

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Fizyologia dźwięków alfabetu polskiego. Przez D-ra Wł. Ołtuszewskiego.—Znamię macierzyste jednostronne. Podał H. Zapolski Downar.—**Wykłady kliniczne.** O powstawaniu chorób pod wpływem wyobrażeń i ich leczeniu. Streścił S. Bernstein.—**Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z d. 28 Lutego 1893 r.—**Streszczenia i wyciągi.** 39. O grzłicy mięśnia sercowego. 40. O działaniu njemnem sulfonalu. 41. Nowe metody wysłuchowe. 42. Kreozot w leczeniu gruźlicy. 43. Wykrywanie rozmaitych ciał białkowych w moczu. 44. Przypadek wydzielania się skrzepów włóknikowych z nerki.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—Sprawozdanie XXXV-te z czynności lekarskiej u zdrojowiska w Busku, w czasie pory zdrojowej 1892 r. Prze z Dr. J. Dymnickiego. (Dokończenie).—**Ogłoszenia.**

Fizyologia dźwięków alfabetu polskiego.

Odczyt wygłoszony w Towarz. Lekar. Warszaw. dnia 28 Lutego 1893 r.

Przez D-ra Władysława Ołtuszewskiego.

W pracy mojej, drukowanej w roku zeszłym w Medycynie, o zboczeniach mowy: jąkanii i bełkotaniu, dla dokładniejszego zrozumienia tych zboczeń podałem w krótkości dane, dotyczące fizjologii prawidłowej mowy, nadmienając przytem, że głoski alfabetu polskiego, jak *p' b' f' w' m' cz' c' dz' dź' ś' ź' l' r' (rz) n' k' g'*, jak się pokazuje, poczet liczny, mało lub niedokładnie uwzględniane przez lingwistów cudzoziemców, stanowić będą przedmiot usiłowań z mej strony, w celu wyjaśnienia ich fizjologicznego wytwarzania. Spelnienie tego usiłowania ma być zadaniem niniejszego odczytu. Bez przechwałki powiedzieć mogę, że miałem przed sobą zadanie wcale niełatwe, gdyż, o ile fizjologia mowy u romańskich i giermańskich narodów wybornie jest obrobiona, o tyle znów pracy dotyczącej dźwięków alfabetu polskiego, a stojącej na wysokości dzisiejszych wymagań nauki, zupełnie nie mamy, a to co posiadamy, ma znaczenie historyczne (Purkyńe—Badania w przedmiocie fizjologii mowy ludzkiej. Kraków 1835 — Uwagi fizjologiczne nad abecadłem polskiem przez d-ra L. NATANSONA Bibliot. War. 1849 r.), albo dotyczy zajmującej nas sprawy tylko pośrednio (prace BAUDOUIN'a po rosyjsku).

Badania moje nad naszymi dźwiękami, oparte na samospostrzeganiu, jak również na wielu spostrzeżeniach czynionych nad zdrowymi i chorymi, oprócz pewnego pożytku dla lingwistów naszych, a więc dania poniekąd impulsu do napisania fonetyki języka polskiego, której właśnie wskutek braku pracy u podstaw dotychczas nie posiadamy, winny zainteresować i ogół lekarzy choćby z tego względu, że służą jako klucz do dokładnego zrozumienia zboczeń mowy, tej najmłodszej gałęzi wiedzy lekarskiej, wywalczającej sobie w jej hierarchii samodzielne stanowisko. Jedynie dla pełności obrazu powtórzyć tutaj musimy w krótkości najważniejsze dane z fizjologii mowy, główną jednak uwagę naszą zwrócimy na głoski rodzime.

