

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przypadek szczyrby w czaszce z wyczuwalnym tętnieniem mózgu i czynnościową duchowo-czuciową niemotą, powikłaną z głuchotą i ślepotą duszy, oraz z jękiem artykulacyjnym.

Podał

Dr. Stanisław Szuman (Monachium).

W rozprawce niniejszej nie zamierzam rozwodzić się szerzej nad piśmiennictwem, odnoszącem się do opisanego przypadku; głównym jej celem jest raczej wzbogacenie dość ubogiej w przypadki neurologiczne kazuistyki polskiej. Opisanie tego przypadku poprzedzam kilku uwagami historycznymi, zaczerpniętymi głównie z wiekopomnego dzieła Albrechta Hallera: *Elementa physiologiae corporis humani* i z pracy Mossoa: *O krążeniu krwi w mózgu ludzkim*. Już badaczom starożytności nie był obcy objaw tętnienia mózgu, dający się wyczuwać w ciemniaczkach noworodków, jak i u dorosłych, dostrzegalny w razach szczyrby w czaszce. Pliniusz w swej „Historji przyrody“, wspomina że mózg Zoroastra odznaczał się tak silnem po urodzeniu tętnieniem, że unosił położoną na głowie rękę¹⁾. Z innych badaczy starożytności znany był fenomen ten Galenusowi i Oribazyuszowi. Mosso i Daremberg uważają ostatniego, jako pilnego kompilatora, i twierdzą, że w uwagach jego o tętnieniu mózgu u człowieka i u zwierząt zawarte są zapatrywania starożytności, do tego przedmiotu odnoszące się. Oribazyusz podnosi, że mózg noworodków i dorosłych, ze szczyrbami w czaszce, ściąga się ustawicznie wśród wdychania; uczony ten rozróżnia już stopniowanie siły tętnienia mózgu w nastrojach psychicznych nawet u zwierząt, o czem świadczy miejsce następujące; „Po odsłonięciu czaszki u zwierząt zauważyć można, dopóki one milczą, tętnienie, zachowujące ten sam rytm, co skurcze tętnic i serca; zaś wśród ich krzyku unosi się i wzbiera mózg cały“. Badacz ten jednakże, jak Galenus i inni uczeni starożytności, hołdował błędnej teorii, opiewającej, że wśród wdychania wnika powietrze przez nozdrza i przez blaszkę sitowatą do mózgu i rozciąga go. (Por. Haller *ibid.* Tom IV. p. 174). Z badaczy późniejszych Vesaliusz mniemał, że tętnienie mózgu wywołują naczynia krwionośne miękkiej jego błony.

Innem, aż do czasów Schlichtinga rozpowszechnionem zapatrywaniem, było to, że tętnienie mózgu powoduje twarda jego opona. Przesąd ten nabral znaczenia tem większego, gdy Bagliwiusz i Pacchioni orzekli, że opona twarda jest mięśniem swego rodzaju, a Lancisi, Santorini, J. Sylva i inni powagą swoją ten błąd niejako utwierdzili. (Por. Haller *l. c.* Tom IV. p. 178 i Mosso

l. c. p. 4). — Dopiero Schlichting wykrył na podstawie licznych, na zwierzętach wykonanych, wiwisekcji, że półkule mózgowe poruszają się odpowiednio do rytmu oddychania; nie umiał atoli rozstrzygnąć, czy od powietrza czyli też od ruchu krwi zależy wzbieranie mózgu przy wydychaniu.

Wśród swych doświadczeń zauważył nadto Schlichting, że tętnienie mózgu ustaje podczas omdlenia i przerw oddechowych. — Najzupełniejszy przewrót w tej sprawie stanowi wspomniane już dzieło genialnego badacza szwajcarskiego Albrechta Hallera: *Elementa physiologiae corporis humani*. Haller twierdzi, że tętnienie mózgu odpowiada ruchom serca i wyjaśnia jednocześnie z właściwą mu głębokością i bystrością umysłu stosunek, zachodzący pomiędzy czynnością serca i fazami oddechania a tętnieniem mózgu. W innym dziele swem: *Mémoires sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal* (Tom I, p. 31—32 i p. 160) wyraża się on w sposób następujący, „Objaw, spostrzegany przez Schlichtinga: tętnienie rytmiczne, nie jest właściwy jedynie mózgowi. Zależy on od łatwości, z jaką krew wśród wdychu wnika z komórki prawej do płuc, oraz od ułatwionego wypróżniania się z tej samej przyczyny żył wielkich do wspomnianej komórki. Przeciwnie wśród wydechu ugniecione płuca nie mogą krwi wsysać, a wielkie żyły się wypróżnić. Ten stan prowadzi do przepełnienia krwią naczyń, przenoszącego się aż na mózg, który się również krwią przepełnia, nie mogąc się jej pozbyć drogą żył szyjnych. Podobne myśli i zapatrywania wypowiada Haller i w innych miejscach. W jednym ustępie *Elementa physiologiae* (Tom II, pag. 332—333) powiada: „Ergo si vivo animali non nimis debilitato cranium aperueris aut trepano aut unco duramque membranam detexeris et digito a cranio depresseris, videbis ad singulas inspirationes subsidere cerebrum aut solum aut cum suis involucris et cerebellum seque a cranio remove et deorsum quasi resorbium recipere. Vicissim in respiratione idem cerebrum surgere, cranio se admove, digitum inpositum repellere“. (Por. nadto *ibid.* Tom IV. p. 171—181).

Z innych autorów XVIII wieku, którzy zajmowali się tą sprawą, zasługują na krótką wzmiankę: Lamure, Lorry, Richeraud i Senac. Ważnemi są dalej badania doświadczalne, dążące do wyjaśnienia i stwierdzenia, bądźto przyrody i przyczyny tętnienia mózgu, bądź też przedstawienia graficznego tego objawu; na tem polu pracowali badacze XIX wieku: Ravina, Bichat, Burdach, Burow, Kussmaul, Tenner, Th. Ackermann, Richet, Key, Retzius, Cappie, Donders, Berlin, Bruns, Leyden, Giacomini, Salathé, Franek, Albertolli, Mosso i inni. Praca moja przekroczyłaby o wiele zakres jej granice, gdybym się nad studjami wymienionych i innych

badaczy chciał rozwodzić szerzej. Interesujących się tą sprawą odsyłam do dzieł Hallera i Mossoa.

Przechodzę obecnie do I-go spostrzeżenia własnego:

32-letniemu pacjentowi, polierowi, nie obciążonemu dziedzicznie, który do tej pory zdrow był najzupełniej, spadła przy budowie kościoła deska krawędzią na głowę z wysokości 9 m. Skutkiem tego urazu utracił, jak podaje samowiedzę i znajdował się w stanie bezprzytomnym mniej więcej przez minut 10; przez dwie noce następne bredził, a nadto omiał. Wiedział, jak podaje, jakimi słowami oznaczają się pojęcia, które wypowiedzieć pragnął, ale nie mógł ich zupełnie wyrazić odpowiednio, albo dokonywał tego z wielką tylko trudnością, powtarzając kilkakrotnie te same zgłoski, zwłaszcza początkowe. Dalej skarżył się na szum w uszach, zawroty, uczucie gorąca w głowie, oraz na ból w głowie to kłójący, to palący, który rozpromieniał się z okolicy rany, znajdujące się w kącie kości klinowej lewej, ku stronie lewej czoła i tej samej stronie twarzy. Ból ten zwiększał się przy schyłaniu się, nagłych ruchach, wśród rozdrażnień psychicznych i wrzuseń, oraz wśród nagłych zmian ciśnienia powietrza. Czasami ból ten ustępował miejsca zbroczeniom uczucia, do których zaliczyć należy mrowienie, trętwienie itp. Przy chodzeniu po terenie nierównym, wbieganiu na schody lub podskokach odczuwa pacjent wrażenie falowania w okolicy rany, z którym się łączy uczucie silnego gorąca w głowie, ból kłójący w okolicy rany, zaćmienie wzroku, a czasami ogólne osłabienie, przechodzące w omdlenie. Z dolegliwościami temi kojarzy się bezsenność, wzmożona drażliwość i wrażliwość, znużenie, to znowu zobojętnienie, przygnębienie i chwilowe pomięszanie.

Stan obecny i wynik badania: Chory dość silnej budowy, mięśnie i podściółka tłuszczowa miernie rozwinięte. W kącie lewej kości klinowej znajduje się szczyrba z zakłęśniętą skórą wielkości talara; skóra słabo porośla włosami, w dotyku sprawia wrażenie niezarośniętego ciemiączka. Najgłębsze miejsce zakłęśnienia mierzy mniej więcej 3 mm. — Obie źrenice dość znacznie rozszerzone; po obu stronach pionowe drganie powiek górnych i dolnych, po stronie lewej silniej rozwinięte. — »Znak Rosenbacha« słabo zaznaczony, »objaw Romberga« wyraźny; dalej spostrzega się drganie wysuniętego języka, zbroczenie języczka ku stronie lewej; zwiększona wrażliwość na ucisk lewego nerwu nad- i podoczodołowego, oraz kręgów szyjnych i trzech górnych piersiowych, przeczulica po lewej stronie głowy, twarzy, lewego ramienia i łydki lewej (badanie szpilką, pędzelkiem i prądem elektrycznym). Przy uciskaniu kręgów szyjnych i piersiowych doznaje chory, prócz uciskowego w nich bólu, jednocześnie podobnego wrażenia w okolicy rany. Wzmoczenie odruchów kolanowych i brzusznych. Czynność serca trochę osłabiona, nierówna. Uderzenie serca i koniuszka sercowego jedynie dostrzegalne przy zajęciu strony lewej w 5-tem międzyżebżu linii sutkowej. Tony serca czyste, ale tępe, dość słabe i nierówne. Częstość tętna sprychowego waha się odpowiednio do stanu psychofizycznego (spokoju lub rozdrażnienia) pomiędzy 64 a 112 uderzeniami na minutę. Napięcie i szerokość tętnicy sprychowej nierówne i dość słabe. Mocz białka ani cukru nie zawiera. Ciężar jego gatunkowy wynosi 1028.

Umysłowość. Objaw dostrzegalnego tętnienia mózgu. Uwagę uderza wrażliwość i nużliwość umysłowa: chory czuje się znużonym po rozwiązaniu zaledwie kilku zadań arytmetycznych z zakresu prostej tabliczki mnożenia. Prócz znużenia, wyrażającego się podmiotowo uczuciem wyczerpania, a przedmiotowo rozluźnieniem rysów twarzy i utratą blasku w oczach, spostrzega się stale wyraz zdziwienia charakteryzujący się zwiększonym rozwarciem szpary ocznej, podniesieniem brwi i rozszerzeniem źrenic. Rozstrzelanie uwagi: chory nie jest w stanie skupić myśli nad jednym i tym samym przedmiotem i dłużej nad nim zastanowić się. Jak twierdzi, jedna myśl goni drugą; stany rozdrażnienia i pomięszania łączą się z niemotą.

Wśród rozdrażnienia psychicznego i łączącego się z niemotą niepokojem lub wśród silniejszych wrzuseń, n. p. gniewu, oburzenia, albo wśród takich operacji umysłowych, jak zastanawianie się, namyślanie nad czymś, n. p. podczas mnożenia, dodawania i t. p. wyczuć się daje palcem pod wyżej wymienioną wkłęsłość, zajmującą kąt kości klinowej lewej, mniej więcej wspólnie z uderzeniami tętnicy sprychowej, tętnienie mózgu, pokrytego tu jedynie oponami i skórą. Tętnienie to, które unosiło i obniżało palec naciskający, odnośnie do swego nasilenia i rytmu było najwybitniejsze przy ucisku na czule kręgi, podra-

żnieniu, wśród którego chory doznawał, jak już wspomniałem o tem wyżej, silnego bólu w miejscu rany, a zarazem uczucia lęku, przechodzącego w stan i nastrój przerażenia.

Analiza: O objawach, spostrzeganych w opisanym przypadku, wypada mi jeszcze powiedzieć słów kilka.

Uczucie „uderzenia mózgu“ w miejscu rany, którego doznawał chory, mianowicie przy chodzeniu po terenie nierównym, polegać mogło, zdaniem mojem, na wstrząśnieniu, jakiego mózg wśród czynności tej doznawał. Stosując się do znanego prawa fizycznego: „horror vacui“, zapełniał on próżnię lub miejsce zmniejszonego ciśnienia, wywołane szczyrbą kości klinowej. Objaw ten w przypadku moim przedstawiał analogię zupełną do objawu wzbierania mózgu w trzecim przypadku Mossoa. Pacjent jego, Bertino, odczuwał to wzbieranie wśród podobnych, jak mój chory, okoliczności, — t. j. wśród nateżeń fizycznych i schyłania się. (Por. Mosso, *l. c.* str. 38). — Ból zaś, którego doznawał pacjent mój w miejscu rany przy ucisku na kręgi szyjne lub górne piersiowe, mógł być wywołany, jak przypuszczam, uderzaniem czulej, jak wiadomo, opony twardej o brzegi szczyrby w kości. Według Mossoa, którego kilkakrotnie już wymienione, a na doświadczeniach oparte dzieło ma podstawowe prawdziwie znaczenie, zwiększone tętnienie mózgu należy tłómaczyć psychicznie wrzusem i operacyami umysłowymi, wywołanymi biernem zwiększaniem się objętości mózgu. Przyczynę zaś fizyologiczną tego zwiększania się stanowi według tego badacza (por. *ibid.* str. 68—69 i 105) rozszerzenie tętnic mózgowych i zwiększony dopływ krwi naczyniami od kończyn do mózgu; kończyny w tych okolicznościach i warunkach wykazują niedokrewność tętniczą. — Ten sposób objaśnienia tej sprawy zdaje mi się odpowiadać najlepiej obecnemu stanowi nauki, odnoszącemu się do tego zagadnienia. Tętnienie mózgu okazywało w doświadczalnych badaniach Mossoa nasilenie, jakoteż zmiany w rytmie i kształcie fal krzywej, którą na warku zaznaczał przyrząd piszący — (rodzaj kardyografu) — przy najlżejszem dotknięciu ciała. lekkim własnym jego ruchem, wejściu jakiejś osoby, zagadnięciu, zmianach światła, szelestach, dźwiękach, jednym słowem przy jakimkolwiek bądź, odczuciem przez zmysły, czy to we śnie, czy na jawie, podrażnieniu. Największe wzniesienia krzywej okazywał przyrząd Mossoa podczas silnych wrzuseń i operacji umysłowych. Wśród podnieceń umysłowych i nastrojów wzniesienia przewyższały prawidłową miarę niekiedy 6—7 krotnie. (Por. Mosso: „Die Furcht“ przekład niemiecki W. Fingera 1898, str. 73). Dalsze doświadczenia, odnoszące się do tego przedmiotu, robił ten sam uczony w pracowni Ludwiga za pomocą nad wyraz czulej wagi. Szala z leżącą na niej osobą chyliła się za każdym razem wśród działania wyżej wspomnianych podrażnień fizyologicznych i bodźców psychicznych ku stronie głowy, świadcząc tym swoim ruchem, że pod wpływem ich zwiększony jest napływ krwi do mózgu.

