

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIÓŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się z Dr. Fr. Chłapowskiego, Dr. T. Drobnika, Dr. A. Jaruntowskiego, radcy Dr. Koehlera
Dr. J. Panieńskiego, Dr. Święcickiego z Poznania,
Dr. L. Szumana z Torunia i Prof. Dr. Wicherkiewicza z Krakowa.

BIURO REDAKCYJNE:
znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, Dra Franciszka Chłapowskiego,
w Poznaniu, ul. Wiktoryi 27.

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:
u członka komitetu red.
Dr. Tomasza Drobnika w Poznaniu,
św. Marcin 74.

Przedpłata: którą przyjmują: Dr. Tomasz Drobnik w Poznaniu, św. Marcin Nr. 74,
księgarnie: Krzyżanowskiego w Krakowie; Wendego i Sp. oraz Gebethnera & Wolffa w War-
szawie, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niem., wynosi:
rocznie: w Niemczech 12 m., w Austrii 7 zlr., w Król. Pol. i Rosyi 6 rs., we Francyi 15 fr.,
półrocznie: w Niemczech 6 m., w Austrii 3,50 zlr., w Król. Pol. i Rosyi 3 rs., we Francyi 7,50 fr.

A. Prace oryginalne.

O przewlekłym zaparciu stolca.

Podał

Dr. Franciszek Zakrzewski z Poznania.

«C'est à la cause qu'il faut s'attaquer, comme à l'épine.»
Trousseau.

W obec rozstrzelenia się pracy lekarskiej na tyle nieomal specjalności, na ile przyrządów ciało ludzkie się dzieli, na szczególną uwagę zasługują te cierpienia, które nam przypominają ścisłą, nierozzerwalną dla nauki jedność całego ustroju, jako i wzajemne oddziaływanie na siebie poszczególnych narządów. — Do cierpień takich, z którymi muszą się liczyć wszyscy lekarze, zajmujący się praktyką, czy to ogólnie praktykujący, czy specjaliści, należy przewlekłe zaparcie stolca; ono jak nie czerwona wplata się w patologią nieomal wszystkich narządów, na jego tle powstają cierpienia najróżnorodniejsze, które chorych prowadzą nieraz od lekarza domowego z kolei do najrozmaitszych specjalistów. A jednak cierpienie to zaniedbanem jest tak w swem znaczeniu patologicznem, jak i mianowicie w leczeniu odpowiedniem. Pochodzi to z tak powszechnej skłonności ducha ludzkiego, niezdawania sobie sprawy dostatecznie z powszednich objawów

życia (dla lekarza zaparcie przewlekłe należy do spraw powszednich, a w dodatku bardzo nudnych) — jak też i z trudności stawienia przyczynowego rozpoznania przewlekłego zaparcia. — Z umysłu nie używam nazwy *habitualne* czyli *na w y k o w e* zaparcie, gdyż przyszedłem do przekonania, że nazwa ta daje powód do jednostronnego i szablonowego traktowania sprawy, zależnej od najróżnorodniejszych powodów. *To, co autorzy rozmaici nazywają zwykle habitualnem zaparciem, jest tylko jedną z form przewlekłego zaparcia.*

Mówimy o zaparciu przewlekłym naówczas, kiedy od miesięcy i lat wydalanie kału następuje w odstępach czasu dłuższych niż 4 dni,¹⁾ samodzielnie, lub wogóle tylko sztucznie spowodowanem bywa. Ogólne to określenie przewlekłego zaparcia podlega, jak się przekonamy później, pewnym modyfikacyom, gdyż pomimo codzienne wypróżnienia, a nawet pomimo rozwolnienia, może istnieć zaparcie stolca.

Nie mamy racyi mówić o zaparciu, jeżeli wypróżnienie kału nie następuje codziennie (co sensu strictiori należy do normy), lub co drugi, co trzeci, a nawet i co czwarty dzień. Podług zdania *Nothnagla i Leichtensterna* dłuższych wahań się w oddawaniu kału nie można uważać za fizyologiczne — osobniki, które oddają kał w dłuższych odstępach czasu, zwykle już jakieś nie-normalne przedstawiają warunki.

Przekonanie, że wypróżnienia powinny się odbywać co 24 godzin, niestety jest jeszcze bardzo rozpowszechnione — i niejednokrotnie zabiegi czynione w celu »uregulowania stolca« przez rzekomo chorych, a nawet i przez lekarzy, sprowadzają dopiero na dobre zaparcie przewlekłe. Zabiegi te często niestety rozpoczynają się już w wieku niemowlęcym; jeżeli dziecko, dzięki nieodpowiedniemu pokarmowi, zaczyna mieć stolce twarde, lub jeżeli automatyczne z natury ruchy kiszek działają wolniej i rzadziej.³⁾

W dalekiej drodze od zębów aż do odbytu, tyle złożonych odbywa się procesów, że dziwić nas nie mogą częste przeszkody i zaburzenia w wytwarzaniu się kału i w wydalaniu takowego. — Dla lepszego zrozumienia powodów zaparcia przewlekłego niech mnie będzie wolno przypomnieć pokrótce najważniejsze odnośne dane fizyologiczne i anatomiczne.

Pod warunkami fizyologicznymi miazga pokarmowa zmieszana z sokami trawiennymi z jednej strony, z drugiej z produktami chemicznymi, powstającymi z rozkładu pokarmów pod wpływem soków trawiennych i bakterji (fermentacją kwasu mlecznego, węglowodanu, gnicie ciał białkowych, tworzenie się lotnych kwasów tłuszczowych sprowadza dzisiejsza nauka na działanie bakterji mianowicie *bacterium coli commune* i *bacterium aerogenes*⁴⁾, stanowi bodziec, który odruchowo powoduje prerystaltykę. Ta czynność ruchowa kiszek odbywa się w kształcie regularnych skurczeń mięśni gładkich jelit. Skurczenia te odbywają się przeważnie równocześnie w kilku rozmaitych częściach jelita i posuwają się ku dołowi. Typowe poruszenia perystaltyczne mają miejsce mianowicie w jelicie cienkim, przez które treść przechodzi szybko, gdyż w przeciągu 6—8 godzin (*Nothnagel*) — przez kishkę zaś grubą w czasie 20—24 godzin. Najszybsze poruszenia odbywają się w dwunastnicy i w początku jejunum. Pominąwszy wstąpienie treści żołądka do jelita, przyczynia się w znacznej mierze do pobudzenia szybkich poruszeń w tych miejscach przy wpływie żółci i soku trzustki.

Powstanie normalnej perystaltyki sprowadzić trzeba na oddziaływanie pierwiastków nerwowych, zawartych w plexus myentericus Auerbachii i w splotach Billrotha - Meissnera w błonie podśluzowej. Dalej system mózgowo-rdzeniowy wywiera znaczny wpływ na poruszenia jelit. Podrażnienie nerwu błędnego powoduje lub wzmacnia poruszenia w całym jelicie cienkim i w górnej części jelita grubego; przeciwnie zaś podrażnienie nerwu trzewiowego (n. splanchnici) wstrzymuje poruszenia (Pflüger). Dla dolnej części kiszki grubej i dla kiszki prostej mieszczą się włókna hamujące i pobudzające w nerwach współczulnych, które wychodząc z rdzenia, przechodzą przez powrozek graniczny (Grenzstrang) i zespalają się w plex. mesenter. infer. i w plex. hypogastricus. Dla nerwów, które zaopatrują najniższą część kiszki prostej i które biorą udział w czynności defekacji wykazał Goltz ośrodek w rdzeniu lędźwiowym. Anemia jelita zmniejsza i osłabia poruszenia; przekrwienie zaś, czy to żyłne, czy to tętnicowe, również nagromadzenie się kwasu węglowego podwyższa czynność jelit.

Głównym zbiornikiem kału jest zagięcie esowate i górna część kiszki prostej; ztąd kał przechodzi do t. zw. ampuły i powoduje tu to osobliwe poczucie, które napomina do oddania kału. Odruchowe skurcze mięśnia levatoris ani wysuwają słupek kału do zwieracza i przewyciężają opór takowego. W wydalaniu kału ważny bierze udział tłocznia brzuszna (działanie przepony i ścianek brzusznych z jednej, ciśnienie organów brzusznych z drugiej strony, to ostatnie wzmacnia się od góry ku dołowi, do czego przyczynia się też lejkowaty kształt jamy brzusznej.⁵⁾ Czynniki te, zdaniem mojem, mają dla czynności ruchowej i górnej części jelit niewątpliwe znaczenie. Ścianki brzuszne stanowią łożysko, na którym podczas perystaltyki opierają i poruszają się jelita, jak śruba na murze.⁶⁾ p. 4.

Jak znacznie wzmacnia się ciśnienie we wnętrzu jelit przez tłocznję brzusznią, tego dowodzą ważne w tym względzie doświadczenia Schwerta.⁷⁾ Podczas pionowej, spokojnej pozycji wykazywał manometr wodny ciśnienie 39 cm. — przy nieznacznem użyciu tłoczni brzusznej podnosiło się ciśnienie na 61 cm. przy energicznem zaś działaniu na 88 cm. — a zatem podnosiło się ciśnienie przeszło o połowę!

Poruszenia przepony, spowodowane normalnem oddychaniem, działając jako masaż naturalny ua wnętrzości, przyczyniają się niewątpliwie do lepszego przerabiania miazgi pokarmowej, jak i do posuwania się tejże. — Wpływ dodatni poruszeń dosadnich przepony na czynność ruchową żołądka ogólnie jest przyznany (Boas).⁸⁾ Działaniu zaś tłoczni brzusznej na posuwanie się i wydalanie kału, autorowie mało bardzo przypisują znaczenia — zdaniem mojem niesłusznie.

Przeciętną ilość kału podaje Pick l. c. p. 5. na 150 gr., Leichtenstein l. c. na 120—180. Liczby te tylko w przybliżeniu są dokładne, gdyż wiemy ze spostrzeżeń Voita, że nawet w czasie absolutnego głodu, wydzielanym bywa t. zw. »kał głodowy« (niezliczona ilość drobneustrojów, odtrącone nabłonki) i to w znacznej ilości. Z tego powodu z ilości spożytych pokarmów i z ilości oddanego kału nie możemy wyciągać pewnych wniosków o wystarczającym wypróżnieniu.

Kał mniej więcej w $\frac{3}{4}$ składa się z wody (Pick l. c) — obniżenie się tej tak znacznej zawartości wody w kale ważną odgrywa rolę w powstaniu niektórych form zaparcia przewlekłego. Największa część jednakże wypadków zaparcia przewlekłego w ostatniej instancji spowodowana jest osłabieniem lub zleniwieniem perystaltyki. Wszystkie zatem czynniki, które je powodują, są zarazem powodem zaparcia. Ilość tych przyczyn jest nadzwyczaj wielka — często kilka momentów składa się na osłabienie perystaltyki; niemożliwą czasem rozstrzygnąć, który za pierwotny i najsilniej działający uważać należy.

Powody zaparcia przewlekłego można podzielić na dwie grupy: 1) powody zewnętrzne, leżące poza granicami organizmu, 2) powody wewnętrzne, pochodzące z organizmu samego. Do pierwszej grupy należy przede wszystkim jakość i ilość pożywienia, włącznie płynów. Czynniki ten przy osądzeniu powstania zaparcia przewlekłego wogóle bywa za mało uwzględniony. Pożywienie przeważnie mięsno-białkowe wytwarza co do objętości małą ilość kału i zbyt mało substancji, pobudzających czynność jelit. Ciężkie zaś pożywienie roślinne, które początkowo drażni mechanicznie jelita — po jakimś czasie stać się może powodem przewlekłego zaparcia, bądź to dla tego, że jelita przywykają do tego silnego bódźca, bądź to z powodu znużenia odnośnych ośrodków ruchowych.

Częste niesadośćuczynianie pobudce natury do oddania kału, czy to z wygody, czy ze względu fałszywego wstydu, co u kobiet niestety tak często ma miejsce — sprowadza nieraz zaparcie przez stopienie pobudliwości z jednej strony, a z drugiej przez wytwarzającą się skutkiem długiego zatrzymywania się kału atonię ampuly. Do najpopularniejszych powodów zaparcia przewlekłego należy siedzący sposób życia. Nie sam jednakże brak ruchu powoduje zaparcie stolca; u chorych leżących długi czas po operacjach, widzimy bowiem nieraz zupełnie regularne wypróżnienia. Skutkiem długoletniego, zawodowego braku ruchu, krążenie krwi staje się powolniejsze, zawartość krwi w jelitach mniej energicznie podlega zmianom, które to właśnie silny stanowią bodziec dla perystaltyki (Nothnagel) l. c. p. 25. (Schiff Donders). Leichtenstern l. c. p. 502. Prócz tego oddychanie, poruszenia przepony stają się powierzchowne — co też pociąga za sobą tak pod względem chemicznym, jak i mechanicznym leniwszą przemianę materii — powolniejsze posuwanie się kału, (cfr. odnośne uwagi fizjologiczne.) W kilku przypadkach przewlekłego zaparcia stolca, które obserwowałem, podpadł mi nadzwyczajnie powierzchowny oddech i towarzyszące mu małe poruszenia przepony. Zalecona przezemnie w tych wypadkach systematyczna gimnastyka płucna korzystny dała wynik. Na czynnik ten, o ile z odnośnej literatury przekonać się mogłem, mało dotychczas zwracano uwagi.

Lokalne higieniczne warunki nieraz stają się powodem zaparcia przewlekłego — mianowicie brak dobrej wody do picia. Według Picka³⁾ l. c. p. 197, w okolicach ze złą wodą do picia częściej się napotyka zaparcia przewlekłe niż w okolicach, gdzie jest woda dobra.

Częściej niż w czynnikach zewnętrznej natury szukać trzeba przyczyny przewlekłego zaparcia w organizmie samym. Z klinicznego punktu widzenia formy te zaparcia podzielić trzeba a) na zaparcie, które jest objawem lub skut-

kiem pewnych zaburzeń organizmu — b) na zaparcie, jako chorobę samoistną, lub pozornie samoistną.

Często mechaniczne przeszkody są powodem zaparcia przewlekłego, n. p. guzy i nowotwory w jamie brzusznej w ogóle, w jelitach w szczególności i wynikające ztąd zwężenia, przerost gruczołu krokowego, dyslokacje macicy i t. p. Niewłaściwe zachowanie się kobiet w czasie ciąży i w okresie popołożowym (nadużywanie środków czyszczących, niezwracanie uwagi na stan ścian brzusznych, przedwczesne wstawanie po położu (ważnym i częstym bywa powodem przewlekłego zaparcia. Jeżeli ciąża i okres popołożowy stanowi punkt wyjścia zaparcia przewlekłego, z którym chore wojują całe życie, to albo jelita popadły w stan zwiotczenia i rozstrzeni, który się nie da usunąć, albo ścianki brzuszne straciły swą normalną elastyczność i napięcie — lub też jedno i drugie ma miejsce. Obrażenia podskórne mięśni tworzących dno miednicy, mianowicie ściągacza odbytu (levator ani), które, jak S c h a t z zakonstatował, powstają w czasie porodu, stają się podług P i n k u s a ⁹⁾ powodem zaparcia tym sposobem, że skurczenia odruchowe zbliżonego mięśnia zbyt są słabe, by kał wycisnąć z odbytnicy. Tę formę zaparcia nazywa Pinkus: constipatio myogenita s. muscularis chronica. Osłabienie mięśni dna miednicy powstać może również: z nadmiernego podrażnienia osrodków płciowych (przez onanię, przez coitus reservatus). Ta w powodach swoich nerwowa forma zaparcia, klinicznie przedstawia się jako mięśniowa. — Fisury w odbycie i w dolnej części kiszki odchodowej, również i hemoroidy z powodu bolesności przy oddawaniu kału, mogą się stać powodem przewlekłego zaparcia.

