

# NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK  
POZNAŃSKIEGO.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu  
staraniem

## KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się z radcy 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 Profesora Dr. Wicherkiewicza z Krakowa.

**BIURO REDAKCYJNE:**  
znajduje się u przewodniczącego komitetu  
redakcyjnego, radcy Dra Fr. 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 Warszawie, 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.

### 1) O zwiotczeniu skóry powiekowej powodującym opadnięcie powieki.

Podał

**Prof. Dr. Wicherkiewicz.**

Niejednokrotnie miałem sposobność widywać przypadki znaczniejszego  
zwiotczenia skóry powiekowej przesuwałej się mniej więcej na brzeg wolny  
powieki, ale nigdy do tego stopnia, by to miało spowodować jaką zaporę w pa-  
trzeniu. Zazwyczaj rozchodzi się wtenczas tylko o wadę kosmetyczną, dla któ-  
rej chory nie widzi powodu poddawać się leczeniu lub nawet operacji.

Przed rokiem atoli przybyła do mnie pani X., 84 letnia osoba, na swój  
wiek dość jeszcze czerstwo wyglądająca, skarżąc się, iż powiek nie może unosić  
i dla tego sama nawet nie zdoła się poruszać w miejscach nieznanach sobie.  
Opadanie to powieki wystąpiło najprzód u prawego oka i to już przed dziesięciu  
laty, na co jednak chora nie zważała patrząc i widząc dobrze lewem okiem.

Gdy i to jednakże powoli się przymykało, a od kilkunastu miesięcy prawie zupełnie w równym, co prawe oko stopniu jest zamknięte, udała się po raz pierwszy po poradę lekarską. Atoli trzydziestokrotne elektryzowanie nie odniosło żadnego skutku, od kilku miesięcy obie górne powieki zupełnie bezwładnie prawie opuszczone, a chora chcąc chodzić zniewoloną jest dać się prowadzić. Czując się jeszcze rzeżką, pragnie pozbyć się tej zależności i to sprowadziło ją do mnie.

Badanie oczu wykazało co następuje:

Skóra powiek górnych w bardzo liczne poukładana zmarszczki, których większa dolna opuszcza się prawie na wolny brzeg powiekowy. Ujęta palcami skóra dość długo utrzymuje się podniesiona, a tylko bardzo wolno powraca do pierwotnego położenia. Obie powieki górne do tego stopnia zwieszane, że szpara zaledwo 3—4 mm. wynosi. Chora chcąc widzieć zniewoloną jest głowę w tył przechylać. Gdy skórę palcami lub szczypczykami w zmarszczki uniesiemy, łatwo powieka pod wpływem mięśnia unoszącego powiekę podnosi się. Natomiast po zapuszczeniu 2% kokainy szpara do tego stopnia się rozszerza, że chora swobodnie nie podnosząc patrzeć może, gdyż powieka górna rogówkę tylko do górnej połowy zasłania; za to skóra powiekowa w znaczniejsze jeszcze układa się zmarszczki zupełnie brzeg powiekowy zakrywające.

Inne zmiany uwydatniające się na oczach były następujące: U obu powiek górnych przy kąciku zewnętrznym przepuklina tłuszczowa (hernia adiposa), wskutek zwiótczenia lub częściowego zaniku więzu oczodoło-powiekowego, zaćma korowa.

Zaznac żejeszcze, że lubo u dolnych powiek skóra także wiotką i zmarszczoną więcej, aniżeli to wiekowi osoby tej odpowiada, się przedstawia, to jednak w położeniu powieki tej żadnej wybitniejszej nie można dostrzec zmiany. Przepisałem słaby rozczyń siarczanu cynku przeciw nieżyłowi spokojowemu, a nadto 2% rozczyń kokainy z poleceniem, by go chora zapuszczała stosownie do potrzeby, tj. ile razy pragnie czasem sama wyjść lub celem zajęcia się zniewoloną jest oczy otwierać.

Po trzech tygodniach przedstawiła mi się chora stosownie do polecenia. Stan oczu pod względem niemożności podnoszenia powiek nie zmienił się, lubo chora przyznaje, że kokaina działa zawsze równie dobrze, a każdorazowe zapuszczenie pozwala jej mniej więcej przez godzinę dostatecznie oczy otwierać. — W obec tego też na operację zamierzoną i przezemnie w celu stałej naprawy wadliwego skóry powiekowej ułożenia polecony zgodzić się nie chciała, przynajmniej na razie, dopóki środek przepisany tak znaczną sprawia ulgę. Z tego to powodu nie miałem sposobności przez operację zyskać możność zbadania zmian skóry, która jeżeli nie wyłącznie to jednak w znacznej części właśnie do opadania górnej powieki się przyczynia.

Sądzę atoli, że już wygląd zewnętrzny uprawnia nas do przypuszczenia graniczącego z pewnością, iż mamy tutaj do czynienia ze znacznym rozwiótczeniem skóry, która straciła swą elastyczność. Przy tem istnieje także zanik tkanki podskórnej, co się mianowicie daje wyczuć przesuważąc skórę do powierzchni chrząstki powiekowej. Nie wątpliwie i mięsień unoszący powiekę do pewnego stopnia będzie, czy to przez wiek, czy też w następstwie dłuższej bez-

czynności osłabionym, gdyż nie może pod wpływem woli przewyciężyć ciężaru spuszczonej się skóry na brzeg powiekowy. Udaje się to atoli, jak wyżej powiedziałem, po uniesieniu znaczniejszej zmarszczki, choć w słabym stopniu. Działanie mięśnia Müllera jest prawidłowe, a wpływ nań kokainy w korzystny sposób daje się chorej we znaki.

Co do pochodzenia wady tej, to zdaniem mojem utrata elastyczności może być spowodowaną albo wskutek często przebytych zapaleń oka połączonych ze silniejszym nabiegiem wodnistym (oedema), albo w następstwie zmian starczych, zwłaszcza u osób, które dawniej będąc otyłe znaczniejszy miały pokład tłuszczu podskórnego. W przypadkach pierwszego rodzaju przychodzi, jak po ciąży, do następowego zaniku skóry.

Sprawą opadnięcia powieki wskutek zanikowych zmian w skórze zajmował się szczegółowo Fuchs, lubo i innym autorom, jak Sichlowi i Arltowi stan ten nie mógł być nie znanym, tylko, że nie nadawali oni właściwego znaczenia skórze powiekowej. Nawet Ammon w klasycznym na swój czas dziele o chorobach ocznych nazywa przypadki, w których skóra zwłaszcza w zewnętrznej części zwiesza się na wolny brzeg powiekowy »epiblepharon,« ale widocznie Ammon nie zdawał sobie należyte ze stanu rzeczy sprawy, kiedy raz nazywa opadnięcie takie *ptosis adiposa*, to znowu *atonica*, gdy oba te rodzaje zwieszenia powieki na zupełnie odrębnych polegają zmianach.

Natomiast Fuchs z właściwą sobie bystrością określił najprzód przed 4 laty w artykule zatytułowanym *Ptosis amyotrophica* (Graefe's Archiv Bd. 36, 1. Abth. p. 234) zmiany zachodzące u osób starszych, zazwyczaj kobiet, a polegające na silnym zaniku skóry i tkanki podskórnej, co z czasem pociąga za sobą opadnięcie powieki.

W drugiej pracy (Ueber blepharochalasis, »Wiener klinische Wochenschrift« 1898 No. 7) opisuje Fuchs na podstawie przypadku przedstawionego na posiedz. tow. lek. we Wiedniu postać odmienną, polegającą na zwiotczeniu (Erschlaffung) skóry powiekowej, a odznaczającą się następującymi znamionami: Występuje zawsze obustronnie, skóra powiek jest niezmiernie cienka, pozbawiona elastyczności, natomiast jej powierzchnia powiększona, na największem wypukleniu powieki znaczą się liczne rozszerzone żyły podobnie jak u starszych osób na policzku. Zmiany te mają być wybitne tylko pomiędzy łukiem brwiowym, a górnym brzegiem chrząstki, podczas gdy nad chrząstką skóra miałaby być prawidłową, co jednak nie odpowiada ściśle poprzedniemu orzeczeniu: »die Lidhaut ist, namentlich auf der Höhe der Woelbung des Lides von zahlreichen kleinen erweiterten Venen durchzogen.« Zmiany zanikowe rozprzestrzeniają się także na zewn. kąt, który cienką skórą bywa zakryty.

Obok zaniku skóry zachodzi znaczne zwiotczenie tkanki podskórnej, co ma powodować brak dostatecznego współnoszenia się skóry przy podnoszeniu powieki. Skóra w takim razie opuszcza się na brzeg powieki i powstaje rzekoma ptosis albo rzeczywista, jednak zdaniem Fuchsa nigdy do tego stopnia, by patrzenie było upośledzone.

Cierpienie ma występować u osobników w młodym i średnim wieku, po

ponownych zapaleniach z nabrzmieniem powiek połączonych, które prowadzi do zaniku skóry powiekowej a z utratą elastyczności do przedłużenia tejże.

Gdy dla rodzaju zawieszenia powieki w pierwszej pracy zaznaczonego używa Fuchs nazwy *ptosis atonica*, dla drugiego rodzaju cierpienia a mimo pozornego, a nawet czasami rzeczywistego opadnięcia powieki wyklucza nazwę *ptosis* i wprowadza nazwę *blepharochalasis* od *blepharon* βλεφαρον i χάλσις (Erschlaffung). Pomijając atoli okoliczność, iż ściśle nie dadzą się obie postacie rozróżnić i niejednokrotnie i u osób wiekowych rzeczywisty zachodzi zanik skóry i utrata elastyczności, a Fuchs sam powiada: »Es wäre möglich, dass in den heute besprochenen Fällen von Blepharochalasis auch zuweilen die Atrophie der Lidhaut langsam und allmählig ohne vorausgegangene entzündliche Erscheinungen, entstehe und als neuropathisch angesehen werden muss.« Wiener klin. Wschrift p. 110 — pomijając więc okoliczność, że nie ma właściwej potrzeby podawania nowej nazwy, to przeciw wybranej przemawia pierwszeństwo innego autora, który nazwy tej w znaczeniu *czynnym* użył, tj. jako zluźnienie powieki operacyjne. Dr. Schwabe podaje w Deutsche med. Wochenschr. No. 20 z r. 1895 w artykule zatyt.: »die Heilung der trachomatoesen und skrophuloesen Keratitis durch Lid-Lockerung «Blepharochalasis« sposób operacyjny w pewnych przypadkach grożących rogówce, a usuwający ciśnienie obu powiek na tę błonę. Nie myślę wdawać się w ocenę tego postępowania, stwierdzam tylko sam fakt, że nazwa powyższa już w innym znaczeniu przez kogoś innego była użytą i to szczęśliwie, tak, że nie chcąc mięszać pojęć na stan przez Fuchsa zaznaczony też nazwa użytą być nie powinna.

Tymczasem przykład Fuchsa zdaje się wyrabiać prawo obywatelstwa stworzonemu przez niego wyrazowi w znaczeniu biernym, gdyż nie dawno temu ogłosił Dr. Fehr, Ctrblatt f. prakt. Augenheilkunde 1898 p. 74 z kliniki Hirschberga przypadek *tz. blepharochalasis* »Ein Fall von Lidhauterschlaflung, Blepharochalasis«. Przypadek ten operowano ze skutkiem przez proste wycięcie zmarszczki skóry, którą poddano badaniu mikroskopowemu; ze względu na ważny wynik podajemy niniejszem takowy w streszczeniu:

Znaczny zanik wszystkich składników skóry, brodaweczki Malpighiego zupełnie znikły albo znacznie się spłaszczyły. Właściwa skóra widocznie spłaszczona, (*verschmälert*), a tkanka podskórna bardzo luźna i krucha. Podpada przy tem, że tak *cutis* jako i *subcutis* obfituje w naczynia rozdęte. Dla stwierdzenia stanu włókien elastycznych poddano kilka skrawków badaniu sposobem Unny-Taenzera za pomocą roztworu Orceiny, przy czem włókna elastyczne zabarwiają się niebiesko-czarno, gdy otoczenie szaro-czerwono. Okazało się przy tem, iż w danym przypadku włókna elastyczne były jeszcze dość liczne, ale o wiele cieńsze, aniżeli w preparacie prawidłowej skóry, którą dla porównania temu samemu poddano badaniu.

W obec znacznego rozluźnienia skóry w ogóle stosunek ten włókien elastycznych nie przemawiałby za zbyt silnym zanikiem tychże, gdy one tylko na większą przestrzeń rozdzielone.

Antor skłania się do przypuszczenia przez Fuchsa także wypowiedzianego na innym miejscu (*Episcleritis fugax period.* Arch. f. Ophth. Bd. XLI. p. 264), — iż u osób młodych, mianowicie rodzaju żeńskiego, występują przemijające



nabiegi powiek bez wiadomych powodów, mające prawdopodobnie podstawę nerwicy naczyniowej (angioneurosis).

Powracając teraz raz jeszcze do naszego przypadku, przypuszczamy, że mamy do czynienia ze stanem, który się powoli bez poprzedzającego zapalenia nie wytworzył. Na czym on polega, to w obec niemożności badania mikroskopowego trudno oświadczyć; powstanie cierpienia i obraz kliniczny przemawiają za tem, z jednej strony przyszło do rozwiótczenia skóry i zaniku tkanki podskórnej, co już samo spowodować może z przyczyn powyżej przytoczonych opuszczenie powieki, z drugiej strony nie wątpliwie i wiek, a może dłuższa nieczynność spowodowały osłabienie mięśnia unoszącego powiekę.

Pod względem leczniczym niezaprzeczenie wycięcie znacznego kawałka skóry mianowicie w miejscu, gdzie ona najwięcej się opuszcza, usunęłoby zaporę widzenia skutecznie. Wycięcie winno atoli być połączone z przytwierdzeniem skóry do chrząstki mniej więcej w sposób przez Hotza dla podwiniecia dolnej powieki polecony. W razie obawy przed nożem możnaby po dostatecznym znieczuleniu kokainą żegadłem galwanicznym poziomo przypalić skórę aż do chrząstki i w ten sposób spowodować zrośnięcie się obu listków powieki. Może z usunięciem przeszkody w działaniu mięśnia unoszącego górną powiekę powróciłaby przez ćwiczenie i siła tegoż, w przeciwnym razie wypadłoby powiekę samą skrócić, wycinając według sposobu Gilet de Grandmond'a pasek ze samej chrząstki.

Na zakończenie jeszcze kilka słów. Czy wada w mowie będąca jest rzadkością? Sądzę, że w słabszych stopniach zachodzi ona dość często. Jeżeli na nią nie zwracano uwagi, to dla tego, że w słabych stopniach mało, albo wcale nie upośledza patrzenia ani widzenia; dopiero silniejsze stopnie mogą i czynnościowo i kosmetycznie choremu dać się we znaki i spowodować go wtenczas do zasiągnięcia porady i pomocy lekarskiej. Stopień upośledzenia zachodzący w przypadku przezemnie opisanym należy niewątpliwie do rzadkości, a upośledzenie to zaliczam do rodzaju *ptosis atonica senilis*.

P. S. Niezawodnie i włókna elastyczne, ulegając z przyczyn niewiadomych rozciągnięciu, w znacznej części do biernego opadnięcia powieki się przyczyniają. Na tejże podstawie powstają niewątpliwie i przepukliny tłuszczowe w powiekach, jakie i u naszej chorej zaznaczyłem. Można je u osób starych dość często spostrzegać, a dziwnem to mi się zdaje, iż na tę osobliwość zbyt mało zwraca się uwagi. O ile wiem, to jedynie Wecker zajmował się przedmiotem w mowie będącym.

## 2. Porażenie wrzekomo opuszkowe. (Paralysis pseudobulbaris)

Napisał

**Dr. Władysław Haszkovec**, docent z Pragi.

Miałem sposobność obserwowania przypadku ciężkiego upośledzenia mowy (dysartrii i anartrii), które nie było w żadnym stosunku ze stopniem niedo-

władu mięśni podniebienia miękkiego, który pozostał jako ślad przebytej choroby, (jako osłabie nieruchomości języka, mięśni żwaczy oraz jako prawostronna hemihyperaesthesia. Wywiady szczegółowe uprawniły mnie do uznania tego przypadku za porażenie mózgowe wrzekomo opuszkowe. Podając opis tego przypadku, pozwolę sobie przytoczyć w chronologicznym porządku zdania autorów, którzy się sprawą tą zajmowali. Przypadki te w części zebrali Oppenheim w swej pracy i Galavieille w swej tezie.