Mowa ludzka rozpatrywana ze strony fizycznej, jest skoordynowaną czynnością trzech składników: oddechu, głosu i artykulacji. W pierwszym z tych składników najważniejszą rolę odgrywa wydech, którego używamy do mowy. Przy zwykłym oddechu, tylko wdech stanowi akt czynny, uwarunkowany przeważnie skurczem przepony, a wydech jest aktem biernym. Przy mowie zaś lub śpiewie występuje czynny udział klatki piersiowej, która zapomocą różnych mięśni wdechowych i wydechowych zwiększa i zmniejsza swą objętość. Głos jest wspólną czynnością oddechu i krtani. Pomiedzy zupełnem rozwarciem strun głosowych przy oddechu (wynik równowagi działania mięśni: *crico-arytaen. post.* i *crico-arytaen. lateral.*), a głosem t. j. zupełnem ich do siebie zbliżeniem (wynik skoordynowanego działania trzech mięśni: *arytaenoidi transversi*, zamykających głośnie chrzęstną, *thyreo-arytaenoid. interni* i *crico-arytaen. lateral*, zbliżających struny głosowe z przodu), mamy dwa ważne dla nas stany pośrednie, mianowicie chuchnięcie i szept. Przy chuchnięciu, wskutek działania mięśni *thyreo-arytaen. interni* struny głosowe nieznacznie się zbliżają, przyczem wskutek tarcia o nie wydychanego powietrza powstaje ledwie słyszalny szmer, nieistniejący w naszym języku (*spiritus lenis* greków, *h non aspiré* francuzów). Szept uwarunkowany działaniem mięśni: *thyreo-aryt. int.* i *crico-arytaen. lateral.*, także zależy od tarcia wydychanego powietrza o zbliżone do siebie struny, zbliżenie ich jednak przy szepcie jest większe aniżeli przy chuchnięciu, mianowicie zupełne z przodu, z pozostawieniem małego trójkąta ztyłu. Przy szepcie powstaje jedyna w alfabecie spółgłoska *h*. Obrazy w lusterku krtaniowem pozycyi strun głosowych przy chuchnięciu i szepcie miały sposobność wielokrotnie sprawdzić. Drżenie strun głosowych spowodowane prądem wydychanego powietrza warunkuje ton głosu, jaki mamy przy samogłoskach i spółgłoskach dźwięcznych. Przechodzimy do trzeciego składnika mowy t. j. do artykulacji. Tutaj biorą udział wargi i organa położone w jamie ustnej: zęby, język, podniebienie twarde i miękkie i jama noso-gardzielowa. Celem tych organów jest wytwarzanie samogłosek i spółgłosek (artykulacja). Samogłoska *a* jest jedynie wynikiem drżenia strun głosowych bez żadnych zmian w jamie ustnej (rurze nasadowej). Pozostałe samogłoski *u i y o e* zależą od zmian w niej zachodzących, t. j. mniejszego lub większego podniesienia języka, mniejszego lub większego wydłużenia warg, co znów ze swej strony warunkuje zmieniony rezonans jamy ustnej dla podstawowego głosu *a* i sprawia w naszym uchu wrażenie wyliczonych samogłosek. Przy samogłoskach wydychane powietrze nigdzie nie doznaje żadnego tarcia o organy artykulacyjne i swobodnie uchodzi kanałem jamy ustnej, słusznie więc samogłoski z punktu fizyologicznego możemy uważać za głosy. Oprócz pierwotnych samogłosek *a i u y o e* posiada język polski samogłoski pochodne, mianowicie ścieśnione i nosowe. Ścieśnione *é* (obecnie nieużywane w piśmie) pochodzi od *e* i zajmuje środek między *e* i *i*. Ścieśnione *ó* pochodzi od *o* i zajmuje miejsce między *o* i *u* (zachowuje się w piśmie, w wymawianiu zaś nie różni się od *u*). Nareszcie ścieśnione *á* pochodzi od *a* i zajmuje miejsce między *a* i *o* (obecnie zachowuje się jedynie w mowie ludowej). Co się tyczy pochodnych nosowych *ą* i *ę*, to pierwsza pochodzi od *o*, a druga od *e*. Dźwięk nosowy tych samogłosek zależy od tego, że wymawiając *o* lub *e*, podniebienie miękkie nie odgranicza ściśle jamy nosogardzielowej od jamy ustnej, t. j. nie unosi się do góry, jak to być winno przy czystem wymawianiu tych samogłosek, część więc powietrza uchodzi przez nos i sprawia ów nosowy od cień (analogiczną przyczynę nosowego dźwięku mamy przy wymawianiu spółgłosek *m* i *n*).

Samogłoski *i* i *e* w rodzinnych wyrazach naszego języka były pierwotnie jotowane: *ji* i *je*. Przynajmniej co do samogłoski *i* w wyrazach rodzinnych, nie ulega żadnej kwestyi, że zawsze ją poprzedza *j*, o czym z łatwością można się przekonać, porównyując niemieckie *ist* z wyrazem *jistota*. Wspominam tu o tych szczególnych własnościach samogłosek *e* i *i* z tego względu, gdyż poprzedzająca je spółgłoska *j*, wywarła niesłychanie ważny wpływ na spółgłoski poprzedzające, dając cały szereg dźwięków nieznanych innym indoeuropejskim językom, z wyjątkiem rodzin słowiańskich zachodnich.