Z chorób żołądka n a d k w a s o t a, spowodowana kwasem solnym, często pociąga za sobą przewlekłe zaparcie stolca — z tego też powodu przy wrzodzie chronicznym żołądka, któremu zwykle towarzyszy nadmierna kwasota, tak uporczywe bywają obstrukcje. Przeciwnie zaś obniżenie kwasoty, lub brak zupełny kwasu solnego w niektórych wypadkach ten sam skutek miewa. Również przy atonii i rozstrzeni żołądka mamy do walczenia z zaparciem przewlekłym. Dalej wszystkie te choroby chroniczne przewodu pokarmowego, które zmniejszają lub zupełnie wstrzymują przypływ żółci do jelita, powodują przewlekłe zaparcie. Wspomnieć tu też należy o otruciach przewlekłych n. p. ołowiem, nikotyną, które powodują zaparcie stolca.

Co do zachowania się stolca w nieżyłcu przewlekłym kiszek, zdania autorów bardzo są podzielone, N o t h n a g e l (l. c.) najpoważniejszy znawca tych spraw, ostrzega przed rozpowszechnionem ogólnie zdaniem, że nieżyt chron. kiszek jest częstym powodem zaparcia przewlekłego. Zmiany bowiem anatomiczne, powodujące i charakteryzujące nieżyt chroniczny kiszek bynajmniej nie zawsze pociągają za sobą leniwą perystaltykę. Niedozwoloną przeto jest rzeczą, jak się to dzieje często w praktyce, w razie przewlekłego zaparcia rozpoznawać bez wszystkiego nieżyt chroniczny kiszek i posyłać chorych do Marienbadu, Karlsbadu i t. p.

Z chorób płuc mianowicie r o z e d m a (emphysema) utrudnia oddawanie kału, przy tuberkulozie płuc bardzo obfite poty nocne przyczyniają się do zbytniego wysuszenia kału i tem utrudniają nieraz wydalanie jego. Cierpienia serca, wątroby (pominąwszy wstrzymanie wydzielania się żółci), nerek o tyle usposabiają

do zaparcia przewlekłego, o ile zastój krwi w naczyniach krwionośnych błony śluzowej kiszek, jako i zastój w dziedzinie żyły wrotnej, działa tamująco na perystaltykę. Zaparcie przewlekłe jednakże nie jest stałym objawem w sprawach zastojowych. — Zapalenie otrzewny tak ograniczone jak i ogólne może w swych następstwach spowodować zaparcie przewlekłe — pierwsze skutkiem powstających zrostów i zlepow, drugie nadto jeszcze i przez współdziałanie mięśni jelit w zapaleniu błony surowiczej brzucha. Często zaparcie przewlekłe bardzo uporczywej natury powstaje po chorobach ostrych, w czasie których bądźto podwyższona temperatura (Bokai), bądź to toksyny¹⁰), bądź to zmiana pożywienia powoduje zaparcie. To ostre na razie zaparcie w czasie zdrowienia ustępuje powoli przy dyecie odpowiedniej, jeżeli chory ma cierpliwość, a lekarz ordynujący i cierpliwość i znajomość rzeczy. Jeżeli zaś nadużywają lub niepotrzebnie używają środków czyszczących, które nadwątloną siłę ruchową kiszek osłabiają bardziej jeszcze, wtedy wytworzy się istotne przewlekłe, trudne do wyleczenia zaparcie.

Ogólnie znanem jest zaparcie przewlekłe, towarzyszące zachorzeniu centralnego systemu nerwów (hydrocephalus chron. guzom mózgowym, apopleksji, chorobom rdzenia). Choroby nerwowe wogóle licznego dostarczają kontyngensu do zaparcia chronicznego. Trudno wyliczyć tu wszelkie powody i możliwości, które w obronie kalejdoskopicznym chorób nerwowych funkcjonalnych wchodzi w rachubę. Przeważnie rozchodzi się i tu jak i w innych wypadkach o nieuregulowaną i niewystarczającą perystaltykę — u neurasteników jednakże przyczyniać się może do przewlekłego zaparcia, o czem się przekonałem w 4 przypadkach z praktyki mojej, podwyższone wessanie płynów z kiszek, wysuszeniem kału. Powyższą tę resorbeyę uważać należy za skutek podrażnienia rdzenia i mózgu (Arndt).¹¹)

U 4 powyżej wspomnianych chorych wzmożona ilość normalnej zresztą uryny 3—3½ litr. na dobę przy normalnem użyciu płynów, była wyrazem wzmożonej znacznie resorbeyi. U neurasteników, cierpiących na przewlekłe zaparcia, obserwowana ilość uryny, ważną więc być może wskazówką do leczenia. Do małej z pewnością liczby neurasteników spostrzeżenia te dadzą się zastosować, gdyż przeważnie mamy do czynienia z ogólnem wyczerpaniem i z atonią kiszek, towarzyszącą takowemu.

Cierpienia nerwowe, które powodują przewlekłe zaparcie stolca są niejako mostem do form samoistnego zaparcia stolca, które autorzy zwykle nazywają zaparciem habitualnem, nawykowem. Często bowiem skłonni jesteśmy rozpoznawać samoistne zaparcie przewlekłe, gdzie takowe tylko jest objawem neurastenii. Jeżeli wogóło skłaniamy się do uznania teorii Bonvereta i Dunina¹²), że hypochondrya jest powodem zaparcia habitualnego, a tak hypochondrya jak i zaparcie habitualne objawem neurastenii, to z drugiej strony wyznać musimy, że przecież zaparcie przewlekłe napotykamy też u osób najzupełniej nie nerwowych i zupełnie zdrowych. Wobec różnorodności i rozmaitości powodów przewlekłego zaparcia nieuchodzi stanowczo bezstronnemu lekarzowi w każdym chorym skarżącym się na zaparcie stolca rozpoznawać neurastenika lub histeryczkę.

Istnieją formy samoistnego zaparcia przewlekłego, które nie jest ani wynikiem ani objawem innej choroby lecz właściwą istotą cierpienia.

W pierwszym rzędzie do przypadków samoistnej, pierwotnej koprostazy te zaliczyć należy, w których rozchodzi się o jakieś, że tak powiem, nienormalne nastawienie nerwów regulujących perystaltykę. Zatrzymanie się kału przy tej formie zaparcia przewlekłego bywa zawsze ograniczane na kishkę grubą. Obdukcye okolicznościowe, nie wykazały w takich przypadkach żadnej podstawy anatomicznej (Nothnagel). Na szczególną uwagę zasługuje wynik sekcji publikowany przez Emminghousa.¹² U chorego, który cierpiał 25 lat na uporczywe zaparcie stolca, znaleziono nerw trzewiowy (n. splanchnicus) zwyrodniały.

W innych przypadkach samoistnego zaparcia przewlekłego nie w nerwach, lecz w mięśniowym układzie kishki grubej (Nothnagel l. c.) znajduje się przyczyna. Rozchodzi się tu o atonię kishki w dawnym tego słowa znaczeniu, o atonię, o której Troussseau¹⁴, jako o najczęstszym powodzie zaparcia przewlekłego wspomina. Ta słabość mięśni jelita grubego niezależną zupełnie być może od stanu mięśni szkieletu. Osobniki o najslabszych mięśniach szkieletu mogą mieć wypróżnienia zupełnie regularne, przeciwnie zaś ludzie silni cierpieć mogą na uporczywe zaparcie stolca. Rozumie się, że zanik mięśni jelita, który powstaje skutkiem innych zachorzeń (nieżyty przewlekłego, rozstrzeni, jak i rzadkiego bardzo zwyrodnienia tłuszczowego u suchotników, pijaków nałogowych) działa bardzo ujemnie na perystaltykę. Bardzo mała jednakże ilość pierwotnego zaparcia spowodowaną jest zachorzeniem mięśni jelit. Przy bliższej, ściślejszej analizie samoistne zaparcie okazuje się objawem cierpienia nerwowego, a mianowicie neurastenii — o czem już powyżej była mowa.

Za przyczyny samoistnego tak zwanego zaparcia habitualnego uważano często przyrodzoną zmianę w położeniu kishki, spowodowaną zbytnią długością, lub krótkością trzewiu (Voetsch).¹⁵ Leichtenstern (l. c.) przyznaje możliwość tego w niektórych przypadkach, zmodyfikował jednakże znaczenie przypisywane tym anomaliiom; tymczasem Glénard¹⁶ znów przypisuje osobliwej nabytej zmianie w położeniu części poprzecznej okrężnicy, niewłaściwe znaczenie w powstaniu zaparcia samoistnego. Znana ogólnie teoria Glénarda, nad którą nie tutaj miejsce się rozwodzić, wielu znalazła zwolenników, lecz i nie mniej przeciwników. (Bądź co bądź zdobyła sobie nauka Glénarda o enteroptozie, z pewnemi zmianami pod względem klinicznym i anatomicznym prawo obywatelstwa w patologii organów brzusznych, jako obraz dość ściśle zcharakteryzowany.) Co zaś się tyczy kwestyi, która nas z teorii Glénarda głównie interesuje, o ile choroba t. zw. Glénarda stać się może powodem zaparcia przewlekłego, uprzytomnić sobie trzeba, że zmiany w położeniu okrężnicy (M) nie należą wcale do rzadkości i że silne nawet zagięcia i zmiany w położeniu kishki grubej nie potrzebują hamować posuwania się kału. Bardzo też często odwrotnie zboczenie w położeniu kishki grubej spowodowane bywa nagromadzeniem się kału skutkiem leniwej perystaltyki.

Poruszyłem pokrótce najważniejsze powody zaparcia przewlekłego i wiążące się z niemi teorie; trudno w ramach tej pracy wyczerpać wszystkie i kry-

tycznie oświecić. Każdy doświadczony praktyk niezawodnie ten i ów powód zaparcia przewlekłego przytoczyć jeszcze zdoła.

Przejdźmy teraz do ocenienia skutków zaparcia przewlekłego, które wogóle mocnej podlegają przesadzie. Żadne z pewnością cierpienie nie działa tak na wyobraźnię ludową i nie daje tyle pola do działania szarlatanów patentowanych i niepatentowanych najrozmaitszego gatunku, jak zaparcie przewlekłe. — Nasamprzód dla wyjaśnienia sytuacji zakonstatować trzeba, że nieraz przy bardzo długo trwałym zaparciu żadnych nie spostrzegamy zaburzeń. Znam 50-kilkoletniego mężczyznę, który przez nadużywanie środków czyszczących po ciężkiej żółtacze, przebytej lat temu osiem, nabawił się tak uporczywego zaparcia, że tylko co 3—4 tygodni raz miewa wypróżnienie kału i to w stósunku niewielkiej ilości. Przez cały czas pomiędzy wypróżnieniami czuje się zdrowy zupełnie, ma apetyt mierny, jest szczupły lecz silny i zdolny do pracy. Kiedy nadchodzi pora wydalenia kału, czuje się nieswój, doznaje ciśnienia w głowie (poczucie obręczy), traci apetyt, używa wtedy 1 pigułki szwajcarskiej Brandta, poczem wkrótce ma wypróżnienie. Tego dnia czuje się słaby; to uczucie słabości ustępuje po 2—3 dniach. (NB. Osobnik ten ma zwykle podwyższoną ilość uryny, nieznosi napoi alkoholycznych.) Podobnych kuriosów Leichtenstern wymienia w swej pracy cały poczet. Często spotykamy ludzi, którzy miewają stolec tylko co 4 lub 5 dni, a przytem czują się zupełnie zdrowi. Zazwyczaj jednakże wskutek dłuższego zatrzymania się kału występują zaburzenia, przeważnie nieznaczne (ból głowy, poczucie pełności i ciśnienia w brzuchu, zmniejszenie apetytu, odbijanie, smak niemiły w ustach), u osób starszych jednakże, mianowicie z upośledzoną czynnością serca łatwo stę wytwarza meteorizm, z objawami ucisku płuc i serca. Ale i u osób młodych uporczywe zaparcia mogą się stać powodem zaburzeń znamienych, wyjątkowo natury niebezpiecznej — a wtedy zwykle lokalnej — owrzodzenia błony śluzowej, podrażnienia lokalne otrzewnej z następczymi zrostami).

Do bardzo bolesnych następstw długotrwałego zaparcia należy morzysko (colica stercoralis). Boleści w tych razach bywają nieraz tak silne, że powodują zemdlenia; jeżeli podane środki czyszczące nie spowodują stolca, wtedy powstać może położenie rzeczywiście groźne z wyraźnym zapadem i z wymiotami tak, iż myśleć można o zagłobieniu się kiszki (ileus). Ewald (l. c. p. 7) opisuje dwa przypadki śmierci u mężczyzn 70-kilkoletnich z powodu 6—8 dni trwającego zaparcia stolca.

Ważnym, ze względów rozpoznawczych, następstwem zaparcia przewlekłego jest utworzenie się tak zwanych guzów kałowych, które dojść mogą do rozmiarów zdumiewających (15 funtów wagi). Tworzą się tylko w kiszce grubej — najczęściej w t. zw. ampuli, w kątnicy i zagięciach okrężnicy. Do powstania ich zresztą nie zawsze potrzeba zupełnego zaparcia; wytworzyć się też mogą przy niedostatecznych wypróżnieniach (zaparcie stolca kumulatywne Fielda). Dwa przypadki publikowane przez Hofmokla,¹⁷⁾ w których rozpoznano nowotwory, a gdzie przy operacji rozpoznano guzy kałowe, dowodzą ważności rozpoznawania takowych. Autor ten uważa możliwość wciśnięcia powierzchni guza za najważniejszy, nawet za nieomylny objaw rozpoznawczy.

Do następstw przewlekłego zaparcia stolca należeć też mogą krwawice (hemoroidy). Piek (l. c. p. 80) do najczęstszych powodów takowych zalicza przewlekłe zaparcie stolca. Z jednej strony ciśnienie wywierane przez zbite masy kału na żyły hemoroidalne — z drugiej strony często się powtarzające parcie tłoczni brzusznej i mięśni odbytu powodują zastój w splotach żył hemoroidalnych.

Przypisywano zaparciu przewlekłemu powstanie chorób najrozmaitszych, jak tyfusu, cholery, pyemii, różnych cierpień mózgowych (Voetsch l. c. w r. 1874), a Feyat¹⁸⁾ w r. 1890 jeszcze twierdził, że większa część chorób umysłowych spowodowaną bywa uporczywym zaparciem przewlekłym. Największa część lekarzy chyba rozstała się z tego rodzaju pojęciami, które kwintesencją działania leczniczego streściły w zasadzie »qui bene purgat, bene curat«.

Pokróćce wypada też tutaj poruszyć sprawę tak zwanej »gorączki kałowej« (Kothfieber) — (Verneuil, Winckel, Périer), o której wykazał Küstner¹⁹⁾, że nie zaparcie jako takie było jej powodem, lecz, że zbite masy kału ułatwiają skutkiem ciśnienia wessanie małych ognisk ropnych po połogach i po operacjach w obrębie miednicy.

Wpływ zaparcia przewlekłego na powstanie chorób kobiecych, a mianowicie na zboczenia w położeniu macicy przez najpierwszych ginekologów (Schultze) jest uznanym. Wild²⁰⁾ w spostrzeżeniach swoich o wpływie przewlekłego zaparcia stolca na powstanie chorób kobiecych przychodzi do wniosku, że z jednej strony wielka część chorób kobiecych da się wyleczyć li tylko przez osiągnięcie normalnej czynności kiszek — a że z drugiej strony nie można uważać zachorzeń organów kobiecych za wyleczone, jeżeli zaparcie stolca ma miejsce. Tyle o skutkach, względnie następstwach zaparcia stolca przewlekłego natury lokalnej.