Zaburzenia mowy, opisane szczegółowo w moim przypadku, dają się, zdaniem mojem, ująć tylko względnie w pewne typy i kategorie. Nieprzezwyteżone dotąd trudności i zapory stawiają tu naprzód niemożność dokładnego i ścisłego anatomicznego i fizyologicznego oznaczenia w mózgu ośrodków przejmowania (percepcji), gdzie dźwięki mowy i symbole jej graficzne przemieniają się niejako na odnośne wrażenia, nadto niepodobieństwo znalezienia szlaków i prze-

wodów, którymi wrażenia te przenoszą się do przypuszczalnych ośrodków, gdzie budzą one odpowiednie pojęcia, niejako swe korelaty psychiczne. Nie mniej obcami są nam umiejscowienia ośrodków kojarzennych, gdzie pojęcia wymienione przechodzą, jak przypuszczamy, na nerwy ruchowe, by za pomocą więcej już znanych narządów głosowych, artykulacyjnych, oddechowych i kończynowych połączyć się bądźto z akustycznymi, bądź też z graficznymi symbolami mowy. Jeżeli zważymy wreszcie, że istota czynników psychicznych: uczuć, nastrojów, pojęć myśli, samowiedzy, aktów woli i t. d., kojarzących się z czynnością mowy, pokryta jest najgrubszą tajemnicą, to ogrom piętujących się tu trudności wyraźniej i jaśniej jeszcze zarysuje się nam przed oczyma. To też badacze tej miary, co Falret, Bateman, Finkelnburg, Sommer, Samt i inni przyznają bez ogródki, że wszelkie podziały i ugrupowania zбочzeń i zaburzeń mowy są sztuczne i z jednej strony niedosć szerokie, z drugiej nie dosć ścisłe i dokładne, by ogarnąć cały zbiór odcieni i odmian. Niektórzy jednakże z wymienionych autorów, a prócz nich Trouseau, James, Russel, Jaccoud, Ogle, Benedict, Bernheim, Pitres, Kussmaul, Arndt, Hammond, Biermer, Wernicke i inni, powodowani może myślą i rozważą, że kategorie, oznaczające choćby tylko główne rysy w mowie będących zaburzeń, łatwiej pozwalają się orientować w ich chaosie i mają przez to pewną teoretyczną i pogładową wartość, usiłowali mimo wspomnianych trudności ująć je w pewne typy i oznaczyć terminami. — Jeżeli, uznając słuszność takiego rozumowania, pójdziemy za ich przykładem, to zaburzenie mowy w przypadku naszym, o ile objawiało się ono u chorego niemożnością przypomnienia sobie słów, jako utworów duchowo-czuciowych (*psycho-sensorische Gebilde*) i niepodobieństwem skojarzenia słów ze świadomymi pojęciami, możemy oznaczyć terminem niemoty duchowo-czuciowej (*amnestische Aphasie*). Niemota ta zaś przechodziła w chwilach znacznieszego znużenia, oraz silniejszych rozdrażnień i wzruszeń, w głuchotę i częściową ślepotę duchową: (*Seelentaubheit Kussmaula, Seelenblindheit Munka*), tj. w niemożność zrozumienia znaczenia słów, oraz ich symbolów graficznych. Słowa słyszane, lub symbole ich widziane, nie dochodziły w tych stanach i nastrojach, jak przypuszczać można, szlakami apercpeyjnymi do ośrodków pojęć i do przesłanki samowiedzy¹⁾. Dźwięki

¹⁾ Czynność kory mózgowej, uważanej przez fizjologów za przesłankę samowiedzy nadkresowej, zdaje się okazywać pewne równoległe własności, z czynnością siatkówki oka. Jak w siatkówce podrażnienia świetne, wywołując ustawicznie zmiany jej czerwieni i innych bezbarwnych materij ocznych, odtwarzają tam kolejno wśród zmieniającego się co chwila, nad wyraz subtelnego stopniowania oświetlenia coraz to nowe przedmioty świata zewnętrznego, z całym bogactwem ich linii, płaszczyzn, kształtów, barw, tonów, odmian i odcieni, tak odzwierciedlają się, zapomocą nieznanych nam podrażnień fizjologiczno-psychicznych skojarzone w uczucia, nastroje, pojęcia, myśli i t. d. pierwiastki psychiczne w przesłance samowiedzy, okazując nieprzebraną ilość przejęć płynących i nieprzejrzaną obfitość ilościowych stopniowań i cech jakościowych. Tu i tam jest jeden tylko przedmiot w chwili danej najsilniej oświetlony i występuje przeto najjaśniej, najwyraźniej, w najbardziej nasyconych i najcieplejszych barwach i tonach, podczas gdy inne przedmioty, — poniekąd, jako tło najrozmaitszych odcieni, — na dalsze ustępują pola i plany i nie odznaczają się z tych powodów ani tak korzystnym oświetleniem, ani tak silną i żywą barwnością. Ale odnośnie do nieskończonej zakłanej organizacyi będącej w mowie istoty mózgowej, mieszczącej w sobie

słów przebrzmiewały niejako bez psychicznego echa nie budząc pojęć, do nich przynależnych, nie przemieniając się, nie organizując i nie krystalizując się w takowe. Natomiast w stanie równowagi i spokoju umysłowego przynależne pojęcia wracały do wymienionych symbolów mowy akustycznych i graficznych i ukazywały się bądźto częściowo, bądźto całkowicie, w strumieniu nadkresowej samowiedzy, wynurzając się niejako z podkresowych głębin umysłowości.

Ponieważ przejmowanie innych wrażeń, n. p. wrażeń przedmiotów rzeczywistych (konkretnych), tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym (ich rozmiarów, kształtów, barw, wzajemnego stosunku do siebie, ich znaczenia i przeznaczenia) było zachowane, a nadto inteligencya chorego z wyjątkiem trochę zwolnionego kojarzenia i kombinacyi żadnych nie przedstawiała zбочzeń i zaburzeń, skłonny jestem zaliczyć niemotę, objawiającą się w moim przypadku, do rodzaju niemot czynnościowych. (Por. Oltuszewski: Czwartym przyczynkiem do nauki o zбочzeniach mowy. Str. 3, Warszawa, 1896).

Z opisanymi zaburzeniami mowy łączyło się u mojego chorego jąkanie artykulacyjne¹⁾, znaczące się tem, że pacjent, dotknięty wśród wymawiania słów kurezami języka i warg, powtarzał kilkakrotnie, zwłaszcza wybuchowemi spółgłoskami rozpoczynające się zgłoski, mianowicie (b, p, d, t), zanim słowo właściwe wypowiedzieć zdołał. Wśród rozdrażnień i wzruszeń występowały silniej tak wymienione kurecze, jak i jąkanie, natomiast gdy podczas równowagi psychicznej kurecze te się zmniejszały co do siły i szerokości, artykulacya stawała się łatwiejszą, a jąkanie ustępowało po części. Drgań powiek górnych i dolnych, oraz mięśni, opatrzonych przez górne gałęzie nerwu twarzowego, nie zaliczam do spółruchów czystych, spostrzeganych niejednokrotnie przy jąkanii (Gutzmann i inni). Drganiami tym podlegała bowiem ustawicznie twarz chorego. Wśród jąkania i wikłających się z niem rozdrażnień i wzruszeń występowały one tylko silniej, wyraźniej i szerzej.

Żałować mi wypada niewymownie, iż z powodu, że pacjent był przyjezdny i że nie posiadałem odpowiednich przyrządów pod ręką, nie mogłem badać doświadczalnie opisanego w pierwszej części tej pracy tętna mózgu, t. j. jego

miliony komórek i zawierające nieprzeliczone mnóstwo szlaków, przebiegających i krzyżujących się w rozmaitych kierunkach i płaszczyznach, muszą wyniki czynności jej, nieznaney nam przyrody psychicznej, okazywać cechy daleko liczniejsze i rozmaitsze i odznaczać się charakterem daleko subtelniejszym i doskonalszym; — tak, jak n. p. która ze sonat Chopina lub Beethovena przedstawia nieskończone większe bogactwo ujętych w harmonię dźwięków, niż prosta melodya piosenki ludowej. Przenosząc równoległość tę w dziedzinę patologiczną, możemy uważać głuchotę i ślepotę duchową Kussmaula i innych autorów poniekąd jako uszczerbki nadkresowej samowiedzy, wywołane brakiem odczynu jej przesłanki, podobnie jak tłómaczymy sobie analogicznie szczyrby barw i światła w optyczno-fizjologicznych polach widzenia niefunkcyonowaniem odnośnych miejsc siatkówki.

¹⁾ Według Sikorskiego jąkanie to polega na nagłym zaburzeniu ciągłości artykulacyi, a wywołują je kurecze, zajmujące część przyrządu głosowego, stanowiącą całość fizjologiczną. Sikorski umiejscawia jąkanie w ruchowej części ośrodków mowy. (Por. »Neurolog. Centralbl.«. Jahrg. XII. 1893 str. 871—872 sprawozd. Lewalda. Kussmaul, Du Soit, Rosenthal, Benedict i inni uważają je jako nerwicę kojarzenną. (Coordinationsneurose).

wahań i nasilen, zmian kształtu i rytmu, jego krzywej, jako też towarzyszących mu objawów innych, wśród rozmaitych warunków fizycznych i nastrojów fizyologiczno-psychicznych. Pocięszam się jednakże myślą i nadzieją, że może który z badaczy polskich, pracujący wśród korzystniejszych warunków, wzbogaci piśmiennictwo nasze badaniami doświadczalnemi na tem polu i wypełni tem samem lukę i braki, które autor sam najgłębiej i najdotkliwiej odczuwa w swej pracy.

Koledze Drobnikowi, który do mnie skierował swego czasu chorego, serdeczne na tem miejscu składam za to podziękowanie.

Piśmiennictwo. 1) A. Haller: Elementa physiologiae corporis humani. Tom II, p. 332—333. Tom IV, p. 171—181. Lausannae 1762. — 2) A. Haller: Mémoires sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal, Tome I, p. 31—32 et 158—192. Tome II, p. 198—199 et 392. Tome III, p. 141 et 152. Tome IV, p. 15. Lausanne 1756. — 3) Mosso: Über d. Kreislauf d. Blutes im Gehirn des Menschen S. 2, 4, 38, 68—69 u. 105. — 4) Mosso: Die Furcht, przekład niemiecki Fingera, str. 173. 1889. — 5) Kussmaul: Die Störungen der Sprache, Versuch einer Pathologie d. Sprache. Leipzig 1877. S. 174—182 u. 223—240. — 6) Spamer: Über Aphasie und Asymbolie nebst Versuch einer Theorie der Sprachbildung. Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten B. VI 1875/76, S. 496—542. — 7) Ołtuszewski: Czwarty przyczynek o zбочeniach mowy. Str. 3. Warszawa 1896. — 8) Sikorski: Stottern. Neurolog. Centralbl. XII Jahrg. 1893. S. 871—872. sprawozd. Lewalda. — 9) R. Arndt: Aphasie: Artikel in Eulenburgs Realencycl. d. ges. Heilkunde II Aufl. I Bd. S. 590—608. — 10) R. Arndt: Stottern, *Ibid.* Bd. XIX, S. 172—178. — 11) H. Schmidt: Ein Fall von traumat. aphatischem Stottern. Encyclop. Jahrbücher v. Eulenburg I Bd. 1891. S. 617. — 12) H. Gutzmann: Stottern. *Ibidem* Bd. IV. S. 529—537. 13) H. Gutzmann: Sprachstörungen. *Ibid.* Bd. VII. 1897. S. 535—560. 14) Strümpell: Lehrb. d. spec. Pathol. und Therapie II Bd. I Theil, S. 373—381. Aphasie u. verwandte Zustände. — 15) Hirt L. Therapie d. Nervenkrankheiten 1890. Sprachstörungen. S. 143—149. — 16) Moeli: Der gegenwärtige Stand der Aphasiefrage. Jahressitzung d. Vereins deutscher Irrenärzte. München. med. Wochenschrift 1892. S. 156. Refer. v. A. Cramer. — 17) Sommer: *Ibid.* 1892, S. 156. Localisationstheorien der Aphasie. — 18) Gutzmann: *Ibid.* 1894. S. 114—115. Über Heilungsversuche bei centromotorischer und centrosensorischer Aphasie (Verein f. innere Medic. in Berlin. Refer. v. L. Friedländer (Discussion). 19) Bernheim: *Ibid.* 1894, S. 962—963. Aphasie (Französisch. Congress für innere Medicin zu Lyon 1894. Vortrag u. Discussion. — 20) Wł. Ołtuszewski: O zбочeniach mowy przy niedorozwoju psychicznym. Przegląd lekarski 1901, Nr. 4 i 5.

II. Z kliniki okulistycznej Prof. Dr. Macheka Uniwersytetu lwowskiego.

Siderosis bulbi.

Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, połączone z badaniem preparatów zapomocą odczynników mikrochemicznych na żelazo.

Podał

Dr. Adam Bednarski

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przypadek III.

Franciszek K., lat 20, ślusarz ze Stryja, zgłosił się do kliniki d. 22 marca 1900 (Nr. 174 m. 1900).

Wywiady. Przed dwoma laty wpadł mu brok w oko lewe. Był leczony w szpitalu, który opuścił nie widząc już na to oko. Żelaza nie wyjmowano, chory twierdził, że po uderzeniu w oko odskoczyło i nie ma go w oku. Przed kilku dniami uderzył się w oko lewe.

Stan obecny: Lo V = 0. Światłowstręt i łzawienie. Gałka na dotyk mocno bolesna tak, że ucisku środocznego zbadać nawet nie można. Nastrykanie spojówkowe i rzęskowe — mierne. Na rogówce blizna, leżąca w południku poziomym, ciągnąca się od obrąbka wewnętrznego ku środkowi rogówki, długości 6 mm. Spojówka przy obrąbku koło

blizny rogówkowej pozaciągana. Cała przednia komora wypełniona ciemnym skrzepem krwi.

Badanie sideroskopem Asmusa daje w dolno-wewnętrznym kwadrancie wychylenie maksymalne, najwybitniejsze w południku poziomym przy obrąbku, gdzie słyhać. jak igła uderza o rurkę szklaną. W dolno zewnętrznym kwadrancie i w górnej połowie gałki również gołem okiem widzimy wychylenia igielki, tylko słabsze.

Rozpoznanie: *Cicatrix corneae, iridocyclitis dolorosa, hyphaema, corpus ferrum in bulbo, amaurosis oc. sinistr.*

23 marca 1900. *Emucleatio bulbi sinistr.*

Badanie anatomiczne. Formalina 10% 24 godz. Alkohol. Kształt gałki dobrze utrzymany, gałka nieco zmniejszona. Przekrój pionowy na przednią i tylną połowę. — Na przekroju tylnej połowy widzimy w twardówce dwie plamy, jedna krągła wielkości ziarenka maku, druga języczkowata, 2 mm. długa, 1/2 mm. szeroka, barwy ciemno-wisniowej. Naczyniówka wszędzie dobrze przylega do twardówki. Siatkówka w całości oderwana tworzy w środku przekroju zbitą plamę o 3 mm. średnicy, szaroróżową. Dookoła jej naciek zbity, w środku ciemno-wisniowy, bokami jaśniejszy, szarowisniowy, z licznymi plamami czerwonymi (wynaczynionkami). Naciek ten c. szkl. odstaje od twardówki na 3—4 mm., zresztą wypełnia całą gałkę zamiast c. szkl. Na powierzchni przedniej połowy obraz podobny. Cięcia pionowe przez połowę przednią na odcinek zewnętrzny i wewnętrzny. Na przekroju zewnętrznego odcinka widzimy: rogówka prawidłowa; cała przednia komora wypełniona czerwonym skrzepem krwi zbitym, który wypycha tęczęwkę ku tyłowi i wypełnia źrenicę. Ciało rzęskowe zgrubiałe. Soczewki nie widać. Tuż po za tęczęwką stożek szary, lity, oderwanej siatkówki, otoczony naciekiem szarowisniowym, wypełniającym całe ciało szklane. Powierzchnia wewnętrznego odcinka przedstawia się podobnie. Aby natrafić na ciało obce, zrobiono jeszcze dwa cięcia w dolno-zewnętrznym kwadrancie i znaleziono w stożku oderwanej siatkówki kawałek żelaza, leżący tuż po za tęczęwką, silnie wklonowany w swem łożysku, mierzący 2×3×0.75 mm., wagi 0.02 gm. Łożysko ciała obcego w okolicy ciała rzęskowego bardzo twarde, zwapniałe.