Oto nasz przypadek:

N. N. 48 letni buchhalter. Ojciec jego umarł, mając lat 70, matka w 62-im roku życia na chorobę płucną. Rodzeństwo zdrowe. — N. N. dotąd zawsze zdrowy, ożenił się, mając lat 27, ma czworo zdrowych dzieci. Do tych wywiadów żona dodaje, że on cierpiał w 25-ym roku przez 2 dni na uczucie zimna i obumieranie w palcach. Także w parę lat później po zabawie zapadł nagle na ciężkie oddychanie, oczy miał wytrzeszczone, nie mógł się poruszać ani mówić, cały był jakoby porażony. Nacierano go octem. Po 24 dniach wyzdrowiał. Przed 3 luty wiosną 1890 poczuł mrowienie w palcach lewej ręki które trwało 3 tygodnie i od razu w nocy jakoby porażenie w lewej ręce a w mniejszym stopniu i w nodze; także i twarz z lewej strony była porażoną, mówił wadliwie, ale dobrze połykał: mógł też dobrze oczy zamykać. Przez 14 dni był przykuty do łoża i dopiero po 6 tygodniach był znów zupełnie zdrowy. W ciągu choroby gorączkował nieco i cierpiał na ból głowy. Na podobne objawy (mrowienie w palcach prawej ręki trwające kilka dni) zapadł znów nagle w nocy 9 maja r. 1897 i na porażenie prawej górnej i dolnej kończyny, prawostronne porażenie twarzy, porażenie języka, który się zwrócił ku prawej stronie. Przez 4 dni nic nie mógł połykać, płyny wracały przez nos. Także i prawa powieka uległa porażeniu; a już przedtem pojawiło się było w niej drganie.

Po 4 tygodniach znów wyzdrowiał, mowa atoli pozostała wadliwą, przytłumioną i nosową. Żona chorego dodaje, że przed tym napadem był on ponury, popędliwy, zrana nie mógł mówić, przez ciąg 3—4 dni uległ zupełnej atazji, jakkolwiek wszystko rozumiał i mógł pisać wszystko, co chciał. Przez pierwsze dni miał trudności w łykaniu. W r. 1896 często robił grymasy, śmiał się bez przyczyny, był jako »błazen.« Od tego czasu skłonny jest często do śmiechu lub też i płaczu. Jeżeli czego nie może wyrazić, zanosí się od śmiechu lub płaczu.

*Status praesens.* N. N. jest nie wielki wzrostem, z dobrymi mięśniami, i nie złem odżywieniem. Przy staniu drżenie ciała, chód sprawny, ruchy kończyn koordynowane. Żadnego śladu Romberga. Chory jest drażliwym i wrażliwym. Nieraz ma kurcze śmiechu z błahej przyczyny, np. gdy się w domu nagiewa, lub gdy zaczął drgać przyrząd faradyczny; czasami nie sposób przyczyny kurczowego śmiechu odnaleść.

Głowa symetryczna, czoło wysokie; tętnice skroniowe wyraźnie występujące, pokręcone, miażdżycy uległe. Prawe lico nieco niedowładne, lewa brew wyżej od prawej. Muszle uszne grubo zbudowane. Nos zaczerwieniony, od rozszerzania żył. Szpary oczowe równe. Ruchy gałek sprawne. Żrenice oddziałują na światło i przy konwergencyi; lewa nieco szersza od prawej. Pole

widzenia nieco zwężone koncentrycznie (obraz a), zwłaszcza w lewym oku. Odruch rogówkowy zachowany.

Po pierwszym napadzie w r. 1896 badał chorego prof. D e y l, który mi donosi, że wtedy nie było żadnych zaburzeń mięśni oczowych ani we wnętrzu oka i że tylko spostrzegł uderzającą arteriosklerozę tętnie siatkówkowych. Słuch, powonienie i smak prawidłowe. Wyciągnięty język zbacza nieco na prawo, duży, czysty, siła jego nieco osłabiona. Czucie i smak zachowane. Miękkie podniebienie i języczek nieco zwisłe i leniwe w ruchach. Czucie w nim obniżone. Czucie podniebienia twardego i śluzowej błony ust po prawej stronie obniżone. Siła żwaczy, zwłaszcza po prawej stronie, zmniejszona.

Mowa jest zupełnie niezrozumiałą, nosową. Chory mówi jakoby co miał w ustach. Jeżeli mu się przedpowiada jakie głoski, wygłosi je niekiedy wprawdzie nieco przytłumiono ale sprawnie. B i P brzmi jako zmasane Mb i Mp. Delikatna różnica między B a P chwilami się zatracą, również między D a T. Jeżeli mu się przedpowiada jakie sylaby, wypowie je dość dobrze, ale słowo składające się z tych samych dopiero co wypowiedzianych zgłosek, już jest zmasane, aczkolwiek jeszcze wyraźniejsze, aniżeli gdy je chory sam od siebie wymawia. Gdy chce mówić dłużej lub w afekcie, staje się mowa jego niewyraźną, ale laryngoskopem nieprawidłowości nie można stwierdzić. Mięśnie kończyn i kadłuba normalne a także ich pobudliwość elektryczna. Siła mięśni kończyn odpowiednia; ale chory twierdzi, że prawa ręka w porównaniu do siły, jaką miał w niej dawniej, osłabiona. Mechaniczna pobudliwość pni nerwowych podwyższona. Wyciągnięte ręce nie trzęsą się.

Odruchy ścięgnowe wogóle powiększone, po lewej stronie więcej. Można po obu stronach wywołać drganie nogi i zjawisko trepidacyi spinalnej. Za uderzeniem na ścięgno Achillesa odruch żwaczy. Odruchy skórne znacznie obniżone, zwłaszcza po prawej stronie. Odruch kremasterowy obniżony, zwłaszcza po prawej stronie. Czucie skóry jest po prawej stronie zwłaszcza na tułowiu, karku, kadłubie i górnych kończynach mniejsze, niż po lewej stronie. Zmysł mięśniowy za to nienaruszony. Kark stósunkowo długi i gruby. Gruczoł tarczycowy mało wydatny. Płuca bez zmian.

Serce w normalnych granicach. Tony na bicuspidalis i nad aortą ostre. Uderzeń sto na minutę. Tętno małe, pełne. Wątroba i śledziona w normalnych rozmiarach. Brzuch nie bolesny na nacisk. W moczu nieco białka. Mocz czysty jasnożółty, reakcyja prawidłowa, moczenie i stolce także. Podmiotowe skargi mimo dysartyi żadne. Sen dobry, apetyt także.

Powtórzmy w krótkości, co z wywiadów i ze zbadania naszego przypadku wynika:

1) Lewostronna hemiplegia z równostronnem zajęciem dolnej gałęzi nerwu twarzowego z r. 1890.

2) Po roku wystąpiła prawostronna hemiplegia i hemihypaesthesia z równostronnem zajęciem nerwu twarzowego (górnej gałęzi) z wyraźnymi objawami opuszkowymi ale bez zaburzeń oddechowych i krążeniowych a ze zmianami psychicznymi.

3) Poprawa objawów ruchowych tak, iż pozostało tylko lekkie osłabienie żwaczy i języka oraz lekki niedowład miękkiego podniebienia. Wzmoczenie odruchów ścięgowych, prawostronna hemihyperaesthesia, zachowanie elektrycznej pobudliwości w porażonych mięśniach. Nietknięcie mięśni ocznych, śmiech kurczowy.

4) Nieustosunkowanie między obecną dysartrią, względnie anartrią a stopniem niedowładu podniebienia miękkiego i języka. Koncentryczne zwężenie pola widzenia.

5) Powszechna arteriosclerosis.

Jakkolwiek już z tego streszczenia wynika, gdzie jest właściwe siedlisko zaburzenia, nie będzie zbyt trudnym zastanowić nad różniczkowym rozpoznaniem tego przypadku. Czy chodzi tu o cierpienie przedłużonego rdzenia, mostu, czy wielkich półkuli czy też o skombinowane cierpienie? Dla uzupełnienia wspomniemy jeszcze o możliwości cierpienia obwodowego lub funkcyjnego.

Rozwój choroby, objawy psychiczne i brak właściwych neurytycznych objawów (degeneracji, zaniku i t. d.) świadczą przeciwko temu, by obwodowa neuritis mogła być przyczyną objawów opuszkowych. Hemihyperaesthesia i koncentryczne zwężenie pola widzenia możnaby uważać za hysteryczne objawy, ale zjawienie się ich po napadzie podobnym do apoplektycznego i brak cech hysterycznych świadczą przeciwko hysterii a za tem, że tu chodzi o zmianę organiczną.

Hemianaesthesia, resp. Hemihypesthaesia i koncentryczne zwężenie pola widzenia zdarza się przy organicznych cierpieniach. Pomówmy więc najprzód o ostremi chronicznym porażeniu pierwotnym opuszki; O porażeniach bulbarnych występujących wtórnie przy sklerozie bocznej amiotroficznej, przy władzie rdzeniowym, syringomyelii i stwardnieniu nalotowym (sclerose en plaques) nie potrzeba mówić, o ile w danym przypadku nie ma objawu, któryby świadczył za tą chorobą.

Nie ma tu ani chronicznego ubytku siły mięśniowej lub zaniku ani w kończynach ani w dziedzinie nerwów opuszkowych ani też żadnych fibrylarnych drgań, aby mózg myśleć o amiotroficznej lateralnej sklerozie; nie ma też żadnych charakterystycznych oznak tabetycznych ani objawów syringomyelii ani też typycznych objawów nalotowego stwardnienia, jako to tremor intentionis, nystagmus, mowa skandowana, zaburzenia wzrokowe i t. d.); nadto istotne zajęcie wielkiego mózgu świadczy przeciwko wtórnemu porażeniu opuszkowemu.

Od chronicznego opuszkowego porażenia odróżnia się nasz przypadek istotnie tem, że nie postępował i że nie miał żadnych degeneracyjnych objawów (odczynu zwyrodnienia); przeciwnie choroba rozwinęła się w 2 napadach apoplektycznych a objawy jej wskazują na zmiany w wielkim mózgu; dla tego też nawet odróżnienie od ostrego porażenia opuszkowego nie czyni trudności, nawet gdybyśmy mieli na myśli różne jej łagodnie przebiegające formy. W naszym przypadku zjawiała się w napadzie zawsze równostronna hemiplegia, co świadczy stanowczo za tem, że sedno choroby leży ponad skrzyżowaniem nerwów twarzowych. W ostrem opuszkowym porażeniu spodziewać się możemy raczej hemiplegia alternans (porażenia kończyn na jednej stronie, porażenia twarzy na drugiej). W naszym przypadku dalej brak nam różnych zaburzeń oddechowych i cyrkulacyjnych, któreby musiały wystąpić w ciężkim ostrem opuszkowym porażeniu. Stosunkowo rychłe zjawienie się objawów bul-

barnych w drugim napadzie bez następczego zaniku świadczy przeciw temu, żeby tu chodziło o krwotok lub zmiękczenie w obrębie jąder przedłużonego rdzenia.

Również należy wykluczyć i porażenie opuszkowe z ucisku. Objawy opuszkowe wystąpiły tu równocześnie a nie po kolei, jakto bywa przy nowotworach rdzenia przedłużonego. O tętniaku arteriae basilaris lub vertebralis nie ma mowy tak, jak i o objawach nowotworu lub zapalenia opon mózgowych u podstawy mózgu (nie było żadnych znieczuleń bolesnych twarzy ani zawrotu ani zaburzeń zmysłowych ani bólu głowy i t. d.) Przeciwno przypuszczeniu, żeby tu chodziło o porażenie opuszkowe bez anatomicznego substratu, świadczą istotne zajęcia wielkiej półkuli a głównie objawy psychiczne i cały rozwój choroby. Żeby cierpienie większych rozmiarów w moście mogło wywołać takie objawy, jak w naszym przypadku, jest rzeczą nie prawdopodobną ze względu na to, że mięśnie oczne pozostały nienaruszone i że zajęcia wielkich półkuli (objawy psychiczne) jest niezawodnem. Nie ma też wątpliwości, że w danym przypadku chodzi o postać porażenia wrzekomo opuszkowego zcharakteryzowaną tem, że powstaje w kilku napadach, że mięśnie porażone zachowują normalną pobudliwość elektryczną, że umysł jest zajęty, że fonacja i respiracja niezmienione i że śmiech i płacz kurczowy występuje, a jednakże chodzi jeszcze o jedno ważne pytanie a mianowicie o to, czy chodzi w danym przypadku o czyste mózgowie porażenie rzekomo opuszkowe czy też o typ mieszany, opisany przez Oppenheim'a i nazwany przezeń *paralysis cerebropontobulbaris*.

Cheąc odpowiedzieć na to pytanie, wypada nam bliżej się zastanowić nad siedzibą zaburzeń. Z dróg ruchowych zajmujących nas, w pierwszym rzędzie są tory piramidowe kończyn, przebieg nerwu podjęzykowego (*hypoglossus*), twarzowego i części ruchowej nerwu piątego (*trigeminus*). Psychomotoryczne ośrodki ułożone są koło centralnej bruzdy tym sposobem, że najniżej leży ośrodek nerwu podjęzykowego i twarzowego a niezawodnie też ośrodek dla ruchowej części nerwu trójdzielnego, w ich sąsiedztwie, w 3-cim zwoju czołowym znajdują się ośrodki panujące nad krtanią i ośrodek mowy. Wyżej znajdują się ośrodki psychomotoryczne dla kończyn górnych i dolnych. Ośrodek czuciowy łączy się niezawodnie ściśle z ośrodkiem ruchowym.\*) Ruchowe tory, wychodzące z ośrodków psychomotorycznych mieszczą się w pierwszych dwóch trzecich tylnego odcinka *capsulae internae* w ten sposób, że w zgięciu tejże jest pęczek twarzowy obok piramidowego toru ruchowego kończyn. Między nimi a n. twarzowym idzie droga nerwu podjęzykowego. Pozostająca część tylnego odcinka tworzy pęczek czuciowy. Przedni odcinek wewnętrznej kapsuły obejmuje pęczki czołowe czyli psychiczne oraz pęczek, którego naruszenie sprawia zaniemówienie (afazją).

W dalszym przebiegu widzimy ruchowe tory w średniej części mózgowego pieńka (*pedunculus*), skąd idą do przedniej i średniej części mostu Varolli'a. Tamże krzyżują się pęczki twarzowe, wchodzą do jądra nerwu facjalnego a potem opuszczają most. Ruchowe drogi kończyn krzyżują się dopiero w rdzeniu przedłużonym.

\*) Déjérine: Contributions a l'étude etc. Revue neurologique, 1893.



W moście i rdzeniu przedłużonym stykają się drogi ruchowe z jądrami nerwów mózgowych.

Jeżeli wystąpiło zaburzenie w moście nad lub przed skrzyżowaniem twarzowych nerwów blisko wyjścia nerwów okoruchowych a jeżeli uległ zaburzeniu pedunculus, wtedy występuje syndrom Webera, t. j. porażenie mięśni od okoruchowego nerwu zależnych (mm. levator palpebrarum, rectus super., infer. i obliquus infer.) po jednej stronie, tj. po stronie uszkodzenia mózgowego a hemiplegia po drugiej stronie.

Jeżeli naruszenie wystąpiło w moście pod skrzyżowaniem się dróg twarzowych, w takim razie wystąpi hemiplegia alternans, czyli, że porażenie uwydatni się na tej stronie twarzy, po której zachodzi uszkodzenie w moście a porażenie kończyn po drugiej stronie ciała. Nazywamy to syndromem Millarda-Gublera. Uszkodzenie mostu prowadzi do dwóch jeszcze typowych form klinicznych a mianowicie do tak zw. ophthalmoplegia nuclearis, wynikającej z uszkodzenia rozproszonych jąder n. okoruchowego na górnej stronie mostu koło aqueductus Sylvii i do hemiplegia alternans z porażeniem nerwu odwodzącego (abducens). którego jądro mieści się w dolnej części mostu w sąsiedztwie jądra twarzowego.

W rdzeniu przedłużonym krzyżują się piramidowe drogi kończyn. Tam leżą jądra nerwów Vagus, glossopharyngeus, hypoglossus, trigeminus, których uszkodzenie sprowadza zaburzenia mowy, fonacji, żucia, połykania, oddychania i krążenia a nieraz i polyurią, cukromocz i białkomocz.

Mimo to trzeba jeszcze pamiętać, że uszkodzenia jąder lub obwodowego neuronu mają w następstwie porażenie degeneracyjne, zanikowe, podczas gdy się to nie zdarza przy naruszeniu centralnego neuronu, któremu to porażeniu towarzyszy zawsze podwyższenie odruchów ścięgowych. Porażenia więc mózgowego pochodzenia występują najczęściej po hemiplegii (twarzy, górnej lub dolnej kończyny), z podwyższeniem odruchów ścięgowych. Nigdy tu nie ma zaniku mięśniowego z początku, później zaś tylko rzadko.