W całym szeregu objawów nerwowych, począwszy od zawrotu i bólu głowy, a kończąc na psychozach, jak już napomknąłem powyżej, wielu autorów widzi następstwa natury ogólnej zaparcia stolca. Różne w tym względzie powstały teorie — na pierwszym planie stała teoria o samootruceniach, spowodowanych rzekomo wessaniem gazów szkodliwych (Senator) i ptomain, które mianowicie przez zaparcie przewlekłe miało być ułatwionem. Badania Boucharda²¹⁾ i Dunina (l. c.) wykazują jednakże, że trujące ptomainy kałowe, które bywają wessane i przez mocz oddane, tylko przy zatrzymaniu się kału płynnego obficie wytwarzać się mogą. O ile aromatyczne produkta, wzmagające się przy zaparciu przewlekłym, które w moczu pojawiają się jako skojarzone kwasy eterosiarczane przyczyniają się do objawów nerwowych, jest rzeczą nierozstrzygniętą dotychczas. W tych razach więc nie możemy zaprzeczyć wpływu zaparcia na tak zwane samootrucenie. Co do powstania hypochondryi i psychoz, można powiedzieć na podstawie wiedzy dzisiejszej, że u normalnych skądinąd osobników, zaparcie samo przez się nie sprowadza zmian w usposobieniu duchowem, a więc hypochondryi a tem mniej psychor; możliwem to jest jednakże u osobników od urodzenia neuropatycznych.

Rozpoznanie zaparcia przewlekłego w ogólnem tego słowa znaczeniu jest rzeczą łatwą, lecz, gdy się rozpoznanie zaparcia bierze na seryo, gdy mamy postawić rozpoznanie przyczynowe, napotykamy nieraz na wiele trudności. Lecz nawet zaparcie, jako takie można przeoczyć; po-

mimo codziennego bowiem wypróżnienia, lecz niedostateczne rzeczywiście, istnieć może przewlekłe zaparcie np. przy atonii żołądka i często z nią połączonej atonii kiszki, lub przy tworzeniu się guzów kałowych. W tych razach skutkiem silnego podrażnienia błony śluzowej, po dłuższej seryi wypróżnień niedostatecznych wystąpić mogą rozwolnienia w mniejszych lub dłuższych odstępach czasu (diarrhoea stercoralis). Mamy w tem dowód, że utarte wogóle w pojęciach lekarskich przeciwieństwo pomiędzy zaparciem stolca a rozwolnieniem nie jest absolutnem. Rozwolnienie w powyżej opisanych warunkach może być więc objawem chronicznego nagromadzenia się kału.

Rozpoznanie przyczynowe przewlekłego zaparcia stolca jest kamieniem probierczym (sitvenia verbo) gruntownej umiejętności lekarskiej. Ścisłe, drobiazgowo wywiady, które w chorobach narządów trawienia wogóle są bardzo ważnym i wdzięcznym czynnikiem, dokładne zbadanie ogólne wyjaśni nam w przeważnej liczbie wypadków podstawę etjologiczną — w niejednym przypadku jednakże rozpoznanie *in vivo* jest rzeczą wprost niemożliwą, n. p. w przypadkach przyrodzonej słabości mięśni jelit, lub w przypadkach zaniku nerwu trzewiowego.

W przypadkach uporczywego zaparcia popełniamy »peccatum omissionis,« które powadze naszej szkodzi bardzo, jeżeli chorych nie badamy per rectum; — tu właśnie znajdujemy czasem niespodziane rozwiązanie zagadki (polipy, zwężenia natury kiłowej, zrakowacenia, przerost gruczołu krokowego, tyłozgięcie macicy). U kobiet dla wyjaśnienia sytuacji koniecznem jest badanie przez pochwę. Przepłukanie kiszki grubej wyjaśni nam, czy zaparcie przewlekłe nie jest objawem nieżyty chronicznego takowej — w danym razie znajdujemy w odpływającej wodzie większe ilości śluzu. Mikroskopijne badanie kału uchroni nas od przecoczenia przewlekłego nieżyty jelita cieńkiego.

L I T E R A T U R A.

- 1) *Nothmangel*. Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. — 2) *Leichtenstern*: Ueber habituelle Stuhlträgheit. Ziemnssens Handbuch der spez. Pathologie und Therapie. Bd. VII. — 3*) 4) *Pick*: Vorlesungen über Magen- und Darmkrankheiten. II. Theil. — 5) *Sarelieff*: Einige mechan. Faktoren bei der Behandlung der Magen- und Darmkrankheiten. Deutsche med. Wochenschrift. 1897. No. 10 und 11. — 6) *Ewald*: Ueber habituelle Obstipation und ihre Behandlung. Berliner Klinik. März 1897. Heft 105. — 7) *Schwerdt*: Deutsche medizinische Wochenschrift No. 4, 5 und 6. — 8) *Boas*: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil. — 9) *Pincus*: Ueber die Constipatio myogenita s. muscularis mulierum chronica. Archiv für Gynaekologie. Bd. LIII. Heft 3. — 10) *Fleischer*: Lehrbuch der inneren Medizin. Bd. III. p. 1182. — 11) *Arndt*: Deutsche medizinische Wochenschrift. 1889. No. 21. — 12) *Dunin*: O habitualnem zaparciu stolca jego przyczynach i leczeniu. Odczyty kliniczne. Serya II. Zeszyt 12. — 13) *Emminghaus*: Anatom. Befunde bei Innervationsstörungen. Münch. med. Wochenschrift. 1894. No. 5 u. 6. — 14) *Trousseau*: Traité des thérapeutiques et de matière médicale. p. 776. — 15) *Voetsch*: Koprostase. 1874. — 16) *Glénard*: De l'enteroptose. 1889. — 17) *Hofmohl*: Ueber Kothtumoren. Wiener medizinische Wochenschrift. 1896. No. 43. — 18) *Feyat*: De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. 1890. — 19) *Küstner*: Zur Kritik der Beziehungen zwischen Föcalstase und Fieber. Zeitschrift für kl. Med. Bd. V. 1882. — 20) *Wild*: Die Verhütung und Behandlung der chronischen Verstopfung bei Frauen und Mädchen. Graefes Sammlung etc. II. Bd. Hft. 3. — 21) *Bouchard*: Leçons sur les auto-intoxications. 1887. — 3*) *zawadzki Józef*: O zaparciu stolca oraz o t. zw. chorobie Glénarda. — Odbitka z Kroniki lekarskiej. 1895.

B. Spostrzeżenia z praktyki

Przyczynek do etiologii ostrego rozszerzenia serca.

Podał

Dr. Stanisław Szuman z Poznania.

Od czasów Corvisart'a, nabierało zagadnienie rozszerzenia serca stopniowo coraz większego interesu i znaczenia. Śladami jego poszli bądź to pogłębiając, bądź to rozszerzając mechaniczną jego teorią, bądź to usiłując oprzeć ją na etiologicznych, fizyologicznych, anatomo-patologicznych i klinicznych podstawach Bertin, Bouillaud, Beau, Piorry przed innymi we Francyi, J. Hope, Peacock, Latham, Stokes w Anglii. Albutt i Da Costa w Ameryce północnej, Kreysig, Becker, Seitz, Traube, Duchek, Bamberger, Rossbach, Leyden, Friedreich, A. Fraenkel, O. Fräntzel, Zunker, Heitler, Jacksch, Schott, Sommerbrodt i wielu innych w Niemczech. Z polskich autorów najwięcej się zasłużyli na tem polu Pawiński i Wolfram, z czeskich Skoda, ze serbskich Sajkovic. — Najmniej znaną była aż do naszych czasów etiologia przerostu i rozszerzenia serca, złożonemi wywołanego przyczynami. Prace Stokes'a, Seitz'a, Da Costy i Leydena ważne i znaczące przyniosły w tej kwestyi wyniki. Zawdzięczamy im przedewszystkiem pewne ułatwienia odnoszące się tak do wczesnego rozpoznawania wymienionych chorób sercowych, jak do zapobiegania im i do ich leczenia.

W niniejszej rozprawce zamierzam opisać przypadek rozszerzenia serca złożonemi wywołany przyczynami, który swego czasu obserwowałem w Monachium.

Pacjent liczący lat 28 pochodzi z rodziców zdrowych. Prócz nawiedzających go częstokroć zapaleń gardła i migdałów nie przechodził innych chorób. — Służąc wojskowo, cieszył się dobrem zdrowiem. Sam nie przyznaje się wprawdzie do alkoholizmu (picia piwa bawarskiego), ale dowiedziałem się od brata chorego, że konsumował codziennie do trzech litrów tego napoju.

Przed mniej więcej trzema miesiącami biegł pacjent bardzo spokojny z fabryki do mniej więcej 5 minut od niej oddalonego dworca. Wsiadając do przedziału kolejowego, odczuł silną duszność i utrudnienie przy każdorazowym wdychaniu. Z dolegliwościami temi łączyło się uczucie lodowatego zimna w nosie, w tchawicy oraz pod kością mostkową.

Zimno to rozciągało się według podania pacjenta pod ostatnią kością w szerokości czterech palców po lewej jej stronie. Ograniczały je ku górze i dołowi linie 2-go do 5-go lewego żebra. Podczas jazdy kolejowej cierpiał chory na opresyą, a zarazem dręczyło go uczucie wielkiego niepokoju i lęku. Po przybyciu do domu uczuwał mniejwięcej przez 48 godzin bez przerwy silne i gwałtowne bicie serca. Przez trzy miesiące miewał pacjent następnie prócz wspomnianych dolegliwości uderzania krwi do głowy i zajęcie głowy; chory podlegał łatwiej daleko niż przedtem rozdrażnieniu, był wrażliwszy niż zwykle i cierpiał na bezustanną prawie bezsenność. Od czasu do czasu skarżył się na nieznośną suchość w nosie i w gardle, na uczucie zimna w oczach oraz na uczucie koła-

łania pod kością mostkową. Pacjent czuł się ciągle znużonym i zmęczonym. Do pracy nie miał żadnej ochoty. Noce przepędzał bezsennie, lepkiem potem obłany. Dolegliwości te i cierpienia wzmagaly się przy każdej znaczniejszej zmianie temperatury i ciśnienia powietrza. Najgorzej czuł się pacjent przy nastawianiu powietrza wilgotno-zimnego.

Status praesens. Pacjent ma wzrost mierny, jest krępy i bardzo dobrze i silnie zbudowanym. Mięśnie i podkładka tłuszczowa są dobrze rozwinięte. Skóra okazuje cerę żółtawą. Usta i widoczne błony śluzowe są czerwono zabarwione. Wzrok prawidłowy. We wyrazie twarzy maluje się pewne przygnębienie. Żyły powierzchne na szyi, piersiach i ramionach rozszerzone. Ręka położona w okolicę serca, odczuwa nieodgraniczone (diffus) stopniujące się i zmienne co do siły, ale wogóle słabe wstrząśnienia ściany piersiowej. Uderzenia wierzchołka sercowego są wprawdzie niewidoczne, ale wyczuć się dają palcami jako nieregularne, słabe, łatwo przytłumić się dające podniesienia w piątym międzyżebżu.

Opukiwanie: Figura stłumienia serca następujące przedstawia granice: Podczas gdy górnym jej kresem jest trzecie żebro, zachodzi ona ku dołowi aż do szóstego żebra, rozciąga się na prawo aż po za prawy brzeg kości mostkowej, a na lewej stronie przekracza o 1 centymetr linię sutkową. Tętna sercowe są przytłumione, nieregularne, słabe, w natężeniu się zmieniające. Puls jest przyspieszony (84—90 uderzeń na minutę) nieregularny i słaby. Tętnica promieniowa okazuje małą wysokość i szerokość jako też nie wielkie naprężenie. — Nawiasem muszę tu wspomnieć, że gdym raz pewnego opukiwał pacjenta, następujący mi dziwny podpadł objaw: a mianowicie rytmiczne wstrząśnienia całej przedniej ściany klatki piersiowej. Trwały one jakiś ułamek minuty, (którego niestety nie oznaczyłem, uderzony nowością symptomu) i miały charakter to słabszych to silniejszych drgań i falowań, przedzielonych przestankami. Zainteresowany tem zjawiskiem, często bardzo badałem chorego. Nie udało mi się jednakże, pomimo zaręczań pacjenta, że niejednokrotnie objaw ten on sam zauważył, spostrzedz go po raz drugi.

Z fenomenem Cheyne-Stokesa nie zdawał mi się objaw ten być identycznym. Oddychanie pacjenta nie przedstawiało bowiem ani przedmiotowo ani podmiotowo żadnego w danej chwili zboczenia. Studyjąc później prace Leydena, Bauera, Bollingera, a przede wszystkim Heitlera, znalazłem w nich na spostrzeżeniach oparte dane, rzucające może pewne światło na objaw wzmieniony. — Heitler podnosi w pracy swej »o ostrem rozszerzeniu serca« wahanie się objętości serca i łączące się z objawem tym zmiany innych fenomenów, jak n. p. zwiększanie lub zmniejszanie się stłumienia figury serca. »Nie ulega wątpliwości« powiada Heitler, »że ostre rozszerzenie jam sercowych częstokroć nagle bardzo powstaje, przez czas dłuższy lub krótszy trwa i tak samo nagle, jakby jednym znika rzutem. Serce rozszerzone osiąga nieraz jakoby chwilowo działającym, potężnym podrażnieniem swoją kurczliwość. Serce posiada oczywiście w złożonym i powikłanym nerwowym układzie swym wysoko rozwiniętą samoruchową władzę, darzącą je zdolnościami usuwania powstrzymujących czynność jego zapór.« Heitler uważa za możliwe, że już samem opukiwaniem wywołane podrażnienie w pewnych okolicznościach na serce podniecająco może wpływać i wywoływać

silniejsze skurcze« (zapewne i analogiczne rozszerzenia jego). Przed czterema laty miałem zresztą sam sposobność zauważenia analogicznych do pewnego stopnia symptomów w przypadku urazem wywołanej męzkiej histeryi, (railway brain), opisanym przezemnie w XIII roczniku kongresu niemieckich internistów. W przypadku tym zniknęło i pojawiało się uderzenie wierzchołka serca i zmieniały się natężenie objawów tych i objętość serca w stopniowaniu szerokim odpowiednio do tego i w miarę tego, czy pacjent był spokojnym psychicznie, czy podrażnionym, czy był czynnym lub nieczynnym fizycznie. Wystarczało tu już dotknięcie słuchawką okolicy serca (zwłaszcza wierzchołka) lub położenie się chorego na lewą stronę, by wywołać wspomniane objawy wraz z tętnieniem nabrzusznem (pulsatio epigastrica), których w innych okolicznościach nie było znaku ni śladu. Opierając się na wzmienionem własnem spostrzeżeniu i na doświadczeniach wspomnianych autorów, jestem skłonny przyjąć cum grano salis oczywiście jako przyczynę wspomnianego objawu 1) zwiększoną drażliwość serca, 2) nagłe wzmoczenie czynności jego, mechanicznem, chemicznem lub psychicznem wywołane podrażnieniem.

Oddychanie chorego było częstokroć nieregularne, natężone i przyspieszone (30 oddechów na minutę), czasami znowu spokojne i regularne. Puchliny brzucha nie można było stwierdzić. Prawy płąt wątroby był zwiększony i wy-czuć się dawał pod prawym łukiem żebrowym. Mocz nie zawierał ani białka ani cukru.

Rozpoznanie. Ostre rozszerzenie obu komórek serca.

Leczenie. Ograniczenie konsumpcji piwa do 1 później do $\frac{1}{2}$ litra dziennie. Digitalis 1,0 : 180 cztery razy dziennie po łyżce. Gimnastyka płuc i serca: ordynacja często powtarzanego silnego wdychania i wydychania powietrza. Ciepłe kąpiele (28° R.) pół godziny mniejwięcej trwające dwa razy tygodniowo.

Po pięciu do sześciu tygodniach odczuł pacjent znaczną ulgę. Badanie serca po odbytej kuracji częstokroć dokonywane, wykazywało fizykalnie (macyaniem i opukiwaniem) o tyle stwierdzić się dające polepszenie, że lewa granica serca o cały centymetr, tj. aż do linii sutkowej się cofnęła. Tętno stało się silniejszym i mniej było przyspieszone (84—84 uderzeń na minutę), tętnica promieniowa okazywała większą niż poprzednio szerokość i wysokość i większe niż poprzednio napięcie. Drażliwość i odruchliwość serca zmniejszyła się znacznie. Mechaniczne podrażnienia nie dotykały go tak silnie jak poprzednio, psychiczne wzruszenia nie znajdowały w niem tak silnego jak poprzednio oddźwięku.