Badanie drobnowidowe: Skrawki z celuloidyny, barwione hematoksyliną. Przekrój pionowy. Rogówka nie przedstawia zmian, obok paru cienkich naczyń w głębi miąższu rogówkowego, usadowionych niedaleko obrąbka. Przednia komórka głęboka, prawie w całości wypełniona już to ciałkami, już to skrzepem krwi. W częściach, leżących bliżej tęczęwki, w skrzep ten wchodzi wypustki tkanki ziarninowej, która pokrywa dość grubą warstwą przednią powierzchnię zgrubiałej zapalnej tęczęwki, jakoteż wypełnia i źrenicę. W tkance tej ziarninowej znajdujemy obok komórek barwikowych jasno-brunatnych, komórki zawierające gruboziarnisty barwik czarnobrunatny, lub kulki i grudki nieregularne barwika czarno-brunatnego, obok tego tu i owdzie drobne, luźnie leżące ziarenka brunatnego barwika. W tęczęwce również grudki i ziarenka barwika w komórkach okrągłych, obok tego nieliczne wynaczynienia. W ciele rzęskowym znaczne zwyrodnienie mięśni i barwik brunatny w komórkach. Wyrostki rzęskowe powyciągane. Brzeg źrenicy wciągnięty ku tyłowi i przyrośnięty do stożka oderwanej siatkówki, tkanką granulacyjną przerosłej. W stożku tym znajdujemy również torebkę soczewkową z przybłonkiem. Soczewka wessana (zresorbowana). Na siatkówce, pozwijanej w kłębek, można rozróżnić warstwę ziarnistą, komórki bar-

wikowe siatkówki i dość liczne grudki barwika brunatnego. Siatkówka oderwana w całości od naczyńki, tworzy po za tęczęwą stożek, a w dalszym ciągu przechodzi w wąski pas, zwężający się aż do nerwu wzrokowego. Tarczy różnić w nim nie można; dwa grubsze naczynia w środku; warstw zresztą żadnych w pasie tym rozróżnić nie można z powodu silnego rozrostu tkanki ziarninowej zbitej. Na pasie tym znajdujemy komórki barwikowe siatkówki luźne i obok tego grudki barwika brunatnego. Bardzo charakterystycznie zachowuje się przybłonek barwikowy siatkówki. Na całej powierzchni, tak na przekrojach południkowych, jakoteż i równikowych, począwszy od ciała rzęskowego aż do nerwu wzrokowego, tworzy on wyniosłości grzybowate, kopułowate, robiące wrażenie, jakby wskutek przerostu komórek barwikowych i zwiększenia się ztąd powierzchni owe wypuklenia powstawały, w niektórych zaś miejscach mamy zgrubienia kilkowarstwowe przybłonka barwikowego siatkówki, tworzące płaskie wyniosłości. Obok tego znajdujemy luźne komórki barwikowe siatkówki, jakby wyemigrowane do wnętrza gałki i drugie komórki tej samej wielkości i kształtów, nie zawierające jednak barwika, lub też tylko w nieznacznej ilości; jądra tych drugich komórek barwią się dobrze karminem alunowym lub hematoksyliną, tak jak i jądra komórek przybłonka barwikowego. Wnętrze gałki wypełnione skrzepem krwi, składającym się przeważnie z ciałek krwi, obok tego znajdujemy w nim owe wspomniane pierwsze i drugie komórki. Te drugie zawierają tutaj wakuole, a ziarenka barwika leżą w nich luźnie, lub też tworzą kulki. Czy te drugie komórki są leukocytami, czy też komórkami wyemigrowanymi przybłonka barwikowego, trudno na pewne rozstrzygnąć. Nigdzie nie znalazłem leukocyta, któryby zawierał całą komórkę barwikową. Ponieważ między komórkami przybłonka barwikowego, zawierającymi barwik w prawidłowej ilości, a komórkami drugimi, niezawierającymi całkiem barwika, widzimy przejścia, wobec tego sądzę za Hiplem, że te drugie komórki pochodzą z komórek wyemigrowanych przybłonka barwikowego siatkówki.

W przypadku tym możnaby przypuścić, że duży kawałek żelaza (2 ctgr.), przebiwszy rogówkę i soczewkę, zranił jeden większy pień naczynia siatkówkowego, skutkiem czego przyszło zaraz do znacznego krwotoku, powodującego zupełne oderwanie się siatkówki. Że skrzep, wypełniający wnętrze gałki, jest dawny, przemawiają zatem zatarte obrysy czerwonych ciałek krwi, jakoteż organizacja skrzepu. Również zwapienia koło ciała obcego, jakoteż wessanie soczewki, leżącej po za obrębem źrenicy, za tem przypuszczeniem przemawiają. Kawałek żelaza nie wbił się w ścianę gałki, lecz wraz ze siatkówką w następstwie krwotoku został odsunięty ku przodowi, gdzie pozostał, leżąc w stożku oderwanej siatkówki. Kawałek żelaza musiał być aseptyczny, a zmiany zapalne zostały spowodowane pierwotnie silnym zranieniem oka, a następnie skutkiem działania chemicznego żelaza. — Utrata wzroku, przypuszczam że nastąpiła tutaj głównie skutkiem ciężkiego zranienia oka.

Badanie mikrochemiczne. Makroskopowo na preparatach z żelazosinku potasowego i kw. solnego widzimy ciemne niebieskie zabarwienie brzegów stożka oderwanej siatkówki, nasady ciała rzęskowego, tkanki wypełniającej źrenicę i obwodu wewnętrznej ściany gałki; obok tego lekkie zabarwienie niebieskie tęczęwki. Pod mikroskopem: rogówka

nie daje odczynu, w skrzepie krwi, wypełniającym przednią komórkę, również odczynu nie widzimy. Na tkance pokrywającej przednią powierzchnię tęczęwki, rozlane błękitne zabarwienie, obok tego ciemno-niebieskie zabarwienie, odnoszące się do grudek barwika w komórkach, w których na preparatach hematoksylinowych znajdowaliśmy barwik czarno-brunatny. W tęczęwce i w ciałku rzęskowym również wybitne niebieskie zabarwienie w komórkach. Wysepki drobnoziarnistego barwika brunatnego, leżące po za komórkami, nie barwią się niebiesko. Stożek oderwanej siatkówki daje wybitne rozlane zabarwienie błękitne, na którego tle ciemne zabarwienie niebieskie, odnoszące się do komórek. Większa część komórek przybłonka barwikowego siatkówki zabarwiona na ciemno-niebiesko. Co do komórek, leżących luźnie koło tych komórek przybłonkowych, to mamy wszystkie stopnie, od ciemno-niebiesko, aż do blado-błękitnie zabarwionych, a niektóre wcale się nie barwią.

Po włożeniu preparatów do 5% kwasu solnego na 48 g. widzimy, że odczyn występuje, tylko że mniej więcej do połowy zmniejszony, t. j. że wiele komórek, które przedtem dawały odczyn, teraz wcale go nie dają, inne zaś dają nieco mniej wybitny. „Siderosis“ więc w tym przypadku pochodziła tak dobrze od ciała obcego, jakoteż od krwi wyznaczynionej. Najwięcej żelaza chłonęły, wiążąc go ze swą protoplazmą, bujające komórki barwikowe przybłonka siatkówkowego i komórki tkanki ziarninowej, otaczającej ciało obce.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O obliczu u chorych.

Podał Dr. J. Fels.

Dawniejsi lekarze, którym dokładne sposoby badania nowszych czasów nie były jeszcze znane, kładli wielki nacisk na poznanie wyrazu oblicza u chorych. I w rzeczywistości, doświadczony ich wzrok niejednokrotnie skierował ich na dobry trop i dopomógł do rozpoznania choroby często z samego wyrazu twarzy i z wejrzenia pacjenta. I nam się często zdarza, że rozpoznajemy chorobę z pierwszego rzutu oka, niejako z oblicza chorego, pomijając już to, że cały szereg chorób umiejscowia się prawie wyłącznie, albo przynajmniej bardzo często na twarzy. To też i tegocześni lekarze zajmują się czasami patologią fizyognomiką. Przytoczę n. p. ładną rozprawę Königsa: „O obliczu chorych na tężec“. I jak Kaulbach stworzył charakterystyczne twarze szaleńców, tak niejedną chorobę możnaby rozpoznać z samej podobizny chorego. Lecz naturalnie, że tego rodzaju spostrzeżenia nie mogą ustalić rozpoznania i że nie należy zaniechać jego ustalenia przy pomocy innych dostępnych nam sposobów badania, t. j. fizykalno-chemicznego, a niekiedy drobnowidowo-bakteryologicznego. Każdy lekarz praktyczny, który z biegiem czasu nabył biegłości w uprzytomnieniu sobie wyrazu oblicza u swoich chorych, nauczył się równocześnie niejako odgadrywania przyrody cierpienia z fizyonomii, a w każdym razie obrania właściwego kierunku badania. Ileż to razy nam się zdarza, że zatrzymujemy się na ulicy, by się przypatrzeć człowiekowi, w którego wyrazie twarzy dostrzegliśmy jakiejś niezwyklej choroby?

Już z wejrzenia chorego, zanim mu zadamy jakie pytanie, czynimy pewne wnioski. Z twarzy dowiadujemy się czegoś o przeszłości chorego, a cera, stan odżywienia, kształt i wyraz twarzy pozwalają nam rozpoznać jeśli nie samą chorobę, to w każdym razie dostarczają ważnych wskazówek do jej rozpoznania.

I. Wywiad. Z oblicza pacjenta rozpoznajemy często zawód jego i wiek. Twarz księdza i aktora jest gładko zgo-

lona; lecz oblicze ostatniego odznacza się właściwą mimiką. Zupełnie golone policzki może mieć także człowiek, który się leczy na figówkę twarzy (*syccosis*). Widok gładkiej, kobiecej twarzy u mężczyzny budzi podejrzenie o niemocy męskiej, albo przynajmniej o niedorozwoju narządów płciowych. Z drugiej strony nie tak rzadko spotyka się mierny zarost na twarzy u starszych, choć zupełnie prawidłowo zbudowanych kobiet. Charakterystyczną jest twarz starca, pełna zmarszczek i bezzębna, oraz starczo wyciężona twarz wyciężonych osesków. Często poznajemy z twarzy przebyte choroby, np. ospę z blizn poospowych, które łatwo odróżnić od blizn, pozostałych po upartym i długotrwałym trądziku zwyczajnym (*acne vulgaris*). Blizny w grupach i rzędach ustawione mogą pozostać po półpaścu krwawym lub zgorzelińowym (*herpes zoster haemorrhagicus et gangrenosus*).

Nos zapadnięty lub siodłowaty budzi podejrzenie kiły wrodzonej albo nabytej. Lecz nos siodłowaty może także być wrodzony i w niektórych rodzinach dziedziczny, a nawet całej rasie właściwy. Podobne oszpecenia nosa mogą też pochodzić ze złamania kości nosowej w młodym wieku, o czem należy pamiętać, by z samego kształtu nosa nie wnioskować kiły. Blizny promieniste w kątach ust, a szczególnie w miejscu, gdzie czerwień wargi przebiega w błonę śluzową, również przemawiają za kiłą i pochodzą z zapalenia warg kłowego w wieku dziecięcym (*cheilitis luetica*, *Hochsinger*).

Duża czaszka, wystające guzy, potyliczny i czolowy, czoło kwadratowe, są znamionami przebytej krzywicy. Blizny wciągnięte lub postronkowate nad kośćmi policzkowymi, na szyi, albo przed uchem, dowodzą, że chorey przebył próchnienie kości albo t. zw. zolowe lub gruźlicze ropienie gruczołów. Blizna prostoliniowa wzdłuż mięśnia mostko-obojęczyko-sutkowego pochodzi z wyłuszczonego gruczołu. Blizny zaciągnięte w okolicy szczęki dolnej mogą także pochodzić od ropni i ropówek (phlegmona) podszczękowych, występujących w przebiegu płonicy, błonicy i t. p., tembardziej, jeżeli nie były leczone według zasad chirurgicznych. Bursza niemieckiego można poznać po bliznach prostoliniowych, które niekiedy bywają oszpecane bliznowcami (keloidami). Lekarz łatwo pozna bliznę po reseceji szczęki górnej lub dolnej. Blizny promieniste naokoło ust lub na twarzy ze skrzywieniami i zmarszczkami pochodzą od oparzeń lub też od ciężkich zapaleń zgorzelińowych, występujących n. p. po płonicy, albo po raku wodnym.

Łuszcząca się skóra na twarzy u dziecka ozdrowieńca świadczy o przebytej płonicy, odrze. Jeżeli dostrzegamy ślady krwi zeschłej na brzegach nozdrzy, to przypuszczamy, że pacjent miał krwotok nosowy.

Twarz, jako część ciała zupełnie odkryta, narażona jest prawie na wszystkie szkodliwości i uszkodzenia, wynikające ze zmian powietrza i z pracy zawodowej. Jest ona przeto często siedzibą ran ciętych i tłuczonych, zniażeń, sińców i guzów krwawych, które powstają wskutek urazu. Miejscem predylekcyi u samobójców jest skroń i spostrzegłszy nieraz bliznę na skroni lub kilka wgniecionych ziarenek prochu, poznajemy niedoszłego samobójcę, tembardziej jeżeli oko tej strony będzie sprawą chorobową zajęte. Ziarenka prochu mogą też pochodzić z wybuchu, n. p. u robotników w kopalniach, lub zajętych wyrabianiem środków wybuchowych.

Wrodzona szyja skośna (*torticollis muscularis*) bywa czasem następstwem porodu pośladowego i często jest połączona z asymetrią twarzy. Lecz sztywne trzymanie głowy u osobnika wyciężonego pochodzić może z próchnienia kręgosłupa w części szyjnej (*malum Poiti et Rusti*). Czasem chorey taki instyktownie podtrzymuje sobie głowę rękami, przy każdym ruchu głowy porusza całym tułowiem. Lecz nie należy spuszczać z uwagi, że kto ma czyrak na karku, również trzyma głowę sztywnie.

II. Wrodzone nieprawidłowości w twarzy często pozwalają wnioskować o stanie psychicznym chorego. Asymetrye

czaszki i twarzy, odstające wielkie małżowiny uszne, lub różne ich zniekształcenia, braki na wargach i powiekach, szczeliny (*colobomata*) i niezwykle zabarwienie tęczęwki i tym podobne oznaki zwyrodnienia, świadczą często o nieprawidłowych stanach psychicznych, jakoteż o wrodzonych nieprawidłowościach w ogóle. W. Sommer sądzi, że wszystkie dzieci o czaszkach asymetrycznych należy uważać za neuropatycznie usposobione i osobliwie pielęgnować.

Brak szczęki (*agnathia*) może być nabyty po reseceji z powodu próchnicy, lub też może być wrodzony. „*Prognathia alveolaris*“ jest stanem wrodzonym, ale i rzy zwkniętej szczęce usta są szeroko rozwarte, chorey nie jest w stanie gryźć i mówić i jest trapiiony ciągłym ślinotokiem. Przytem policzki są spłaszczone, a naprężony mięsień żwacz występuje wyraźnie. Wrodzone są też naczyniaki różnego rodzaju, oraz różne znamiona, które mogą być owłosione lub gładkie.

III. Zwiększenie i zmniejszenie wymiarów może dotyczyć twarzy w całości, lub pojedynczych jej części. Twarz jest powiększona, a szczególnie wargi i nos, przy akromegalii, przy której to chorobie, jak wiadomo, kończyny są również powiększone. Stłoniowacina może być wrodzona, albo rozwija się później i polega na rozszerzeniach naczyń chłonnych, szczególnie na wargach i małżowinach usznych; rozwija się też często w następstwie powtarzającej się róży. Osobniki takie mają zatem uderzająco pełną twarz, pozornie bardzo dobrze wyglądają. Częściowe powiększenie twarzy bywa spowodowane przez różne nowotwory w twarzy. Przy mięsaku szczęki górnej gąłka oczna może już wtedy ku górze i przodowi wystąpić, kiedy wypuklenia w twarzy weale jeszcze niema. Dolek psi (*fossa canina*) jest wypuklony przy otoku i nowotworach jamy Highmora; czoło nad gładyszka przy otoku i nowotworach jamy czolowej. Przy tych ostatnich również gąłka oczna może być wyparta na zewnątrz albo ku dołowi. Nie należy jednak zapominać o kilakach i wyrostkach kostnych na twarzy, a szczególnie na czole.

Twarz mała idzie często w parze z wodogłowiem wrodzonym i nabytem, jakoteż przy wzroście karlim i matolectwie. Wyciężenie osesków można poznać już po zanikającej twarzy, a dziecko niedonoszone, lub pochodzące z bliźniąt często po twarzy do dziesiątego roku życia poznać można. Przyczyna zupełnego lub częściowego zaniku połowiczego twarzy nie jest znana. Niekiedy spostrzegano go po półpaścu w obrębie nerwu twarzowego i trójdzielnego, lub też górnych nerwów szyjnych. Połowiczy wrodzony przerost jest chorobą bardzo rzadką i występuje częściej po stronie prawej, niż po lewej. Wzrost przerosłej strony wzmagają się z latami.