Porażenia wynikłe z uszkodzeń dolnej części mostu dają syndrom hemiplegia e alternantis (porażenie twarzy po jednej, kończyn po drugiej stronie). Uszkodzenie w środkowej części mostu wiedzie do porażenia kończyn jednej strony a porażenia twarzowego i okoruchowego po drugiej stronie. Uszkodzenie pedunculi lub górnej części mostu prowadzi do syndromu Weberowego, tj. do ubezwładnienia twarzy i kończyn po jednej stronie a ubezwładnienia n. okoruchowego po drugiej.

Paralysis bulbaris inferior ma w następstwie paralysim labioglossolaryngeam i zanik dotkniętych mięśni.

Powróćmy teraz do naszego przypadku. Ze względu na wyraźną arteriosklerozę i na brak innych przyczyn sądzimy, że się rozchodzi tu o wybroczenie krwi z mózgu. Pierwszy napad (r. 1896) wywołany był krwiotokiem w okolicy Capsula interna i to po prawej stronie. Drugi napad (1897) wywołany był krwawieniem w okolicy lewej Capsula interna. Krwawienie ograniczyło się w sąsiedztwie, albo też rozciągnęło się na wiązkę czuciową, jak to przypuszczać można z hemihypestezji i z koncentrycznego zwężenia pola widzenia. Nienaru-

szenie mięśni ocznych, brak różnych zaburzeń oddechowych i cyrkulacyjnych, obecność zmian psychicznych, wszystko to przemawia za tem, że objawy pseudobulbarne jedynie uszkodzeniem w mózgu, nie zaś uszkodzeniem w móżdżku i opuszcze wywołanymi zostały. Zajęcie górnych gałęzi n. twarzowego nie sprzeciwia się temu pogładowi, gdyż doświadczenie (Oppenheim) uczy, że porażenie jego się zjawia i przy centralnych uszkodzeniach. Za tą lokalizacją przemawia wreszcie zachowanie ostatnich neuronów (wzrokowego, słuchowego), jako i brak zaniku i zachowana elektryczna pobudliwość w mięśniach. Oppenheim z resztą zauważył śmiech przymusowy także i przy porażeniu mózgowem wrzekomo opuszkowem. Również i dysproporcya między powstającą dysartrią a stopniem niedowładów mięśniowych, na którą już nacisk położyliśmy, popiera nasze zapatrywanie. Jakim sposobem należy wytłumaczyć wrzekomo opuszkowe objawy przy uszkodzeniach w półkulach mózgowych, jak wyjaśnić ową dysproporcję między funkcjami mięśni a stopniem niedowładów, jak sobie przedstawić pseudobulbarne objawy i przy jednostronnych uszkodzeniach mózgowych, — o tem zdają nam sprawę autorowie przytoczeni.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

## B. Spostrzeżenia z praktyki.

### 3. Nowy sposób wydobycia następującej główki przy mocno zwężonej miednicy.

Podał

**Dr. Radojewski** z Janówca.

Komu znane niebezpieczeństwo i trudności, jakie się nasuwają przy przedziurawianiu następującej główki dla zmiażdżenia jej i zmniejszenia przez to jej obwodu przy mocno zwężonej miednicy — lub przy jej rozmiżdżeniu — ten z pewnością przykłaśnie mojej metodzie usuwającej stosowanie narzędzi, czy to ostrych czy tępych, na wewnątrz organizmu matki, a tem więcej metodzie usuwającej zupełnie możliwość zakażenia w czasie operowania — gdyż cały rękoczyn odgrywa się na zewnątrz części rodowych. Metoda moja polega na wydobyciu mózgu przez dziurę kręgową — foramen spinale.

Przed blisko 20-stu laty byłem wezwany do położnicy na folwarku S., do zameżnej córki owczarza; na wstępie przywitała mnie młoda akuszerka T. (dzisiaj w Ameryce) oznajmieniem: »bo proszę Pana Doktora zrobić nam się figiel — I-sze dziecko — szło nóżkami; nie mogłam sama uciągnąć, pomógł mi ojciec (owczarz) i urwała nam się główka.«

Pociecha niezła; zbadanie wykazało mocno zwężoną miednicę — a że tętno było słabe a i krwawić chora zaczęła, trzeba się było pospieszyć i na jaki sposób decydować; po umocowaniu główki przez pokrywy brzuszne, kazałem ją przytrzymać akuszerce — a sam spróbowałem, czy mi się nie uda hakiem jej

ściągnąć, lecz niestety było to niemożliwe a że — może i na szczęście — nie miałem przy sobie ani zgniatacza ani zmiążdżacza główki, było trzeba o czym innym pomyśleć, — sprobowałem, czy się nie da wyszprycować mózgu a przez to objętość główki zmniejszyć; nakręciłem główkę tak, że mi się udało grubą sondą wejść przez foramen spinale do mózgu, o ile mogłem przemieszczałem nią mózg, a potem wprowadziwszy gruby twardy, gumowy cewnik — który przypadkowo miałem przy sobie — a od którego urznałem — czubek, zacząłem przez niego w mocno przez akuszerkę umocowaną główkę, wstrzykiwać dobrze przegotowaną wodę; mózg odpływał masami, a kiedy wymacać było można przy nacisku zmniejszenie główki, założyłem znowu hak i główkę z łatwością wydobyłem: chora wyzdrowiała.

Ten wypadek naprowadził mnie na myśl, czyby nie można przy mocno zwężonej miednicy, czy to przy położeniu nóżkowem, czy pośladowem, czy to po zrobieniu obrotu, rozciąć kręgosłup pomiędzy 2-gim a 3-cim kręgiem piersiowym, (przy szyjnych nie można, bo nie byłoby za co pociągnąć, chociaż byłoby wygodniej, bo w kręgach szyjnych przestrzeń przeznaczona dla mlecza jest daleko większą, aniżeli w piersiowych) i na tej drodze poszarpać mózg, a potem go wyszprycować. Lata minęły a nie nadarzyła się okazja, dopiero w 1897 r. i to jesienią nadarzyły się 2 ku temu wypadki, w obudwóch wypadkach były mocno zwężone miednice, skutkiem rachitis, obiedwie u pierworodek.

W wypadku z października wezwała mnie akuszerka jeszcze przed pęknięciem pęcherza, rozpoznawszy położenie poprzeczne przy zwężonej miednicy (conj. vera 55 milimetrów); przypomniało mi się zdarzenie w S.; ponieważ obwód w macicy był już dość dużym, ażeby można rękę wprowadzić, zrobiłem obrót, a kiedy wszelkie możliwe sposoby zawiodły i główki wydobyć nie mogłem, a dziecko żyć przestało, przeciąłem kręgosłup, a potem już to drutem już to oliwkowo zakończonym cewnikiem przemieszczałem mózg i rozpocząłem przez obwód kręgowy wyszprycowanie mózgu; robota była mozolną, ale już po 30 minutach do tyła zmaląła główka, że po pociągnięciu łatwo wyszła; sposobem Credégo wydusiłem łożysko i chora w 10 dni wstała.

Trochę odmiennym był wypadek w grudniu z. r.

Wezwano mnie do żony robotnika, gdzie akuszerka znalazłszy położenie nóżkowe, pociągnęła i nawet dość łatwo wydobyła rączki; tylko główka zaparła się i pomimo wszelkich prób wydobyć się nie dała, a kiedy kręgi szyjne, przy pociąganiu zaczęły się trzeszczeć (jak się później pokazało trzasły), zaprzestała zmęczona dalszej pracy i posłała po mnie.

Zbadałem chorą i znalazłem przeszkodę w mocno spłaszczonej miednicy (chora do trzech lat jako dziecko nie chodziła); zabrałem się do mojej metody; wejście do czaszki było znacznie utrudnionem, gdyż wskutek rozerwania kręgów szyjnych otwór był zmniejszony a raczej przez poniżej wiszący kordłub w części zasunięty; po rozmieszczeniu mózgu już to cewnikiem, już to sondą, zacząłem wstrzykiwanie wody; mózgu nie wiele odpływało, a kiedy spostrzegłem, że skóra na szyi i po nad obojczykami zaczęła się podnosić (woda przy silnem wstrzykiwaniu pomiędzy rozerwanymi kręgami wydobywała się na zewnątrz a, rozrywając tkankę łączną, podnosiła skórę), zaprzestałem wstrzykiwań dla prze-

konania się o położeniu a raczej o kształcie główki; wyczuwając ją przez powłoki brzuszne, znalazłem ją mocno powiększoną, a po ściśnięciu jej przez ściany brzuszne, odpływało dużo mózgu z wodą; kiedy drugi raz po silnem wstrzyknięciu to samo powtórzyłem, z całą łatwością wy dobyłem główkę.

Głowa była prawie próżną, jak purchawka, i całkowicie formę zmieniła, gdyż zamiast okrągłej, przybrała formę mocno spiczastą, a kości boczne czaszki były tak wgięte w środek, skutkiem zewnętrznego nacisku, że się prawie stykały. Dowód, że wskutek silnego nacisku wody szwy, tak poprzeczny jak strzałowy zupełnie były porozłużniane (porozciągane). Chora po 3 tygodniach przyszła do mnie 6 kilometrów pieszo.

Żeby zaniechać tak prymitywnych środków, jak drut, cewnik i sonda, posłałem rysunek i kazałem sobie zrobić narzędzie a raczej przyrząd, nie nadto skomplikowany u firmy Evens & Pistor w Kassel, który nazwałem »cerebrotom z aspiratorem,« jest to rura mająca 27 milimetrów obwodu a 30 centymetrów długa, w niej chodzi 8 centm. długa, giętka, o ostrych brzegach sprężyna (podobnie jak u Bellocque'a), mocno przymocowana do 30 centm. długiego drutu, który podług potrzeby, można mniej lub więcej wysuwać, a obracając przy tem mocno mózg porozdrabniać; jeżeli się uważa, że mózg dostatecznie rozdrobniony, usuwa się sprężynę a rura pozostaje w kanale i mózgu, a połączywszy ją przez łatwe zesrubowanie z odpowiednią szprycą, do połowy napełnioną wodą, można już to wstrzykując, już to aspirując wymóżdżyć zupełnie główkę i ułatwić jej wydobycie.

Metoda moja ma tę zaletę, że pracuje się na zewnątrz części rodnych i przez to możliwość uszkodzenia tychże zupełnie się wyklucza, i że przy wstrzykiwaniu można użyć jakiegobądź wody bez obawy zakażenia.

Przy przecinaniu kręgosłupa, cięcie musi być tak głębokim, jak głębokim jest krąg i naturalnie dość długiem w boku, żeby można dostatecznie zgiąć kręgosłup, a przez to wygodne dojście do foramen spinale operującemu zapewnić.

## C. Oceny i sprawozdania.

### 1) Patologia.

A. Praetorius (Antwerpia): **Samozatrucie i białkomocz.** (Autointoxication und Albuminurie). *Berl. klin. Wochenschr.* 1898, No. 14.

Praetorius badał metodycznie mocz wszystkich swych chorych, nie zważając na postać chorobową i na skargi ich. Stwierdziwszy cały szereg białkomoczów przejściowych i powrotnych, które należało uważać przeważnie za rodzaj samozakażenia, przekonał się Pr., że Bouchard już przed 10-ciu laty doszedł do zupełnie podobnych wyników. Wnioski autora są: Samozatrucie jest częstą przyczyną białkomoczu i zapalenia nerek. Białkomocz czynnościowy istnieje, jak się zdaje w rzeczywistości. Występuje jako postać przemijająca lub przepuszczająca, stosownie do przyczyny. Do postaci przemijającej należy białkomocz pokarmowy (alimentäre Albuminurie), następnie wynikający z przemi-



jających zbroczeń żołądkowych, wątrobowych i jelitowych, oraz powstający w następstwie większego nateżenia mięśniowego. Chroniczną postać czynnościowego białkomoczu występuje jako białkomocz przepuszczający i cykliczny i okazuje skłonność do sprowadzenia z czasem interstycjalnego zapalenia nerek z zanikiem miąższu nerkowego. Białkomocz czynnościowy powodują trucizny w ustroju powstałe (endogene Toxine), pochodzą częścią z przewodu pokarmowego (postać jelitowa niestrawności, rozstrzeń żołądka, zaparcie żywota), częścią z niedostatecznego przyswajania azot zawierających wytworów przeróbki tkanek. W części odgrywają w ich etyologii rolę zczyny skazowe (dyskrasische Fermente), prowadzące może także do zbroczeń w przyswajaniu, dalej i wpływy troficzne jak obrzęk śluzakowy, zbroczenia rozwojowe, choroby umysłowe. W końcu bierze udział w ich powstawaniu brak czynności pewnych narządów, szczególnie wątroby i gruczołu tarczycowego. Białkomocz czynnościowy i pochodzący z samozatrucia należy rozpoznawać ostrożnie i nie zapominać, że to może wieść do sklerozy. Brak objawów towarzyszących i następczych zapalenia nerek, istnienie wyżej przytoczonych przyczyn uspasabiających uzasadniają rozpoznanie. Obraz drobnowidowy osadu moczowego posiada wielkie, ale nie rozstrzygające znaczenie. Do powstania białkomoczu z samozatrucia potrzebne są pewna wrażliwość osłabieni e odporności nerek.

**Antoni Heveroch (Praga): O związku przyczynowym między gniciem jelitowym i niektórymi chorobami skórnymi** (Ueber das ursächliche Verhältniss der Darmfäulniss zu einigen Dermatosen.) *Wien. med. Woch. 1897, No. 44, 45, 46.*

G. Singer w Wiedniu twierdzi, że w pewnym szeregu chorób skórnych występują objawy wzmożonego gnicia jelitowego z wielką regularnością i znikają znowu wraz z samoistnem wyleczeniem choroby skórnej, a zabiegi dla zwalczania zbroczenia jelitowego wywierają wybitny wpływ leczniczy na cierpienie skórne. Do tego twierdzenia dochodzi S. na podstawie tej okoliczności, przyczyna pokrzywki może być nie w żołądku, lecz raczej w jelitach, na co wskazuje fakt, że mocza zawiera większe ilości indykanu. Na dowód drugiej części swego twierdzenia, podawał S. wewnątrznie 1,0 mentolu dziennie a choroby skórne ustąpiły. Poboczne stosunki stwierdził S. także w trądziku (acne vulgaris) i świądzie starczym (pruritus senilis). Ponieważ sprawa ta ciekawa, przez innych badaczy dotychczas mało kontrolowana, może rzucić światło na ciemną jeszcze etyologię chorób skórnych, i ważną jest dla leczenia, badał więc Heveroch w klinice chorób skórnych prof. Janovský'ego związek między gniciem jelitowym a niektórymi chorobami skórnymi, wypryskiem eczema impetiginosum, acutum faciei, universale, chronicum, dermatitis herpetiformis Dühring, prurigo mitis, psoriasis vulgaris), przeprowadzając rozbiory chemiczne w pracowni prof. Horbaczewskiego. Wynik badań tych jest atoli ujemny, gdyż w żadnym z przytoczonych wyżej przypadków nie potwierdziło się zapatrywanie Singera o przyczynowym związku między gniciem w jelitach i niektórymi chorobami skórnymi.

**Rudolf Jürgens (Berlin): O etyologii rozlicznego stwardnienia mózgu.** (Ueber die Aethiologie der multiplen Hirnsclerose.) *Berl. klin. Wochenschrift 1898, No. 14.*

Jürgens opisuje niezwykle przypadek stwardnienia mózgu i rdzenia pacierzowego, tyżący się dziecka 6-cio miesięcznego. W trzecim miesiącu życia drgawki ogólne, później porażenie prawej rączki; napady drgawkowe z utratą przytomności powtarzały się co tydzień, obok tych często i przy utrzymanej świadomości przykurczenia różne rąk, zezowanie i przewracanie gałek ocznych, dalej apatya, drżenie przy najmniejszym szmerze, brak wymiotów, wychudnienie, ciągły płacz; krzywica miernego stopnia, craniotabes. Wśród drgawek śmierć na oddziale Heubnera. Temu niezwykle przypadkowi ciężkiego zach-



rzenia ośrodków układu nerwowego nadają zmiany anatomiczne serca wielkie znaczenie i zainteresowanie. W mięśniu sercowym napotkano ogniska jasno-szaro-białe, przypominające zmiany ogniskowe, znane po wtargnięciu pierwotniaków tak do mięśni szkieletu, jak i do serca pewnych kręgowców *Miescher'sche Schläuche*). Badanie drobnowidowe tej postaci myocarditis dało zadziwiający wynik. Ogniska jasno-szare w sercu przedstawiły się jako wielorakie, ostro odgraniczone stwardnienia istoty mięśniowej i to takiego rodzaju, jakiego dotychczas nie znaleźliśmy dla mięśnia sercowego przynajmniej u człowieka. Budowa histologiczna tych sklerotycznych części była też szczególną: całość miała budowę ula pszczelnego. W małych jamkach leżą torbielki, już to gruszkowate, już to okrągłe. *Jürgens* uważa te drobne cysty za protozoa. Badanie świeżego mózgu wykazało, że ten sam pasożyt, który znaleziono w sercu i stwierdzono jako przyczynę sklerozy tkanki mięśniowej, znajdował się także w sklerotycznych ogniskach mózgu i dla tego należy go uważać za przyczynę tego schorzenia układu nerwowego ośrodkowego. Wtargnięcie pasożytów nastąpiło w każdym razie drogą naczyń krwionośnych. Jak w sercu, tak i w tkance mózgowej chodzi więcej o zniszczenie mięszu przez pasożyt, niż o niszczące bujanie tkanki instertycyalnej. U jednego z 3 zwierząt szczepionych (królików) materiałem mózgowym znachodziła się wybitna myocarditis parasitaria. Klasyfikacja pasożyta niepewna; ma on podobieństwo do »*Gluea Leidigii*«.