W następujących uwagach zastanowić mi się wypada nad etiologią niniejszego przypadku. Rozróżnić tu można dalsze i bliższe przyczyny. Do pierwszych należy nasamprzód latami całemi się ciągnące nadmierne używanie piwa.*) Jako drugą dalszą przyczynę uważać można w moim przypadku brak ruchu na

*) Bollinger podnosi w licznych swych, do samoistnego przerostu i rozszerzenia serca, odnoszących się rozprawach następujące szkodliwe, z nadmiernej konsumpcji piwa wypływające czynniki: 1) fizykalne oddziaływanie wielkich mas płynu, 2) trujące oddziaływanie zawartego w piwie alkoholu, 3) przesylenie organizmu odżywcami cząstkami piwa (białkiem roślinnem, dekstryną, cukrem, a przedewszystkiem węglo-wodanami). J. Bauer i inni uważają zawarte w piwie sole potasowe jako trucizny serca.

świeżem powietrzu i nagłe zmiany temperatury, którym zajęty we fabryce pacjent podlegał. Idąc za śladami etiologii, odwiedziłem chorego parę razy w odległej od Monachium o 8 kilometrów fabryce. Zaraz przy pierwszych, godzinę mniej więcej trwających odwiedzinach, podpadły mi znaczne zmiany temperatury w siedmiu jej izbach. Przedsięwzięte tamże na prośbę moją przez pacyenta samego mierzenia temperatury powietrza, wykonane 8-go Listopada 1893 r. wykazały w jednej z nich 10° R. jako minimum, a w innej 22° R. jako maximum ciepłoty. Największa różnica wynosiła więc 12° R. Piątego grudnia tego samego roku przedsięwziął pacjent mierzenie ciepłoty ponowne. Ostatnie wykazało jako minimum 8°, a jako maximum 29° R. Największa różnica wynosiła więc tym razem 21° R. Na takie i podobne nagłe zmiany temperatury był pacjent mój przez rok prawie cały narażony w ubikacjach fabryki.*) Opierając się na spostrzeżeniach i doświadczeniach Aleksandra Humboldta, Landois'a, Hirta, Röhriga, Layet'a, Franciszka Chłapowskiego**) i innych przyjąć można, że w przypadku moim spowodowały nagłe zmiany temperatury rozszerzanie, względnie ściąganie się nagle naczyń krwionośnych na całej powierzchni skóry, nadto przyspieszoną lub zwolnioną, zwiększoną lub osłabioną czynność serca i połączone z tem częstokroć gwałtowne zmiany ciśnienia krwi.

Biorąc pod uwagę te ostatnie czynniki, przypuszczać można, że przyczyniły się one do zmniejszenia elastyczności serca i do osłabienia mięśnia sercowego, uszkodzonego już poprzednio nieustannem nadużywaniem piwa i brakiem fizycznego ruchu. Ponieważ pacjent aż do opisanego przypadku czuł się względnie zdrowym, wnioskować można, że wspomniane osłabienie serca postępowało powoli i niespostrzeżenie. Z podanemi powyżej dalszemi przyczynami łączy się etiologicznie jako przyczyna najbliższa, jako powód bezpośredni choroby natężone bieganie w ostrem i zimnem powietrzu, po silnem rozgrzaniu i spoceniu się we fabryce.

Gwałtowna zmiana temperatury i połączony z nią ruch gwałtowny, które przy ostatniej zaszły okoliczności, odbiły się silnie bardzo na osłabionem wspomnianem poprzednio szkodliwościami sercu i spowodowały wybuch drżemiej w niem według wszelkiego prawdopodobieństwa od dawna choroby znajdującej dostrzegalny i najczęściej podpadający oddźwięk w ostrem rozszerzeniu serca. — Rozliczni autorowie podnoszą, że pomienione etiologiczne czynniki w rozmaitych oddziałując swych stopniowaniach i złączeniach, przerost serca, złogi tłuszczowe na sercu i zwyrodnienie tłuszczowe organu tego wywołać mogą. W opisie mojego przypadku położyłem jednakże nacisk główny na patologiczno-fizyo-

*) Mając jedynie nadzór nad robotnikami, nie wykonywał pacjent ciężkiej umysłowej ani fizycznej pracy.

**) Fr. Chłapowski pisze np. w pracy swej: »Choroba Stockes-Adama« (zob. »Nowiny Lekarskie« VI. str. 117—124, 169—175 i 221—224): »Jak dalece gorące powietrze wpłynąć może na przyspieszenie ruchów serca przekonałem się sam na sobie w łaźniach suchych rzymskich i tureckich, doliczywszy się 140 uderzeń tętna na minutę w najgorętszej izbie. I w gorących kąpielach, takich, jakich używają w Japonii po fizycznym zmęczeniu podnosi się temperatura ciała u zdrowych bardzo znacznie, a z nią ilość uderzeń tętna prawie do tej samej cyfry.

logiczne i kliniczne objawy, postępując tu z jednej strony śladami Corvisart'a, Hope'go, Stockes'a, Traube'go, Leydena, Bauer'a i innych francuzkich, angielskich i niemieckich klinicystów, a z drugiej strony będąc sam przeświadczonym, że co do wspomnianych codopiero, nie znaczących się za życia niejednokrotnie wprost dostrzegalumi objawami spraw chorobowych, sąd ostateczny przynależy obdukcji, która w moim przypadku nie znalazła zastosowania.

Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie.

Podał

Dr. Krokiewicz Antoni,

prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zanik mięśni obwodowych w przebiegu zmian przewlekłych w stawach nie należy do rzadkich zjawisk klinicznych. Zazwyczaj spotykamy się z zanikiem mięśni w przebiegu zmian gruzliczych, lub też w przebiegu zmian przewlekłych w stawach, spowodowanych różnorodnymi procesami chorobowymi, a połączonych z niekształtnieniem tychże (arthritis deformans), wskutek czego przychodzi zrazu do unieruchomienia odnośnego stawu, a następnie do stałej ankylozy stawu i powolnego zaniku mięśni sąsiednich z powodu nieużywania tychże (atrophia ex inactivitate). W przypadkach tych rokowanie niepomysłne ze względu na sprawę chorobową. Natomiast z zanikiem mięśni w przebiegu zapalenia ostrego stawu — bądźto na tle gośćcowem (arthritis rheumatica), bądź też na tle urazowem (arthritis thraumatica) spotykamy się stósunkowo w rzadkich przypadkach; wówczas jednak sprawa chorobowa może przybrać korzystny przebieg i zakończyć się wyleczeniem, skoro jeszcze odnośne mięśnie zanikające nie okazują reakcyi zwyrodnienia. Poucza o tem przypadek poniżej przytoczony.

M. S. lat 19 licząca, stanu wolnego, kasyerka, miała według wywiadów przebyć w 14-tym roku życia płonicę (scarlatina), a wkrótce potem błonicę (diphtheria). Płonica miała trwać 6 tygodni, a błonica 2 tygodnie. Zresztą była zawsze zdrowa; miesiączkowała prawidłowo; pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej, nie obciążonej dziedzicznie. Obecna jej choroba miała się rozpocząć w krótko po wykonaniu gwałtowniejszego ruchu przy zamykaniu szafki bułetowej na dniu 25-go października 1897 silnymi dreszczami, gorączką, gwałtownym bólem i obrzękiem w stawie barkowym prawym, a skoro stan ten utrzymywał się przez następnych pięć dni, postanowiła chora szukać pomocy lekarskiej w szpitalu św. Łazarza, gdzie też dnia 31-go października została przyjętą na oddział chorób wewnętrznych. Badanie przedsięwzięte dnia 1-go listopada wykazało stan następujący:

Osobnik wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. Skóra o odcieniu różowawem, sucha. Wyras twarzy cierpiący. Okolica stawu barkowego prawego tudzież ramienia prawego znacznie obrzękła, przy ucisku wszędzie bardzo bolesna. Ruchy tak czynne jak i bierne w stawie barkowym prawym zniezione, gdyż każde zaledwie poruszenie połączone jest z nadzwyczajnymi bólami.

Kończyna górna prawa znajduje się w miernym odchyleniu na zewnątrz (*abductio*), przyczem otrzymuje się wrażenie, jakoby główka kości ramieniowej była więcej przesuniętą na wewnątrz ku wyrostkowi wroniastemu (*proc. coracoideus scapulae*) łopatki prawej. Okolica podobojczykowa prawa nieco więcej wysklepiona jak lewa. Zresztą stawy wolne i prawidłowo się zachowują; mięśnie jędrne; kości dobrze rozwinięty. Ciepłota ciała w pasze wynosi 39° .

Badania narządów wewnętrznych nie wykazało obecności zmian chorobowych.

Mocz wysycony; zawiera dużo moczanów, nie zawiera białka ani cukru. Brak diazoreakcyi. Badanie ze względu na zakażenie rzeżączkowe dało wynik ujemny. Składniki osadu nie przedstawiają ważniejszych nieprawidłowości.

Z uwagi, iż w danym przypadku mamy do czynienia z ostrą sprawą gościcową zapalną w stawie barkowym prawym (*Omarthritis acuta rheumatica*) zastosowano chorej odnośne leczenie, a mianowicie unieruchomiono kończynę górną prawą i polecono pędzlowanie obrzękłego stawu nastojem wysokowym jodu lub kollodyonem ichtyolowym, stósowanie na staw okładów wysychających z octanu glinowego (*liquor Burowi*) tudzież podawano chorej na wewnątrz na przemian już to większe dawki salicylanu sodowego, jużto mniejsze dawki anti-piryny i fenacetyny. Chora pod wpływem tego lekowania czuła się swobodniejszą; gorączka ustąpiła już w drugim dniu pobytu w szpitalu; bolesność i obrzęk stawu z wolna się zmniejszały. Dnia 13-go listopada pomimo ciągłego stósowania powyższego lekowania można było stwierdzić ponownie przez kilka dni podwyższenie ciepłoty ciała do 38.6° C. tudzież zwiększenie bolesności i obrzęków stawu barkowego prawego, co jednak również powoli ustępywało. W dniu 20 listopada ciepłota ciała była prawidłową, a przy ucisku na staw i mięśnie barkowe nie można było wykazać żadnej bolesności; zauważono jednak punkta bolesne wzdłuż nerwu barkowego, tudzież zanik mięśnia deltoidowego i kapturowego (*atrophia musculi deltoidei ac cucullaris*), który odtąd z dnia na dzień tak dalece postępywał, iż na dniu 29 listopada powyższe mięśnie dochodziły zaledwie $\frac{1}{3}$ pierwotnej objętości. Wobec tego wyniku badania nasuwała się myśl, ażali w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia pierwotnie ze zmianami innemi w stawie barkowym prawym, jak z ostrą gościcową sprawą zapalną, a mianowicie z nieprawidłowym przemieszczeniem nieznacznym odcinków kości stawowych, tj. z tak zwaną »*subluxatio subcoracoidea*«, wywołaną nieodpowiednim forsownym ruchem kończyny górnej prawej, i ze sprawą zapalną urazową, co w następstwie spowodowało unieruchomienie kończyny górnej prawej, ucisk na gałązki nerwowe obwodowe i zanik powyższych mięśni barkowych a to tem rychlej, o ile kończyna górna prawa i nadal pozostawała w lekkim odchyleniu na zewnątrz (*abductio*), ruchy czynne mogły być zaledwie w nieznacznym stopniu tylko w zakresie abdukcji wykonywane, a zresztą tak czynne jak i bierne w innych kierunkach zupełnie zniesione. Do przypuszczenia tego skłaniała i ta okoliczność, iż przy oglądaniu stawu barkowego prawego odnoszono wrażenie i wówczas, jakoby główka kości ramieniowej nie znajdowała się na właściwym miejscu, lecz przesuniętą była więcej na wewnątrz popod wyrostek wroniasty łopatki, tudzież, iż można było zauważyć przy wykonywaniu biernych ruchów, skoro chora znajdowała się w pozycji stojącej, jak dolny odcinek prawej łopatki

odstawał bardziej od tułowia, niż łopatki lewej i jak łopatka prawa poruszała się przy ruchach ramienia, podczas gdy staw barkowy pozostawał nieruchomy, a więc przedstawiał się na oko obraz właściwy przy unieruchomieniu abdukcijnem (*Abductions contractur*) kończyny górnej.

Z tego powodu postanowiono poprosić Wgo Prof. Obalińskiego i Trzebitzky'ego o rozstrzygnięcie tej sprawy i w tym celu przesłano chorą do zbadania na klinikę chirurgiczną i oddział chirurgiczny w szpitalu, gdzie po szczegółowym i bardzo dokładnym zbadaniu z osobna uzyskano zgodne rozpoznanie; »*Omarthritis d. ss. atrophia musculi deltoidei ac cucullaris*«, a tem samem wykluczoną została wszelka dyslokacja kości w stawie barkowym prawym. Równocześnie zalecono chorej wykonywanie mierne ruchów biernych w stawie barkowym prawym i elektryzowanie mięśni zanikających. Co do przyczyny sprawy chorobowej, jak i co do rokowania w danym przypadku zdania były poniekąd odmienne: w ogóle jednak nie rokowano zbyt świetnie ze względu na wyleczenie chorej i na zupełną zdolność do pracy zawodowej.

Odtąd zmieniono na oddziale leczenie i stósownie do rady Wgo Prof. Obalińskiego i Trzebitzky'ego zastosowano prąd indukcyjny dwa razy dziennie i wykonywano przez kilka minut po elektryzowaniu bierne ruchy w zakresie kończyny górnej prawej. Wynik był nader korzystny i prawie z dnia na dzień zdumiewający tak, iż chora po 3 tygodniowym niespełna leczeniu mogła opuścić szpital i oddać się pracy zawodowej, a poprzestać na leczeniu ambulatoryjnym, tj. jednorazowym dziennie elektryzowaniu prądem przerywanym i wykonywaniu biernych ruchów w stawie barkowym. Mięśnie zanikłe barku prawego w tym krótkim czasie odzyskały pierwotną objętość, uległy zupełnej regeneracyi, a ruchy czynne w stawie barkowym w każdym kierunku możliwe i prawie zupełnie niebolesne. Nadmienić przytem należy, iż w danym przypadku mięśnie barkowe zanikające nie okazywały reakcyi zwyrodnienia.

Jak widzimy przypadek nasz zasługuje z niejednego względu na szczególniejszą uwagę. Przedewszystkiem wskazuje, iż sprawa chorobowa, chociaż dotyczyła tylko jednego stawu, miała przecież charakter groźniejszy, jeżeli w następstwie pociągnęła za sobą i ostry zanik mięśni barkowych, a zarazem stwierdza, że ilość stawów zajętych przy ostrym gościecu stawowym nie zawsze stanowi kryterium dla ocenienia nasilenia tegoż procesu chorobowego. Nie mniej stanowi on przyczynek do nauki o ostrym gościecu stawowym ze względu na lokalizacyą w jednym stawie. Zazwyczaj bowiem przy gościecu ostrym stawowym kilka stawów ulega zajęciu i rzadko sprawa chorobowa dotyczy jednego tylko stawu, jak to zwykło znów wydarzyć się przy zakażeniu tryprotem lub zapaleniu stawu urazowem. W przypadku naszym tak tło tryprowe, jak i urazowe, wykluczyć stanowczo możemy; pierwsze z powodu ujemnego wyniku badania moczu, i to niejednokrotnego, na zakażenie rzeżączkowe — drugie z powodu prawidłowego ułożenia części składowych kostnych w stawie barkowym i braku sińców, tudzież wszelkich obrażeń zewnętrznych tamże. Nie ulega też wątpliwości, iż w naszym przypadku ostry zanik mięśni barkowych odnieść należy do zmian zapalnych w obwodowych nerwach zaopatrujących powyższe mięśnie barkowe (*neuritis*), a nie do zmian zapalnych pośród samych mięśni (*myositis*) w obec szybkiego postępowania tegoż i w obec punktów bolesnych wzdłuż przebiegu nerwu. —

Wreszcie przypadek ten poucza, że przy zaniku ostrym mięśni obwodowych w następstwie zakażenia ostrego goścowego można dobrze rokować, jeśli odnośne mięśnie zanikające nie okazują jeszcze objawów reakcji zwyrodnienia.