IV. Barwa policzków ma często doniosłe znaczenie. Naturalnie, że nie wolno zapominać o barwie i cerze różnych ras i zawodów. Rudawi i blondyni mają o wiele delikatniejszą i cieńszą skórę, niż bruneci, a opalona twarz wieśniaka i w kuźni zczerniała twarz kowala łatwo da się odróżnić od twarzy mieszczanina i urzędnika. Lecz znaczne pigmentacje mogą też powstać u osobników źle odżywionych z powodu pasorzytów, co miewa miejsce u żebraków. Liebo odżywieni starcy także mają ciemno pigmentowaną cerę. Szczególnie smagła cera występuje z powodu dłuższego używania arseniku przy chloniakach, liszaju czerwonym i łuszczycy. Pigmentacje z powodu arseniku pozostają zwykle na zawsze, o czem należy pamiętać przy dłuższem leczeniu tym przetworem kobiet. Żółte zabarwienie i zapalenie skóry twarzy, połączone z zapaleniem spojówek, występuje z powodu używania chryzarobiny, tak, że nawet włosy i paznokcie żółkną, nie tylko u tych, którzy sami chryzarobiny używają, lecz także i u tych, którzy ją chorem stosują. Lekarz powinien także rozpoznać żółto-brunatne zabarwienie, które powstaje po pędzlowaniu jodyną. Tatuowanie twarzy zdarza się wyłącznie u ludów dalekiego wschodu i południa.

Ostuda (*chloasma*) na twarzy, która u kobiet dochodzi często do znacznych rozmiarów, powstaje z powodu zaburzeń macicznych, występuje także podczas ciąży, zwrotu płci-

wego, słusznie przeto nazywają ją „chloasma uterinum“. Większe plamy ostudy mogą też pochodzić ze znacznego wycieńczenia i nazywają się wtedy „chloasma cachecticum“. Nareszcie plamy ostudy, szczególnie większe nad kośćmi policzkowymi i pod oczami mogą być zwykłym skutkiem wpływu promieni słonecznych u nieco starszych osób, podczas gdy o wiele mniejsze piegi (*ephelides*) powstają już u dzieci z delikatną skórą. Piegi te zwykle znikają w podeszłym wieku, szczególnie u mężczyzn i tylko bardzo rzadko stają się punktem wyjścia dla tworzących się nowotworów barwikowych. Silnie zabarwione i rozległe piegi bardzo rzadko powstają u osobników o delikatnej skórze już w młodym wieku i przechodzą w t. zw. skórę pergaminową (*xeroderma pigmentosum*); choroba ta, którą Kaposi uważa za „senilitas praecox“ skóry, po długoletnim istnieniu powoduje liczne mięsaki barwikowe i śmierć. Mniejsze czerniaki (*melanomata*) twarzy zawsze należy usuwać, gdyż doświadczenie poucza, że często bywają one punktem wyjścia dla mięsaków barwikowych.

Lekarz rozpozna żółtaczkę nawet nieznaczną i z odżywienia chorego rozróżni żółtaczkę groźną w następstwie nowotworów wątroby, marskości wątroby żółciowej od żółtaczki zwykłej, spowodowanej meżytym dwunastnicy. W napadzie kolki lekka żółtaczka przemawia za kamicią żółciową. Według francuzkich autorów (Hanot) skóra brązowa (*teinte urobilinique*) ma być między innymi objawem zwiastunowym zanikowej marskości wątroby (*petits signes de la précirrhose hépatique*). Żółtaczka występuje także w ropnicy i niekiedy w przebiegu dławcowego zapalenia płuc.

Po brązowej skórze (*melanodermia*) poznajemy chorobę Addisona, która zwykle jest połączona z ogólnym charłactwem (*charlactwo brązowe, Bronze-Kachexie*). Niekiedy można zauważyć przy wielokrotnych mięsakiach barwikowych osobliwą czerniaczkę (*melanozę*) skóry, przy czym i błony śluzowe przyjmują ciemne zabarwienie, podobnie jak po długoletnim używaniu azotanu srebrnego (Mehrer), a i spojówki są podobnie zabarwione, jak po długim stosowaniu azotanu srebrnego z powodu np. jaglicy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. C. Wernicke (Wrocław). *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Lipsk, 1900 8^o str. 676. C. 14 M. — Streścił Prof. Dr. Leon Wachholz.

Całość przedmiotu, opracowana w formie 41 wykładów, tak zasadniczo różni się w sposobie wyjaśnienia poszczególnych objawów życia umysłowego w stanie zdrowia i choroby od znanych i pożytych dawniejszych podręczników psychiatrii, że wydało mi się właściwszem, w miejsce podania suchej i nie niemówiącej oceny tego pierwszorzędnego dzieła, streścić je i umożliwić w ten sposób zaznajomienie się z nien kolegom, którzy tylko przygodnie z zagadnieniami psychiatrycznymi się spotykają.

Całość dzieli W. na trzy części: na I. wstęp psychologiczny, II. przedstawienie przewlekłych stanów pomieszania i III. przedstawienie ostrych postaci obłąkania, łącznie ze stanami psychicznego defektu.

I. Wstęp psychofizjologiczny. Choroby umysłowe są cierpieniami mózgu, które, ogólnie biorąc, mogą być chorobami ogólnymi, lub ogniskowymi. Do chorób mózgu ogólnych zaliczamy zapalenie opon mózgowych i niedowład postępujący (*paralysis progressiva*). Choroby umysłowe dałyby się podporządkować pod gromadę chorób mózgu ogólnych, jednak z tem zastrzeżeniem, że nie towarzyszą im nigdy objawy ogniskowe. Genezę objawów ogniskowych wyjaśnił nam Meynert, wykazawszy istnienie w mózgu układów rzutowych (projekeyjnych), t. j. układów nerwowych,

łączących pewne ośrodki kory mózgowej z mięśniami dowolnymi i zmysłami zapomocą dróg nerwowych, przebiegających przez mózg, rdzeń i nerwy obwodowe, w których panuje prawo odosobnionego przewodnictwa. Układ rzutów (projekeyj), zależny od obu półkuli mózgowych, jest także podwójny i tak jest urządzony, że zdolność ruchowa i czuciowa jednej połowy ciała odpowiada przeciwległej półkuli mózgu. Otóż objawy ogniskowe mogą wystąpić, albo gdy drogi nerwowe tego układu ulegną przerwaniam lub zadrażnieniu, albo gdy ulegną zniszczeniu ośrodki korowe mózgu, będące ostatnią stacją dróg nerwowych. Ośrodki te zwiemy polami rzutowymi. — Takie pola poznano już dla nerwu wzrokowego w korze płatów potylicznych; dla nerwu słuchowego — w korze płatów skroniowych; dla ruchów i czucia kończyn górnych i dolnych, języka i twarzy — w górnym, środkowym i dolnym odcinku obu zwojów centralnych, dla ruchów służących mowie — w zwoju Broca. Pola rzutowe są siedzibami obrazów pamięciowych dla odnośnych czynności układu nerwowego. Otóż o ile choroby mózgu tak zwane organiczne, czyli polegające na widocznych zmianach anatomicznych, odznaczają się tymi objawami ogniskowymi, to choroby umysłu nie są chorobami układu rzutowego i jego pół. Poszczególne pola rzutowe, których z natury rzeczy musi być bardzo wiele, są między sobą połączone włóknami nerwowymi, które łączą je w układ kojarzenia, czyli asocjacji. Zaburzenia w zakresie tych włókien, czyli zaburzenia układu kojarzenia, stanowią dopiero istotę chorób umysłowych.

Związek poszczególnych części układu rzutowego i układu kojarzenia możemy łatwo zrozumieć n. p. na rozpatrzeniu jego części, służącej mowie. Ośrodek Broki, stanowiący centrum ruchowe mowy, t. j. centrum, w którym się mieszczą obrazy pamięciowe, czyli wyobrażenia ruchów, potrzebnych do wygłoszenia słów, wysyła nerwy, zdążające do ośrodków odnośnych rdzenia pacierzowego. Ośrodek słuchowy dla mowy jest ostatnią stacją nerwu słuchowego, a zarazem jest on siedzibą obrazów pamięciowych dla dźwięku słów (*Klangbilder der Worte Helmholtza*). Zniszczenie ośrodka ruchowego (*C. m.*) spowoduje niemotę ruchową (*aphasia motorica*), zaś ośrodek słuchowego czyli czuciowego dla mowy (*C. s.*) niemotę czuciową (*aphasia sensorica vel amnestica*). Drogi nerwowe, zdążające do centrum słuchowego i od centrum ruchowego mowy muszą sięgać poza te dwa centra w korze mózgowej, aż do centrum przypuszczalnego, będącego siedzibą pojęcia (*Begriffszentrum — C. b.*). Drogi nerwowe, łączące *C. m.* i *C. s.* z *C. b.*, są włóknami kojarzenia, a zwiemy je drogami pozakorowymi (*transcorticales Bahnen*). Jeżeli drogi te ulegną zaburzeniu, to chociaż badany człowiek słyszy mowę drugiego i sam mówić może, jednak da na zadane mu pytanie odpowiedź niewłaściwą. Zdarza się to często w chorobach umysłowych, a objaw ten zwiemy niemotą pozakorową (*aphasia transcorticalis*). Człowiek dotknięty niemotą słuchową, czyli sensoryczną, nie rozpoznaje słyszanych dźwięków mowy, czyli słów; otóż czynność tę rozpoznawania dźwięków mowy zapomocą *C. s.* zwiemy czynnością pierwotnej identyfikacji lub utożsamienia; czynność zaś znalezienia właściwego danemu a rozpoznawanemu dźwiękowi mowy słowa czyli pojęcia w *C. b.*, zwiemy czynnością następnej identyfikacji. *C. s.* może być zatem porównane ze stacją, która otrzymuje telegram, *C. b.*, zaś z tym, któremu ten telegram ma być doręczony, a który go tylko zrozumieć umie. *C. b.*, jako odbiorca ostateczny telegramu, znajduje nań odpowiedź, którą nadaje następnie do *C. m.* (stacji nadawczej), a *C. m.* wysyła ją na zewnątrz przez wywołanie odpowiednich ruchów, potrzebnych do wymówienia tej odpowiedzi. Zatem po rozpoznaniu dźwięku danego pytania i zrozumienia go, powstaje pojęcie odpowiedzi, które wywołuje odpowiednie podniety (impulsy) do ruchów, potrzebnych w celu jej wysłowienia. Czynność od *C. s.* do *C. b.*, od *C. b.* do *C. m.*, to czynność następnej identyfikacji, której zaburzenie, objawiające się niewłaściwością odpowiedzi na dane pytanie,

stanowi częsty objaw w chorobach umysłowych. Domniemany ośrodek pojęcia (*C. b.*) ma zatem podwójną czynność do załatwienia, tj. ma znaleźć właściwe dla rozpoznanego w *C. s.* dźwięku mowy pojęcie i ma znaleźć dlań pojęcie inne, stanowiące odpowiedź na pierwsze. Możemy zatem to *C. b.* rozdzielić na dwa centra, tj. centrum znalezienia zasadzonego pojęcia dla dźwięku mowy, czyli zrozumienia pytania (*A.*) i centrum znalezienia pojęcia celowego, tj. pojęcia dla odpowiedzi (*Z*). *A* będzie połączone włóknami pozakorowymi z *C. s.* *Z* z *Om.* nadto zaś muszą istnieć włókna, łączące *A* z *Z*. Ponieważ zaś między chwilą zrozumienia pytania, a znalezieniem dlań odpowiedzi odbywa się skombinowany proces zastanowienia się, przeto droga *A. Z.* musi się jeszcze łączyć z innymi centrami kory.

Powyższy przykład wystarcza dla wyjaśnienia całej symptomatologii chorób umysłowych, jeżeli tylko w miejsce obranego pola rzutowego dla mowy wstawimy inne pola rzutowe, np. pola rzutowe dla ruchów. Ruchy naszego ciała są dwojakie: jedne zależne od naszej świadomości, drugie od niej niezależne, do których zaliczamy ruchy oddechowe, serca, jelit, ścian naczyń i ruchy odruchowe. Ruchy zależne od świadomości można podzielić na trzy gromady, tj. na ruchy, wyrażające np. dany nastrój, lub afekt; na ruchy oddziaływania (reaktywne) i początkowania (inicjatywne). Nastrój i afekt wyrażamy mową, mianowicie wykrzyknikami i t. d.; ale obok mowy zdradza się nastrój lub afekt ruchami mimicznymi twarzy i reszty ciała. Człowiek przytomny zdradza zawsze swymi ruchami pewien nastrój, toteż brak tej wyrazowości ruchów jest ważnym objawem chorobowym. Ruchami oddziaływania (reaktywnymi) zwiemy te, które są następstwem pewnych zewnętrznych bodźców. I tak już danie odpowiedzi na pewne pytanie, nie biorąc w rachubę jej treści, jest ruchem oddziaływania. Nieprawidłowa modyfikacja, lub zanik tych ruchów stanowią ważne dla oceny stanu umysłowego objawy. Ruchami początkowania (inicjatywnymi) zwiemy znowu te ruchy, które podejmujemy z własnego popędu, a zatem bez zewnętrznego bodźca. Ruchy te pojawiają się zwykle jako złożone z szeregu pojedynczych ruchów i tworzą to, co zwiemy czynnością. Podnieta nerwowa, zjawiająca się w układzie rzutowym od obwodu przez *Os.* *A.* *Z* i *Om.* może być porównana z odruchem: drogę zaś tę możemy nazwać psychicznym łukiem odruchowym. Ruch zatem, wywołany na obwodzie ciała przez bodziec z *C. m.*, stanowi wynik czyli dostrzegalne następstwo tego stanu czynnego, wywołanego podnieta w łuku odruchowym. Otóż metoda kliniczna psychiatrii polega na tem, by badać ten wynik końcowy i z niego oceniać całość czynności, której on jest następstwem. Za ruch odruchowy można uważać ruchy oddziaływania (reaktywne); ruchy zaś wyrażające nastrój i ruchy początkowania mogą być także podporządkowane pod ruchy odruchowe, albowiem, choć nie wyłącznie tylko, lecz przecie częściowo zawdzięczają swe powstanie pewnym mniej znacznym bodźcom zewnętrznym. Tam atoli, gdzie dla tych ruchów, wyrażających nastrój lub początkowanie, nie można wykazać takiego mało znacznego, zewnętrznego bodźca, są one wywołane przez obrazy pamięciowe, które powstały pod wpływem dawniej już działających bodźców zewnętrznych. Tak więc obrazy pamięciowe stanowią zapasy nagromadzonej siły. Zaburzenia chorobowe ruchów, pojawiające się w chorobach umysłowych, polegają wyłącznie na zaburzeniu następowej identyfikacji (drogi od *C. s.* do *A* od *Z* do *C. m.*). Ponieważ zaś w układzie rzutowym mieszczą się tylko drogi nerwowe, przeto przyczyną zaburzeń następowej identyfikacji będą chorobowe zmiany w pobudliwości tychże dróg. Zmiany te w pobudliwości mogą być trojakie, t. j. pobudliwość może być albo obniżona, względnie zniesiona, albo wzmożona, albo spazyczna. Nazwijmy część psychicznego łuku odruchowego od *C. s.* do *A.* częścią psychosensoryczną; część od *Z.* do *C. m.* — psychomotoryczną, część zaś środkową od *A.* do *Z.* — częścią intrapsychiczną, to zmiany możliwe w pobudliwości dróg nerwo-

wych w tych trzech częściach przedstawia się w części psychosensorycznej jako znieczulenie (anestezja), przeczulica (hyperestezja), i zбочenie czucia (parastezja; w części psychomotorycznej — jako bezwład (akineza), skurez (hiperkineza) i zбочenia ruchu (parakineza), w części zaś intrapsychicznej jako zniesienie czynności (afunkcja), nasilenie czynności (hiperfunkcja) i zбочenie czynności (parafunkcja). Biorąc pod rozwagę zбочenie ruchu (parakinezę), musimy odróżnić stronę formalną ruchów od ich treści i to tak wówczas, gdy rozważamy zбочenie ruchów (parakineza) w zakresie mówienia, jak i wtedy, gdy mówimy o zбочeniu ruchów w zakresie ruchów ekspresyjnych (wyrażających nastroj), ruchów oddziaływania lub początkowania. Tak np. wymawianie przymusowe słów, lub monotonne ich powtarzanie (tak zwana werbigeracja) stanowią zбочenie ruchów (parakinezę). Tak, jak możliwym jest, że chorey w mowie formalnie poprawnej, a więc nie parakinetycznej, wygłasza największe brednie, tak i ruchy, wyrażające nastrój, choć są poprawnie oddane, mogą być co do treści nieodpowiadające rzeczywistości, czyli chorobowe. Te ostatnie zaburzenia nie polegają na zбочeniach psychomotorycznej części następowej identyfikacji, lecz na zaburzeniach innych części psychicznego łuku odruchowego. (C. d. n.)

v. Wyciągi.