Bf.

## 2. Epidemiologia i policja lekarska.

**A. Neisser (Wrocław): O leczeniu rzeżączki wszetecznic.** (Ueber die Gonorrhoebehandlung Prostituirter) *Berl. klin. Woch. 1898, No. 10.*

Wyniki pracy N. są następujące: 1. Uporządkowanie prostytutki i wszelkich rozporządzeń, z nią w związku będących, opierać należy na prawnych podstawach. 2. Ponieważ cel higieniczny kontroli policyjnej wszetecznic na tem polega, aby wykluczyć wszystkie osoby chore od wykonywania prostytutki i ponieważ kliniczne objawy rzeżączki nie dostarczają dość pewnego punktu oparcia do sądenia o zaraźliwość, należy badanie wydzielin płciowych na gonokoki przyjąć w pierwszym rzędzie za podstawę badania zdrowotno-policyjnego. Dodatni wynik jej, znalezienie gonokoków, rozstrzyga kwestyą i czyni koniecznem umieszczenie w szpitalu. Prawda, że w takich przypadkach nasuwają się wielkie trudności, w których, skutkiem umiejscowienia rzeżączki n. p. w macicy, osiągnąć można wyleczenie tylko operacją, osoby takie potrzebują leczenia szpitalnego, lata trwającego i trzeba je koniecznie wykluczyć od prostytutki. Przy ujemnym wyniku badania wykażą tylko wielokrotne badania, oraz wyniki kliniczne, czy należy uważać osobę taką za niebezpieczną dla ogółu, czy też nie. 3. Dla leczenia rzeżączki kobiecej stanowi badanie na gonokoki bardzo znaczny postęp. U wszetecznic jednak, przyjmując, że badanie na gonokoki odbywa się regularnie u wszystkich publicznych dziewcząt tygodniowo najmniej raz, są widoki bardzo wczesnego już wykrycia rzeżączki a więc skutecznego leczenia. Z drugiej strony jest trudność tem większa, o ile u nich jest daleko więcej czynników pogarszających i wklajających chorobę, niż u innych osób, nie oddających się zawodowo prostytutce. Tem bardziej jest zadaniem wszystkich klinik i oddziałów, rozporządzających wielkim materiałem, szukać sposobów i leków, usuwających rzeżączkę, względnie gonokoki w okresach, w których umiejscowienie choroby w zewnętrznych częściach płciowych jeszcze obiecuje jakiś skutek leczenia. 4. Jeżeli badanie na gonokoki ma się rzeczywiście przyczynić do mniejszego rozpowszechniania się rzeżączki przez wszetecznicę, należy badać w tygodniu najmniej raz wszystkie wszetecznicę, mianowicie trzeba też poddać badaniu bakteryologiczno-drobnowidowemu za każdym

r a z e m błonę śluzową cewki, ujście gruczołu Bartholiniego, błonę śluzową odbytnicy i kanału szyjki. 5. Jeszcze ważniejszym byłoby przeprowadzić całą kontrolę lekarską nie jako zarządzenie policyjne, lecz w postaci porady lekarskiej. Obok badania należałoby zezwolić na ambulatoryjne leczenie wszetecznic w tych godzinach. Pomoc policyi polegałaby na tem tylko, iż troszczyłaby się w razie potrzeby o regularne zjawienie się osób, przeznaczonych do badania i leczenia. 6. Należy wzięść pod rozwagę ustanowienie lekarzy kobiecych. 7. Naczelnym lekarzem oddziału wszetecznic powinien także być naczelnikiem badania kontrolującego, by umożliwić jednolite nieprzerwane kontrolowanie wszetecznic w szpitalu i po za nim. 8. Wszetecznic należałoby się pouczyć o możliwych u mężczyzn środkach bezpieczeństwa (w szczególności o stosowaniu t. z. kropli »Blokusewskiego). 9. Do wypłukania części płciowych powinny wszetecznic używać roztworów, zabijających gonokoki. 10. Każdej wszetecznicy należy dać kartę legitymacyjną, w której zapisano datę i wyniki ostatniego badania. Tym sposobem można zapobiedz oszukiwaniu publiczności, która w rzeczywistości wielkiem obdarza zaufaniem kontrolujące badania lekarskie. Wszetecznic, unikające kontroli i osoby wcale nie zapisane, wyzyskują odwołanie się na swoje rzekomo przy kontroli stwierdzone zdrowie celem większego przywabiania mężczyzn.

Praca ta jest odpowiedzią Neissera na ogłoszony w berl. tow. lek. wykład B e h r e n d a i na obszerną dyskusję, jaką on wywołał. Bf.

### 3) Choroby wewnętrzne.

**W. Poljakow (Moskwa): Kolka trzustkowa przy czasowej cukrzycy.** (Ueber ein Fall von Pankreaskolik von temporacrem Diabetes begleitet). *Berl. kl. Woch.* 1898, No. 11.

W klinice terapeutycznej prof. G. A. S a c h a r j i n a leczono 28 letniego właściciela restauracyi. Rozpoznanie: kolka trzustkowa z następującą cukrzycą. Według M i n n i c h a jest obraz chorobowy kolki trzustkowej następujący: Z początku bóle nieokreślone nad dołkiem żołądkowym i pod lewym brzegiem żebrowym. Bóle następnie wzmagają się do rzeczywistych napadów, usadowionych tuż pod lewym łukiem żebrowym. Na szczycie napadu rozpromieniają się bóle wzdłuż brzegu żebrowego do kręgosłupa i pod lewą łopatkę. Po kilku godzinach napad się kończy i następuje wybitne uczucie głodu. Wykazanie kamieni (konkrementów) w stolcu stwierdza rozpoznanie kolki trzustkowej. Kolka w kamicy żółciowej odróżnia się wrażliwością pęcherzyka żółciowego na ucisk i rozpromienianiem się bólów wzdłuż prawego łuku żebrowego aż pod prawą łopatkę. Umiejscowienie bólów nad dołyszkiem i brak zmian w moczu, odnoszących się do kolki nerkowej, pozwalały również i tę chorobę wykluczyć. Kliniczne objawy cukrzycy u chorego P. były: wychudnienie wysokiego stopnia, osłabienie, gwałtowny głód, pragnienie i cukromocz. Uderzało każdorazowe szybkie występowanie cukrzycy wnet po objawach kolki trzustkowej. Przed napadami bólów nie stwierdzono cukrzycy. Objawy jej wystąpiły nagle po kolce. Przebieg choroby wskazuje nietylko na ściślejszy związek między cukrzycą a kolką trzustkową, lecz także na to, że nie ma głębszych zmian patologicznych w trzustce, że więc cukrzyca polegała tylko na czynnościowym upośledzeniu gruczołu. Przeciwnie F r e y h a n, który opisał 2 przypadki cukrzycy w następstwie kamieni trzustkowych, sądzi, że cukrzyca wtedy tylko następuje, jeżeli prawidłowa tkanka trzustki zupełnie zanikła. Pytanie, czy można podczas życia rozpoznać kolkę trzustkową, rozstrzyga P. potwierdzająco. Co się tyczy związku między nią i następującą po niej cukrzycą, to przyjmuje F l e i n e r, że wykazanie cukru w moczu w pewnych kureczach żołądkowych pozwala przypuścić zajęcie trzustki (osady, zapalenie). W przypadku P. było tylko czynno-

ściowe zboczenia trzustki a przebieg wskazuje, że cukrzyca, występująca w następstwie kolki trzustkowej, może być niekiedy tylko czasową.

**Fel. Hirschfeld (Berlin): O związku między otyłością i cukrzycą.** (Ueber Beziehungen zwischen Fettleibigkeit und Diabetes.) *Berl. klin. Woch.* 1898, No. 10.

Z doświadczeń swych klinicznych wysuwa Hirschfeld następujące wnioski: U ludzi otyłych lub którzy poprzednio oddawali się tylko nieznacznej pracy mięśniowej, występuje w moczu cukier po obfitym dowozie węglowodanów; po leczeniu odłuszczaćcem ustaje to mimo tych samych stosunków życia. Przez samą zmianę trybu życia można przy skłonności do cukrzycy niekiedy zapobiedz wybuchowi jej. Dla leczenia cukrzycy wynika z tego, że nadmierne odżywianie (Uebernahrung) przez dłuższy czas stosować wypada tylko w cięższych przypadkach, w postaciach zaś lżejszych chyba czasowo i to wtedy jedynie, jeśli istnieją pewne ku temu powody.

Bf.

#### 4) Terapia.

**Barth (Paryż): Leczenie kolki wątrobowej za pomocą wielkich dawek oliwy.** *Semaine Médicale* 1897, No. 10.

W dwóch przypadkach kolki wątrobowej u kobiet w następstwie kamyków żółciowych podawał autor wewnątrznie oliwę w dawce 150–200 g. naczczo, zachowując przy tem dyetę mleczną. Pierwszą dawkę chorzy zwykle wymiotowali a dopiero następne zachowywali. Zastanawiając się nad sposobem działania oliwy w tych przypadkach, sądzi autor, że część oliwy z żołądka dostaje się do dwunastnicy i jeszcze zwilżenie błony śluzowej tejże wywołuje, sprowadzając na drodze odruchowej ustąpienie skurczu kanalików żółciowych. Jeżeli w kanaliku żółciowym znajduje się uwieźły kamyczek, wtedy oliwa rozpuszcza go, jak to wykazały doświadczenia Brockbanka, któremu udało się rozpuścić kamyczek żółciowy w oliwie w ciepłocie ciała ludzkiego. Oliwa rozkłada się w jelicie na kwas tłuszczowy i glicerynę; część jej niezupełnie zmydlona zostaje z kałem wydalona pod postacią gródek oliwkowo-zielonych. Prócz tego oliwa wzmaga wydzielanie się żółci i drogą mechaniczną usuwa kamyki z kanalików żółciowych. W przypadkach rozstrzeni kanalików i zakażenia przewodów żółciowych oliwa nie działa skutecznie, przeciwnie działa szkodliwie przez wywołanie zaburzeń w przewodzie pokarmowym i podwyższenie pracy wątroby.

**Niels R. Finsen (Kopenhaga): Lupus vulgaris leczony za pomocą skoncentrowanych promieni chemicznych.** *Semaine Médicale* 1897, No. 59.

Prace Downe'sa i Blunta, Duchaux'a, Arloinga, Buchnera i innych wykazały zabójcze działanie promieni świetlnych na prątki; naprowadziło to badaczy na możność użycia promieni świetlnych jako środka leczniczego w chorobach skóry występujących na tle zakażenia prątkami. Aby światło mogło wywrzeć pewien skutek, musi ono za pomocą zwierciadeł lub soczewek być skoncentrowane, przy równoczesnem wykluczeniu promieni ultraczerwonych, czerwonych, pomarańczowych i żółtych, ponieważ promienie te skoncentrowane spalają tkankę skórną; działanie bakteryobójcze światła przez wykluczenie tych promieni nie ulega zmianie. Dla wykluczenia tych promieni przepuszczał autor światło przez wodę zabarwioną błękitem metylenu lub siarkanem amonowo-miedziowym; otrzymuje się światło niebieskie lub fioletowe, niszczące prątki. W tym celu używa się światła słonecznego lub łukowego. Światło słoneczne skupiał F. soczewką płasko-wypukłą o średnicy 20–40 cm., napełnioną roztynem siarkanu amonowo-miedziowego, osadzoną na ruchomej podstawie; światło łukowe skupia się przyrządem złożonym z dwóch walców, z których każdy posiada dwie soczewki

płasko-wypukłe. Doświadczenia autora wykazały, że działanie zabójcze wzmaga się w miarę skoncentrowania światła. Przez kilka dni, conajmniej przez dwie godziny dziennie, poddaje się działaniu światła przestrzeń 1—3 cm. kwadratowych; w miejscu działania powstaje zaczerwienienie skóry lub tworzą się pęcherze; brzegi łupusu ulegają spłaszczeniu, bledną a wrzody się zablizniają i nie powiększają się. Autor poddał tej metodzie leczenia 59 osób; u wszystkich z wyjątkiem jednego nastąpiło polepszenie, 23 było zupełnie wyleczonych, a 30 jeszcze jest w leczeniu. Z przyczyn zewnętrznych sześciu chorych usunęło się z pod dalszej obserwacji.

**S. Duplay** (Paryż): **Leczenie ropni opadowych.** *Semaine Medicale* 1897, No. 55.

Ropnie opadowe występują albo w towarzystwie garbu albo bez takiego; okoliczność ta zasługuje na uwagę ze względu na rokowanie. Ropnie te mogą się pojawić w klatce piersiowej lub w jamie brzusznej albo też poza temi jamami zależnie od pierwotnej siedziby ogniska gruźliczego; ropnie powstające w okolicy lędźwiowej przesuwiają się wzdłuż mięśni, naczyń lub nerwów aż do uda. Badania Lannelongu'a wykazały ze względu na budowę histologiczną, że ściana ropnia nie jest utworzona przez samą błonę ropotwórczą, lecz zawiera także gruzełki. Rokowanie od czasów przeciwnego opatrywania ran jest lepsze. Pomijając leczenie samego ogniska gruźliczego w kości, jakoteż leczenie higieniczne i dyetetyczne, omawia autor jedynie leczenie ropnia samego. Dawniej leczenie było wyczekujące, a zaleca się teraz ta metoda u dzieci, gdyż u tych przez leczenie ogólne i unieruchomienie jest możliwe wyleczenie. Sposoby leczenia mogą być podzielone na dwie grupy: 1) wstrzykiwanie i 2) operacja krwawa. Do wstrzykiwań używa się jodu, naftolu, jodoformu; jodoformu używa autor w 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworze w eterze, wstrzykując ilość odpowiadającą ilości wypuszczonej ropy. Nieprzyjemne objawy uboczne jodoformu są: ból, zgorzel skóry i zatrucie jodoformowe. Bólu i zgorzeli skóry można uniknąć wstrzykując małą ilość roztworu; zatrucia zaś unika się przez wstrzykiwanie 50—100 g. z roztworu 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. U dzieci wyniki tego sposobu leczenia są znakomite, mniej u dorosłych, u których niekiedy zabieg krwawy musi być użyty i wtedy należy ścianę ropnia wyskrobać ostrą łyżeczką i następnie pędzlować roztworem chlorku cynku 1:20. Po częściowem zaszcyciu rany i po założeniu drenu należy jamę zalać roztworem jodoformu z gliceryną. J. L.

## 5) Chirurgia.

**Erych Bennecke** (Berlin): **W sprawie odprowadzania przepukliny przemocą.** (Zur Frage der forcirten Taxis). *Berl. klin. Woch.* 1897, No. 12.