C. Oceny i sprawozdania.

1) Choroby wewnętrzne.

J. Pawiński: Wskazanie ogólne i szczegółowe stósowania środków sercowych.

Przy stósowaniu środków sercowych zaleca autor uwzględniać nie tylko cierpienie serca, lecz i stan ogólny chorego; przytem zważać przede wszystkim na tętno. Jako przykład rozpatruje autor niedomykalność zastawek, powstałe na tle gościca i rozróżnia tu za Huchard'em cztery okresy: 1) Okres względnego zdrowia — eusystolia; pacjent czuje się dobrze, mimo szmerów w sercu; środki sercowe tu zbytne. 2) Okres wzmożonej działalności serca — hypersystolia; zawroty głowy, krwotoki z nosa i t. d. Środki sercowe przeciwwskazane; natomiast przepisy dyetetyczne i leki uspakajające (brom, zimne okłady, środki czyszczące.) 3) Okres niedostatecznej działalności serca — hyposystolia; duszność, obrzęki kończyn dolnych, przekrwienie płuc i wątroby, powiększenie wymiarów serca, zmniejszenie ilości moczu, białko i walczki szkliste w moczu. Objawy te usuwa naparstnica. 4) Okres wyczerpania dyskompensacji — asystolia; zatrucie ustroju wytworami przemiany materii; środki czyszczące, nakłócie skóry itd. Środki sercowe zawodzą tu często, czasem jednakże stósowane przez kilka dni skutkują. Wszystkie środki sercowe dzieli autor na dwie grupy: 1) środki działające na mięsień sercowy i na nerw błędny, 2) środki pobudzające działanie układu nerwowego mózgo-rdzeniowego, a tem samem i serca. Do środków pierwszej grupy należy w pierwszym rzędzie naparstnica, wskazaną jest przy osłabionej działalności serca. Działanie moczopędne występuje czasem po dłuższem używaniu naparstnicy, czasem wcale nie występuje; przy stósowaniu naparstnicy zważać na przewód pokarmowy. Przeciwwskazana jest naparstnica: 1) przy wyraźnej bradykardii; 2) u osób starych z twardem tętnem i przy zwyrodnieniu resp. stwardnieniu naczyń krwionośnych; przy zwyrodnieniu tłuszczowem mięśnia sercowego. Strophantus działa najkorzystniej ze wszystkich środków sercowych na mięsień sercowy. Wskazany jest: 1) przy wadach zastawek w początkowym okresie dyskompensacji; 2) w przypadkach chorób mięśnia sercowego (myocarditis fibrosa); 3) przy adipositas et degeneratio adiposa cordi; 4) przy stwardnieniu naczyń; 5) przy osłabieniu czynności serca w przebiegu nephritis; 6) w przebiegu chorób gorączkowych (dur, zapalenie płuc). Źle znoszonym bywa strophantus przy zaburzeniach czynności serca na tle neurastenii i histeryi oraz w początkach choroby Basedowa. Adonis vernalis, convallaria majalis i scilla maritima działają podobnie jak naparstnica, lecz słabiej i nie posiadają działania zbiorowego. Sparteina nie wpływa na powiększenie energii serca i ciśnienie krwi, natomiast działa bardzo korzystnie na układ nerwowy serca u neurasteników, histeryków, u osobników niedokrewnych itp.; w dawkach po 0,015—0,045 może być dawana przez czas dłuższy z 1—2 dniami przerwami.

Do drugiej grupy należy 1) kofeina, która jest wskazana: 1) przy wadach zastawkowych w okresach późniejszych, kiedy inne środki nie działają; 2) w chorobach nerek, jeżeli serce zaczyna słabnąć, ilość moczu zmniejszać się, a obrzęki nie znikają; 3) przy myocarditis chronica, degeneratio adiposa cordis w okresie

niedomogi serca; 4) przy zwapnieniu naczyń wieńcowych, kiedy występują napady duszności, często o typie Cheyne-Stockes'a; 5) w przypadkach insufficencji cordis, zależnych od wrażeń psychicznych, albo w przebiegu chorób gorączkowych (zapalenie płuc, tyfus, płonica, błonica), albo po usunięciu płynu z opłucnej. 2) Diuretyna stoi najbliższej kofeiny; przy chorobach mięśnia sercowego może być dawana razem z naparstnicą; przy cierpieniach nerek działa diuretyna wtedy dobrze, jeżeli naparstnica zawodzi, mianowicie przy sprawach śródmaższowych, jeżeli ciśnienie krwi jest wysokie. (Die Heilkunde. Referat K. Zaleskiego w »Medycynie.« 1898. Nr. 2).

Karol Zaleski: Kilka uwag o zgorzeli płuc. (*Medycyna 1898. Nr. 4.*)

Na podstawie 24 przypadków zgorzeli płuc, spostrzeganych w ostatnim czasie na sali 32-jej szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, stawia autor pewne wnioski dotyczące cierpienia tego. I tak najpierw co do etyologii, to w dwóch przypadkach wystąpiła zgorzel płuc po pracy w lodowni; autor uważa tu za moment etyologiczny nie samo wdychywanie zimnego powietrza, jak to niektórzy przypuszczają, lecz zapewne przeniesienie do ust lub nosa drobnoustrojów zawartych w lodzie. W dwóch przypadkach powstała zgorzel płuc po wdechnaniu pary kwasu siarkowego; podobny przypadek podaje Jaccoud po wdechnaniu gazów ze spalania pikrynianu potasu. Uraz, jako przyczynę zgorzeli płuc, zanotowano w trzech przypadkach; przebieg choroby bywa tu zazwyczaj lepszy, niż przy wystąpieniu choroby z innych przyczyn. W dwóch przypadkach wystąpiła zgorzel jako powikłanie przy raku przełyku; rozpoznanie jest tu trudne. Raz jeden powstała zgorzel płuc w płucu lewym, gdy z prawej strony znajdował się otok ropny. Następuje przypadek, gdzie w przebiegu ciężkiej zgorzeli płuc stan dopiero wtenczas zaczął się polepszać, gdy zjawiły się napady zimnicze. W dwóch przypadkach stwierdzono zgorzel płuc w przebiegu gruźlicy, co należy do rzadkości. W ani jednym przypadku nie mógł autor stwierdzić zgorzeli płuc po zapaleniu płuc włóknikowem, chociaż w podręcznikach takowe jako częsty czynnik etyologiczny jest podawanem. W końcu podaje autor jeden przypadek po przebiegu tyfusu z obustronnem zapaleniem dolnych zrazów płuc. Rozpoznanie zgorzeli płuc nie jest trudnem, chociaż bywają przypadki niezdradzające się za życia. Na 24 przypadków spostrzeganych przez autora, umarło 13, wyzdrowiało 5, polepszonych było 5, bez polepszenia jeden. W końcu pracy swej podaje autor następujące wnioski: 1) Caeteris paribus czynniki etyologiczne mają pewien wpływ na przebieg i zejście choroby. Najlepsze rokowania dają przypadki pochodzenia urazowego. 2) Przy rozpoznawaniu zgorzeli płuc, towarzyszącej nowotworom resp. rakom przełyka, nasuwają się pewne trudności rozpoznawcze. 3) Przy badaniu należy uważać na zajęcie chorego, gdyż w ten sposób łatwiej odnaleść czynnik etyologiczny. 4) Jakkolwiek podręczniki zalecają szukać cząsteczek zgorzelinowych w warstwie dolnej płwociny, w rzeczywistości jednak łatwiej bywa odnaleść je w ropie warstwy górnej. Cząsteczki zgorzelinowe znajdują się tam zawinięte w kulkach płwociny i są wolne od resztek pokarmów. 5) Rokowanie bywa lepsze w tych przypadkach, w których płwocina zawiera duże cząsteczki zgorzelinowe z wyraźnemi włóknami sprężystemi.

Schech: O kaszlu nerwowym. (*Münchener medizinische Wochenschrift 26. 97.*)

Kaszle nerwowy bywa zależnym albo od nerwic ogólnych (neurasthenia, hysteria), albo od miejscowych nadczułości pojedynczych narządów lub błon śluzowych. Pojawia się albo w postaci zwykłego kaszlu, albo częściej w postaci silnych napadów lub ciągłego krótkiego kaszlu ze szczególnym charakterem akustycznym, często równocześnie inne objawy nerwowe. Charakterystyczne cechy kaszlu nerwowego są: brak zmian w organach oddechowych, czasem tylko zaczerwienienie tylnej ściany krtani wskutek kaszlu; stałe ustawianie kaszlu podczas snu; brak wydzieliny; stan ogólny dobry; kaszel mniejszy, jeżeli chorzy o nim zapomną, większy jeżeli ich się obserwuje; ustawianie kaszlu po skokainizo-

waniu podejrzanych miejsc w nosie, gardzieli, ustach; brak rozedmy płuc nawet przy długotrwałym kaszlu.

Następujące narządy mogą być przyczyną kaszlu:

1) Mózg i mleczone paciorkowce; kaszel tabetyków t. zw. crises laryngeales, kaszel przy chorea, epilepsia.

2) W okresie dojrzewania płciowego wskutek zmian w układzie nerwowym i w krtani.

3) Przy drażnieniu ucha.

4) Przy chorobach nosa (rhinitis, polipy).

5) Przy hypertrophia amygdalarum, granulacjach w gardzieli.

6) Przy guzach, powiększonych gruczołach chłonnych, wolach, ropniach na szyi, tętniakach aorty wskutek ucisku na nerw błędny.

7) Kaszel żołądkowy naprzykład przy zgadze przez drażnienie krtani przez gazy.

8) Kaszel wątrobowy (kamienie) i śledzionowy (przy palpacji).

9) Kaszel maciczny podczas menstruacji, ciąży, climacterium, coitus, przy chorobach narządów płciowych, przy badaniu.

10) Przy chorobach narządów płciowych męskich (nowotwory lub zapalenia jąder, cewki moczowej lub pęcherza, adhaesio praeputii).

11) Kaszel skórny przy działaniu zimnego powietrza na skórę, przy łechtaniu podeszwy, wskutek ucisku gorsetu lub ubrania.

Prof. Kisch (Praga-Marienbad): Czy pannom cierpiącym na wadę sercową wolno wychodzić za mąż? (*Ther. Monatshefte. 2. 98.*)

Pytanie to zachodzące często w praktyce, jest nader ważne i zasługujące na bliższe omówienie ze względu na niebezpieczne następstwa, na jakie serce chore bywa po wyjściu zamarazone przez spółkowanie, ciążę, poród i czas poporodowy. Już każde prawidłowe spółkowanie działa u młodej kobiety w wysokim stopniu podniecająco na narząd nerwowy, regulujący akcją serca. Występujące tu objawy, przechodzące u kobiet zdrowych zazwyczaj szybko, stają się silniejszymi i dłuższymi u kobiet z wadą sercową i powodują często napady tachykardyczne ze znaczną dusznością, z bólami w okolicy serca, z bólami głowy, a nawet z napadami omdlenia. Ciąża stawia również znaczne wymagania od serca. U kobiet chorych na serce występują podczas ciąży zaburzenia akcji serca, wszelkiego rodzaju objawy zastoju, a wskutek tych czasem poronienie. Nie mniej niebezpiecznym jest dla kobiet tych akt porodowy i czas poporodowy, wspomnieć tu tylko należy o endocarditis, o zwyrodnieniu mięśni sercowych, o pęknięciu ateromatycznych naczyń i t. p. Autor nie jest zdania, ażeby pannom cierpiącym na wadę sercową wzbraniać bezwarunkowo wyjścia za mąż. Podług niego należy uwzględniać jakiego rodzaju jest wada sercowa, jak długo trwa, jaki jest stan kompensacji albo stopień istniejących zaburzeń kompensacyjnych, jaki jest stan ogólny odżywienia i t. p. K. stawia następujące wnioski: kobiety, które przed niedawnym dopiero czasem (przed kilkoma laty) wadą sercową obarczone zostały, i u których wada dostatecznie skompensowaną być się zdaje, jeżeli przy tem są dobrze odżywione, mięśnie ich dostatecznie wykształcone, nerwy odporne, mogą wyjść za mąż. U kobiet tych wystąpią co prawda podczas aktu porodu oraz w pierwszym czasie poporodowym pewne zaburzenia ze strony serca jak zwiększona akcja sercowa, napady duszności, objawy zastoju w połączeniu z zaburzeniem w trawieniu, z uczuciem ucisku głowy, nabrzmieniem nóg, nacieczeniem opon brzusznych, nawet lekki białkomocz, objawy te jednakże nie będą przedstawiały żadnego niebezpieczeństwa dla życia i znikną po przebyciu choroby. Dotyczy to wad sercowych dostatecznie skompensowanych, mianowicie przy insufficientia mitr., przy stenosis mitr, przy insufficientia aortae, przy niezbyt wielkich pozostałościach po pericarditis, przy niezbyt posuniętych zachorzeniach mięśnia sercowego w następstwie ostrego gośćca stawowego, albo ostrych chorób infekcyjnych. Rokowanie w przypadkach dobrze skompensowanych wad serco-

wych staje się gorszem, jeżeli kobieta jest niedokrwista, bardzo nerwową, albo jeżeli wada sercowa jest wrodzoną lub w dziecięcych latach nabytą, w końcu jeżeli kobieta w podeszłym już wieku wychodzi za mąż. U bardzo niedokrwistych kobiet bowiem, zachodzą nawet przy zdrowym sercu podczas ciąży częste napady tachykardyczne, nabrzmienia dolnych kończyn, znaczne rozszerzenie żył. Wzmoczona pobudliwość nerwowa jest również niekorzystną dla serca, a długa trwałość wady sercowej osłabia w wysokim stopniu serce. U starszych zaś kobiet przyłącza się do wady sercowej niebezpieczeństwo ze względu na początkujące już zmiany arteriosklerotyczne. We wszystkich tego rodzaju przypadkach należy odradzać wychodzenie za mąż. Kategoriecznie wzbronione należy wyjście za mąż przy wadach sercowych ze znacznymi zaburzeniami kompensacyjnymi, przy stanach znacznej degeneracji serca, przy wybitnych objawach niedomogi mięśnia sercowego. Jeżeli już przy niewielkich ruchach bicie serca, przyspieszone tętno, krótki oddech występują, jeżeli znaczniejsze nabrzmienia dolnych kończyn istnieją, jeżeli tętno jest nieregularne, jeżeli moczu często jest ilościowo zmniejszony i białko zawiera, jeżeli łatwo występują stany osłabienia serca z tętnem małym, nierównym, przytem zimne kończyny, zabarwienie cyaanotyczne, mdłości, brak powietrza, napady omdlenia, we wszystkich tych przypadkach, wszystko jedno czy pochodzą one ze zmian zastawek sercowych, czy też z patologicznych zmian arteryi lub z zachorzenia mięśnia sercowego, jest ciąża w wysokim stopniu niebezpieczna. Lecz i w przypadkach z dostatecznie skompensowaną wadą sercową, należy ze strony lekarza zwrócić uwagę na to, ażeby spółkowanie nie było wykonywane za często (congressus interruptus jest szkodliwym), oraz ażeby kobiety te nie rodziły za często (nie więcej jak jedno do dwóch dzieci). Sztuczne przerywanie ciąży jest szkodliwym i winno być uniknionem przez zastosowanie odpowiednich środków preserwatywnych.

Artur Jaruntowski.

Prof. O. Vierordt (Heidelberg): Przyczynek do kliniki błonicy i błonicznych zapaleń gardła. (Zur Klinik der Diphtherie und der diphtheroiden Anginen). (*Berl. kl. Woch.* 1897, No. 8).