Schiff. Stosunek zachodzący między nosem, a płciowym narządem kobiecym. (*Wien. klin. Wochs.*, Nr. 3, 1901). Aby skontrolować zapatrywanie Fliessa, co do związku, zachodzącego między nosem a narządem płciowym kobiety, przeprowadził Schiff doświadczenia na 47 chorych, cierpiących od kilku lat na długotrwałe i bardzo dotkliwe bóle miesiączkowe. Z tych u 4-rech leczenie nie odniosło żadnego skutku, gdzie przyczyna bólów miesiączkowych była mechaniczna, oraz u 2-eh, gdzie były schorzone dodatkowe i u 2 histeryczek. Bóle miesiączkowe ustają, jeżeli odpowiednio miejsca „płciowe“ w nosie zapędzają się 20% roztworem kokainy; na odwrót, jeżeli w czasie wolnym od bólów miejsca te podrażniamy, to bóle powstają. Każdy z punktów „płciowych“ w nosie ma specjalne miejsce, w którym przy zadrażnieniu sprowadza ból, przy znieczuleniu zaś znosi ból. I tak: jeżeli znieczulimy przedni brzeg dolnej muszli, ustają bóle w podbrzuszu; przy znieczuleniu muszli prawej — tylko po stronie prawej, muszli lewej — tylko po stronie lewej. Przy znieczuleniu wzdórka przegrody nosowej znikają bóle w krzyżach po odpowiedniej stronie. Przeciw ogólnemu działaniu kokainy przemawia mała ilość użytego roztworu (2—3 krople), którą stosuje się tylko na same miejsca „płciowe“, unikając pędzlowania całego wnętrza nosa z obawy zatrucia kokainą, a nadto w obawie wywołania odruchowego kaszlu i bólu w brzuchu. Znieczulenie to daje zawsze dobre skutki tam, gdzie brak zmian wybadalnych w częściach płciowych; bardzo często daje dobre wyniki i tam, gdzie są zmiany, pozornie tłumiące cierpienie: nie daje zaś żadnego skutku, gdzie przyczyną bólów miesiączkowych jest przeszkoda mechaniczna. Znieczulenie kokainą usuwa bóle czasem na kilka godzin, czasem na cały czas miesiączkowania: trwale usuwa cierpienie zniszczenie wzdórków „płciowych“ zapomocą środków przyżegających, np. kwasu trójchlorooctowego lub elektrolizy. P.

Stolz. O postępowaniu z pępownią noworodka. (*Wiener klin. Wochs.*, Nr. 5, 1901). W jedną lub półtorej godziny po urodzeniu noworodka Martin ponownie związuje pępownię jedwabiem tuż przy brzuszku, pozostały zaś jej kawałek odpała w odległości pół ctm. od nowego związania. Ahlfeld przy powtórnym podwiązaniu używa tasiemki lnianej, którą związuje pępownię 1 ctm. od brzuszka i odcina 1 ctm. ponad związaniem, następnie zwilża pępownię i całe otoczenie 96% alkoholem. Na klinice Rosthorna postępują pośrednio, biorąc część z każdego z tych sposobów, to jest podwiązują tak, jak poleca Martin, pępownię jednak nie odpałają, ale odcinają w odległości 1/2—1 ctm. nad podwiązką wyjałowionymi nożyczkami.

Sposób ten, wypróbowany na 550 przypadkach, zaleca szczególnie autor, podnosząc jako zaletę pozostawianie tylko małego kawałka pępowni, a więc i łatwiejsze wysychanie. Przez podwiązanie przy samym brzuszku jest łatwiejsze i szybsze gojenie się po odpanięciu pępowni, bo tu zawsze nisko odpaść musi. Przy sposobie

tym pepowina odpada przeciętnie 5—6 dnia; opatrywanie musi być tak samo dokładne, jak przy sposobach innych i musi polegać głównie na aseptyce i suchości. P.

Stendel. Górna granica ciepłoty, w której ustaje życie. (*Münch. med. Wochenschrift*, 1901, Nr. 7). Granice ciepłoty, w których ustaje życie zwierzęce i roślinne, poznano obecnie dokładniej głównie dzięki badaniom bakteryologicznym. Wiele bakterii znosi bez szkody 188—192° niżej zera, nawet tygodniami; poznano również liczne drobnoustroje, żyjące w ciepłocie stosunkowo wysokiej. I tak pleśnie rozrastają się jeszcze przy 43°, drożdże przy 53°, bakterie przeważnie nie giną przy 45°, a istnieje cały szereg takich, które właśnie najlepiej rozwijają się przy +50—70°. Pierwsi badacze, którzy bakterie te odkryli, uważali to za zjawisko wyjątkowe; dopiero Globig (1888) stwierdził, że bakterie takie stale znajdują się w powierzchniowych warstwach ziemi, a Kędzior (1897) wykazał, że oprócz bakterii żyją w tak wysokiej ciepłocie (do +65) pewne rodzaje „cladotrix“; wreszcie Tsiklinskiy opisał dwie odmiany grzybka promienistego, utrzymujące się nawet przy +75°. Z początku było zagadką, gdzie w przyrodzie znaleźć mogą te drobnoustroje ową wysoką ciepłotę, która nie tylko ich nie niszczy, ale nawet jest dla ich rozwoju najkorzystniejszą, — zanim Rabinowitsch nie wykazała, że te gatunki drobnoustrojów potrafią rozwijać się także i przy 34 do 44°, jako bezpowietrzne (anærob) współżyjąc z innymi bakteriami. W ten sposób mogą one istnieć i mnożyć się obficie w przewodzie pokarmowym ludzi i zwierząt, dostając się tam z mlekiem, wodą rzeczną, pokarmami roślinnymi i t. d. — Również zbadano w ostatnich czasach dokładniej rozmaite wodorosty z gatunku algów, żyjące w ciepłicach w ciepłocie bardzo bliskiej tej ciepłocie, w której już krzepnie białko. Niektóre drobnoustroje można sztucznie przyczynić do wzrostu w wyższej ciepłocie (Dallinger i i.). C.

P. Sudeck. Operowanie w pierwszym odurzeniu eterem. (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 7, 1901). Istnieje cały szereg zabiegów operacyjnych, których wykonanie wymaga stosunkowo bardzo krótkiego czasu. W przeważnej liczbie tych przypadków może być i bywa zastosowane znieczulenie miejscowe. W pozostałej liczbie przypadków, nienadających się do znieczulenia miejscowego, uciekamy się do użycia środków ogólnie znieczulających, mających działanie krótkotrwałe, jak n. p. tlenku azotu, bromku etylu, lub pentalu. S. przystosował do podobnych celów uśpienie eterowe. Używa on maski Czernyego, do której nalewa 30—50 ctm. sz. eteru. W chwili przyłożenia maski poleca się wykonać choremu głęboki wdech i w dalszym ciągu szereg ruchów oddechowych, możliwie głębokich. Chory winien całą swą uwagę zwrócić na usypianie; należy go utrzymywać w tem mniemaniu, że na razie idzie tylko o uśpienie, że sama operacja wykonana będzie dopiero przy zupełnym znieczuleniu. Operację należy rozpocząć równocześnie z pierwszym lub drugim wdechem pary eterowej. Trwać ona może co najwyżej kilka minut, gdyż z chwilą rozpoczęcia się okresu pobudzenia chorzy oddziałują na ból wyraźnie. S. używał tego środka przy licznych, nawet i większych zabiegach, jak n. p. przy odjęciu uda, otwarciu i sączkowaniu jamy brzusznej, przy zapaleniu otrzewnej, wyluszczeniu gruczołów pachowych, pachwinowych i t. p. Każdą z tych operacji wykonał autor tak szybko, że znieczulenie, trwające „kilka minut“, miało się okazać zupełnie wystarczającym. Niestety, brak w pracy bliższych danych co do czasu trwania znieczulenia i operacji. Z uzyskanych wyników S. jest zupełnie zadowolony i sądzi, że sposób ten powinien znaleźć szerokie zastosowanie. Urbanik.

Menzer W sprawie etyologii ostrego gościa stawowego. (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 7). W czterech przypadkach ostrego gościa stawowego (w jednym istniała równocześnie ostra rzeźączka cewki moczowej), który ustępował pod działaniem przetworów salicylowych, wyhodował M. bądź z treści zajętych stawów, wydobyty przez nakłócie, bądź z migdałków, dotkniętych ostrem zapaleniem, bądź z obu miejsc, — paciorkowce, które wywolywały u królików po wstrzyknięciu do żył obrzęk stawów, niekiedy zapalenia ropne lub włóknikowe błon surowiczych, a raz zapalenie zastawek sercowych. Z treści stawów zakażonych zwierząt, oraz z ich krwi dawały się te paciorkowce, okazujące w hodowli drobne różnice od innych paciorkowców, ponownie wyhodować. Znajdzenie paciorkowców w migdałkach i w treści zajętych stawów w ostrym gościcu stawowym nie jest rzeczą nową; chorobotwórcze znaczenie w tej sprawie przypisywał im Veillon, a zapatrywanie jego zyskało pewniejsze podstawy od czasu, gdy Wassermannowi powiodło się zapomocą takich paciorkowców wywołać u zwierząt zmiany w stawach, a niedawno Mayerowi zmiany zapalne na zastawkach sercowych. Jednakże, jak dotychczas, nie daje to jeszcze prawa do twierdzenia, że przyczyną gościa stawowego jest jakaś swoista odmiana paciorkowca; pomijając już bowiem wielopostaciowość tego drobnoustroju, którą można sztucznie wywołać, to nawet

o niektórych ściślej określonych jego odmianach (*np. streptococcus longus*) wiadomo, że w pewnych warunkach mogą one wywolywać rozmaite zmiany chorobowe, niekiedy zaś znów nie są wcale jadowite. Nawet zapomocą gronkowców zdołał Fischl wywołać u zwierząt doświadczalnie zapalenie wielu stawów i zapalenia zastawek sercowych, zwłaszcza przy równoczesnym zastosowaniu czynników urazowych, Tavel zaś nawet bez zastosowania urazu. Byłby więc mogło, że przyczyną gościa stawowego stają się w pewnych razach jakiegokolwiek drobnoustroje ropne, nie zaś swoisty ich jakiś gatunek. W ocenie wyników badań bakteryologicznych należy zachować tem większą ostrożność, jeżeli chodzi o paciorkowce, wyhodowane z migdałków, o których nawet niewiadomo, czy rzeczywiście znajdowały się one w głębi tkanki, czy też tylko leżały na powierzchni migdałków. Toteż, aby przyznać pewnej odmianie paciorkowców swoiste znaczenie przyczynowe w gościcu stawowym, trzeba będzie napród stwierdzić, czy inne rodzaje paciorkowców, a także rozmaitych innych bakterii, znajdujących na migdałkach w różnych postaciach zapalenia gardła, oraz w stanie prawidłowym, nie posiadają przypadkiem także własności wywoływania zapaleń stawów u zwierząt. Zanim to nastąpi, nie mamy prawa mówić o żadnej bakterii, jako swoistej przyczynie gościa stawowego. C.

Z najnowszego piśmiennictwa o fizjologii i patologii żołądka. (*Wiener med. Presse*, Nr. 1, 2, 3 i 4, 1901). Praca ta przedstawia się jako zbiór najrozmaitszych, a rzadkich postaci cierpień żołądkowych, poprzednio już ogłoszonych. Wobec tego referent musi się ograniczyć do zaznaczenia tylko najważniejszych punktów.

Pod nazwą „myasthenia gastrica“ rozumie Busch osłabienie warstwy mięśniowej żołądka wskutek wpływów nerwowych; pod atonią zaś czyli zwiotczeniem pojmuje osłabienie warstwy mięśniowej żołądka, połączone z utratą elastyczności, n. p. przy zwięźeniu odzwierznika. Obydwa to cierpienia różnią się nie tylko etylogią, ale i zmianami anatomicznymi; „myasthenia“ jest jedną z przyczyn niedomogi (*insufficiencia*) żołądka, atonia (zwiotczenie) zaś jednym z jej skutków.

Przypadek ostrej rozstrzeni żołądka opisał Brown; pojawiła się wśród silnych wymiotów na 48 godzin przed śmiercią u 55-letniego chorego na nerki. Zabieg operacyjny i nacięcie żołądka nie przyniosły ulgi, odzwierznik zmian nie okazywał.

Jako wrzodząco-krwotoczny niezbyt żołądka dwoinkowy (*ulceröse hämorrhagische Pneumokokkengastritis*) oznacza Dieulafoy nadżerki na błonie śluzowej żołądka, występujące w przebiegu zapalenia płuc, lub przy ogólnem wtargnięciu do ustroju dwoinek Fränkla. Autor mniema, że tego rodzaju zmiany łatwo się goją, jakkolwiek mogą się czasami przekształcić w wrzód okrągły.

Powierzchnowe owrzodzenia na błonie śluzowej żołądka, sprwadzające nierazko obfite wymioty krwawe, opisał Santoni jako *gastritis ulcerosa chronica anachlorhydrica*. Tu należą także podane przez Dieulafoy przypadki, znane pod nazwą *exulceratio simplex*.

Patologią przewężonego (klepsydrowatego) żołądka zajmował się Guillemot; jest to zmiana, która może być wrodzona lub nabyta. Ostatni przypadek może zajść przez bliźny, zrosty, skręcenia i t. d. Cierpienie to spotykane bywa częściej u kobiet i przebiega nierazko bez objawów, jeśli jednak objawy czynnościowe lub fizykalne zwracają uwagę na żołądek przewężony, należy przedsięwziąć wydymanie żołądka. Doszczętne wyleczenie można tylko osiągnąć drogą chirurgiczną.

Sprawę oznaczania granic żołądka zajmowali się Queirolo, Edel i Volhard; — dwaj ostatni, skontrolowawszy przyrząd Queirolo, doszli do wyniku, że proste wydymanie żołądka CO₂ daje taki sam wynik, jak wielce zawikłany przyrząd Queirolo.

Według Rouxa punkt bolesny w „dołku podsercowym“ odpowiada zawsze splotowi słonecznemu; dalsze badania wykazały, że bolesność dołka jest koniecznym wynikiem przeculicy błony śluzowej żołądka. Nadmiar kwasu solnego i miazga pokarmowa, za długo pozostająca w żołądku, są czynnikami drugorzędnymi. Związek przyczynowy między rozstrzeniem żołądka a urazem opracował Cohnheim. Po urazie w okolicy żołądkowej może się rozwinąć rozstrzeń wskutek wrzodu lub zapalenia okołożołądkowego (*perigas tritis*); — ten sam skutek może także wywołać uraz przewlekły (ucisk); prawdziwy śluzotok żołądkowy jest wynikiem względnego zwięźnienia odzwierznika lub dwunastnicy.

Sprawę istnienia wrodzonego zwięźnienia odzwierznika u osesków rozstrzyga Rosenheim twierdząco; — zmiana ta jest wprawdzie rzadką, ale się przecież pojawia.

Zachowanie się krwi w przebiegu raka żołądka badał Krokiewicz. Pewnych charakterystycznych znamion nie znalazł; — dziwnym się atoli wydaje niestosunek, zachodzący między zmianami we krwi, a stopniem charłactwa. Prawie w wszystkich dotyczących przypadkach można było stwierdzić zmniejszoną alkallescencyę krwi.

S. Basch określa znamiona bolesnego napadu żołądkowego (*crises gastriques*) w następujący sposób: brak objawów ustrojowego schorzenia przewodu pokarmowego, brak dreszczu początkowego, nagle wystąpienie napadu, tętno przyspieszone, ciepłota nie podniesiona; wymiociny nie okazują nic znamionego, wreszcie samowolne ustąpienie objawów i szybkie wyzdrowienie. W leczeniu znacznie usługi oddaje morfina; *cerium oxalicum* pozostaje często bez skutku; nie rzadko dobrze działa kokaina (kilka kropel na język), usuwając wymioty i przytłumiając uczucie pragnienia. Również korzystnie wpływa nalewka jodowa — 1 kropla na łyżeczkę wody, co godzina.

Dr. Henryk Pisek.