Pouczejący przykład, jak niebezpiecznym jest gwałtowne odprowadzanie uwięzniętych przepuklin, opisuje B. z kliniki chirurgicznej prof. Königa. Mężczyzna, 41 lat liczący, miał od wielu lat prawostronną przepuklinę mosznową z przyrośniętą do niej siecią. Do worka przepuklinowego wstąpiła pętla jelitowa, która uległa uwięźnięciu. Lekarze starali się ją przemocą odprowadzić, skutkiem czego wcisnęli mocno pętlę do przewodu pachwinowego, worek przepuklinowy pękł, poczem jelito i sieć utworowały sobie jamę między otrzewną ścienną a ścięgnem poprzecznym, względnie miednicowem. Uwięźnięcie atoli pozostało. Mimo bólów uspokoił lekarz chorego, że choroba usunięta, dopiero po dwóch dniach, gdy nie było wiatrów, ani stolca mimo wlewań, posłał go do Charité, gdzie König stwierdził ciężką niedrożność przewodu pokarmowego prawdopodobnie skutkiem pozornego odprowadzenia uwięzniętej przepukliny i przystąpił do operacji, zakończonej śmiercią w 12 godzin po niej. Sekcja po-



twierdziła rozpoznanie, że chodziło o rozległe oddzielenie otrzewnej ściennej; zgorzeli uległa dolna część jelita biodrowego, w sieci obszerna zgorzel; zapalenia otrzewnej nie było; brunatny zanik serca. Ze nieudanie się prób odprowadzania można było rozpoznać z obrzęku w przewodzie pachwinowym, po skargach chorego i po braku wiatrów i stolców, to nie ulega wątpliwości, tak jak i to, że natychmiastowa celiotomia była jedynym ratunkiem. Fałszywe zapatrywanie, jakoby odprowadzanie uciskaniem (Compressionstaxis) przepukliny uwięźniętej nie mogło wogóle być przesadzonem, wyrządziło już wiele nieszczęść. Najgroźniejszym może się ono stać w narkozie, gdzie brak objawów bólu u chorego skłonić może do użycia większej siły. Następstwa zbyt gwałtownego odprowadzania mogą być rozmaite. Rzadko wprawdzie pęka jelito; dla żywotności zaś ściany jelitowej nie jest obojętnem, z jaką siłą ją ugnieciono. Szczególnie narażone są miejsca zasznurowania. Gdy cofnie się wreszcie przepuklina po ciężkiej pracy lekarza, może się jeszcze w następstwie wytworzyć zgorzel jelita z zapaleniem otrzewnej lub też mogą na podstawie zapalenia odczynowego występujące zrosty sprowadzić po miesiącach objawy zwężenia. Dalej może gwałtowne odprowadzenie sprowadzić t. zw. »reduction en bloc,« tj. że worek przepuklinowy wraz z w uwięźniętymi w nim trzewiami cofniętym bywa do jamy brzusznej. W końcu może nastąpić oderwanie i rozerwanie worka przepuklinowego. Prawda, że nie zawsze można uniknąć takich nieszczęśliwych przypadków. Tak n. p. nie można dobrze ocenić żywotności jelita, ponieważ niekiedy już po kilku godzinach następuje zgorzel. Byłoby także niesłusznem postawić na równi stosunki praktyki, szczególnie wiejskiej, z dobrze uporządkowanymi szpitala: co tu zdaje się być prostym zabiegiem, może tam skutkiem zewnętrznych stosunków stać się zuchwałością. B. opisuje ostrożności, jakich przestrzegają w klinice Königa przy odprowadzaniu przepukliny. Przedewszystkiem nie pracują tam nigdy z największą siłą, lecz zawsze z bardzo umiarkowaną. Gdy przypadek jest świeży, nie podejrzewany o przedziurawienie lub zapalenie otrzewnej, próbują taxis wśród wysokiego ułożenia miednicy i lekkiego zgięcia stawów biodrowych, nigdy dłużej nad 10 minut. Powtarzają ją jednak przez krótszy czas, gdy chory z podwyższoną miednicą przez godzinę leżał z pęcherzem lodowym na przepuklinie. Potem przygotowuje się chorego za pomocą ciepłej kąpieli do operacji; jeszcze na stole operacyjnym widziano w uspieniu samowolne cofnięcie się niektórych przepuklin po najłżejszych manipulacjach. W innym razie następuje natychmiast operacja, cięcie przepuklinowe wewnętrzne z doszczętnym zabiegiem. Jeśli po za szpitalem próbowano już taxis, to ogranicza się ją w zakładzie do minimum. Jeżeli próby nie prowadzą do celu po kilku minutach, to operuje się zaraz. Jeśli są objawy przebiccia, zapalenia worka przepuklinowego, lub przepuklina bardzo napięta i bolesna a żywotność jelita wątpliwa, unika się naturalnie wszelkich prób odprowadzania. Postępując według tych zasad, nie ma się nigdy niepowodzeń wyżej wspomnianych. Życzenie wykluczenia tych źródeł pomyłek jest tem bardziej uzasadnione, że zdarzy się i po usunięciu uwięźnięcia jeszcze niejednen niespodziewany i nieprzyjemny przypadek.

Bf.

## 6) Położnictwo i choroby kobiece.

Odebrecht (Berlin): **Gdzie graniczy antyseptyka z aseptyką?** (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynaekologie, tom 39, str. 366*).

Mówca w wykładzie, jaki o powyższym temacie wygłosił w ostatnich czasach w Berl. Tow. ginekologicznem, stawia na wstępie pytanie, o ile aseptyka odpowiada wszystkim wymaganiom chirurgii i czy nie zachodzą sytuacje, w których antyseptykę wyżejby stawiać należało. Przez środki antyseptyczne chcemy rany uwolnić od drobnoustrojów, aseptyka zaś ma życiowe siły ustroju a mianowicie



otrzewny skłaniać do nieprzyjmowania do siebie jadu mikroorganizmów. Niezaprzeczenie w tym względzie znaczny zrobiono postęp, mianowicie w chirurgii brzusznej. Lecz nie zawsze możemy ściśle aseptykę przeprowadzić a nadto sądząc z otrzymanych wyników, ma ona i swoje strony ujemne. Trzeba jej się dobrze wyuczyć, wymaga ona dobrej asystency i urządzonego bez zarzutu miejsca do operacji. Każde niedopatrzanie się w tych rzeczach mści się zaraz na operowanej, podczas gdy przy leczeniu antyseptycznym tych ostrożności tak ściśle zachowywać nie potrzeba. Nadto nie udało się dotąd z absolutną pewnością ręce i teren operacyjny tak zjałowić, aby być pewnym, że wszystko jest przy operacji aseptyczne. To też nie dziw, że np. przy większych ranach nie tak rzadko ropienia w miejscach zeszycia rany uniemożliwiają rychłozlep. Lepiej ma się sprawa z otrzewną, gdyż ma ona znaczną siłę wessającą, przez co drobnoustroje tracą swą jadowitość dla organizmu i w walce z nim zostają pokonane. Operując w bliskości ognisk zakaźnych, np. jelit, są przedewszystkiem tutaj rany w niebezpieczeństwie przy używaniu aseptyki. To też mówca z powodów tych nie zawsze stosował jedynie aseptykę a otrzymane korzystne wyniki operacyjne utrwaliły go w tem przekonaniu tem więcej.

Rzeczą naturalną, że i przy aseptyce ściśla i dokładna antyseptyka wodą, mydłem potasowm, alkoholem i sublimatem jest nieodzowną. Instrumenta gotuje mówca w wodzie i wkłada je natychmiast w 1% roztwór karbolu. Tamponów nie używa, lecz stare gąbki, które znajdują się w 1% roztworze sublimatowym a przed operacją wyjmuje je z sublimatu 1:5000, dobrze je wyciskując z płynu przed samem użyciem. Przy operacjach w pochwie, płucze je poprzednio zawsze w ostatnim tym płynie. Do szycia używa jedynie jedwabiu, który najpierw gotuje w 50% karbolu, poczem wysuszywszy, wkłada go w 10 procentowy eter z jodoformem a w końcu w 1 p. m. roztwór sublimatowy. Wyniki przy takim postępowaniu są bardzo dobre, szczególnie wykazują one, że powyższe środki antyseptyczne bynajmniej niekorzystnie na tkanki nie oddziałują. Co prawda przy operowaniu w otrzewnej jamie używał O. powyższych środków antyseptycznych tylko w ciężkich przypadkach i tylko w małej miednicy. Mówca zaleca bardzo do szycia jedwab jodoformowy. Wykład autora wyjdzie in extenso w »zwanglose Abhandlugen f. Geburtshülfe und Gynaecologie.«

Po wykładzie wywiązała się, jak się inaczej spodziewać nie było można, ożywiona bardzo dyskusya. I temat sam i zasady autora dawały pola do wypowiedzenia swego zdania aż nadto. *Flaischlen* jest zdania, że od czasu, jak przy laparotomiach kładł na brzuch 12—24 godzin przed rozpoczęciem operacji kompresy sublimatowe, prawie nigdy nie zauważył ropni przy szwach. Widocznie dłuższa impregnacya skóry roztworem sublimatowym uczyniła skórę aseptyczną. *Flaischlen* jest także przeciw płukaniom pochwy roztworem sublimatowym, przegotowana woda jak najzupełniej wystarczy. Co się tyczy materiału do szycia, to jest mówca za materiałem resorbującym się. Za jedwabiem nie jest *Flaischlen*, gdyż obawia się wytworzenia się z czasem przetok. Jedwab jest zawsze dla organizmu ciałem obcym. Twierdzenie *Odebrechta*, że trudno w czasie operacji aseptykę zachować, stanowczo *Flaischlen* zbija; należy tylko często w czasie operacji wkładać ręce w naczynie z roztworem sublimatowym i czyścić w nim palce z krwi itd. Poleca także chustkę sublimatową leżącą na brzuchu w czasie operacji kilku szwami przymocować do rany brzucha. Chustka w ten sposób zesuwać się nie może i uniemożliwia dotknięcie się ręką nie odjałowionych części skóry.

*Broese* sądzi, że gdyby *Odebrecht* używał suchej aseptyki, otrzymałby również dobre wyniki przy operacjach. Że chirurdzy gorsze nieraz mają wyniki od ginekologów, to pochodzi ztąd, że częściej mają też do czynienia z ranami zakaźnymi. Dawniejszy przepis (cf. *Święcicki: Centr. f. Gynec. No. 16, 1883.*) »48 Stunden Carenz. ist Goldes werth.«

## 7) Farmakologia.

**Kallenberger** (Monachium): **Ortoform**. (Ueber Orthoform.) *Berl. klin. Woch.* 1898, No. 12.

Ortoform jest to proszek delikatny, biały, trudno w wodzie rozpuszczalny. Jego własności są: 1) Znieczula, t. j. gdy styka się z obnażonemi zakończeniami nerwów czulnych, sprowadza ich znieczulenie. Ponieważ się w wodzie trudno rozpuszcza, nie działa przez skórę i odporne błony śluzowe, znieczula natomiast powierzchownie ranne, oparzenia, wrzody, szczeliny i t. p. Tu jest jego działanie trwałe, w przeciwieństwie do kokainy, ulegającej szybko wessaniu skutkiem swej rozpuszczalności. Ortoformu rozpuszcza się zawsze tylko tyle, ile potrzeba do znieczulenia zakończeń nerwów; dla tego rozciągnąć się może działanie znieczulające, jak przeciwgnilne jodoformu, na godziny i dni. 2) Jest zupełnie nietrujący. 3) Działa przeciwgnilnie. **Kallenberger** stosował w chirurgicznej poliklinice mnichowskiej pod kierownictwem prof. **Klaussnera** ortoform w wielu przypadkach, jak przy zranieniach, ranach oparzelinowych, wrzodach podudzia, owrzodzeniach rakowych, kiłowych, w bólu zębów skutkiem próchnienia ich. Zawsze można było stwierdzić powyżej wyliczone własności. Do wszystkich tych zalet przyłącza się jeszcze własność ograniczająca wydzielenie, stwierdzona przy ranach transplantacyjnych, wrzodach rakowych i t. d. Jestto bardzo ważna zaleta, albowiem z powodu tego wysuszającego działania można rzadziej opatrunek zmienić. Ortoformowi zapewnia ten brak własności trujących rozległe użycie. Nadto doniósł **Neumayer** o znakomitych wynikach, osiągniętych przy wewnętrznym stosowaniu, n. p. przy wrzodach krtniowych, okrągłym wrzodzie, raku żołądkowym. Ortoform nie jest więc, jak tyle nowszych przetworów (*Antiseptica, Antineuralgica*), lekiem »zastępującym« inny dawniejszy, lecz jest on nowym lekiem *sui generis*. Do skutecznego zwalczania gwałtownych bólów w ranach i w owrzodzeniach mieliśmy dotychczas jedynie i wyłącznie morfinę. Ze jej stosowanie można obecnie znacznie ograniczyć za pomocą ortoformu, uzna z pewnością każdy za cenną zdobycz.

**Ernest Kromayer** (Halle a. S.): **Jodoformogen, bezwonny przetwór jodoformowy**. (*Jodoformogen, ein geruchloses Jodoformpräparat.*) *Berl. klin. Woch.* 1898, No. 10.

Docent dermatologii **Kromayer** dochodzi na podstawie swych doświadczeń z jodoformogenem do następujących wniosków: Jodoformogen jest proszkiem bardzo delikatnym, suchym, nie zbijającym się w grudki. Jestto wobec jodoformu wielką zaletą. Własność ta jodoformogenu umożliwia dokładne wprowadzanie go do wszystkich zaułków, jam, przewodów powierzchni rany i to w bardzo małych ilościach. Przytem przylegają delikatne suche ziarnka daleko ściślej do wilgotnych tkanek, niż to możebnem przy jodoformie. Tem tłumaczy **K.** pewniejsze działanie jodoformogenu. Jodoformogen składa się wprawdzie przeważnie z białka jodoformowego, zawiera jednak też ślady białka jedowego obok śladów czystego jodu, może i bardzo małe ilości jodku potasowego, pochodzące od zawartości potasu w białku. Skład ten jest niejako zaletą wobec jodoformu. Działanie jest najróżnorodniejsze. Skutkiem tego zaś, że jodoform zawartym jest tylko w połączeniu z białkiem, z którego dopiero stopniowo się wydziela, jest działanie jodoformogenu dłużej trwające aniżeli jodoformu. Praktycznie zaś ważnem jest przedewszystkiem to, że jodoformogen posiada własności jodoformu bez jego przenikliwej woni. Poleca się on więc sam każdemu, umiejącemu go odpowiednio stosować, w przypadkach, w których w ogóle jodoform jest wskazanym. **Kr.** uważa jodoformogen za najlepszy dotychczas znany proszek do posypywania ran, przedstawiający dzięki swej względnej bezwonności najodpowiedniejszą postać stosowania jodoformu zewnętrznemu. Bf.

## D. Zapiski lecznicze.

**Gastroenterostomia w zwykłym zwięzieniu oddźwiernika.** Wykazał ją 2 razy Dubourg (Bordeaux) i polecił na ostatnim zjeździe franc. jako doszczętne leczenie zwięzienia. Tylko trzeba oznaczyć okres, w którym jest uzasadnioną. Następujące objawy należy uważać za wskazanie do operacji: trwała rozstrzeń z towarzyszącym jej ciężkim zбочeniem trawienia, jak bóle w okolicy żołądka, częste wymioty, gwałtowne ruchy robaczkowe, wychudzenie, znużenie, skłonność do śpiączki, małe tętno. Wtedy nie należy długo zwlekać z operacją. (Berl. klin. Woch. 1897, Nr. 47.)

**Rozpoznanie i leczenie wrzodów kiłowych po za częściami płciowemi.** Na 16 szankrów extragenitalnych, stwierdzonych w ostatnich latach na oddziale kobiet berlińskiej Charité, widział Bieck 2 razy ich umiejscowienie około otworu stolcowego, 4 na wargach ust, 2 na języku, 3 na migdałkach, 2 na sutku, po 1 na brodzie i na ramieniu. Wrzody te przedstawiają się jako nadżarcia (rhagades) jak i kłykciny i typowe stwardnienie. Bardziej cechującym, niż postać, jest towarzyszące zawsze stwardnieniu obrznięcie znaczne sąsiednich gruczołów, tak, że przy podejrzanym wrzodzie trzeba zawsze uwzględnić najbliższe gruczoły. Leczenie różni się od powszechnie stosowanego okresem leczenia rżęciowego. Podczas gdy zwykle czekamy z rozpoczęciem leczenia ogólnego do okresu wtórorzędnej kiły, to przy szankrach extragenitalnych rozpoczynamy natychmiast leczenie ogólne, nie czekając na wtórorzędne objawy, a to z trzech powodów: 1) mogą wrzody pierwotne, nie leczone, łatwo prowadzić do daleko idących zniekształceń lub upośledzenia czynności, np. na twarzy i rękach, 2) następują zwykle po wrzodach extragenitalnych bardzo ciężkie zmiany wtórorzędne, które łagodzić możemy wczesnym leczeniem, 3) jest niebezpieczeństwo przeniesienia choroby przy wrzodach tych bardzo wielkie, tak, że już wzgląd na otoczenie wymaga wczesnego rozpoczęcia leczenia. (Berl. klin. Woch. 1897, Nr. 49.)