Badania bakteriologiczne przekonały V., że błonica gardła spowodowana prątkiem Löfflerowskim, może wystąpić w postaci wysepkowej i że prątkowa angina w zgl. tonsillitis lacunaris, przynajmniej jako 1—3 dniowy okres przejściowy przed wytworzeniem się grubych błon, nie jest wcale rzadką. Dla rozpoznania jest bardzo ważnem rozróżnienie anginae lacunaris od błonicy wysepkowej i lakunarnej i odróżnienie tych od angina diphtheroid. Otóż typowy obraz lekkiej, względnie rozpoczynającej się błonicy migdałków przedstawia się jako małe wysepkowate szarawe lub białawe błony, znajdujące się na wysterczających miejscach migdałków najczęściej mocno, rzadko wiotko. Obraz ten pozwala jednak tylko na niepewne rozróżnienie: z jednej strony wobec błonicy płoniczej, która w pojedynczych przypadkach zupełnie tak wygląda i prawie zawsze jednak może być trafnie rozpoznana za pomocą innych objawów płoniczych — następnie wobec dobrotliwej błonicy. Jeżeli błonice pokłady migdałków przekraczają, czy to pojedynczo, czy też po zlaniu się, powierzchnię migdałków, to dzieje się to najczęściej z początku w postaci języczka ku łukowi podniebiennemu lub naprzeciwległa strona uvulae okazuje pokład nadbrzeżny. To przemawia prawie napewne za prawdziwą błonicą. Niekiedy jednak rozpoczyna się błonica jak typowa angina lacunaris z czopkami żółtymi, często dosyć łatwo wychodzącymi, okrągłymi lub też nieregularnymi, umieszczonymi głęboko w lakunach. Nadto może jednak w dalszym przebiegu błonico zchorzały migdałek po właśnie dokonaniem oddzieleniu się błony okazać typowy obraz zwykłej anginae lacunaris. Odwrotnie znowu stać się może, że w zwyczajnej tonsillitis lacunaris z czopków rozszerza się pokład na migdałki, który jednak swoją spójnością wiotką, serowato-ziarnistą i barwą żółtawą rozpoznaje wprawny jako niebłonico. W wątpliwych przypadkach przemawiają dławiec krtani i błonica nosa za prawdziwą błonicą i naturalnie objawy płonice

za płonicą. Zresztą nie ma zewnątrz samego gardła żadnego objawu, rozstrzygającego w rozpoznawaniu świeżych przypadków: ani zachowanie się gruczołów, ani moczu, ani gorączki.

2) Okulistyka.

Ignacy Strzemiński: Operacya zawrotu powieki i rzęsów (trichiasis). (Wrac. No. 52. 1897.)

Upatrując przyczynę zawrotu powiek i nieprawidłowego kierunku rzęsów u osób, dotkniętych jaglicą, w zniszczeniu tylnej wargi rzęskowego brzegu powiek, a do czego nie ma sprzyja spazmatyczny kurcz i rozrost m. sphinc. palpebrarum, czcigodny autor »Historyi oftalmologii na Litwie« radzi wznović porażony rzęskowy brzeg powieki. W tym celu przypomina myśl von Millingen'a — przeszczepienia tu błony śluzowej człowieka. Dużo o tem pisał Sapiężko z Kijowa, który w rozszerzony brzeg powieki przesadza całkowity płat błony śluzowej, przyszywając go 6—7 szwami do górnego brzegu rany i 5 do dolnego, co przedstawia niemało trudności, a co nie zapobiega od zaniku i zgorzeli całego płata, jak się przekonał Raehlmann i inni. Kol. St. przesadza też błonę śluzową z dolnej wargi, lecz z tą różnicą, że wycięty odpowiedniej wielkości płat rozcina na 4—5 części i wkłada takowe do rozciętego brzegu rzęskowego po zatamowaniu krwotoku, nie przyszywając ich wcale, co znacznie ułatwia operacyę. Tę ostatnią robi w ten sposób: starannie obmywszy powieki rozczyłem 0,02% sublimatu i zakokainizowawszy worek łącznicy, pod powiekę podprowadza się płytkę Jaeger'a, lub takową wyprostowuje się za pomocą cążków Knapp'e'go lub Snellers'a; odkrywszy dobrze cały brzeg powieki rozdwarzamy go za pomocą ostrokończastego noża, na 1 mm. po za rzęsami, rana powinna być głęboką na 5 mm.; od końców rany, która powinna sięgać na 2 mm. dalej końca rzędu rzęsów, robi się dwa cięcia, długości 3 mm., przez skórę i podskórną tkankę łączną, cięcia skierowane łukowało ku górze i na zewnątrz (str. skroniowa) i ku górze i wewnątrz (str. nosa) tym sposobem ułatwia się rozdarcie całej rany i obnażenie powierzchni chrząstki, z której doszczętnie wycinają się cebulki włosowe. Następnie starannie przeszczepia się wzdłuż całej rany 4—5 kawałków błony śluzowej, wyciętej z wargi i skoro takowe dobrze się przyłożą, oko zakrywa się kompressem z marli zwilżonem 0,02 rozczyłem sublimatu, na co się kładzie ceratka i wata (bez jodoformu). Opatrunek zmienia się codziennie (niepotrzebnie zmienia się na drugi dzień — gdyż płaty mogą oddzielać się. Spraw.) i po 5 dniach zupełnie się zdejmują; po dwóch tygodniach przesadzone płaty stają się zupełnie podobne do normalnej tkanki rzęskowego brzegu, a po 3-ch tygodniach nie znać wcale śladu operacyi.

Dr. I. Talko.

3) Choroby nerwowe.

Paweł Cheron (Paryż): Leczenie płasawicy. (Allg. Wien.med. Ztg. 1896, Nr. 38 i 39.)

Wnioski, do których dochodzi autor są następujące: W większej liczbie przypadków wystarcza antypyryna i arsen; antipyryna z przetworami salicylowymi i bez takich jest wskazaną w czysto goścowych przypadkach płasawicy, w których można także stosować kąpiele siarczane. Bromek sodowy dobrym jest w takich przypadkach, które noszą na sobie znamię macinnicy. W postaciach płasawicy

bardzo lekkich, dalej w końcu postaci średnio-ciężkiej i ciężkiej oddają dobre usługi przepisy higieniczne, gimnastyka, łagodne zabiegi wodne i leczenie wzmacniające — wystarczają one do sprowadzenia wyleczenia. Chloralu tam użyjemy, gdzie osiągnąć chcemy w ciężkich przypadkach sen i spokój — w tych przypadkach są też odpowiedniami zimne zawijania. W postaciach średnio-ciężkich i ciężkich mogą zawodzić leki najbardziej używane. W przypadkach ciężkich, gdzie mamy do czynienia z silnymi chorymi, można spróbować emetyku. Gillette podaje lek wymiotny 5 razy raz po razie w wzrastających dawkach od 20, 40 do 60 cg. w roztworze, łyżkę co godzinę. Jeżeli nie zmniejsza się nasilenie ruchów, to pauzuje 5—6 dni, potem podaje lek wymiotny znowu w dawkach wzrastających od 25, 50 do 75 cg. na co Chéron nie odważyłby się. W przypadkach burzliwych można uciec się do leków tetanizujących, np. do strychniny, co jednak jest ryzykownem. Użyć można także leków porażających, jak ezeryny, hyocyminy — są to jednak niebezpieczne leki, których używanie musi się dokładnie kontrolować. Srodki przeciwskurczowe, valeriana, zincum valerianum są prawie bezskutecznymi. W końcu makowiec jest u dzieci — choć sprzeciwiają się temu Trousseau i Jaccoud — niebezpiecznym i nie powinno się go stosować w praktyce dziecięcej.

Docent Jul. Donath (Budapeszt): **Przypadek parestezyi Bernhardta-Rotha.** (Ein Fall von Bernhardt-Roth'scher Parästhesie. Paraesthesia n. cutan. femoris extern.) Wien. med. W. 1897, Nr. 25.

Prof. M. Bernhardt zwrócił uwagę na zboczenie czucia, odgrywające się wyłącznie w zakresie zewnętrznego nerwu skórno-uda. Cierpienie to wcale nie rzadkie, a widzimy je mniej często z powodu małego nasilenia jego, także z niem zgłaszają się tylko chorzy, zwracający więcej uwagi na siebie. Chorzy ci są mężczyźni najczęściej młodzi, uskarżający się na uczucie stępienia w przedniej i zewnętrznej powierzchni uda (uczucie obandażowania, uczucie obcej skóry itp.) Wzmaga się ono po dłuższej trwających nasileniach (marsze, długie stanie), po ucisku, a ustępuje zwykle podczas siedzenia lub leżenia, zwłaszcza z przykurczonemi nogami. Objawy podmiotowe polegają głównie na parestezyi, bólach, zmniejszonej wrażliwości. Pod względem etyologicznym przytacza Bernhardt przebyte zakażenia lub zatrucia (dur brzuszny, przewlekłe zatrucie ołowione) lub gwałtowne ochładzanie (zimne tusze, mocne rozgrzanie z następowem szybkim ochładzaniem ciała u kowali itp.), niekiedy uraz. Donath opisuje nowy przypadek, dotyczący się kupca 40-letniego, u którego choroba powstała w ciekawy sposób, bo, jak twierdzi pacjent, skutkiem bardzo silnego uszczypnięcia w udo przez roznamiętnioną kobietę. Leczenie polegało na galwano-faradyzacji zewnętrznego nerwu skórno-uda i nacieraniach ichtyolowych. Bernhardt i Roth podają, że po różnych sposobach leczenia, jak nacieraniach, letnich kąpielach solankowych, mięsieniu, pędzlu elektrycznym dolegliwości się zmniejszają wprawdzie, ale nie ustępują zupełnie. Prawdopodobnie mamy wtem zboczeniu czucia n. cutan. femor. ext. do czynienia z przewlekłym zapaleniem nerwu, na jakie wystawiony jest nerw ten przez swoje położenie, powierzchowny przebieg i mechaniczne szkodliwości. Skutkiem czynności mięśni mogą te parestezye w nerwie, dotkniętym przewlekłym zapaleniem, zamienić się często w bóle. Bf.

D. Ruch w Towarzystwach.

Sprawozdanie z posiedzenia Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu dnia 4-go Marca 1898 r.

Na porządku obrad:

1) Głosowanie nad przyjęciem p. dr. Alkiewicza z Pobiedzisk i p. dr.

Steinborna z Poznania na członków Wydziału. Obaj koledzy zostają jednogłośnie przyjęci. Na członka zgłosił się p. dr. Maćkiewicz z Jeżyc.

2) Omówienie spraw dotyczących biblioteki lekarskiej i czytelnicy.

3) Następnie przedstawił kol. P a n i e ń s k i 2 przypadki histeryi, jeden dziecięcej, drugi męskiej. Pierwsza chora, w 16-tym roku życia, dziedzicznie tyle obciążona, że ojciec jest alkoholistą nałogowym, przechodziła z chorób dziecięcych żarnice i krzywicę. W ostatni dzień 1896 r. przestraszyła się rzekomo, ujrzawszy w sieni domu chłopca, o którym przypuszczała, że to duch z tamtego świata. Od tego czasu co 6 tygodni dostawała napadów somnambulicznych, trwających za każdym razem mniej więcej 3 tygodnie. Podczas tych napadów stawała się dziwnie opryskliwą wobec matki i 2 sióstr młodszych, z których jedną nawet chciała zabić, gadała od rzeczy, to śpiewała i śmiała się, to kazała za siebie otoczeniu modlić się, twierdząc, iż wkrótce umrze. Pokarmy i napoje przyjmowała jak zwykle. Po 3 tygodniach napad mijał. Chora, powróciwszy do stanu normalnego; miała wrażenie, jakby cały ten czas spała i zbudziła się ze snu. Badanie nie wykazuje, co kol. Paniński uważa za znamiennej cechy histeryi dziecięcej, pomimo tak ciężkiego objawu, jakim jest somnambulizm, żadnych »stygmatów« histerycznych, żadnych zaburzeń w sferze uczucia lub zmysłów. Chora dotychczas jeszcze nie miesiączkowała, piersi płaskie jak u dziecka, »mons Veneris« wcale jeszcze nie pokryty włosem. Pacjentkę tę leczył kol. Paniński prócz zwrócenia baczości na wzmocnienie i rozwój całego organizmu franklinizacyami głowy, używając ich jako sugestyi, by jak najsilniej psychicznie wpływać na chorą. Skutek dotychczasowy osiągnął nie zły, gdyż przez 7 miesięcy napady somnambuliczne się nie powtórzyły. Ze względu na to, że stosunki nie pozwalają, by chorą na dłuższy czas usunąć z domu i oddać do odpowiedniego szpitala, pozostawia kol. Paniński kwestę radykalnego wyleczenia jej nierozstrzygniętą. Do przypadku tego dodaje referent kilka uwag o histeryi dziecięcej. Różni się ona od histeryi dorosłych 1) tem, że zwykle występuje w postaci tak zwanej monosymptomatycznej »forme fruste« Francuzów. Po większej części mamy tu do czynienia z jednym jedynym objawem n. p. porażeniem, skurczem, a zresztą nie znajdujemy żadnych innych objawów. Różni się 2) rokowaniem. Podczas gdy u dorosłych rzadko kiedy da się radykalnie wyleczyć, mamy przy histeryi dziecięcej dobre wyniki, jeżeli możemy porządną przeprowadzić kurację, t. j. usunąć chore dziecko z rodzicielskiego domu i oddać je do szpitala. Omówiwszy obszerniej rozmaite metody leczenia, oświadcza się referent o ile możności przeciwko zastosowywaniu hypnozy u dzieci. Po większej części jest niepotrzebną, a może więcej mieć złych skutków niż u dorosłych. Przeszedłszy w końcu symptomatologią histeryi dziecięcej, zaznaczył kol. P., iż rzadko w której innej chorobie naraża lekarz całą swą renomę na niebezpieczeństwo, jak właśnie w przypadkach histeryi dziecięcej. Przy mylnem rozpoznaniu i leczeniu lata cierpienie trwać może, które inny kolega, a często nawet tylko znachor, przez szczęśliwy zbieg okoliczności wyleczy w jednym posiedzeniu. Dla tego zaleca kol. Paniński gorąco jak najdokładniejsze zapoznanie się z histeryą dziecięcą. W dyskusyi zabierali głos koledzy S z u m a n i B r o e k e r e.

Kolega St. S z u m a n jest zdania, że prelegent winien był przedstawić tak zwaną histeryą dziecięcą w związku z ogólnem jej pojęciem. Histerya kobieta, męska, dziecięca itp. stanowią tylko pewne poszczególne formy stanów i nastrojów systemu nerwowego, które razem wzięwszy, tem oznaczamy pojęciem. Dalej mniema kol. Sz. że do zadania prelegenta należało uwydatnienie większe tak fizycznych jak i psychicznych objawów opisanych i przedstawionych przez niego przypadków histeryi. Tymczasem prelegent mówił bardzo mało o tych tyle ważnych czynnikach, a rozwodził się natomiast szeroko nad środkiem leczniczym sugestyi i nad rokowaniami od mniej lub więcej zręcznego używania pierwszej robiąc drugie zależnem. Mówca nie podziela tego zapatrywania prelegenta. Nasamprzód wiadomem jest zwłaszcza z doświadczeń psychiatrów, że na histeryą

cierpiący z powodu przywidzeń, urojeń i braku skupionej uwagi w wielu razach nie podlegają najzupełniej sugestyi. Dalej mniema kolega Sz. że rokowanie w histeryi daleko więcej jest od stopnia dziedzicznego obciążenia, od powikłań z innymi chorobami n. p. z niedokrewnością, blednicą itp., od stósunków materialnych chorego, aniżeli od poruszonego przez prelegenta momentu zależne. — Terapia powinna się zdaniem kol. Sz. opierać przede wszystkim na etiologicznych danych. W dalszym toku przytacza mówca obserwowany przez siebie swego czasu w Monachium przypadek tak zwanej histeryi dziecięcej, którym znanymi jej przyczynami było obciążenie ze strony obojga rodziców (oboje cierpieli na newrastenią) i alkoholizm ojca. Jako bliższy powód choroby można było uważać w tym przypadku przetężenie umysłowe.