Ach wlediani. Przypadek wyleczenia raka wodnego. (*Zeżeniedelnik žurnala »Praktič. Medic.«* 1900, Nr. 40). U 9-letniego chłopca po pionicy rozwinął się na policzku prawym rak wodny z wszelkimi typowymi objawami tego cierpienia; przyżegania termokauterem i chlorkiem cynku pozostały bez skutku; wtedy autor uciekł się do zalecanego przez Dra Polakowa środka, a mianowicie do smarowania miejsc obumarłych i owrzodzeń 1% wodnym roztworem pyoktaniny; już po 9 godzinach części obumarłe odpadły, wrzody oczyściły się, nekrotyzacja ustąpiła. Po 17 dniach w miejscu, zajętem przez raka wodnego, wytworzyła się blizna; stan ogólny chorego znacznie się poprawił. Na podstawie tego przypadku autor sądzi, iż pyoktanina jest nieocenionym środkiem w leczeniu raka wodnego.

Dr. Gliński.

Pipper. **Nowy sposób leczenia złamań rzepki.** (*Centrbl. f. Chir.* 1091, Nr. 6). P. wycina z dobrego przylepca dwa paski, długie na 50 cm., szerokie na jednym końcu, wąskie na drugim. Paski te przylepia końcami szerokimi ponad górnym i dolnym odłamkiem rzepki w ten sposób, że końce wąskie są ku sobie zwrócone. Następnie przez szczelinę w pasku dolnym przeciąga koniec wąskiej paska górnego, przybliża odłamki rzepki ku sobie, naciąga silnie paski przylepca i przylepia je po zastosowaniu odłamków na udzie, względnie podudziu. Trzeci pasek przylepca, przebiegający poprzecznie ponad odłamkami w miejscu złamania, pomaga w ustaleniu. Pod nogę podkłada szynę, a końce owych dwóch głównych przylepców wgipowuje w dwa pierścienie gipsowe, jeden na udzie, drugi na podudziu, których wzajemne położenie ustala owa szyna. Cały staw kolanowy ma odsłonięty, może go masować, elektryzować etc. Po 3 tygodniach zdejmuje opatrunek gipsowy, a po dalszych 3 odlepia przylepiec.

Herman.

A. Neumann. **Przyczynę do leczenia rozstrzeni żołądkowej przy trwałym skurczu odźwiernika i nadmiernej kwasocie.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 58, Z. 3 i 4). Wykonana w przypadkach tych gastroenterostomia nie zawsze była uwieńczoną pomyślnym wynikiem. Już 7 razy stwierdzono, że w najbliższej części jelita czczego tworzył się następnie „ulcus pepticum“, wywołany działaniem silnie kwaśnego soku żołądkowego na jelito. To samo zdarzyło się autorowi po raz 8-my. A przypadki, spowodowane tym wrzodem w jelicie były tak przykre (przetoka na zewnątrz), że trzeba było zrobić nową laparotomię, zaszyć otwór w żołądku po dawniejszej gastroenterostomii, zreszkować część jelita zajętą wrzodem i sprowadzić napowrót „status quo ante“. Radzi więc autor, aby w takich przypadkach *a priori* unikać gastroenterostomii, a praktykować jejunostomię czasową, aż do wyleczenia się wykluczonego tą operacją żołądka.

Herman.

A. Wiener. **Przyczynę do leczenia złamań rzepki.** (*Centrbl. f. Chir.* Nr. 1. 1901). W. układa nogę na szynie dobrze wywatowanej, zwłaszcza w dołku podkolanowym i następnie zakłada opaskę elastyczną na samo kolano na wzór „testudo gonis inversa“ (ósienki). Opatrunek zniczenia po 4—5 dniach. Po założeniu wkłada kończynę do „tutora“ i pozwala chorym chodzić.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bacillol jest to środek odkażający, składający się z rozpuszczonych w mydle olejów smołowych o wybitnych własnościach bakteriobójczych. Korzystne wyniki doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach przez Paltaufa i innych, zachęciły Dra Wernera i Dra Pajica do podjęcia prób w oddziale chirurg. powszechnego szpitala wiedeńskiego. Używali oni 1—2% roztworu do odkażania rąk, narzędzi, pola operacyjnego, do przestrzykiwania i opatrunków. Przebieg pooperacyjny, jak tego dowodzą przytoczone liczne historie chorób był zawsze aseptyczny, a mimo przestrzykiwania nawet dużych ran na skórze lub błonie śluzowej (pochwie) nie zauważono nigdy obja-

wów zatrucia. Jako szczególną zaletę bacillolu podnoszą autorowie to, że jest on bezwonny, i że działa odwaniająco. Cena tego środka jest bardzo niska: 5 litrów 1% bacillolu kosztuje 24 halerczy. (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 5, 1901).

R.

Doświadczenia z **Fersanem** wykonał Dr. M. J. Buxbaum w schronisku dla ozdrowieńców (Wiedeń-Hütteldorf, *Prag. med. Wochf.* Nr. 48, 1900); podawał on fersan ozdrowieńcom po ciężkich chorobach wyniszczających, oraz po zabiegach operacyjnych, w postaci kołaczyków, zawierających 0.50 tego środka (2—4 kołacz. przed jedzeniem 3 razy dziennie). Autor nie zauważył czarnego zabarwienia stołców, a więc wnioskując ztąd, że żelazo, zawarte w fersanie, zostało w zupełności wchłonięte. Na podstawie swych doświadczeń twierdzi B., że fersan jest znakomitym środkiem, zwiększającym ilość hemoglobiny we krwi, a w przypadkach braku łaknienia i upośledzonego trawienia może być także z dobrym skutkiem użyty, jako przetwórcy odżywczy. —

Do leczenia grypy (influenza) nadaje się zdaniem poważnych klinicystów **Salofen** — i to tak w celach zapobiegawczych, jako też wobec rozwiniętej choroby. Podaje się 1.0 grm. na dawkę 3—4 razy na dzień. Salofen działa kojąco na nerwobóle, a zarazem przeciwgorączkowo, przyczem zauważyć należy, że obniżenie gorączki nie wywołuje nieprzyjemnych objawów ubocznych. Dzieci znośną salofen dobrze. Można też łączyć 1.0 salofenu z 0.50 fenacetyny na dawkę dla dorosłych. —

jar.

Dr. Krug. **Zastosowanie Sanguinalu Krewela** do leczenia rozmaitych postaci niedokrewności. (*Med. chir. Centralbl.* Nr. 5, 1901). W obszerniej pracy zdaje K. sprawę ze swoich dwuletnich doświadczeń leczenia pierwotnej i następnej (gruźlica, żółty, kiła, krzywica) niedokrewności zapomocą przetworów sangwinalu lub też połączenia tego leku z jodem, kreosotem i t. d. Podawał sangwinal w postaci znanych powszechnie pigulek a badając ilość hemoglobiny przekonał się, że odsetek tejże wzrastał w ciągu kilku tygodni znacznie (z 30% na 70%) a równocześnie poprawiał się też stan ogólny tych chorych. To szybkie działanie przypisuje szczęśliwemu składowi chemicznemu sangwinalu, który, jak wiadomo, jest połączeniem manganowo-żelazistym, w tem stosunku znajdującego się w postaci hemoglobiny manganu, że jedna pigułka odpowiada 5,0 świeżej krwi. R.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 1 lutego r. 1901.

Przewodniczący kol. Beck — członków obecnych 38.

I. Kol. Beck zagaja posiedzenie przemówieniem, w którym dziękuje zgromadzeniu za wybór. Zawładania o śmierci śp. prof. Tyrchowskiego i wzywa zgromadzonych, aby uczcili Jego pamięć przez powstanie.

II. Protokół z ostatniego posiedzenia naukowego odczytano i przyjęto.

III. Kol. Rencki przedstawia i omawia chorego, dotkniętego wrodzoną wadą sercową L. H. l. 26, robotnik z Żółkwi, przyjęty do kliniki lekarskiej 14 listopada 1900 r. podaje, że już od najmłodszych lat zawsze miał sinię na twarzy, rękach i stopach, doznawał trwale duszności i kaszlał wiele. Przypadłości te potęgowały się przy każdym ruchu lub ile razy naraził się na zimno. Od 2 lat duszność stała się większą, a wzmagała się, gdy chory leżał, kaszel wtenczas stawał się uporczywszy i więcej męczący, odpluwał wiele, a w płwocinie kilkakrotnie zauważył ślady krwi. Często cierpiał na bóle głowy, a od czasu do czasu, zwłaszcza przy większym wysiłku fizycznym, ma doznawać bólu w okolicy serca. Ogólnie jest osłabiony, nie jest zdolny do żadnej ciężkiej pracy. Przed 6 laty przebył dur brzuszny, a przed 2ma zapalenie płuc. Dziedziczności w odnośnym kierunku wykazać nie można. Stan obecny: Budowa kośćca wątła; na klatce piersiowej wybitnie znamiona krzywicy, stos. pacieryzowy zgięty lekko ku tyłowi i ku stronie prawej; ostatnie członki palców u rąk pateczkowato zgrubiałe, w mniejszym stopniu podobne zgrubienia na palcach stóp. Na całej twarzy sinią, najwybitniejsza na policzkach, nosie, małżowinach usznych; również sinawo zabarwione kończyny górne (po łokcie), a w mniejszym stopniu i dolne (po kolana). Na reszcie ciała skóra prawidłowo zabarwiona, ale i tu, gdy chory dłuższy czas chodzi i zmęczy się, wystę-

puje lekki odcień smawy. Ciężota ciała waha się między 36.4 a 37° C. Błona śluzowa warg, jamy ustnej i gardła i język sinawo-czerwone, znacznie rozpułchnione; stwierdzono przekrwienie na błonie śluzowej krtani i tchawicy. W płucach rozedma i objawy rozległego nieżytu. Plwocina śluzowa, kilkakrotne badania nie wykazały prątków Kocha. Uderzenie koniuszkowe serca słabo wyczuwalne w V przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowej. Ręka przyłożona na okolicę serca nie wyczuwa żadnych szmerów. Słuchanie bezwzględne serca na b. małej przestrzeni. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy, ton II-gi głuchy; idąc ku mostkowi szmer skurczowy staje się coraz głośniejszym, piłującym, najwyraźniejszy na lewym brzegu mostka przy przyczepie V żebra, na prawym brzegu mostka szmer ten słabnie. Idąc ku górze w kierunku tętnicy głównej szmer ten znacznie słabnie, ale jeszcze jest lekko słyszalny w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej, gdzie obok niego występują dwa tony. Nad tętnicą płucną głośny szmer skurczowy, ton II-gi ledwo słyszalny. Szmer nad tętnicą płucną jest odmiennego charakteru, niż w dolnej części mostka i słyszeć go można i w I przestworze międzyżebrowym po stronie lewej, a rozciąga się ku barkowi lewemu. Tętnice szyjne bardzo słabo tętnią; tętno sprychowe małe, słabo napięte. 72. W tętnicy dogłowej lewej szmer skurczowy, słabo słyszalny. Brzuch płaski, wątroba i śledziona prawidłowych rozmiarów. Na kończynach dolnych obrzęków nie ma; odruchy kolanowe prawidłowe. Krew, otrzymana z nakłótego palca, ciemno-czerwona; liczba ciałek czerw. w 1 mm. sz. 7.750.000, białych 8000; hemoglob. 1 25%. Stosunek wzajemny ciałek białych prawidłowy. Mocz o. c. g. 1.021, nie zawiera białka i cukru.

Uwzględniając wynik badania przedmiotowego z łatwością wykluczyć możemy niedomykalność zastawek dwu-i trójkończystej. Natomiast wywiady, (sinica od pierwszych lat życia), pałeczkowate zgrubienia palców, umiejscowienie szmerów, brak objawów zastoiny w wątrobie i innych narządach ustroju, przemawiają dostatecznie na korzyść rozpoznania wady sercowej wrodzonej. Co do umiejscowienia zmiany chorobowej w sercu to szmer w dolnej lewej części mostka, (szmer skurczowy w lewej tętnicy dogłowej (Schede) odnosimy do ubytku w przegrodzie komór (*defectus septi ventriculorum*), a szmer skurczowy nad tętnicą płucną przy ledwo słyszalnym tonie II-gim do zwięzienia w ujściu tętniczym prawem (*stenosis ostii arteriosi dextrae*).

Przypadek zatem nasz należałby do najczęściej spotykanego typu wrodzonych wad sercowych. Podnieść tu należy wysoki względnie wiek chorego (lat 26), wiadomą bowiem jest rzeczą, że więcej niż $\frac{2}{3}$ chorych, dotkniętych tą chorobą, ginie przed 15 r. życia (Vierordt); nadto brak zmian gruźliczych w płucach. — (*autoreferat*)

W dyskusji zabierali głos koledzy; Marischler, który przypomnia podobny przypadek, omawiany w Towarzystwie przez siebie zeszłego roku. Pisek: Przypadek przedstawiony różni się nieco od typowych przypadków wrodzonych wad sercowych. Przedewszystkiem chorzy tacy, pominiawszy wczesny wiek dziecięcy, umierają najczęściej w 10—15 roku życia. Nader wyjątkowo dochodzą wieku przedstawionego dziś chorego. Stwierdza dalej kol. P. że ciężota skóry u chorych z wrodzoną wadą serca zazwyczaj w dotyku znacznie niższa od prawidłowej, mierzonej w odbytnicy, a u chorego tego nie różni się od prawidłowej. Również i sinica nie jest tu tak znaczna, jak to usprawiedliwia nazwa choroby: „*Morbus coeruleus*.“ Wreszcie zasługuje na uwagę i ten szczegół, że pałeczkowate zgrubienie palców ręki u tego chorego nader silnie rozwinięte, na stopach jest zaledwie zaznaczone. Zgadza się w zupełności z rozpoznaniem, zwraca kol. P. na ciekawość w tych przypadkach objaw niestosunku pomiędzy sinicą a brakiem wszelkich innych objawów zastoinowych w narządach wewnętrznych. Niestosunek ten jest prawie znamienym dla wrodzonych wad sercowych i rozróżniania ich od wad sercowych nabytych. Oczywiście, że w końcowych okresach występować mogą i przy wadach wrodzonych wszystkie następstwa niedomogi i niesprawności mięśnia sercowego, jak w okresie zniesionego wyrównania wady nabytej. Na czem polega ten niestosunek znacznej sinicy do braku zastoin w narządach wewnętrznych, nie jest rzeczą jasną. Samo mięszanie się krwi żyłnej z tętniczą w komórkach lub przedsiónekach serca nie wystarcza. Czy istotnie rozcięcie naczyń włosowatych w skórze (H. Vierordt) tłumaczy dostatecznie ogromną sinicę u tych chorych, czy jeszcze i inne czynniki tu działają, jest rzeczą wątpliwą.

Co do częstości wrodzonych wad sercowych, to należą one, pomijając noworodków do przypadków rzadkich. Kol. P. oświadcza, że

w ciągu swej 22-letniej praktyki miał może z 10 przypadków w obserwacji; przeciętnie raz na 2 lata widywał takich chorych. Najstarszą chorą była dziewczynka 14-letnia z niewątpliwym brakiem w przegrodzie komórkowej, z nadzwyczajną sinicą, widoczną stałe, i znaczną dusznością. Chorą badał kilkakrotnie wspólnie z s. p. Widmanem. Przypadki chorobowe trwały od urodzenia i statecznie się zmagaly.

Mars zaznacza częstość tych wad u noworodków. Gluziński A. zwraca uwagę, że nie jest ciekawym i pouczającym przypadkiem jako taki, lecz rozpoznawanie cierpienia; chorzy ci zaś giną zwykle na gruźlicę płuc.

IV. Kol. Marischler demonstracja chorego (chłopca 10-let.), u którego rozpoznaje bąblowca w wątrobie.

V. Kol. Feuerstein L.: demonstruje na przyrządzie Gada grę zastawek serca.

VI. Kol. Bednarski: demonstruje anatomiczne preparaty z oka. a) Bardzo głębokie zagłębienie dojrzałego tarczy nerwu wzrokowego w jaskrze, b) garbiak twardówki tylny ze zwyrodnieniem naczyńki.

J. Krzyżkowski, sekretarz.

VIII. XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.)

Sekcja chorób wewnętrznych

zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy).

Hemmeter (Baltimore): *Badania doświadczalne nad działaniem mechanicznym i trawicznym jelit*. Prelegent przypuszcza, że obecność drobnoustrojów jest nieodzownie potrzebną do prawidłowego trawienia.

Zabé (Paryż): *Przepuklina pępkowa i opadnięcie jelit*. Stosunek wzajemny przyczyny i skutku. Teoretyczne uwagi w sprawie powstawania przepukliny pępkowej.

