwach, pomieszczanych wśród tych *nouvelles à la main*, niepodobna podnosić do znaczenia oceny naukowej, zwłaszcza, że istnienie w „Przegl. Lek.“ stałej rubryki „Oceny i sprawozdania“ jasno tłumaczy układ naszego pisma i wskazuje na miarę, jaką należy przykładać do uwag bibliograficznych, drukowanych w „Wiadomościach bieżących“.

Wszak każda redakcja dobrze wie, jaką drogą dochodzą jej rąk tego rodzaju bibliograficzne notatki. Gdy przed rokiem rozesłał D-r VESELY do wszystkich czasopism doniesienie o chemicznych i leczniczych własnościach gorzkiej wody Śaraticy, drukowaliśmy je wszyscy bez analizy, kontroli i klinicznych badań, gdyż wystarczyło to, że ogłoszenie nadesłał nam lekarz, a rzecz sama była godną poparcia; a gdyby następnie było pokazano się, że doniesienia D-ra VESELY'ego grzeszyły przesadą, niezawodnie nikt nie padłby na pomysł posądzania tej lub owej redakcji, że nie czuwa nad „honorami medycyny polskiej“, bo już sama rubryka, w której to ogłoszenie zostało wydrukowane, zwalnia redakcję od ścisłej naukowej kontroli, a tem samem i od zbyt wygórowanej odpowiedzialności.

Inne ma pod tym względem zapatrywanie D-r Groszlik, który w Nr. 22 „Gazety Lekarskiej“, poddając krytyce Andrologię D-ra Misiewiczza, właśnie z powodu notatki bibliograficznej o tem nowem piśmie, umieszczonej w N-rze 7 „Przeł. Lek.“, przypisał nam poniekąd macierzyństwo całego gmachu reklamy, która towarzyszyła przyjsciu na świat „Andrologii“. Przedmiotowość i bezstronność każą nam wyznać, że D-r Groszlik ma zupełną słusność w tem, że inkryminowana „wzmianka“, jak ją mieni, w istocie nie ziściła obietnic, że okazała się w samej rzeczy reklamą, a że nie dziś dopiero o tem dowiedzieliśmy się, świadczy umieszczona w N-rze 13 „Przeł. Lek.“ krytyka pióra D-ra Kryńskiego. Mogliśmy jednak żywić chociaż słaby cień nadziei, że D-r Groszlik, opisując dalsze losy tej „wzmianki“ i wykorzystanie jej przez kogoś w pismach „brukowych“, mógłby, bodaj jednym rysem zaznaczyć, że przecież nie posądza nas o to, ażebyśmy świadomie mogli mieć jakąkolwiek styczeńność z całą tą reklamową machinacją; a co więcej, mógłby, a nawet i powinien był, wobec swego oskarżenia, przytoczyć, że „wzmianka“ ta była wydrukowaną w rubryce „Wiadomości bieżących“, gdyż tem przemilczeniem zostawił otwarte pole przypuszczeniu, że tak „wzmianka“, jak i „hymny pochwalne“ mogły być oceną naukową, i tem samem rzucił fałszywe światło, a raczej cień na redakcyę „Przeł. Lek.“, wyrządzając jej niesprawiedliwość.

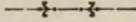
Przemilczenie to, gdyby było wynikiem woli i świadomości autora, pozbawiałoby nas przekonania, że działał on względem nas bezstronnie i przedmiotowo.

Kończąc to pobieżne wyjaśnienie, skłonni jednak jesteśmy przypuścić, że tu musiało mieć miejsce raczej przeoczenie, niż celowe przemilczenie, że i ten ton wyniosłości i pouczenia, użyte względem nas przez D-ra Groszlika, są w istocie wynikiem rzetelnej pieczy o „godność stanu lekarskiego i honor medycyny polskiej“, pieczy, której brak z tak lekkim sercem nam wytyka.

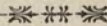
Redakcyja „Przeł. Lekarskiego“.



Wiadomości bieżące.



— № 23 „Przeł. Lekarskiego“ z r. b. poświęcony jest „Włodzimierzowi Brodowskiemu, przy zamknięciu działalności profesorskiej“. Na hołd ten złożyli się „Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo lekarzy galicyjskich wraz z redakcyą wspólnego ich organu“. Treść tego N-ru jest następująca: Prof. Browicz. „O różnorodności złożeń żółciowych śródkomórkowych w stanach chorobowych komórek wątrobowych pod względem barwy i stanu skupienia i o znaczeniu tej różnorodności. — Prof. O. Bujwid. „Kilka słów o dżumie i jej zarazku“. — D-r St. Cichanowski. „O pęknięciu jelit u noworodków“. — D-r L. Glück. „O trądzie większych żył skórnych“. — D-r Ks. Lewkowicz. „Pasorzyty zimnicze, ich stosunek do ciała i budowa ciała krwi czerwonego“. — Doc. D-r Jul. Nowak. „Przyczynę do nauki o zmianie skrobiowatej tkanin“. — D-r W. Sieradzki. „Przypadek urazowego pęknięcia dwunastnicy i żołądka“.



DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za II-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доводено Цензурою, Варшава 30 Мая 1897.

Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.