Kol. Panieński zaznacza w odpowiedzi kol. Szumanowi, że nie wchodziło w zakres dzisiejszego jego referatu mówić o istocie histeryi tem więcej, iż dla spóźnionej pory obszerny ten temat tak czy tak musiał skrócić. Uważał zaś to także referent za zbyt techniczne, gdyż istota histeryi kobiecej, męskiej i dziecięcej jest zawsze ta sama. O objawach fizycznych, jak porażeniach (mono-, hemi- i paraplegiach), czy to wiotkich czy skurczowych, o zmianach odruchów kolonowych i achillesowych, o zaburzeniach w sferze czucia i zmysłów, o astazyi i alazyi, o afonii i mutyzmie, o zająkaniu się i kaszlu histerycznym, o nerwobólach i newralgiach stawowych u dzieci histerycznych rozwinął się szeroko, zaznaczając kilkakrotnie, iż znamioną cechą histeryi dziecięcej jest, że występuje bardzo często pod postacią, tak zwaną monosymptomatyczną; zachodzi zwykle tylko jeden jedyny objaw n. p. porażenie, skurcz, a zresztą nie więcej. Przede wszystkim brak tutaj, co tak bardzo utrudnia rozpoznanie różniczkowe, stygmatów histerycznych i zaburzeń w sferze czucia i zmysłów. — O objawach psychicznych rozwinął się referent również dość szczegółowo, że nie zawsze dzieci histeryczne są niegrzeczne, nieznośne i krzykliwe. W wielu razach robią wrażenie zupełnie normalnych. Wspomniał prócz tego, iż mogą być nad zwykły poziom inteligentne, co nie wyklucza tego, że znaczna część dzieci histerycznych tak tępego są umysłu, iż robią wrażenie niemal zidyociałych. W ogóle jednak objawy psychiczne w histeryi dziecięcej podrzędniejszą odgrywają rolę niż w histeryi dorosłych — leczeniu histeryi dziecięcej mówca przypisuje wielkie znaczenie sugestyi, że jednakowoż nie uważa ostatecznie za wystarczającą, przypomina koleźce Szumanowi ten ustęp swego referatu, w którym za niesłuchanie ważny warunek uważa usunięcie dziecka chorego z domu rodzicielskiego i oddania go do szpitala stósownego. Z tego samego punktu widzenia patrzy kol. Panieński na rokowanie w histeryi dziecięcej. Gdzie stósunki pozwalają na to, iż dziecko można usunąć z domu rodzicielskiego, z pod wpływu histerycznej matki i niedobrego otoczenia do szpitala, w którym zyskuje powaga lekarza, służba odpowiednio jest wyćwiczona, odżywianie i higiena są lepsze, tam prędzej i pewniej można się spodziewać dobrego rezultatu kuracyi.

Dalej przedstawił kol. Panieński przypadek histeryi męskiej. 40-letni robotnik W. R., rzekomo dziedzicznie nie obciążony, dostaje w marcu 1896 roku ostrego gośca lewego stawu barkowego. Po kwartale gorączka i obrzęk ustępuje, lecz do dzisiaj chory pracować nie może, gdyż przy najłżejszem chwytniu ręką lewą jakiegoś przedmiotu, następuje silny bolesny kurcz w całej górnej kończynie lewej. Badanie wykazuje obniżenie czucia na ból i dotyk w całej lewej połowie ciała (hemisubaesthesia hysterica), a zupełne ubezwładnienie (anaesthesia) skóry w całej górnej kończynie lewej, pole widzenia na lewym oku zwężone; słuch na lewym uchu słabszy, niż na prawem; węch i smak po lewej stronie zupełnie zanikły; siła lewej ręki i nogi mniejsza niż prawych kończyn (hemiparesis hysterica); prócz tego wyraźny »clavus«, »globus« i »ovaria«. Ze względu na bezskuteczność rozlicznych, dotyczących kuracyi, leczy kol. Panieński chorego od 3 tygodni za pomocą hypnozy. Wynik osiągnął referent dotychczas ten, że skurcz w lewej ręce nie występuje przy chwytniu przedmiotów tak silnie, jak

dawniej. Ustał także zupełnie kaszel histeryczny. W dyskusyi zabiera głos kol. Pomorski.

W końcu przedstawia krótko dla spóźnionej pory kol. Panieński czteroletniego chłopca, u którego podczas żarnie wystąpiło porażenie dziecięce (poliomyelitis anterior). (Autoreferat).

Kol. Święcicki przedstawia następnie dwojaka piersiozrosłego. Matka dwojaka była wieloródką, dwojak przyszedł na świat w położeniu czaszkowem. Bliżej o dwojakach kolega Ś. dla spóźnionej pory nie mówi, tem więcej, że swego czasu mówił obszernie o przedmiocie tym przy sposobności przedstawienia dwugłowca (janiceps), którego poród wspólnie z kol. Kozuszkiewiczem obserwował i obszernie w »Centr. f. Gynaec.« opisał. Nadmienia tylko, że potwory powstają wówczas, gdy w jajku dwa zarodki tuż przy sobie się rozwijają i częściowo się z sobą już to głowami, pośladkami lub tułowiem złączają. Tej teorii przeciwną jest tak zwana teoria rozczepowa, podług której potwory wytwarzać się mają przez rozszczepienie się z pojedynczego zawiązku.

Artur Jaruntowski, sekretarz Wydziału.

E. Korespondencye.

Z Paryża, 15-go lutego 1898 r.

W istocie nie z Paryża powinienem datować ten list, ale z Dax, dokąd się schroniłem dla wyleczenia się z newralgii uporczywej. Jest to miasteczko na granicy hiszpańskiej z ciepłymi siarczanymi wapiennymi, łagodzącymi bóle i z kąpielami błotnymi używanymi w cierpieniach reumatycznych, artrytycznych, nawet zastarzałych, a zwłaszcza w rwie kulszowej. Klimat tu łagodny; średnia ciepłota zimowa 9° C. Zakład otwartym jest przez rok cały. Przepraszam, że zaczynam od pochwał dla miejscowości, w której się leczę.

Pomiędzy ważniejszymi pracami ostatnich tygodni warto podnieść badania dr. Barbier'a kliniczne i bakteriologiczne nad dyfteryą o partę na 224 spostrzeżeniach, nie pozbawione pewnej oryginalności. Wiadomo, iż eksperymentalnie można wywołać czyste postacie dyfteryi, rzadko tylko u człowieka się znachodzące, gdyż zwykle choroba ta rozwija się w pewnych tylko warunkach, o wtórnych zaś błonicach w płonicy, odrze itd. wszyscy wiemy. Otóż ciężka postać dyfteryi u człowieka znamionuje się nie tyle rzekomą błoną, umieszczeniem i rozszerzeniem swem, ile przejawami w sąsiedztwie tych miejsc i oznakami otrucia przez zakażenie, a więc bladością śluzowej błony, brakiem wydzielin śluzoworopnych, brakiem zajęcia gruczołów. Ta właśnie postać, jakkolwiekby były rozszerzone błony rzekome, lecz się zawsze pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej w 2 lub 3 dni.

Jeżeli w ciągu choroby tej zmierzającej już do wyleczenia pojawiają się zapalne przypadki, jak zapalenie ucha średniego, zapalenie gardła itd., mamy postać przejściową, powikłaną wprawdzie, ale właściwie nie wiele zmodyfikowaną.

Do zmodyfikowanych postaci albo t. zw. skojarzonych dyfteryi zalicza się te, w których przyłączyły się mikroby septyczne o przebiegu łagodnym lub o przebiegu groźnym, w którym to przypadku śmiertelność dochodzi do 69%. Barbier odkrył przy badaniach nad dyfteryą nowy prątek wrzecionkowaty któremu nie przypisuje zresztą chorobotwórczego znaczenia.

Warto też wspomnieć o doświadczeniu dość głośnem, ale i koniecznem nad czytaniem poprzez ciała nieprzejryste, czyli nad t. zw. jasnowidzeniem. Podał je prof. Grasset z Montpeiller w »Semaine

Medicale« z pewną emfazą światu naukowemu, głosząc, że się opiera na fakcie autentycznym, ale wnet przycichł i cofnął swe twierdzenia.

Świeżo ogłoszono statystykę ruchu ludności we Francyi w r. 1898. Jeszcze w r. 1895 wykaz urodzin i śmierci był niekorzystnym; tymczasem w r. 1896 już jest 93,700 więcej urodzin nad liczbę śmierci. Mianowicie wzmogła się także ilość urodzeń. — W r. 1897 z pewnością liczba przypadków śmierci jeszcze się zmniejszyła, a i ilość zachorowań była, zwłaszcza w Paryżu, stosunkowo niewielką. Dopiero w drugiej połowie grudnia i w pierwszej Stycznia r. b. podniosła się śmiertelność w Paryżu ponad średnią, dzięki grypie zakaźnej, która już minęła. Pomędzy ofiarami tej krótkiej epidemii wymieniam P é a n a, sławnego chirurga zmarłego niedawno w 69-tym roku życia. Jeżeli o nim wspominam, czynię to nie tylko dla jego wielkiej sławy, ale że przy tej sposobności chcę sprostować twierdzenie mylnie wypowiedziane w nekrologach, jakie mu poświęcono, mianowicie, jakoby on pierwszy we Francyi dokonał owaryotomii. Operację tę po raz pierwszy we Francyi zrobił w r. 1842 rodak nasz Dr. Roch Wojcickowski, emigrant z r. 1831, osiedlony w Quingey pod Besançon w departamencie Doubs i to szczęśliwie. Fakt ten uznanym został przez uczonych francuzkich, którzy mu temu lat kilka za inicjatywę dr. Rollanda w Tuluzie na cmentarzu w Dijon wystawili pomnik, przypominający jego zasługi w chirurgii. *Suum cuique!* Dr. J. Jasiewicz.

F. Rozmaitości.

* *Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich* odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 roku. Wydział gospodarczy zaprasza na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich i wyraża życzenie, aby przez jak najliczniejszy zastęp uczestników w Zjeździe lekarze i przyrodnicy polscy dali dowód, że rozproszeni uznawają ważność i doniosłość Zjazdu i pragną przez wzajemne zbliżenie się do siebie przyczynić się do postępu nauki, dając zarazem świadectwo żywotności i łączności swojej. Wydział gospodarczy przyjmie uczestników Zjazdu z otwartymi rękoma i starać się będzie pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić i, o ile to w jego będzie mocy, w miłej utrwalić pamięci. Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładach w poszczególnych sekcjach. Na życzenie, wyrażone z wielu stron, utworzoną będzie także sekcya higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym są biegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń, zapowiada się Wystawa świetnie. Wszelkie zgłoszenia, dotyczące się Zjazdu, przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15-go maja r. b.

* *Mocą uchwały* komitetu przygotowującego VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas Zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Hygiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlenie. 3) Wentylacja. 4) Wodociągi i kanalizacja. 5) Łazienki. 6) Desinfekcja. 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fiziologia. 3) Psycho-fiziologia. 4) Patologia a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Sero-

terapia i serodiagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystryka etc. 8) Elektroterapia i elektrodiagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne, 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać najpóźniej do 1go czerwca r. b. na ręce p. dr. Drobnika, Poznań, św. Marcin Nr. 79.

Na życzenie wysyła się drukowane warunki i przepisy dla wystawców.

Komitet wystawowy odbywa obecnie co tydzień regularne posiedzenia.

Zgłaszający się mogą więc liczyć z pewnością na rychłą odpowiedź.

* *VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.* Zgłosili się dotychczas następujący prelegenci z odczytami: 1) Prof. K o s t a n e c k i z Krakowa: »O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii.« 2) Prof. N a t a n s o n z Krakowa (temat zastrzeżony). 3) Prof. R y d y g i e r z e Lwowa: 1) »O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae)«. 2) »Wskazanie do urethrotomii wewnętrznej i zewnętrznej.« 3) »O nowotworach pęcherza z demonstracją.« 4) »Jeszcze kilka słów o t. zw. coxa vara.« 4) Dr. S ę d z i a k z Warszawy: »Uwagi w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani.« 5) Dr. F a b i a n z Warszawy: »Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie.« 6) Dr. W r ó b l e w s k i z Krakowa (3 tematy zastrzeżone). 7) Dr. A r n s t e i n z Kutna-Ciechocinka: 1) »O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczym tego środka.« 2) »60 przypadków rwy kuluszowej (ischias) leczonych w Ciechocinku.« 8) Dr. J a r u n t o w s k i z Poznania: »Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc.« 9) Dr. O ł t u s z e w s k i z Warszawy: »Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii.« 10) Dr. B i a ł o b r z e s k i z Warszawy: 1) »O heminie i hematynie.« 2) »O desinfekcyjnych własnościach formaliny.« 11) Dr. Z a r e m b a z Wrocławia: »Stanowisko umysłowo-chorych w wiekach średnich.« 12) Dr. O ś w i e c i m s k i z Katowic: »O działaniu »Styptycyny.« 2) »O terapii endometritis chronica.« 13) Prof. B u j w i d z Krakowa: »O stósowaniu tuberkuliny u bydła w celu usunięcia gruźlicy. 14) Józef Z i e m b a z Władykaukazu: 1) »Płody kopalne Kaukazu.« 2) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii.« 15) Dr. M. R a c i b o r s k i z Kagok-Tegal (Jawa): »Roślinność kraterów wulkanów jawańskich.« 16) Dr. S e y d a z Wrocławia: »O środkach zastępujących u niemowląt pokarm macierzyński.« 2) »Pogląd na stan obecny oceny, czy woda zdatna do picia lub do celów użytkowych.

* *Komisarzami VIII. Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu* mianowani są: na *Kraków* prof. B. W i c h e r k i e w i c z, na *Lwów* c. k. radzca dworu prof. Dr. R y d y g i e r, na *Warszawę* Dr. Karol R y c h l i Ń s k i (Krucza 35) i na *Wilno* Dr. J. S t r z e m i Ń s k i.

* *Dr. Franciszek Chłapowski*, przewodniczący w Komitecie redakcyjnym pisma naszego, wyjechał po przebyciu ciężkiej choroby na kilka tygodni na południe. Zastępować go będzie w sprawach Redakcyi »Nowin Lekarskich« Dr. H. Ś w i ę c i c k i.

* *Ś. p. Stanisław Krysiński*, zmarły w Warszawie pozostawił obfite

materyały do powszechnego słownictwa lekarskiego. Niektóre z tych materyałów, np. z psychiatrii, dermatologii dał kolegom specjalistom do przejrzenia i nie zostały mu zwrócone. Dr. S. Markiewicz jako jeden z kuratorów spuścizny literackiej po St. Krysińskim wzywa więc, by mu do odszukania tych meteryałów pomagać.

Zarazem dowiadujemy się, że nie długo wyjdzie drukiem praca S. Krysińskiego poświęcona słownictwu anatomicznemu. Pierwsza część obejmie całość wyrazownictwa anatomicznego łacińskiego według uchwał niemieckiego Towarzystwa anatomicznego, wraz ze wstępem i objaśnieniami. Obok nazw łacińskich zeszerogowanych w porządku anatomicznym pomieścił S. Kr. nazwy polskie. — Część druga będzie mieściła właściwy słownik anatomiczny łacińsko-polski i polsko-łaciński porządkiem abecadłowym. W części 3-ciej wzbogaconą będzie objaśnieniami dotyczącymi pochodzenia nazw i ich synonimikę. Wszystkie 3 części dzieła wynosić będą razem około 40 arkuszy druku. Wydaniem tej pomnikowej pracy zajmują się Drowie St. Markiewicz, Puławski, Br. Sawicki Ant. Śmiechowski.