Esguerra (Kolumbia): *Wkroczenia chirurgiczne w zapaleniu wyrostka robaczkowego*. Prelegent zbija twierdzenie, jakoby każde zapalenie wyrostka robaczkowego mogło być uleczone li tylko drogą operacyjną.

Netter (Paryż): *O objawach rzekomego zapalenia opon mózgowych w przebiegu duru brzuszego*. Objawy mózgowe, występujące u dzieci w przebiegu duru, znacznie pogarszają rokowanie; — to samo można powiedzieć o starcach lub osobach osłabionych. W takich razach zachodzi albo rzekome zapalenie opon, albo też rzeczywiście istnieje wysięk, zawierający prątki Ebertha. Na 44 podobnych przypadków spostrzegł prelegent 9 przypadków śmierci, a 8 nawrotów; — przeciwnie, na 969 przypadków zwykłego duru było tylko 15 przypadków śmierci, a 43 nawrotów. W końcu dodać należy, że objawy mózgowe zaczęły się częściej pojawiać w ostatnich czasach.

Galliard (Paryż): *Zapalenie opłucnej na tle prątków Ebertha. Wyleczenie bez operacji*. 16-letnia dziewczyna zapadła w marcu na lekki dur. W pierwszym dniu po zupełnym ustąpieniu gorączki pojawiła się nagło bolesność w lewym boku, przyczem i ciężota ciała lekko się podniosła, utrzymując się stałe na tej wysokości przez kilkanaście dni. Nakłócie próbne, dokonane po 14 dniach, wykazało wysięk ropno-krwawy: wypuszczono go w ilości 250 ctm.³, i zastrzyknięto do worka opłucnego 50,00 rozcieńczonego kwasu karbolowego, co pociągnęło za sobą ciężkie zatrucie kwasem karbolowym, które jednak ustąpiło po kilku dniach. W następnych tygodniach prelegent nakłówał jeszcze klatkę piersiową 5 razy, wydobywając każdym razem z worka opłucnego płyn ropny w rozmaitych ilościach. Ostatecznie pozostało u chorej jedynie lekkie cierpienie opłucnowe, — zresztą jest zupełnie zdrowa.

Masius (Luttich): *Patogeneza ostrego obrzęku płuc*. Dotychczas utrzymują się trzy teorie tej patogenezy: a) teoria czysto mechaniczna, odnosząca obrzęk płuc do znacznie podwyższonego parcia osiennego w naczyńkach włosowatych; b) teoria Hamburgera i Heidenheina, uważająca obrzęk, jako skutek wzmoczonej czynności wydzielniczej komórek śródbłonkowych w ścianach naczyń włosowatych, i wreszcie c) teoria Wintera, Starlinga i in., którzy przyjmują obrzęk za wynik zmienionych stosunków osmotycznych, zachodzących między cieczami z jednej i drugiej strony ścian naczyń i zmienionej przepuszczalności ostatnich. Pod względem klini-

czynnym można odróżnić trzy postacie obrzęku płuc: a) zapalny, prawdopodobnie jako następstwo odruchu naczynio-rozszerzającego, — powstaje (miejscowo lub rozlany) pod wpływem jakiejś przyczyny usposabiającej, powodując obrażenie ścian naczyń przez wtargnięcie drobnoustrojów i to wśród tkanki płucnej, zupełnie prawidłowej. b) Obrzęk zastoinowy, prawie najczęstszy, przy wadach sercowych, szczególnie w zwężeniach ujęć, cierpieniach nerek, naczyń, także przy zwapianiu tętnic. Liczne doświadczalne badania dały pod tym względem niezgodne wyniki, których zresztą nie można zastosować do patologii ludzkiej; — najlepiej jeszcze uzasadnionem jest tłumaczenie wytwarzania się obrzęku płucnego przez podwyższenie parcia w tętnicy płucnej. Jednej atoli zasadniczej przyczyny, wywołującej obrzęk płuc, niema; — przeciwnie, istnieje kilka czynników współdziałających, mających jedno wspólne znamię: zmiana ścian naczyń włosowatych i ich większa przepuszczalność. c) Trzecią wreszcie postacią jest obrzęk, powstały wskutek zatrucia (toksyczny), dotychczas stwierdzony jedynie doświadczalnie (muskaryna, jod).

Korreferent Teissier (Lugdun), chcąc określić patogenezę ostrego obrzęku płuc, posiłkuje się wszystkimi trzema teoryjami: Zaburzenia mechaniczne (mające w Niemczech wielu zwolenników, a w szczególności Bascha i jego uczniów: Grossmana, Winklera, którzy od kilku lat tą sprawą doświadczalnie się zajmowali), wpływy nerwowe (zaburzenia naczynio-ruchowe, Huchard); przyczyny zakaźno-trujące (doświadczalnie stwierdzone muskaryną, azotynem amylowym, kwasem sinowodowym i t. d.). Nadto przebyte choroby zakaźne często usposabiają do rozwinięcia się obrzęku płuc, — przedewszystkiem ostry gościec stawowy, grypa, dur, włóknikowe zapalenie płuc, gorączka połogowa. Prelegent doświadczalnie stwierdził, że powyższe trzy czynniki muszą bezwarunkowo współdziałać, jeśli mają wystąpić objawy ostrego obrzęku płucnego; — wyniki zaś tych doświadczeń dadzą się sformułować w następujący sposób: przemijające, nawet znaczne, mechaniczne zaburzenia nie wywołują napadu obrzęku płuc (n. p. ucisk tętnicy głównej, chociażby nawet parcie było 3 razy większe od prawidłowego). To samo można powiedzieć o samym tylko obrażeniu nerwów (przecięcie lub wycięcie nerwu błędnego); — inaczej jednak rzecz się ma, jeśli temu towarzyszą mechaniczne przeszkody, bodaj lekkie lub krótkotrwałe. W razie zaś, jeśli takie obrażenie łączy się z zakażeniem krwi (n. p. salicylanem metylowym), wówczas już występują wszystkie typowe objawy ostrego obrzęku płuc. Rokowanie w tym ostatnim jest inne, aniżeli w przewlekłym lub biernym obrzęku pochodzenia czysto mechanicznego; — zwykle kończy się rzecz niepomyślnie. Leczenie nie może się jeszcze opierać na czynnikach etyologicznych; codzienne doświadczenie wykazało, że upust krwi lub ciepłe banki korzystnie działają, tak samo wstrzyknięcie do odbyticy azotyn amylowy i kwas karbolowy. Morfiny należy unikać, atropina pozostaje bez skutku.

Dyskusya: Huchard (Paryż) sądzi, że już z samego obrazu klinicznego (bez pomocy doświadczeń) można wysnuć patogenezę obrzęku płucnego. Punktem wyjścia dla tego cierpienia jest zawsze ostro niedomoga mięśnia sercowego, skutkiem czego wytwarza się rozstrzeń serca, nawet jeśli chorzy wytrzymują napady, lub te się powtarzają. Zmiany w sercu powodują wreszcie zejście niepomyślne. Pod względem leczniczym stoi upust krwi na pierwszym miejscu, — nie zaleca się jodu i morfiny.

Merklen (Paryż): *Obrzęk płuc i mocznicza.* Prelegent opisuje przypadek chorobowy, z którego można określić stosunek, zachodzący między zaburzeniami w krążeniu i niedomogą nerkową a ostrym obrzękiem płuc. Skutkiem grypy zaostrzyło się u chorego istniejące już przewlekłe zapalenie nerek; w przeciągu kilku dni wystąpiły dwa napady ostrego obrzęku płucnego, usunięte jednak upustem krwi, — trzeci napad położył koniec życiu. Wśród napadów nigdy nie stwierdzono osłabienia czynności serca. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono nerki marskie, lewą komorę serca przerosłą, ale nie rozszerzoną; płuca obrzękłe, tak samo i mózg. Drobnowidowo stwierdzono włókniste zmiany mięśnia sercowego z zwyrodnieniem ziarnistym i fragmentacją, zmiany, które przedtem klinicznie się nie zaznaczyły. Wobec tego nie można wziąć w rachubę owych zmian mięśnia sercowego, jako czynnika etyologicznego, przeciwnie zaś, obrzęk płuc i mózgu powstały jedynie skutkiem niedomogi nerek.

Dyskusya: Dieulafoy (Paryż): Ostry obrzęk płuc pojawia się czasami w przebiegu ostrego zapalenia nerek, nawet w zapaleniu nerek po płonicy, wreszcie także u ludzi, cierpiących na utajoną chorobą Brightha, nie uwydatniającą się szczególniejszymi objawami. Takich przypadków nie można obecnie wyjaśnić. Ważniejsze zmiany anatomiczne mogą nie zachodzić w sercu lub w tętnicy głównej, albowiem chorzy jeszcze przed napadem obrzęku płuc przychodzą do siebie. Najlepszym środkiem jest upust krwi. (C. d. n.)

IX. Wiadomości zawodowe i ogólnolekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Otrzymujemy następującą odezwe:

Do Szanownych Kolegów Lekarzy okręgowych.

W sprawozdaniu ze zgromadzenia Towarzystwa Samopomocy lekarzy, umieszczonem w Nr. 6 „Przegl. Lek.“, wyczytaliśmy „wniośki“, nadesłane przez Dra Łopaczyńskiego, a dotyczące stosunków lekarzy okręgowych. Komitet I. Zjazdu lekarzy okręgowych oświadcza, że Dr. Ł. w uczynieniu tych wniosków z nim się nieporozumiewał i że wystąpienie to Dra Ł. należy uważać jako krok, uczyniony na własną rękę, z którym Komitet, stosownie do uchwał, zapadłych na Zjeździe, solidaryzować się nie może. Komitetowi bowiem poruczone działać w imieniu wszystkich lekarzy okręgowych i to ściśle według uchwał, powziętych na Zjeździe; — pojedynczym zaś członkom polecono zwracać się ze swymi wnioskami i pracami do obranego Komitetu, któryby te wnioski należyście uwzględnił i z nich korzystał.

Do chwili ostatniej Komitet działa w duchu tych uchwał i wywiązuje się ze swego zadania należycie, o czem świadczą sprawozdania, umieszczone w „Przegl. Lek.“, oraz zabiegi, poczynione w ostatnich czasach, a mianowicie: wniesienie zbiorowych podań do Władz, t. j. Wys. e. k. Namiestnictwa, Wys. Wydziału kraj., oraz Wys. Sejmny krajowej.

O dokonaniu tych czynności Komitet zawiadamia Szanownych Kolegów, w celu zapobieżenia dalszemu czynieniu kroków ku poprawie stosunków lekarzy okręgowych. Wszelkie wnioski i prace w dalszym ciągu Komitet może przyjmować z zastrzeżeniem, iż te dopiero na II. Zjeździe mogłyby być roztrząsane. *Komitet.*

Zarząd Towarzystwa Samopomocy Lekarzy przysyła nam następującą odezwe z prośbą o ogłoszenie.

Koledzy! Towarzystwo Samopomocy Lekarzy, mające połączyć w jedną solidarną organizację wszystkich lekarzy z Galicyi, Szlązka i Bukowiny, zostało zawiązane i dotychczas zapisało się do niego około 300 członków. Jest to, bezwzględnie biorąc, liczba na początek bardzo pokaźna; zważywszy jednak, że Towarzystwo ma być związkiem zawodowym ogółu lekarzy, których jest blisko 1500 w trzech wymienionych krajach, stanowczo za mała. Ponieważ od kilku już lat nawoływały głosy publiczne, pochodzące właśnie ze sfer lekarskich, do niezbędnej poprawy bytu stanu lekarskiego, przeto przypuścić należy, że powodem, iż nie wszyscy jeszcze koledzy popiechli się w szeregi Towarzystwa, jest: u jednych — niedostateczne zrozumienie celów naszych; u drugich — umiemanie, jakoby zadaniu temu odpowiedzieć mogły istniejące już Izby i Towarzystwa lekarskie; u innych wreszcie — obawa, aby Towarzystwo Samopomocy nie konkurowało z tamtymi. Toteż Wydział Towarzystwa, pragnąc wyjaśnić wszelkie wątpliwości i rozwiać możliwe obawy, postanowił odezwać się raz jeszcze do ogółu kolegów.

Co do celów naszego Towarzystwa, trzeba zrozumieć i powiedzieć sobie jasno, że dziś strona czysto materialna, polegająca na zabezpieczeniu starości, albo wdów i sierot, nie może być głównem i jedynem zadaniem. Jest to cel dalszy, którego z oka Towarzystwo nie spuszcza i do którego dąży, ale na urzeczywistnienie potrzebuje dostatecznych fundusów, jakimi w pierwszym roku rozporządzać nie może. Wkładka uchwalona na początek w wysokości 1 korony miesięcznie, jest tak niską, że płacący ją nie może żądać wsparcia, bo gdzież jest takie towarzystwo ubezpieczeń, któreby za 12 koron rocznie podjęło się ubezpieczyć byt swemu członkowi lub jego rodzinie? O ustanowieniu większej wkładki mowy być nie mogło, bo czyż mamy prawo żądać od lekarza prowincjonalnego, który się z nędzą boryka, lub od młodego kolegi, wyrabiającego sobie dopiero praktykę, aby płacił, prócz podatków, jeszcze jakieś większe sumy do naszego Towarzystwa?

Ale i z tak małych wkładek, jeżeli tylko wszyscy solidarnie do Towarzystwa przystąpią, może po latach urósć kapitał, pozwalający już na pewne świadczenie. Przykładem niech będzie, że lekarze wrocławscy składają tylko po 8 marek rocznie, a jednak przez 25 lat istnienia swego Towarzystwa zebrali 72,000 marek, a wypłacili 63,000 w zapomogach członkom. Wynika stąd, że przez systematyczną i cierpliwą pracę da się wiele uzyskać, ale nie wolno nam oddawać się złudzeniu co do całkowitego dziś już i bezpośredniego

ubezpieczenia siebie i rodzin naszych. Jest to, jak powiedzieliśmy, jednym z celów Towarzystwa, ale kiedy do niego i na jakiej drodze dojdziemy, tego dziś przewidzieć nie można. Zależy to od wielu okoliczności i znów w pierwszym rzędzie od liczebnego udziału członków, a i sposobów jest kilka, nad któremi dziś już Wydział Towarzystwa się zastanawia i po dokładnem przestudowaniu podda pod obrady Walnego zgromadzenia.

Tak przedstawia się jedna strona działalności Towarzystwa Samopomocy. Ale zanim tamto da się urzeczywistnić, możemy już dziś zacząć skutecznie działać w innym kierunku, zmierzającym pośrednio do tego samego. I to jest drugim zadaniem Towarzystwa Samopomocy, na razie ważniejszym i pilniejszym, bo od razu dającym się wykonać.

Pod tym względem dążeniem naszym jest zapewnienie bytu lekarzom i ich rodzinom drogą pośrednią w ten sposób, aby lekarz sam z własnych dochodów mógł odłożyć pewien grosz zapasowy na czarną godzinę. Zadaniem naszym jest zapobiedz zwiększaniu się w zastraszający sposób proletaryatu lekarskiego, bo wtedy tylko coraz mniej będzie takich wdów i sierót, lub lekarzy emerytów, których zapomoga lub nędzna pensja emerytalna od głodowej ma ratować śmierci. Stać się to może tylko wtedy, jeżeli lekarz za długoletnie i kosztowne studia, za poświęcenie się zawodowi zmuszemu i niebezpiecznemu, za spieszanie bliźniemu z pomocą z narażeniem swego zdrowia i życia, będzie należycie nagradzany. Stać się to może tylko wtedy, jeżeli instytucje publiczne nie będą wyzyskiwać lekarza, placąc mu pensje tak niskie jak dzisiaj, a żądając wzamian pracy dniem a nocą, pełnej trudów i mokołu.

Zaiste niema stanu, któryby był tak humanitarny i pełnym poświęcenia dla drugich, jak lekarski; ale z drugiej strony żadna inna kasta społeczna nie jest tak niepraktyczną, tak niejako bojącą, czy wstydzącą się żądać należnego wynagrodzenia za swą ciężką pracę. W ten sposób uczy się społeczeństwo wyzyskiwać lekarza i nie spełniać wobec niego po prostu obowiązków, jako wobec bliźniego.

Aby temu raz kres położyć, zastanawia się właśnie Wydział Towarzystwa nad wnioskiem jednego z członków, czyby nie dało się przeprowadzić, aby Towarzystwo, idąc za przykładem organizacji lekarzy berlińskich, zajmowało się ściąganiem zaległych pretensyj od pacjentów na rzecz swoich członków.