**Zawłoka w praktyce** (Haarseil, setaceum). Prócz wenesekeyi uległa i zawłoka od wielu lat zapomnieniu niezastużonemu. Choć rzadko tylko może odgrywać rolę zabiegu życia ratującego, przecież zwraca Heidenhain z Kozlina (Berl. klin. Woch. 1898, Nr. 8) na nią uwagę jako na środek często niezbędny, nie dający się niekiedy żadnym innym zastąpić. Opisuje on 6 przydawków ciężkich następstw wstrząśnienia mózgu, które w krótkim czasie wyleczył za pomocą zawłoki. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi H., że w pozostających po ciężkim wstrząśnieniu mózgu zбочeniach naczynioruchowych z mniej lub więcej silnie rozwiniętym przewlekłym zapaleniem opon mózgowych użyć można zawłoki z wielkim uzasadnieniem. Choć zastosowanie zawłoki jest bardzo prostem, to przecież wypada poświęcić kilka słów temu zabiegowi wobec panującej wśród młodego pokolenia lekarzy nieświadomości w tym kierunku. Mimo nazwy »setaceum« od »seta« szersze, nie używa H. włosów, lecz płóciennej wstążki na 1—2 cm. szerokiej. Po dokładnym oczyszczeniu skóry karku, noża i wstążki chwytą się poniżej granicy włosów dosyć wielki podłużny fałd grubej skóry karkowej palcami lewej ręki, prawą zaś ręką przebijają nożem fałd poniżej palców, poczem przewleka się taśmę, przeciągniętą przez uszko (Oehr) noża tak, że wystercza 5—6 cm. wstążki, resztę wstążki, długiej na 1—2 m. umieszcza się na karku, przykrywa się watą salicylową, chustą lub opaską. Codziennie wyciąga się kawałek wstążki, odpowiadający szerokości rany po poprzednim posmarowaniu maścią drażniącą. Od taśmy już użytej, a więc ropą przesiąkniętej odcina się tyle, by można znów wstążkę uchwycić do dalszego wyciągania.

**Chinolinum bismutho-rhodanatum**, pod postacią grubo ziarnistego, czerwono-żółtego proszku, o charakterystycznym zapachu, otrzymał prof. Edinger, zaś Dr. L. Forchheimer (Therap. Monatsh. 1898, 445) zaleca przy opatrunkach syfilitycznych wrzodów. Najodpowiedniej zmienić opatrunki po 4—5 dniach; przodtem dobrze jest wziąć kąpiel, co ułatwia zdjęcie bandażu. Rzeczony preparat topi się przy 76° C., nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani alkoholu, ani eterze.

**Pod nazwą „Pharmacostile“** należy rozumieć nowe miano dla znanych świeczek leczniczych, które będąc przygotowane z miękiej elastycznej gumy kauczuku, są pociągnięte masą żelatynową, zawierającą dany środek leczniczy. Tego rodzaju świeczki wyrabia ołdawna aptekarz Stephan w Dreźnie.

**Phosot** czyli ester kreozotu i kwasu fosforowego, ma być według I. Brissoneta (Réd. de Pharm. 1898, 338) jedną z najlepszych form stosowania kreozotu przy sucho-

tach płuc. Przedstawia on płyn bezbarwny, konsystencji syropu, o słabym zapachu i smaku kreozotu. Waga właściwa wynosi około 1,25 zawartości kreozotu = 80%, — bezwodnika kwasu fosforowego = 20%. Doza dzienna — łyżeczka od kawy (= 6 gramów). Fosfor dopiero w przewodzie pokarmowym ma ulegać rozkładowi, przy czym kreozot zostaje wessanym przez organizm.

**Taphosot** (ester tanniny i kreozotu kwasu fosforowego), szary, gęsty płyn, zalecany jest przez Brissonneta przy suchotach, którym towarzyszy dyarya.

**Kufekęgo mąkę dla dzieci** poleca pediatra Dr. E. Kraus, asystent prof. Monti'ego w Wiekniu. W wszelkich mączkach, dla dzieci przeznaczonych, potrzeba koniecznie zapomocą odpowiedniego stosowania przeprowadzić o ile możności nierozpuszczalną skrobię w postać rozpuszczalną (dekstrynę i cukier), gdyż skutkiem niedostatecznego wydzielania śliny u oseska w pierwszych trzech miesiącach, jakoteż skutkiem niedostatecznego wytwarzania soku trzustkowego nie mogą być mączki takie przyswajane. Rodzajów mąki dla dzieci jest kilka w użyciu, lecz fabrykantowi Kufekemu należy się niezaprzeczona zasługa, że pierwszy wprowadził zasadnicze polepszenie w technice sporządzania mączki dla dzieci. Mączka K. jest żółtawo-brunatna, słodkawa, o woni słód przypominającej; daje zmieszana z wodą i gotowana cienką zupę, którą można bardzo stosownie zmieszać z mlekiem krowim. Dzieci wszelkiego wieku piją ją bardzo chętnie samą lub z mlekiem bez cukru. Także w przypadkach podostrego i przewlekłego kataru żołądko-jelitowego i enteritis follicularis chronica, w których potrzeba było przestać żywić mlekiem, działała mączka K. korzystnie. Wreszcie można jej użyć z równie dobrym skutkiem przy niedostatecznym trawieniu starszych krzywicznych dzieci, skłonnych zawsze do chorób jelitowych. (Wien. allg. med. Ztg.)

**Wydalenie tasiemca.** Postępowanie prof. Rokitańskiego w Innsbrucku jest następujące: W przededniu podawania leku przeciwczewrowego oczyszcza jelita olejkami rącznikowym (30 gramów w zupie lub z kwasem cytrynowym i mielonym cukrem urobione w gałkę), dyeta skąpa, mało kału tworząca. Bardzo odpowiednią jest wieczora poprzedzającego sałata z śledzia i cebuli, także poziomki, których drobne ziarnka ranią jak się zdaje, czerwia. Rano następnego dnia mała szklanka czarnej kawy lub herbaty, pozem lek przeciwczewrowy. R. zapisuje najchętniej: Extr. punie granati 17,0. Extr. filic. mar. aether. 8,0. Bene mixta dispenset. in capsulis gelat. operculatis Nr. 30. S. zażyć w przeciągu 2—2½ godz. Jeżeli w 2 godz. po ostatniej kapsułce nie ma stolca, podaje się 20 gr. olejku rącznikowego. Jeżeli czerw wystercza z otworu stolcowego, daje się większą lewatywę wodną z dodatkiem 2 gr. oleju terpentynowego. (Allg. Wiener med. Ztg. 1898, Nr. 13.)

## D. Rozmaitości.

\* *Od Podskarbiego* »Pomocy koleżeńskiej,« towarzystwa ku wspieraniu wdów i sierót po lekarzach, odbieramy odezwę:

Szanownych Kolegów,

którzy dotychczas zalegają z składkami za rok bieżący lub też jeszcze za miniony na cele »Pomocy Koleżeńskiej,« proszę uprejmie o nadesłanie takowych.

Poznań, ul. Wilhelmowska, w wrześniu 1898.

Dr. S. Jerzykowski.

\* *Palenie zwłok.* Zmarły prof. Hofmann (Wiedeń) wydał następujące orzeczenie: Zwłoki gniją powolniej, niż się to powszechnie przyjmuje. W gniciu odgrywają rolę nie tylko prątki, lecz także większe żyjątka i te właśnie mogą zniszczyć stalsze składniki ciała ludzkiego. Jeżeli więc z religijnych powodów dajemy pierwszeństwo grzebaniu zwłok, to jest logicznem pochowanie tak uskutecznić, by warunki dla szybkiego rozkładu ciała były możliwie korzystnymi. Przy paleniu zwłok odpadają sprawy gnicia — jest ono postępowaniem czystszej i lżejszej. Dodać należy, że przy tem ulegają też zniszczeniu istoty zażadne, zawarte w trupie. Oba rodzaje chowania zwłok posiadają liczne wady;



przy paleniu jednak są one bezwarunkowo mniejsze. Kwestya ta ma i stronę prawniczą. Sądownictwo nie może łatwo zrzec się ekshumacyi, tak często koniecznych dla stwierdzenia rodzaju śmierci. Obowiązkowe palenie zwłok jest więc niemożliwym, natomiast ze strony cywilnego prawa nie można nic zarzucić fakultatywnemu paleniu zwłok. Prof. M. Gruber (Wiedeń) podnosi, że swoista zaraziwość trypa wygasa już po kilku miesiącach lub tygodniach. Nie należy zasadniczo zarzucić grzebania zwłok, ponieważ ono zupełnie odpowiada wymogom higienicznym. Specyalny komitet wied. orzekł tedy: Palenie zwłok jest higienicznie nienagannem, grzebanie jednak nie ma takich wad, by musiało ustąpić miejsca paleniu. Natomiast komitet nie sprzeciwia się fakultatywnemu paleniu zwłok. (Allg. Wien. med. Ztg. 1898, Nr. 6).

\* *Stwierdzenie czasu trwania życia noworodków.* Jak E. Ungar dowodzi, nie może wynik sekcji płuc noworodka dostatecznie wyjaśnić pytania, jak długo dziecko żyło po porodzie, tak samo nie pomaga wiele zachowanie się pępowiny, chyba, że chodzi o życie dłużej trwające. Ważną może być próba Breslau'a (pływanie żołądka i jelit), gdyż wypełnienie głębszych odcinków jelit cienkim powietrzem przemawia za dłuższem życiem. Jeżeli zaś żołądek nie zawiera powietrza, to wykluczamy życie dłuższe, przynajmniej minuty trwające przyczem jednak uwzględnić należy, że żołądek i jelita mogły utracić powietrze skutkiem wessania przez błonę śluzową. W końcu wspomina U., czyby nie można wyzyskać cieczy mlecznej z gruczołów piersiowych noworodków, występującej w regule 3. i 4. dnia, do oznaczenia trwania życia. (Vierteljahrschr. für gericht. Med. itd. XIII, z. 1).

»Hygiea,« »Aeskulap.« Są to lampy spirytusowe służące do odkażania zapomocą formaliny (formaldehydu). Desynfekcyja ta nadaje się szczególnie dla zdrojowisk i ma zastąpić odkażanie dotychczasowe, trudne do przeprowadzenia i bardzo meble niszczące. Przez spalenie pastylek formalinowych w tych lampach osiągnąć można dokładne odkażenie. Przez rozżarzenie lampą tworzą się pary formalinowe, przechodzące w paraformaldehyd. Otrzymujemy tym sposobem odkażenie powierzchni, czyniące zbytecznym wycieranie chlebem, mycie podłogi i meble kwasem karbolowym i nie niszczące mebli. (Allg. Wien. med. Zeitung 1898, No. 13).

\* *Odporność jeżów na kantarydy.* Prof. A. Horwath z Kazania stwierdził fakt znany zresztą już z opowiadań ludzi, że jeż może bezkarnie przez kilka dni spożywać 10 - 30 gr. kantaryd żywych, t. j. ilość, któraby wystarczyła na zatrucie sporo ludzi. Fakt ten oraz spostrzeżenie że jeże przy używaniu wyłącznie kantaryd, albo też równocześnie z mięsem, mlekiem, jajami, zawsze chudły, daje mu asumpt do stawiania teorii tłumaczącej odporność tę zadziwiającą jeżów. Przyłącza on też uwagi słuszne, że obecnie mówiąc o zupełnej lub częściowej immunitas, mamy przeważnie na myśli odporność na bakterye lub ich jady, podczas gdy w farmakologii przytacza dużo nie wytłumaczonych nam dotąd faktów odporności niektórych zwierząt na różne trucizny. Należałoby się więc je bliżej badać. Tak np. żabom nie szkodzi jad węzów, kozom atropina i cykuta, królikom naparstnica (Digitalis). I na to zwracać warto uwagę, że niektóre trucizny w niewytłumaczony nam sposób działają na pewne tylko narządy lub ich części, jak n. p. ołów na zginacze rąk, naparstnica na mięsień serca a nie na inne mięśnie. Nie można oczywiście dotąd marzyć o klasyfikacyi postaci, w których się objawia odporność zwierząt na trucizny i jady.

\* *Przetoka pecherzowa-pochwowa* zdarza się we Węgrzech według twierdzenia prof. J. Elischera (Peszt) z powodu budowy miednicy Węgierki i Słowaczki względnie tylko rzadko. Mniej korzystną jest miednica kobiet Słowian południowych a jeszcze nie korzystniejszą miednica żydówek. *Wien. med. Woch.* 1979, No. 25.



\* *O trądzie w południowo-wschodniej części Austro-Węgier.* Jak prof. Neumann (Wiedeń) donosi, to lekarze tamtejsi zapoznawali z początku trąd (przyjmowali np. kiłę endemiczną). Później stwierdzono już 133 przypadków, przeważnie między mahomedaninami, mniej między grecko-wschodnimi, a najmniej między katolikami. Mieszkania i w ogóle stosunki socyalne są między pierwszymi najgorsze, co naturalnie bardzo sprzyja rozszerzaniu się choroby. Rozróżnia się dwie postacie trądu (lepra tuberosa i anaesthetica). Ostatnia cechuje się wrzodami na piętach i w okolicy łokciowej, zgróbnieniem naskórka (hyperkeratosis) i nerwów. Niektóre objawy przypominają syryngomyelię, z którą też trąd pomieszano. Z 133 trędowatych umarło 32 już po 6–8 latach. Przy sekcji znaleziono zgrubienie ścian żylnych z licznymi prątkami trądu w takowych (badania nad »phlebitis leprosa« ogłosił radzca prymaryusz Glück ze Sarajewa w numerze jubileuszowym »Przeglądu Lekarskiego«, poświęconym prof. Brodowskiemu. Uw. ref.), zgrubienia kości i zmiany w błonie śluzowej krtani. Także w Dalmacyi, Rumunii i Czarnogórze (Montenegro) jest choroba rozpowszechnioną, a mianowicie zawlekli ją tam za czasów wojennych żołnierze, którzy byli w Hiszpanii i Egipcie.

\* *Gruźlica migdałków u dzieci.* Eug. Schlesinger przypomina, że Strassmann pierwszy wskazał na względnie częste zachorowanie migdałków na gruźlicę. Ta występuje tu prawie wyłącznie jako gruźlica prosówkowa. Schlenker i inni wykazali, że u dorosłych gruźlica migdałków spotyka się tylko w gruźlicy płuc daleko posuniętej, co tłumaczono zakażeniem płwocinami gruźliczymi. Zajęcie i gruźlicze szyjnych gruczołów chłonnych następuje dopiero wtórnie z migdałków. Według Schlenkera nie istnieje u dzieci ta równoległość między gruźlicą płuc a migdałków, ponieważ nie wykrztuszają płwocin. Schlesinger uważa to tłumaczenie za niesłuszne, ponieważ dzieci nie wykrztuszoną płwociną zawsze długo w ustach trzymają, nim ją połkną. Znalazł on na 13 przypadków tub. pulm. florida 12 przypadków z gruźlicą migdałków, w 4 przypadkach tub. pulm. obsoleta lub niezajęcia płuc i wyłącznej tub. innych narządów nie znalazł też zmian tub. w migdałkach. Rozpoznanie tub. tons. możebne tylko za pomocą drobnowidza, ponieważ gruzelki bardzo drobne, a większe ogniska serowate lub wrzody tub. nadzwyczaj rzadkie. Zawsze były oba migdałki zajęte. U dorosłych prawie zawsze łączy się tub. szyjnych gruczołów chłonnych z tub. tonsil., podczas gdy u dzieci znalazł Sch. na 9 takich przyp. 2 razy migdałki wolne od zmian. *Berl. Klin. Woch.*

\* *Zakażenie pęcherza moczowego przez kateter.* Prof. Posner i E. Frank w Berlinie doświadczeniami stwierdzili, że dotychczasowe sposoby wyjaławiania cewnika, podane przez Schimmelbuscha, należy uważać za niedostateczne. Pewności używa tylko wyjaławianie w płynącej parze wodnej i wygotowanie kateteru przed użyciem i po. (*Wien. Allg. med. Ztg. 1897. Nr. 24.*)

\* *Naczynia chłonne języka ze względu na drogi rozszerzania się raka językowego.* Küttner w Tybindze zwrócił uwagę na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie (21–24 kwietnia 1897), iż podczas gdy w rozmaitych częściach ciała rak istnieje przez wiele lat, nim przerzuca się do sąsiednich gruczołów chłonnych, następuje w raku języka już w pierwszych okresach zajęcie sąsiednich gruczołów podszczękowych i szyjnych. Według badań anatomicznych Küttnera tłumaczy się ten fakt nadzwyczajną obfitością naczyń chłonnych języka i dna języka, łączących się ze sobą i posiadających liczne połączenia ze wszystkimi gruczołami chłonnymi szyi aż do obojczyka. Tem tłumaczy się też złe rokowanie w raku języka, jeśli go nie operujemy w samym początku już dla zapobieżenia nawrotowi, wskazanem także jest w raku językowym wyłuszczyć gruczoły podstawy języka i szyi w rozległym obszarze, jakto się dzieje z gruczołami pachowymi w raku sutkowym, a wtedy i w raku języka polepszą się wyniki operacyjne. (*Tamże.*)

\* *Znaczenie sądowo-lekarskie złamań kręgow.* Rozróżniamy tu według L. Hirschberga złamania urazowe i samoistne. Najczęstszą przyczyną urazowego złamania jest pośrednie działanie urazu, rzadziej zaś bezpośrednie działanie. Co się tyczy złamań kręgow szyjnych przy śmierci z powieszenia, są one tu wogóle rzadkimi, ponieważ do ich powstania potrzeba niezwyklego działania, skutkiem czego nie napotykamy ich prawie nigdy w śmierci z powieszenia. Względnie najczęstszymi są one w powieszaniu przez kata. Stwierdzenie złamania kręgow szyjnych u powieszonoego przypuszcza pewny wniosek, że uderzenie (strangulacja) nastąpiła za życia. Ważnem jest śledzenie za zmianami chorobowymi i zniekształceniem kręgow. Złamania u noworodków mogą powstać: 1) skutkiem nieprawidłowego przebiegu porodu i to tylko w samoistnem wytoczeniu się płodu, 2) skutkiem zbrodniczego postępu matki lub trzeciej osoby podczas porodu — oba razy bardzo rzadko, 3) skutkiem zabiegów leczniczych podczas porodu: tak przy wyciąganiu za główkę (zabieg pragski) jak i za nóżki. Samoistne złamania kręgow mają mniejsze znaczenie sądowe.