* *Szpitalik św. Józefa dla dzieci w Poznaniu* rozwija coraz większą czynność. Do kliniki przyjęto w ciągu r. przeszło 500 dzieci, w poliklinice leczono ich 4651. Zakład nie ma własnych funduszków, prócz procentu od kilkunastu zapisów. Główna zapomoga od sejmu prowincjonalnego (4000 M.) i od sejmików powiatowych (nie od miasta). Kąpieli solankowych wydano w klinice 2590, w poliklinice przeszło 11000. Z większych operacji chirurgicznych wykonanych w szpitalu wymieniamy 20 radykalnych operacji przepukliny, 35 dolnej tracheotomii, 40 wycięć stawu biodrowego, 4 przeniesienia czynności mięśni. Ogółem operacji 402. Dokonywał ich Dr. Drobniak. Na stacyi wewnętrznej ordynował Dr. Krysiewicz.

* *Do wyjaławiania narzędzi chirurgicznych* zaleca Wright czystą oliwę ogrzaną na 160°—180°, w którą zanurza się narzędzie na kilka chwil. O ciepłocie oliwy można się przekonać, wrzucając weń kawałek chleba, który w razie ogrzania oliwy do powyższej temperatury zabarwia się na kolor brunatny. (Sem. méd. 2. 98.)

* *Przypadek ciężkiej czkawki.* Dr. Herschell opisuje w »the Lancet« (23. 97) przypadek, tyczący kobiety zresztą zdrowej, u której wystąpiła czkawka, trwająca przez osiem dni powtarzająca się później co kilka dni. Wyleczenie nastąpiło dopiero po zastosowaniu prądu galwanicznego 8 miliamperowego od szyi aż do dołka sercowego, oraz między przednią częścią szyi i karkiem.

* *Wyjęcie kuli z mózgu zapomocą prześwietlenia Röntgenowskiego.* Braats podaje w »Centralbl. f. Chir.« (1, 98) przypadek, w którym przed dwoma latami wtargnęła kula rewolwerowa w prawą wyższą okolicę ciemienia; pozostały straszne bóle głowy, dla których pacjent poddał się trepanacyi, która już raz przedtem bezskutecznie wykonaną została. Za pomocą prześwietlenia Roentgenowskiego udało się tym razem znaleźć i wyjąć kulę, znajdującą się w lewym zrazie ciemieniowym w głębokości 7 cm.

* *W sprawie ogólnego zakażenia rzeżączkowego.* Ahhman badał w przypadku rzeżączki cewki a skomplikowanej zajęciem stawu, nerek i nadjadrza krew odpuszczoną z żyły i znalazł w takowej gonokoki. Byłby to pierwszy przypadek, gdzie stwierdzono bezpośrednio ogólne zakażenie rzeżączkowe, o którym zresztą niewątpimy. (Arch. f. Derm. B. XXXIX).

* *W celu rozpoznania początków gruźlicy płuc* zaleca Vetlesen podobnie jak Sticker wewnętrzne podawanie jodku potasu 1%, trzy razy dziennie po łyżce stołowej. W przypadkach podejrzanych nieżytów szczytów występuje większy kaszel i wydzielanie flegmy, którą zbadać można oraz zmiany w płucach. U osób zdrowych żaden odczyn nie występuje. (Sem. med. 97. 52).

* *XXVII. kongres chirurgów niemieckich* odbędzie się w Berlinie od 13—16 kwietnia r. b.

* *XVI. Zjazd internistów niemieckich* odbędzie się we Wiesbaden pomiędzy 13 a 16 kwietnia r. b.

* *Wpływ pokrewieństwa na powstawanie chorób umysłowych.* Dr. Roth z Bambergu stawia na podstawie odpowiedniego materiału w kwestyi tej następujące tezy: 1) W pewnej ilości przypadków pozostaje potomstwo z małżeństw pokrewnych wolnem od wszelkich zbroczeń umysłowych. 2) Z niektórych spostrzeżeń wynika prawdopodobieństwo, że u potomków z małżeństw pokrewnych choroby umysłowe częściej występują, jak u potomków z małżeństw krzyżowanych. 3) Wpływ pokrewieństwa zdaje się więcej objawiać w wytwarzaniu wrodzonego osłabienia umysłowego i pierwotnego idiotyzmu, jak w wytwarzaniu tych zbroczeń umysłowych, jakie się w późniejszych dopiero latach życia pojawiają. 4) W przypadkach, gdzie choroby umysłowe dają się spostrzegać u dzieci z małżeństw pokrewnych, tam odgrywają, jak się zdaje, najgłówniejszą rolę usposobienie neuropatyczne i niekorzystne stosunki zewnętrzne; zatem ażeby pokrewieństwo samo przez się, jako jedyna przyczyna mogło wywoływać choroby umysłowe, pewnych dowodów dostarczyć nie podobna. (Friedreichs Bl. f. ger. Med. H. VI. 97).
A. J.

G. Zapiski lecznicze.

— **Do leczenia przewlekłych kataralnych rozwoleń** zaleca Jaworski: Aqua calcinata effervescens (z fabryki Rzący i Chmurskiego w Krakowie). Aqua calcinata effervescens mitior zawiera w 1000 cem. wody przesyconej kwasem węglanym calcii carbonici 2 gr. i calcii salicylici 2 gr., aqua calcin. efferv. fortior w tej samej ilości, calcii carb. 4 gr. i calcii salicyl. 3 gr. Przepis: rano naczecz pół szklanki mocniejszej wody i 3 razy po jedzeniu po pół szklanki słabszej wody. Działanie ma być nader korzystne. (Ther. Monatshefte. 98. No. 2.)

— **W grypie u dzieci** stósuje Fuerst skutecznie salipyrinę i to u dzieci do lat 5-ciu 0,25, do lat 10-ciu 0,5, do lat 14-tu 1,0 trzy razy dziennie przez pierwsze dwa dni choroby, później dwa razy dziennie. (Deutsche med. Ztg. 97. No. 78.)

— **W ciężkich przypadkach przymiotu** zaleca Bouveyron jod w następującej postaci: Rp. jodi puri 1,0, kalii jodat. q. s. ad sol., glicerini 10,0, ac. citrici 15,0, syr. simpl. 1000,0. Ds. Od dwóch do 9 łyżeczek dziennie w pół godziny po jedzeniu. Jed w tej postaci bywa bardzo dobrze znoszony. (Sem. méd. 97.)

— **Na wzmocnienie włosów** zaleca Eichhoff: Rp. Captoli, chloral. hydr., ac. tartar. aa 1,0, ol. ricini 0,5, spir. vini (65°) 100,0, ess. flor. aether 2,0. Ds. Weierać ręką w skórę. (Dtsch. med. Woch. 97. 45).

— **Przy swędzeniu w odbycie** zaleca Penzoldt okłady z następującego rozczyngu: Rp. Natr. hyposulf. 30,0, Acid. carbol. 5,0, Glycerini 20,0, Aqu. dest. 450,0.

— **W przewlekłym zaparciu stolca** u dzieci stósuje Fuerst obok odpowiedniej diety lewatywy trzy razy tygodniowo z $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ litra wody (ciepłoty pokojowej) z dodaniem tylu łyżek stołowych gorzkiej wody, ile dziecko ma lat (maximum 6 łyżek). (Kinderarzt VI. 97.)

— **Przeciw brakowi łaknienia** zapisuje Huchard: Rp. Tetr. chinae, Tetr. colombo, Tetr. Gentian. aa 5,0, Tetr. rhei 3,0, Tetr. nuc. vom. 2,0. Mds. 15 do 20 kropli przed każdym jedzeniem.

— **Wielkie hyperplastyczne skrofuliczne gruczoly chłonne**, które nie przechodzą w ropienie leczy Hammerschlag bardzo skutecznie za-

strzykiwaniami 5⁰/₀ emulsji jodoformowo-glicerynowej. (Dtzech. med. Wochenschrift 97.)

— **Przeciw bólowi przy zapaleniu płuc** zaleca **Solberg** opatrunek na odpowiedni bok z plastru lepkiego w postaci dwóch pasów 4 cm. szerokich. Tego rodzaju opatrunek zmniejsza ból, kaszel i duszność. (Zeitschrift für Krankenpfl. 97. XI.)

— **W nerwobólach** stosuje **Eulenburtg** następującą maść: Rp. Ichtyoli, ungu. neapolit. aa 50, chlorophormii, alcoholi camphor. aa 30,0. Ds. wstrząsać przed użyciem. (Sém. méd. 97. 52.)

— **Koklusz** zaleca **Poliewkto** w leczyć fenokolem (phenocoll) w dawkach 1—2 gr. dziennie, poczem w krótkim czasie napady stają się mniej częste i mniej silne, napady nocne ustępują szybko i cały przebieg choroby bywa skrócony. (Wracz 49. 97.)

— W wielu przypadkach **niedokrewności** stosował **Maassen** somatogę, po której zawartość hemoglobiny znacznie się miała zwiększać. Dawka cztery łyżeczki od kawy dziennie. (Wien. med. Wochschr. 1. 9.)

Wiadomości osobowe.

Dr. **Karwowski** przesiedlił się z Poznania do Hamburga, Dr. **Buchwald** z Rawicza do Briesnicy pod Żeganiem, Dr. **Laurentowski** z Obrzycka do Kościana, Dr. **Steinborn** z Rostoku do Poznania, Dr. **Ascher** z Babimostu do Królewca. Dr. **Pechère** mianowany docentem dla med. wewn. w Brukseli, Dr. **Budin** mianowany prof. kliniki położniczej w Paryżu w miejsce zmarłego prof. **Tarniera**. We Wiedniu postawił wydział lekarski w miejsce zmarłego prof. med. sądowej **Hofmanna primo et unico loco** prof. **Alex. Kolisko**. Dr. **Mausel** osiedlił się w Ostrowie. Przesiedlili się dr. **Mutschler** z Wrocławia do Poznania, Dr. **Hauffe** z Wrocławia do Poznania.

Kronika żałobna.



Ś. p. Dr. Roman Jasiński.

Urodzony w r. 1853 w Warszawie zmarł po długiej chorobie w rodzinem swem mieście jeden z tych wybitniejszych umysłów, które pozostawiają, bo pozostawić muszą, trwałe ślady swej ziemskiej pielgrzymki. I gdyby mnie zapytano, czy ze śmiercią nieodżałowanej pamięci Romana Jasińskiego przestała istnieć jednostka, która na barkach swych dźwigała postęp obranej gałęzi wiedzy lekarskiej, byłbym w wielkim kłopotcie. Nie! — musiałbym odpowiedzieć, gdyby pytanie dotyczyło tej pedantycznej i mrówczej pracy, która z mniej nawet zdolnych pracowników czyni jednostki o szerokiej wiedzy, warunkującej postęp nauki. Ś. p. Roman Jasiński posiadał za żywy, za wrażliwy temperament na to, aby mógł zagłębiać do podwalin te zagadnienia, które umysł Jego zaprzętały, posiadał jednak nieprzebrany zasób wiadomości, któremi chętnie i umiejętnie dzielił się z kolegami. Obdarzony dziwną łatwością pojmovania zawiłych zagadnień, był On jednym z tych, dla których naśladownictwo lub kopiowanie cudzych wzorów było obce. Zapoczątkować i wprowadzić w czyn swój własny i szeroko obmyślany plan, może niepotrafił prawdziwie ceniony kolega Roman, dorzucić jednak niejedną cegielkę do mającej się wznieść budowli, zauważyć słabsze strony wysuwanej placówki, podać skuteczne środki, a co najważniejsza pojmovać i przejmować się takim planem umiał i w tem celował. Podziwiać

należało ś. p. Romana Jasińskiego, z jakim zapałem podejmował każdą nową myśl i za zasługę poczytać Mu należy, że do każdej nowej idei wkładał wiele krytycyzmu, który ze ś. p. Romana czynił jednostkę o wybitnej indywidualności. Ponieważ prawdą jest, że społeczeństwo ostać się może tylko wtedy, gdy posiada w swym gronie silne charakterem, szlachetne w uczynki indywidualności, więc strata takiego kolegi i lekarza, jakim był ś. p. Roman, odbić się musi smutnym echem w sercach tych, którzy patrzeli na działalność zmarłego.

Rzeczą specjalnego sprawozdawcy jest oświetlić bogaty dorobek naukowy zmarłego. Historia literatury lekarskiej, polskiej w szczególności, uwieczni na kartach swych imię ś. p. Romana Jasińskiego, był on bowiem jednym z najpłodniejszych pisarzy. Ortopedia, chirurgia kręgosłupa i kości wogóle znalazły w ś. p. Romanie gorącego wyznawcę.

Jako lekarz a specjalnie chirurg był On wysoce wykształconym, jako obywatel kraju był zmarły czynnym członkiem Towarzystw, cele społeczne na widoku mających, jako wreszcie człowiek pozostawił On pamięć miłego i prawdziwie dowcipnego współtowarzysza. Ułoża chorego wykazywał moc prawdziwego współczucia i delikatności, w życiu społecznym cieszyć się i smucić potrafił wraz z tym ogółem, wśród którego wzrósł i pracował, godność zawodową rozumiał a ideał narodowy kochał i czcił.

Cześć przeto pamięci Romana Jasińskiego!

K. R.

† Ś. p. Dr. Julian Titius.

Z Wilna smutna dochodzi nas wiadomość. Czcigodny Dr. Julian Titius zmarł tamże nagle w 80 roku życia. Był to jeden z najwięcej szanowanych lekarzy wileńskich, a zarazem najstarszy członek Tow. lekarskiego wileńskiego i wychowaniec wileńskiej akademii medyko-chirurgicznej. Przed 3 lata obchodziło Tow. lekarskie wileńskie 50-letni jubileusz ś. p. Titiusa, jako członka swego i jednogłośnie wybrano go honorowym prezesem Towarzystwa. Patrzył on kiedyś z bliska na tych, którzy przyczyniali się do rozkwitu akademii medyko-chirurgicznej i sam przez dłuższy czas pełnił obowiązki podskarbiego, bibliotekarza i wiceprezesa Towarzystwa lekarskiego wileńskiego. Cześć zacnej i szlachetnej pamięci nestora lekarzy wileńskich.

† Ś. p. Leon Celestyn Wasilkowski, wychowaniec Uniwersytetu warszawskiego, zmarł w Iskrecu (Bułgarya) na stanowisku lekarza powiatowego. Młody, gdyż dopiero w r. 1892 ukończył Wydział lekarski, ś. p. Leon Wasilkowski należał do grona tych nielicznych jednostek, obdarzonych niepospolitemi zdolnościami, które, gdyby mogły być pohamowane w swej bogatej wyobraźni, stać by się mogły świecznikami własnego społeczeństwa. Ci, którzy bliżej znali zmarłego, z uczuciem żalu i tęsknoty wspominają będą przeciągające się do białego dnia gawędy, podczas których rozrzucał ś. p. Leon Wasilkowski obszerne horyzonty zagadnień społecznych. Perlista wymowa, opromieniona żarem zapału i wiary w świętość powołania każdego myślącego człowieka, czyniła ze ś. p. Leona, już na ławie szkolnej wpływową jednostkę. Pchanemu przez niepohamowaną żądzę czynu, nie wystarczało swojskie pole pracy; wyznawca idei spójni szczepowej, udał się do Bułgaryi, gdzie jak wieść niesie, czynny brał udział w życiu społecznym i zmarł na stanowisku czynnego lekarza, jak przystało na człowieka o dalekiej od przeciętnej indywidualności.

H.

Zmarli: Adam Stolarski w Józefowie, Stanisław Paszkowski w Krakowie, były prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Józef Rymarkiewicz w Kaliszu, prezes Tow. lek. kaliskiego, Zygmunt Wolski w Rydze, Julian Jabłoński w Petersburgu, Feliks Topolski w Ojcowie, Karol Kulesza w Warszawie, prof. Leuckart, znany parazytolog w Lipsku, prof. Moldenhauer, otolog w Lipsku, prof. Schwimmer, znany dermatolog w Budapeszcie.