Wieleż to zamożnych instytucyj wynagradza swego lekarza gorzej niż robotnika dziennego, a lekarz ten z całą świadomością, że jest wyzyskiwany, musi przyjąć posadę, aby tylko z głodu nie umrzeć. I tu znów Towarzystwu Samopomocy szerokie otwiera się pole do skutecznej działalności dla dobra wyzyskiwanych. Jednostka nie zmieniać nie zdola, bo jedynie w świadomej celu i solidarnie związanej organizacji spoczywa siła samoobrony. W tym kierunku może Towarzystwo samopomocy wywrzeć poważny wpływ na Izby lekarskie, może jako korporacja wystąpić wobec władz rządowych i autonomicznych, wobec wszystkich zresztą instytucyj, wyzyskujących dziś lekarzy, a te przecież więcej liczyć się będą z korporacją, występującą w imieniu kilkuset członków, niż choćby z najsluszniejszymi żądaniem jednostki.

Właśnie w tym celu rozpatruje obecnie Wydział Towarzystwa nadesłane przez kolegów wnioski, z których jedne zmierzają do polepszenia bytu lekarzy okręgowych, inne do zmian korzystnych w taryfie sądowno-lekarskiej; zastanawia się nad sprawą leczenia „gratis“ i sposobami ograniczenia go jedynie do prawdziwych biedaków, bada wreszcie kwestję konkurencji ze strony felczerów i partaczy, która głównie na prowincyi rozpowszechniona, ciężką szkodę lekarzom przynosi. Zaręczamy, że użyjemy wszystkich godziwych dróg i legalnych środków, byle tylko do wytkniętego dojść celu.

Ale najlepsze zamiary odniosą połowiczy skutek, jeżeli ogół kolegów tego nie zrozumie. Dla tego też zwracamy się do Was koledzy, którzy najbardziej odczuwacie oplakane warunki stanu lekarskiego, otrząśnijcie się z apatyj i z tego dziwnego pesymizmu, że już nic zrobić się nie da, i przyłączcie się do naszych usiłowań, do czego Was gorąco zapraszamy.

Zwracamy się i do Was, koledzy, którzy talentem i pracą wśród korzystniejszych warunków, zdobyliście sobie stanowisko niezależne i byt na zawsze zapewniony, prosząc Was, nie odsuwajcie się egoistycznie od wspólnej pracy dla dobra mniej szczęśliwych kolegów. Wszak tworzymy jedną wielką rodzinę, więc tym, co mają życie różnami usłane, nie godzi się zapominać o tyłu innych, którym źle i ciężko i zda się za ciasno na świecie.

Przystąpcie wszyscy bez wyjątku do naszego Towarzystwa, wspierajcie nas doświadczeniem i radą, przysyłajcie nam swoje skargi, wnioski i projekta, bo mamy przekonanie, że jeżeli wszyscy razem weźmiemy się do dzieła, zdołamy przeprowadzić to, co dziś niemożliwem wydaje się niemożliwem marzeniem.

I jeszcze słów kilka tym kolegom, którzy sądzą, że wobec Izby i Towarzystw lekarskich nowe Towarzystwo jest zbędne. Tamte istnieją już dawno, a mimo tego bieda daje nam się coraz bardziej we znaki. Widać więc, że potrzeba jeszcze jednego ogniska, zkadby wychodziła inicjatywa czynu. Potrzeba Towarzystwa, w któremby koledzy mogli śmiało i otwarcie wypowiedzieć co ich boli i czego im brak.

Towarzystwa lekarskie mają cele przedewszystkiem naukowe, Izby mają wytknięte ściśle i ustawa zakreślone ramy, nie mogą zatem ani jedne ani drugie zajmować się wielu sprawami, przekraczającymi ich zakres działania. Nasze Towarzystwo chce właśnie podjąć się tego wszystkiego, co tam zainicjowanem lub przeprowadzonym być nie może; nie chce ono bynajmniej podkopywać tamtych, lecz je niejako uzupełniać, a w niektórych stycznych punktach wspólnie z niemi pracować. A więc krzywdę czynią nam ci, co sądzą, że chcemy burzyć; — my chcemy zbudować gmach nowy obok dawnych, ale pragniemy, by udział w budowie wzięli wszyscy bez wyjątku koledzy, bo wtedy tylko będzie on silnym i trwałym.

Mamy nadzieję, że odezwa ta poruszy zwątpiałych i zbudzi ospałych, a oświetlając jaśniej cele nasze, przyczyni się do stworzenia pożytecznego dzieła, jakim będzie zorganizowany, solidarny, stan lekarski. Dzień, w którym to nastąpi, będzie dniem wielkim i ważnym, bo od niego zacznie się nowa era lepszej doli i szczęśliwej przyszłości.

Te motywa kazaly nam zwrócić się do Was raz jeszcze, Koledzy!

Za Wydział Tow. Samopomocy Lekarzy.

Dr. A. Langie sekretarz,

Dr. H. Jordan prezes.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 lutego 1901.

* Zwiedzanie urządzeń wodociągu krakowskiego na Bielanych przez grono członków Tow. lekar. krakowskiego odbyło się d. 21 bm. Ze stanowiska lekarskiego zwiedzanie to miało cel określony, mianowicie przekonanie się naoczne, o ile w budowie uwzględniono wymagania higieny. Owoż stwierdzono, że zbiorniki i studnie posiadają swój obszar ochronny tak zabezpieczony, że wszelkie zanieczyszczenie z terenu lub przez napływ jest absolutnie wykluczone.

Po powrocie podejmowano śniadaniem twórcę wodociągu krakowskiego, radcę Romana Ingardena, a w przemówieniach następnym wymierzono sprawiedliwość tym wszystkim, którzy poprzednio położyli rzetelne zasługi około budowy wodociągów krakowskich.

* Dr. S. Floersheim uprasza nas o ogłoszenie następującego pisma:

»Pracując od pewnego czasu nad badaniami z zakresu opoterapii nadnercza, specjalnie zaś nad zastosowaniem substancji nadnercza w wadach organicznych serca, byłym niezmiernie wdzięczny każdemu, kto by mi zechciał udzielić swoich spostrzeżeń w tym kierunku, mianowicie: stan serca i tętna, przed zastosowaniem nadnerczyny; następnie działanie na tętno po upływie 10 minut od zażycia suchego proszku nadnerczyny w ilości 0,20 grm., spożytego bez popicia płynem.« Adres Dr. Floersheima jest następujący: 218 East 46th St., New York N. Y., U. S. A.

* Biblioteka Tow. lekar. krak. otrzymała w roku bież. (1901) następujące dary:

1) Świeżna Akademia Umiejętności nadesłała dalsze tomy swoich wydawnictw, oraz ofiarowała 10 ostatnich roczników swoich »Biuletynów« (za uprzejmem pośrednictwem WP. Doc. Kopyry.

2) JWP. Dziekan prof. Wicherkiewicz, ofiarował kilkadziesiąt poszytów różnych czasopism i kilkanaście broszur.

3) Kol. Dr. Majewski złożył w darze 4 kompletne roczniki czasopisma »La Semaine médicale.«

4) Kol. prof. Dr. Ciechanowski ofiarował Bibliotece kilkanaście tomów różnych dzieł.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom za przesłane dary składam serdeczne podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński, Bibliot. Tow. lek. krak.

* Zarząd »Towarzystwa Samopomocy lekarzy« zawiadamia nas, że kol. Dr. Ściborowski ofiarował temu Towarzystwu list zastawny nie na 200 kor. jak było wydrukowano, lecz na 2000 kor.

* Zeszyty 9, 10, 11 i 12 Odczytów klinicznych obejmują

pracę Dr. Angelo Celli p. t.: „Malarya według najnowszych badań.“ Tłumaczenia dokonał Dr. W. Grostern.

* Komitet Gospodarczy IIIgo Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, mającego się odbyć 25—29 maja bież. roku, nadesłał nam program naukowych prac Zjazdu, który podamy do powszechnej wiadomości lekarzy polskich w Nrze następnym.

* Spolek českých lékařů na walnem zgromadzeniu d. 28 stycznia mianował członkami swymi prof. Kazimierza Kostaneckiego i Dr. Augusta Kwaśnickiego.

* W pruskiej Izbie Panów wniósł baron Maltzahn i towarzysze interpelację w sprawie wiwisekcyi, wzywając rząd do prawnej opieki nad zwierzętami. Walka przeciw wiwisekcyom w Prusiech występuje poraz pierwszy w tak dosadny sposób. Wołanie to o ustawową opiekę nad żabami i królikami schodzi się dziwnym trafem z wiwisekcyami wiadomościami z Chin, gdzie, jak wiadomo, batutą władza generał Waldersee, wysłannik Niemiec. Dzienniki niemieckie donoszą, że w myśl żądań areopagu posłów, wyrok śmierci, wydany na dygnitarzy chińskich i książąt krwi, którzy popierali walkę z najazdem europejczyków, wykonany zostanie w ten sposób, że dwóch będzie ściętych bezwzględnie, dwom innym wydany zostanie nakaz samobójstwa, a dla jeszcze dwóch rząd chiński uprasza o łaskę generała Waldersee'go, ażeby karę śmierci przez ścięcie, można było im zmienić na zaduszenie. Baron Maltzahn nie uważał za rzecz godziwą podnieść w swej interpelacji wiwisekcyi chińskich.

* Wrocław wprowadza instytucję lekarzy szkolnych. Od kandydatów wymagać się będzie kwalifikacji z zakresu higieny. Ma być 25 posad lekarzy szkolnych, z których każdemu przypadnie opieka nad 2000 uczniów. Przy wstąpieniu do zakładu, każdy uczeń ulegnie zbadaniu lekarskiemu: chorowici zostaną wpisani na osobną listę, przeznaczoną do notowania spostrzeżeń lekarskich; co miesiąc będą badani, a wynik badania zapisywany. Rodzice i nauczyciele będą uwiadomiani o tym wyniku badania; leczenie uczniów jednak nie będzie należeć do obowiązków lekarza szkolnego. Badanie budynku szkolnego ze stanowiska higieny odbywać ma lekarz szkolny raz na miesiąc. Płaca roczna lekarza szkolnego wynosić ma 600 mk. Lekarze szkolni podlegać mają lekarzowi miejskiemu, który przewodniczy na ich konferencyach i rozstrzyga w sprawach tej organizacji.

* Sekcyę zwłok Pettenkofera odbył prof. Bollinger. Prócz rany postrzałowej stwierdził Bollinger przewlekłe zapalenie twardej opony mózgu z jej zgrubieniem i przerostem; tętnice mózgowe większe i średnie silnie zwapniałe. Na 2 tygodnie przed śmiercią, Pettenkofer uległ posocznicy, mającej swe źródło w rozpadzie błony śluzowej jamy ustnej, co ostatecznie wpłynęło na pogniębienie umysłowe i jego fatalne fastepstwo.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwycz. patologii ogólnej Dr. Morpurgo mianow. został prof. zwyczajnym. Prof. nadzw. chirurgii Hochenegg mian. prof. zwyczajnym w Wiedniu. Prymaryusz szpitala powszechnego w Przemyślu Dr. Józef Madejski, otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

Nekrologia. Zmarli: Teodor Husemann, prof. farmakologii zmarł w 68 roku życia w Getyndze. A. H. Jacob prof. okulistyki, zmarł w Dublinie. R. B. Cole prof. ginekologii zmarł w San Francisco. A. Rocha prof. medycyny wewnętrznej zmarł w Coimbrze w 52 roku życia. C. J. Rossander prof. okulistyki zmarł w Szokolmie. Prof. Manassein, redaktor „Wraca“, zmarł w Petersburgu. d. 27 bm.

Zapiski bibliograficzne.

— *Medycyna* Nr. 8: Gaszyński: O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego, z przytoczeniem własnego przypadku (c. d.). Neugebauer: Krótka statystyka 37 operacji, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, dokonanej w celu usunięcia łagodnej natury nowotworów macicznych, mianowicie włókniaków lub mięśniaków lub włókniako-mięśniaków.

— *Przeгляд Dentystyczny* Nr. 1: Łepkowski: Nowy wyjałowiacz. Dzierżawski: Leczenie zgorzeli miazgi.

— *Gazeta Lekarska* Nr. 8: Gałeczki: O wartości nowej metody wykrywania cukru w moczu za pomocą tabletek nitro propioliowych. Bucelski: Czynniki wywołujące bezwład postępujący (dok.). Troczewski: Przyczynę do kazuistyki ropni wątroby pierwotnych pochodzenia nieurazowego (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 8: Weidenhoffer: Případ hromadné a nahodilé otravy atropinem. Mixa: Otrava kantharidami. Hüttel: Otrava bobulemi ruliku.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8: Walther-Petersen: Leczenie przepukliny uległej zgorzeli. Lubowski: Obecność prątki świńskiej róży w kale dziecka cierpiącego na żółtaczkę. Krause: Przyczynę kazuistyczną do nauki o ostrem zatruciu sublimatem. Joachimsthal: Leczenie szyi skośnej. Adler: Stosunek mózdzku do twardzieli (sclerosis) rozsianej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8: Pässler: Leczenie zapalenia płuc włókniakowego. Pott: Los dzieci, obciążonych kiłą dziedziczną. Wassermann: Przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdzia, udowodniony udaniem się czystych hodowli. Port: Wymagania władzy naczelną wypraw zamorskich w zakresie służby zdrowia. Dietrich: Jeszcze jeden przypadek niedrożności jelit, leczony atropiną. Müller: Przypadek otoku piersiowego, leczony cewką na stałe. Heimanu: O zmodyfikowanym otwartem leczeniu ran pooperacyjnych gałki ocznej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8: Stich: W sprawie oleju fosforowego. Krokiewicz: Rak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Fuchsig: Przyczynę do kazuistyki łuszczaków w jelitach. Wassermann: Doktorowie Jeż i Kluk-Kluczycki i nowy swoisty lek przeciwdurowy. Jeż: Odpowiedź na zarzuty Wassermanna. Kasso witz: Przeciwnicy leczenia fosforem.

— *La Semaine médicale* Nr. 6: Rendu: Dur brzuszny z pozorami zapalenia wyrostka robaczkowego. Operacja. Śmierć — Nr. 7: Jaquet: Przystawianie przetworów nieorganicznych żelaza i ich rola w leczeniu błędnic.

— *La Presse médicale* Nr. 15: Tuffier: Wyjaławianie roczynów kokainy. Lesné i Ravaut: Wskazówki, których dostarcza kryoskop i oznaczenie ilości chlorków na przebieg zapalenia surowiczo-włókniakowego opłucnej. — Nr. 16: Roger: Ospa w Paryżu: dlaczego epidemia nie wygasa? Merklen i Rabé: Miąższowe zapalenie mięśnia sercowego na tle gościcowem.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8: Landau: O nieznaney dotychczas postaci niedrożności ujścia macicznego śródpiersia. Flatau: Zastosowanie fonografu do patologii i terapii głosu. Gärtner: Odprowadzanie wód miejskich.

Redakcja otrzymała:

— Podręcznik histologii ciała ludzkiego. Praca zbiorowa wydana pod redakcją H. Hoyer'a; wydawnictwem kierował L. Dydyński. Warszawa 1901. Biernacki E.: O badaniu krwi we względnie praktycznym. Bregmann L. E.: 1) O padaczce. 2) Zur Klinik der Akromegalie. 3) Acute retrobulbäre Neuritis und Hysterie. 4) Ueber die electriche Entartungsreaction des M. Levator palpebrae superioris, nebst einigen Bemerkungen über eine isolirte traumatische Oculomotorius und trochlearis Lähmung. Sternfeld: Die Chinasäure, ein neues Heilmittel gegen Gicht.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dn. 6-go marca, o godz. 6-tej wieczorem, w sali wykładowej prof. Szajnochy, posiedzenie zwyczajne, na którym 1) kol. Gliński demonstrować będzie preparaty z zakresu anatomii-patologicznej; 2) kol. prof. Kostanecki przedstawi i omówi przypadek przepukliny udowej prawej i przepukliny pachwinowej skośnej lewej u mężczyzny 50-letniego; 3) kol. prof. Bujwid mówić będzie „O wynikach badania mleka krakowskiego na gruźlicę.“

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Pomiędzy naturalnymi wodami szczawowymi zajmuje

Woda
Krondorfska
alkaliczna
szczawa podług analiz
naszych pierwszych powag
jakościowo naczelnę miejsce.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny.

Perlberger Schenker, Kraków, Poselska 16.