\* *Ciekawą zmianę chorobową skóry na podszewie i dłoni* opisuje prof. J. Neumann w Wiedniu. Spostrzega się ją w Dalmacyi, gdzie lekarze stawiają rozpoznanie trądu. Podeszwy i dłonie są pokryte zgrubieniem przy-skórka na 2 cm., poprzerzynamem głębokimi rowkami, tak że całość ma wej-rzenie ula. Na grzbiecie stopy jest to zgrubienie (Schwiele) odgraniczone obszar-em przekrwienia. N. uważa tę zmianę za specjalną postać grupy »hyperkeratosis«. Choroba w pewnych rodzinach jest nagminną. Kaposi sprzeciwia się temu, nazywając chorobę tę »ichthyosis localis.« (*Wiener med. Wochen.* Nr. 25.)

\* *Włosy gąsienicy punktem wyjścia nowotworu.* L. Spitzer przedstawił w wiedeńskim towarzystwie lekarskim 4 czerwca 1894 nowotwór, wy-łuszczone z grzbietu stopy 62 letniego, zresztą zdrowego mężczyzny. W środku stwierdzono włoski gąsienicy, prawdopodobnie Bombyx Rubi (przędka malin). Chory opowiada, że przed 7 miesiącami uczył gwałtowne palenie na nodze po bezpośredniem włożeniu buta. Po jego ściągnięciu znalazł wielką, obficie owłosioną gąsienicę. Włoski jej składają się z chytny, są zaopatrzone kanalikiem, wypełnionym kwasem mrówczanym. Dzięki kruchości swej i haczykom, umiesz-czonym na końcu i z boków, łatwo się odłamują i wnikają do skóry. Wpły-wający kwas mrówkowy sprowadza silne zapalenie, ułatwiając tak wtargnięcie włosków do dróg chłonnych. W opisanym przypadku wywołały odłamki wło-sków chemiczną drogą zapalenie naczyń chłonnych, później przyłączyło się bu-janie elementów ścian naczyń chłonnych, wytwarzanie się komórek przyblonko-watych i olbrzymich, także naokoło każdego odłamka, włoska powstał guzek, którego rozrost sprowadził nowotwór. Dotychczas zauważono wniknięcie wło-sków gąsienicznych do oka ludzkiego. I tu potworzyły się naokoło każdego włoska guzki, sprawa jednak ograniczyła się do powstania pojedynczych guzków w spojówce, twardówce i tęczówce. Uważano je za gruczolki gruczlicze, różniące się jednak od nich brakiem rozpadu. Później je poznano i mówiono o »pseu-dotuberculosis.« Saemisch podał nazwę »ophthalmia nodosa.« (*Wien. med. Woch. Nr. 25.*)

\* *O wydzielaniu się moczem ciał białkowatych, wstrzymujących i przyspieszających krzepnięcie.* Lenoble (wiedeńskie towarzystwo lekar-skie 4 czerwca 1898) badał jadowitość patologicznego moczu. Szczególne pyo-chemiczne działanie rozwijają ciała białkowate, których istnienia jako białka tru-jące stwierdzono. Pytanie tylko, czy także w patologicznym moczu przydarzają się ciała białkowate o podobnem działaniu. Jako własność ważna, do trującej zbliżona, okazała się zmiana krzepnięcia krwi. Mocz nasycony przy zwykłej ciepłocie solą kuchenną przesączono, osad w wodzie rozpuszczono i uwolniono od soli. Osad ten sprowadzał u zwierząt coma. Te ciała białkowate, strącalne solą kuchenną, występują jako ciała patologiczne w moczu w zakaźnych choro-

bach gorączkowych i w cierpieniach z diathesis haemorrhagica i ze skłonnością do krzepnięcia. Badanie 28 patologicznych moczków wykazało, że występowanie w moczu ciał zmieniających krzepnięcie, nie jest odzwierciedleniem ich znachodzenia się w ustroju, względnie we krwi i nie pozwala wnosić co do zmniejszenia lub powiększenia skłonności krwi do ścinania się, jeśli w moczu znachodzą się ciała, wstrzymujące lub przyspieszające krzepnięcie. (*Tamże.*)

\* *Przeniesienie duru brzuszego za pomocą sałaty.* Rozpowszechnieniem jest w niektórych krajach polewanie roślin w ogrodach treścią kloaczną. Geschwind opisuje pięć przypadków duru u żołnierzy francuskich, których przyczyną była sałata. Wieśniak, dostarczający jej, polewał regularnie swoje grządki ogrodowe zawartością wychodków, względnie wodą z kałem. Dr. Brandeis w Bayonne znalazł na jarzynach, tak polewanych, jak na kapuście, sałacie, prątki durowe, bact coli com.\* Streptocolli i stafilocoki, prątki gruzlicze, a nawet jajka tasiemca. (Ref. w *Deutsche mil. Zeitschr.* 1898. z 8 i 9.)

\* *O objawie dotychczas niewzględnionym w niedomykalności zastawki trójdzielnej* doniósł dr. L. Braun w wiedeńskim klubie lekarskim 12 Maja 1897. Polega on na tętnieniu, rozpoczynającym się przed skurczem, dochodzącym do swego największego nasilenia podczas skurczu i to w drugim przestworze międzyżebrowym, bezpośrednio obok mostka. (*Wien. Allg. med. Zeitung.* 1898. Nr. 21)

\* *Krwotoki z kobiecego pęcherza moczowego.* Według Kolischera (wiedeński klub lekarski 12 maja 1898) pochodzą krwawienia z kobiecej cewki moczowej z ukleją (naczyniaków) zwłaszcza, jeśli te ulegają owrzodzeniu skutkiem spraw rzeżączkowych, lub mogą występować krwotoki mechaniczne, jeśli ziarniny wrzodów rzeżączkowych ulegają zranieniu przez twarde pręciki jodoformowe. Badaniem uroscopicznem można stwierdzić źródło krwawienia (z cewki, czy też z pęcherza). Krwawienie pęcherzowe sprawiają guzy, sprawy zapalne, zranienie lub zachorzenie naczyń, często rzeżączka. Dalszym źródłem krwotoków jest sprawa miażdżycowa naczyń pęcherza, szczególnie w raku i mięśniaku macicy, w naciąganiach skutkiem zagięć macicy. Ważne są krwotoki, wychodzące z brodawkowatych wybujałości, mogące naśladować krwotoki maciczne. U starych niewiast zdarzają się krwotoki pęcherzowe w następstwie nieżyty lub ukrytej rzeżączki. Nie rzadkimi są guzy krwawnicowe pęcherza, w których większe skrzepy brać można za guzy. Krwotoki pęcherzowe najodpowiedniej leczymy wstrzykiwaniem lodowo zimnej wody. Nie polecają się wstrzykiwania półtora chlorku żelaza, ani tamponowanie pęcherza po rozszerzeniu cewki. W uporczywych krwotokach wskazane otwarcie pęcherza. W krwotokach nerkowych ucisk na nerki. *Tamże.*

\* *Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu suchot płucnych.* Volland (Davos) występuje przeciw nowoczesnym dążeniom zmierzającym do zmniejszenia wartości powyższego leczenia. Często przybywają chorzy na płuca bez inicjatywy lekarskiej, jedynie skutkiem polecenia dawniejszych chorych, do Davos i bardzo są niezadowoleni, że ich lekarze domowi wcześniej tu nie wysłali, stan bowiem ich o tyle pogorszył, że im już nie można pomóc. Usłuchali rady w Davos wyleczonych. Co raz częstsze pomijanie lekarzy przez suchotników nie przyczynia się do podwyższenia powagi medycyny wewnętrznej. W górach bywa gorączka najszybciej zwalczana, ponieważ tu gorączkujący może długo spokojnie w łóżku leżeć, nie tracąc apetytu. Gdzie zaś można najlepiej zwalczyć gorączkę, tam można wogóle najlepiej suchotnikowi pomóc. Powiedziano, że suchotnika musi się leczyć w tym klimacie, w którym później ma żyć. Przebrzmiewa tu dawna obawa co do uleczalności suchot. Rzeczywiście wyleczony suchotnik może mieszkać w każdym klimacie; u suchotnika tylko polepszonego zachodzą wątpliwości klimatyczne. Tymczasem nie ulega wątpliwości uleczalność suchot. Volland zna 50—60 ludzi, którzy od 10—20 lat wyleczyli się ze swych suchot i wszędzie mieszkają. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1898. Nr. 47.



\* *Wydalenie albumozy moczem (Albumosuria)*, zdaniem dr. Rosina z Berlina ma znaczenie rozpoznawcze dla ciemnej zresztą choroby, polegającej na wytwarzaniu się licznych nowotworów mięsakowatych ze szpiku kości (multiple myelagene Sarcome) n. p. w klatce piersiowej. Z albumozami trawienia jest ta albumoza zapewne spowinowacaną, nie jest jednak identyczną. Nie wiadomo, czy jest ona wytworem mięsaków samych i z nich w krew przechodzi. *Berl. kl. Woch. 1897, No. 48.*

\* *Badania nad alkalicznością krwi.* Prof. J. Fodor i doc. G. Rigler w Budapeszcie doszli do następujących wniosków: Podczas gdy we krwi zakażonych królików zmniejsza się alkaliczność, to powiększa się ona we krwi zwierząt szczepionych dla uodpornienia (przeciw węglikowi, róży). Alkaliczność królików, szczepionych jadem wścieklizny, wymaga się także, podczas gdy u takich zwierząt, które poddano równocześnie szczepieniu ochronnemu przeciw wściekliznie według Pasteura, pozostaje alkaliczność stałą. We krwi królików, szczepionych toksyną błoniczą, zmniejsza się, u szczepionych zaś surowicą błoniczą (Antitoxin) powiększa się alkaliczność krwi, surowica Maragliano wzmacnia również alkal. krwi. Powiększenie alkaliczności krwi, wywołane szczepieniem ochronnem, sprowadza pewne organiczne połączenia krwi, powstające skutkiem działania szczepienia ochronnego w ustroju. *Tamże*

\* *O tolerancji ciężarnej macicy. Zachowanie się ciąży w obec urazu.* E. Ozenne przekonał się, badając wpływ urazu, działającego 1) daleko od macicy, 2) w sąsiedztwie macicy i 3) bezpośrednio na macicę: że wcale nie należy uważać macicy ciężarnej za »noli ma tangere«, że tolerancja jej jest bez wątpienia daleko idącą. Tylko uraz przypadkowy lub chirurgiczny, działający na sferę płciową, może sprowadzić poronienie zwyczajne lub przypadkami powikłane. Mamy prawo zawsze, gdzie nie można wyjątkowo stwierdzić dalszego trwania ciąży, wykonać wskazany zabieg chirurgiczny, nie tylko, jeśli jest nagłące wskazanie, lecz także, jeżeli chodzi o usunięcie przyczyn, zagrażających lub wstrzymujących prawidłowy rozwój ciąży. *Journ. de Med. de Paris 1896. Nr. 28.*

\* *Pielęgnowanie obłąkanych, schroniska dla pijaków i obrona przeciw suchotom płucnym.* Pod tym tytułem wypracowane sprawozdanie z odbytej zagranicznej podróży naukowej przedłożyli węgierskiemu ministrowi dla spraw wewnętrznych dwaj znakomici lekarze peszteńscy dr. J. Niedermann, prymaryusz i dyrektor krajowego szpitala dla obłąkanych i dr. K. Chyzer, kierownik departamentu sanitarnego w ministerstwie. Sprawozdanie zajmuje się kwestyą pielęgnowania obłąkanych, idiotów, epileptyków i pijaków, jakoteż smutnem zakończeniem, czekającym wszystkich tych niesszczęśliwych chorych: gruźlicą, płuc. Zbadanie tych, dla każdego kraju tak ważnych spraw i to w myśli nowoczesnego humanitaryzmu podjęli się N i Ch. na podstawie dokładnego poznania odnośnych stosunków w Austrii, Niemczech, Francji, Belgii, Szwajcaryi i Anglii, których zakłady zwiedzili. Co do pielęgnowania obłąkanych, to są sprawozdawcy za wciągnięciem tych chorych do towarzystwa ludzkiego i dopuszczeniem ich do pracy, odpowiadającej poszczególnym chorym i to według systemu kolonialnego, zaprowadzenie którego mają ułatwić sprawozdawcy, jako znakomitości na polu higieny i psychiatrii, powołani na szermierzy w pracy, dążącej do urządzenia węgierskich zakładów dla wyliczonych chorych. Węgierskie zakłady dla obłąkanych polegają na bezprzymusowej zasadzie leczenia chorych i żywienia ich w własnym zakresie; skutkiem czego one według zdania sprawozdawców przewyższają nawet podobne zakłady innych krajów. Zaprowadzeniu systemu kolonialnego sprzyjają w Węgrzech odnośne stosunki. W miastach prowincjonalnych powinno się urządzać zakłady według wzoru Altscherbitz, przedstawiającego ideał dla pielęgnowania obłąkanych, połączonego z gospodarstwem rolnem, dla większych zaś zakładów centralnych polecają jako wzór Daldorf i Herrberge, posiadające zakład centralny, połączony z koloniami, gdzie nadto 150 chorych umieszczono do pielęgnowania wśród miejscowych



i okolicznych rodzin według systemu Gheel. Równocześnie z uregulowaniem kwestyi zakładów dla obłąkanych w Węgrzech spodziewać się należy urządzania odpowiednich zakładów leczniczych dla idiotów i epileptyków.

Co się zaś tyczy pijaków, to żądają sprawozdawcy celem zapobieżenia ciąglemu rozwielmożnianiu się pijaństwa, by ustawodawstwo i publiczność kategorycznie połączyły swoje siły do jednomyślnego przeciw niemu postępowaniu. Nałogowego pijaka należy obowiązkowo i przymusowo oddać do schroniska dla pijaków, by go z jego choroby wyleczyć lub przynajmniej ochronić przed grożącym mu obłąkaniem.

Co do gruźlicy płuc, domagają się sprawozdawcy urządzania lecznic dla suchotników i to w dostatecznej liczbie — przez rząd.

W miejscowości Gheel w Belgii urządzono kolonie dla obłąkanych, przypominające dworki wiejskie, wyposażone nawet zbyt kownie. 50 obłąkanych, w prywatnych domach umieszczonych, tworzy jedną taką kolonię, nad którą rozciągają kontrolę posługacze, mieszkający również u tych rodzin. U nich pędzą obłąkani życie spokojne, nie znając odosobnienia, »separatek«, ani środków gwałtownych; przebywają tu wolno, bez żadnego ograniczenia, wśród tych rodzin, zasiadając z nimi do wspólnego stołu etc. Podejrzane przypadki bada się wprzód w centralnym zakładzie, by kandydatów na samobójców lub wchodzących w kolizyę z kodeksem karnym niedopuszczać do kolonii. Ważną sprawą umieszczenia obłąkanych w rodzinach, im odpowiadających, zajmuje się 6-ciu doświadczonych dyrektorów. Znaczną część, bo 10% obłąkanych, tworzą pensjonarysze obcy, płacący rocznie 225—6000 franków. Z powstaniem tego zakładu łączy się romantyczna historia.

Przed 800 laty schroniła się tu córka angielskiego szlachcica, który zapłonął grzeszną miłością do własnego dziecka. Rozbestwiony ojciec, odszukawszy w Gheel swą córkę, zamordował ją. Ogłoszono ją świętą i na miejscu zbrodni wybudowano kościół, w którym tysiące ludzi, uległych obłąkaniu, przez dotknięcie się relikwii świętych szukało ocalenia. Ciągłe cuda ściągaly co raz to większe tłumy chorych, tak że później kościół i zakrystya nie mogły ich już pomieścić. Skutkiem tego stało się koniecznem pomieszczenie cisnących się tu chorych wśród miejscowych rodzin. Tym sposobem stał się Gheel prawdziwym wzorem pielęgnowania obłąkanych a dzielni jego obywatele znakomitymi ich opiekunami — do właściwego rozkwitu doszedł zakład dopiero w bieżącym stuleciu. 800 lat trzymała się instytucya ta o własnych siłach, a dopiero około r. 1850 rząd belgijski zaprowadził odpowiednie pomieszczenie do odosobnienia pewnych obłąkanych, zdrowsze mieszkania, usunął z użycia wszelkie sposoby unieruchomiania chorych, cele do odosobnienia (separatki) a pozostawił jedynie dla szalejących rękawice.

\* *Poród w trumnie* opisuje Bleich. W kałuży znaleziono zwłoki kobiety, u której stwierdzono ciążę sześciomiesięczną. Przypuszczając samobójstwo, pochowano zwłoki. Gdy później pewne poszlaki naprowadziły na podejrzenie zbrodni, wykopano zwłoki po ośmiu dniach. Wtedy znaleziono między udami trupa guz wielkości głowy dziecka, ciemno czerwony, który okazał się wynicowaną macicą, z której dolnego końca wychodził sznurek pępowiny, 44 cm. długi a z nim w połączeniu znajdowały się zwłoki dziecka, 36 cm. długiego. Są dwie teorye o przyczynie porodu w trumnie, jedna szuka powodu w ucisku gazów gnilnych w jamie brzusznej na płód, który zostaje wypchniętym skutkiem tego z macicy, inna teorya przyjmuje pośmiertny skurecz macicy. Obie teorye uważa Bleich za bezpodstawne. (*Viertelj. f. gericht. Med. t. XIV. z. 2.*)

\* *O wywołaniu nieregularności tętna przez drażnienie worka sercowego* Doc. Heitler (Wiedeń) wykazał doświadczeniami na zwierzętach, że przez drażnienie serca końcem igły można wywołać arytmie i że rowek podłużny (sulcus longitudinalis) szczególnie jest wrażliwym; komórka prawa jest mniej drażliwą, niż lewa. Przez powierzchowne drażnienie worka sercowego można

sprowadzić te same objawy. Jeżeli się pędzkuje blaszkę wewnętrzną osierdzia w poszczególnych miejscach 10% owym roztworem kokainy i tym sposobem się wyklucza osierdzie, to nie można z tego miejsca wywołać artymii, podczas gdy reszta serca jeszcze jest wrażliwą; po zmyciu kokainy staje się miejsce poprzednio nieczułe, znowu wrażliwym. Przy drażnieniu prądem przerywanym występują te same objawy, jak po drażnieniu mechanicznem. *Allg. Wien. med. Zeit.* 1898, No. 2.

\* *Służba sanitarna jako urządzenie zdrowotne.* Radzca zdrowia Dr. Kusy podaje następujące daty: W przeciągu 20 lat (1874—1894) powiększyła się liczba szpitali w Austrii o połowę, liczba łóżek szpitalnych (40000) o  $\frac{2}{3}$ . Liczba chorych podwoiła się (380000). Wyniki leczenia są mimo licznych, w ostatnich 20 latach wykonanych, ciężkich operacji o 25% korzystniejsze, trwanie leczenia o 60% krótsze. Z 8623 lekarzy cywilnych w Austrii znajduje się 2455 całkiem, lub częściowo w państwowej lub gminnej służbie zdrowotnej. Przypadki śmierci skutkiem chorób zakaźnych zmniejszyły się o 20—25% w tych krajach, w których wzięła się organizacja sanitarna. Stosunki śmiertelności w ostatnich 20 latach w Austrii tak się polepszyły, że teraz na 1000 osób umiera 3 razy mniej, czyli 72,000 ludzi bywa rocznie państwu utrzymanych. *Allg. Wien. med. Zeit.*

\* *Czy morfinista może spisać prawny testament?* Nie dawno wydany wyrok trybunału cywilnego w Beauvais w Francji daje na powyższe pytanie odpowiedź. Gdy krewni zaczepili testament pewnego morfinisty — poety, że jest nieważnym, ponieważ morfinomania pozbawiła zmarłego możności wolnego rozporządzania swoją wolą, uznał trybunał testament za prawomocny, opierając się na tem, że, jeśli morfinomania pod względem karnym nie usuwa odpowiedzialności, to tem mniej wyklucza prawo wolnego rozporządzenia pod względem cywilnym. W Stanach Zjednoczonych wydał sąd w podobnym przypadku wyrok przeciwny. Unieważnił on testament na tej podstawie, że zmarły przez 10—15 lat przed śmiercią był morfinistą i alkoholikiem, musiał z tego powodu porzucić swój zawód i przedstawiał w zwyczajach i charakterze swym wybitne nieprawidłowości. *Tamże.*

\* *Aceton w moczu ciężarnych i rodzących jako znak śródmacicznego obumarcia płodu.* Aceton znachodzi się w prawidłowym moczu ludzkim w ilościach bardzo małych, ledwie wykazalnych. Acetonurę spostrzegamy w moczu ciężarnych i rodzących, których płody obumarły. Na ten klinicznie ważny fakt wskazał pierwszy Vicarelli. L u d w i k K n a p p sprawdził go w swych przypadkach w zupełności. Do świeżego moczu dodaje się roztworu miernie zgęszczonego, świeżo przygotowanego nitroprusydku sodu i ługu sodowego lub potasowego, średniego zgęszczenia. Aż do zniknięcia zczervenienia, występującego po dodaniu ługu, dolewano kwas octowy. Występujące potem zabarwienie purpurowe lub fioletowe płynu uważano za dodatnie. (*Centralbl. für Gynaek.* 1897. Nu. 16.

\* *Narząd Jacobsona.* Na posiedzeniu węgierskiej akademii umiejętności dnia 23. listopada 1897 r. miał prof. anatomii G e z a M i c h a l k o v i c w Peszcie wykład o powyższej sprawie. Jacobson, anatom duński, odkrył 1811 roku w błonie śluzowej jamy nosowej ciałek szczególnego rodzaju narząd, o którym przypuszczał, że służy zwierzętom do wachania pokarmów, czy są szkodliwymi dla nich, czy też nie. Otóż Michalkovic zbadał cały szereg zwierząt, należących do rozmaitych klas, by się coś dowiedzieć o czynności tego narządu. U człowieka jest organ Jacobsona prawie niewykształcony, skutkiem czego na nas samych badać go nie możemy. Najwięcej rozwiniętym znalazł go M. u węży i jaszczurek, a u ptaków jeszcze mniej, niż u człowieka. Znalazł go M. także u zwierząt ssących — z wyjątkiem małp, — brakuje go zaś zupełnie u ryb. — Według przypuszczenia M. służy narząd Jacobsona do przewodzenia wrażeń powonienia.

Na temże posiedzeniu przedłożył następnie prof. fizjologii w Peszcie Th an pracę członków akademii, prof. chemii Liebermanna i Bitty: »*O działaniu zgęszczonego kwasu siarkowego na chloroformowy roztwór cholesteroliny.*« Autorowie stwierdzili, że po zmieszaniu tego roztworu z zgęszczonym  $H_2 SO_4$  powstaje cały szereg barwików, zawierających chlor i siarkę.

\* *Cukromocz.* Dr. Kolisch (Wiedeń) znalazł we krwi dyabetyków bardzo małe wartości dla cukru, natomiast bardzo wielkie ilości jekoryny — ciała swoistego wątroby, przez Drechsela wykrytego. Jekoryna właśnie ochrania drobinę cukrową przed wydzieleniem się przez nerki. Jekoryna znajduje się we krwi nie jako taka, lecz połączona z białkiem i przedstawia ciało, z którego cukier można otrzymać z pozostawianiem reszty lecytyny. Mocz dyabetyków nie zawiera jekoryny. Doświadczenia pouczają, że cukier we krwi nie może się nagromadzić, lecz zostaje szybko wydzielonym przez nerki. *Allg. Wiener med. Zeitung. Nr. 50.*

\* *O kamieniach pęcherza moczowego w wieku dziecięcym.* Prof. Dr. Loumeau (Bordeaux) opisuje ciekawy przypadek kamienia pęcherzowego. Chory, choć już liczy prawie 20 lat, przedstawia postać i rozwój 12-letniego dziecka. Powstanie kamienia przypisuje smutnym stosunkom higienicznym, w jakich dziecko od urodzenia się znajdowało, wśród których je żywiono i wychowano. W historii choroby uderza okoliczność, że do 16 roku życia chorego nie badano pęcherza, choć wiele objawów wskazywało na kamień: bóle przy oddawaniu moczu, przedwczesne wrzody, nadzwyczajne rozwinięcie się prącia, zatrzymanie i niemożność wstrzymywania moczu, zapalenie pęcherza i t. p. Jeszcze bardziej zadziwia, że badano raz przeciw pęcherz i kamienia nie wykryto, — co L. tłumaczy szczególnem usadowieniem kamienia nad szyjką. L. zwraca w końcu uwagę na smutne następstwa, jakie spowodował kamień ze względu na rozwój fizyczny chorego: zastój jegoż. Pewnego rodzaju stan dziecięcy ciała pozostał i pozostanie, świadcząc o głębokich, przez tworzenie się kamienia spowodowanych, spustoszeniach w ustroju i o mękach, na jakie chory ten prawie przez 20 lat był wystawiony. (*Wien. Allg. med. Zeitg. 1897. Nr. 36 i 37.*)

\* *Ruchy oddechowe i tętniące błony bębenkowej.* Doc. Hammerschlag (Wiedeń) badał uszy młodych zdrowych osobników. Błona bębenkowa okazuje stałe, ze skurczem serca równoczesne ruchy. Następnie przy spokojnem oddechaniu poruszała się podczas oddechu na zewnątrz, podczas wydechu na wewnątrz. H. wnosi, że błona ta pozostaje w prawidłowym stanie z jamą nosogardłową w otwartej komunikacji. Prąd powietrza wydechanego porywa powietrze z trąbki i jamy bębenkowej tem łatwiej, ponieważ ta obecnie jest miejscem mniejszego oporu. Ruchy tętniące tłumaczy się zmniejszeniem światła jamy bębenkowej przy każdym skurczu, skutkiem czego błona bębenkowa przesuwana się na zewnątrz. (*Wien. Allg. med. Zeitg. 1897. Nr. 48.*)

## KRONIKA ŻAŁOBNA.

### † Dr. Jasiewicz.

Długoletni korespondent nasz paryzki Dr. Jasiewicz, zmarł w Paryżu. Żał nasz jest wielki, bo nie tylko pismo nasze utraciło przez śmierć jego dzielnego współpracownika, ale i cały ogół lekarski polski kolegę o głębokiej wiedzy i szlachetnym na wskroś charakterze. Pogrzeb ś. p. Jasiewicza, w którym wszyscy prawie Polacy brali udział, aby oddać zmarłemu ostatnią przysługę, był wybitnym dowodem czci, jaką sobie zmarły umiał u rodaków zaskarbić. Z mowy pogrzebowej, jaką przy zwłokach ś. p. Jasiewicza wygłosił szanowny prof. G a s z t o w t t wyjmujemy, następujące, tak cenne i zmarłego czeżące ustępy:

Panowie, Panie, Szanowni Koledzy! Darujcie ogarniającemu mnie wzruszeniu, gdyż nigdy nie miałem cięższej powinności do spełnienia. Julian Jasiewicz był mi więcej niż towarzyszem, więcej niż przyjacielem i współpracownikiem — był moim uczniem. Nazywał mnie czasami »mistrzem«, a ja uważałem go po prostu za synspadkobiercę duchowego, gdy mnie nie stanie; i oto odszedł pierwszy, a mnie przypadło w udziale żegnać go żałobnemi słowy. Jestto smutno przeżyć młodych, tracić najdroższe nadzieje. Choć w młodym zgasł wieku Julian Jasiewicz, przeszedł niejedyn ból — wychylił niejedyn kielich goryczy, czerpiąc jedyną osłodę w poświęceniu się sprawie wzniosłej i sprawiedliwej. Usługi wyświadczone ludzkości, obydwom ojczyznom — Polsce i Francji — najjawniej stwierdzają jego pracowitą działalność. Koledzy wiedzą, jakim był lekarzem — ja powiem pokrótce, jakim był człowiekiem i patriotą. Urodził się w Amiens r. 1854 z ojca Polaka emigranta i z matki Francuzki. Jasiewicz od 8-go roku kształcił się w szkole polskiej w Batignolles. Pierwszy rok jego nauki łączy się z datą powstania w kraju. — echo krwawych zapasów w ojczyźnie roznieciło miłość do kraju w sercu małego Juliana. Gdy wybuchła burza w 1870 r., Jasiewicz wówczas 15-letnie chłopię daży do korpusu Faidherba, aby choć w służbie ambulansowej nieść pomoc współbraciom. Po wojnie wraca do szkoły polskiej, kończy świetnie nauki, a następnie zapisuje się na kursa medyczne w liceum Condercet. Po uzyskaniu bakkalaureatu pozostaje nadal w szkole polskiej w charakterze profesora i tu rozszerza się zakres jego działania: wstępuje do stowarzyszenia dawnych uczniów szkoły i na stanowisku sekretarza oddaje instytucji niespożyte usługi. Dzięki jemu Buletyn Stowarzyszenia staje się najpoważniejszym organem myśli polskiej na obczyźnie — prace literackie i historyczne, któremi zasilał łamy Buletynu, były tylko częścią podjętych trudów — jedna mu przyjaciół w Polsce i Francji; załatwia on kwestye materialne i administracyjne, a wszystkie te zabiegi czyni w trakcie swych studyów. Dyplom doktorski i nowe obowiązki nie wpływają na zaniedbanie dawnych — owszem służył sprawie z całym oddaniem. Nadmierna praca i gorączkowa czynność podkopały nadwątłone siły — nieubłagana choroba od 6-ciu miesięcy zwała go z nóg; — choć cierpiał, ufał w powrót do zdrowia i nawet na łóżu boleści nie zaprzestał pracy. Pośrednio zajmował się losem swych chorych, tłumaczył pamiętniki generała Chłapowskiego dla Buletynu i ta ostatnia praca ma być uwieńczeniem w publikacji jego dzieł. Francya uznała zasługi s. p. Jasiewicza, darząc go nominacyami cywilnemi i wojskowemi. Skłońcie głowę przed nim i wy wszyscy urodzeni w Polsce, którą Zmarły tak gorąco i tak szczerze ukochał — a choć językiem ojczystym nie władał jak Wy biegle, niemniej był najlepszym — najtkliwszym synem matki-ojczyzny nieznaney prawie. Zwracam się do grona młodzieży, podejmijcie przerwane zgonem przedwczesnym zadanie s. p. Jasiewicza. Życie dla Francji i dla Polski, a jako Polacy zrodzeni na ziemi francuzkiej bądźcie wiernymi szkole i Stowarzyszeniu uosobniającemu tutaj ojczyznę Waszych przodków, a duch Zmarłego przodować będzie Waszym trudom. Żegnamy cię, drogi przyjacielu, kolego nasz za cny, dźwiękiem tej ojczystej mowy, którąś tak ukochał, językiem ojca Twego i wdowy Twojej językiem, zmarłych Twych dziatki i żyjącego syna Twojego żegnając cię, ślubujemy, że pójdziemy tą samą drogą, co Ty, aż się z Tobą nie połączymy, jak trzeba będzie, na śmierć, pójdziem po kolei, jak kamienie przez Boga rzucane na szaniec!

### Wiadomości osobowe.

Prof. Mars z Krakowa mian. prof. ginekologii przy uniwersytecie Lwowskim. Redakcyja zasyła szanownemu profesorowi serdeczne »Szczęść Boże!« Dr. Goldscheider i dr. Hartmann w Berlinie mian. nadzw. profesorami. Dr. Muehek mian. prof. oftalmologii we Lwowie. Dr. O. Kolly w Medical College of Pannsylvania w Filadelfii. Dr. Hnatek mian. docentem dla patol. i terapii przy czeskim uniwersytecie w Pradze. Dr. Knorr mian. docentem higieny przy szkole weterynarskiej w Monachium. W poznańskiej regencyi przeniesli się dr. W. Fischer z Liebenau do Poznania, dr. H. Goder z Berlina do Poznania, p. O. Bloch z Rydzyny do Janówca, dr. J. Favre z Gącza do Rydzyny, dr. Stefan Michalski do Ponieca.