Przy samogłoskach, oprócz nieznacznego zwięźnienia kanału jamy ustnej, jak np. przy *i*, powietrze wydychane nigdzie nie doznaje żadnego tarcia o organa artykulacyjne; przy spółgłoskach przeciwnie, albo następuje chwilowe zamknięcie i następnie otwarcie wydychanego powietrza przez organa artykulacyjne, albo przepuszczanie go przez owe organa tak do siebie zbliżone, że przechodzące wydychane powietrze może wydać szmer tarcia, niekiedy nawet tak zbliżone, że zostają wprowadzone w drżenie prądem wydychanego powietrza, a wszystko to powoduje szmer, noszący w gramatykach nazwę spółgłoski. Stosownie do tego sposobu wytwarzania spółgłosek, klasyfikujemy je w cztery grupy, noszące odpowiednie nazwy: wybuchowe, trące, trąco-zamykające i drżące. Ostatnią grupę t. j. piątą tworzą nosowe (uwarunkowane, jak to wyżej powiedzieliśmy, brakiem rozdziału jamy ustnej od jamy nosogardzielowej). Opisane pięć grup, stosownie do miejsca artykulacji, dzielimy jeszcze na trzy kategorie. Pierwsza kategoria obejmuje spółgłoski wytwarzane wargami, jak *b p m* lub górnymi zębami i dolną wargą, jak *w f*. Do drugiej kategorii należą spółgłoski wytwarzane przednią częścią języka i podniebieniem twardem z zębami. Tu należą *d t s z sz ż l r* (językowe). Nareszcie, przy trzeciej kategorii przyjmuje udział środek języka wraz z podniebieniem twardem, jak przy spółgłosce *j*, lub tylna część języka z podniebieniem twardem, jak przy *g k ch* i *r* (języczkowe). Wszystkie wymienione spółgłoski dzielimy na chwilowe, których brzmienie trwa krótko, i na trwałe, których szmer przy wymawianiu można przedłużyć. Oprócz tego spółgłoski te, stosownie do tego, czy przy ich wymawianiu bierze udział krtani, lub żadnego udziału nie przyjmuje, rozdzielamy na dźwięczne i głuche. Wszystkie wymienione dotychczas spółgłoski należą do pojedynczych, t. j. mających jedno miejsce artykulacji, a podział ich najlepiej uzmysłowi nam załączona tablica.

Zpomiędzy pojedynczych spółgłosek, na szczególne uwzględnienie zasługuje *h t j*. Spółgłoska *h*, jak mówiliśmy już, należy do krtaniowych. O zamęcie, jaki panuje w zapatrywaniu się na tę spółgłoskę tak między obcokrajowcami, jak i między naszymi lingwistami, nie mamy tu dość miejsca, aby się szczegółowo rozwódzić. O tem jednakże musimy pamiętać, że wyrazów rodzinnych, rozpoczynających się od *h* krtaniowego nie mamy, a wszystkie istniejące w języku naszym są obcego pochodzenia. Otóż owe *h* w wyrazach obcych, wbrew mniemaniu lingwistów naszych, uważających je za dźwięk gardłany, zaliczam do dźwięków krtaniowych głuchych. Niemniejszy zamęt panuje co do fizjologicznego wytwarzania się spółgłoski *t*, używanej, oprócz w języku naszym, u słowian łużyckich i rosyjan. Przedewszystkiem zauważyć należy, że spółgłoski *l* i *t* graniczą z grupą spółgłosek trących, wyróżniają się jednak od nich tem, że zwięźnienie wytwarza się nie w środku jamy ustnej, lecz z boku, między brzegiem języka a zębami, a prócz tego, że jednocześnie należą do zamykających. Oto powód, dla którego pomieściłem je w oddzielnej grupie,

jako zamykająco-trące. Wedle moich badań, różnica *l* od *ł* polega na tem, że nasze *l* w wyrazach obcego pochodzenia jest *l alveolare* t. j. koniec języka przytyka do górnych zębów, nasze zaś *ł* jest to *l_{II} BRÜCKE'GO* t. j. koniec języka przytyka więcej ku tyłowi, a więc do podniebienia twardego, przyczem

Długość		Chwilowe			T r w a ł o			
Grupy		Wybuchowe		Trące		Trąco zamyk.	Drżące	Nosowe
Udział krtani		Bezdzw.	Dźwięc.	Dźwięc.	Bezdzw.	Dźwięc.	Dźwięc.	Dźwięc.
Miejsce artykulacji	Kategoria spółgłosek							
I	Wargowe i Wargowo zębowe	p	b		f	w		m
II	Języko podniebien. przednie	t	d		s sz	z ż (rz)	ł ł	r n
III	Języko podniebien. tyłne	k	g	j	ch		r	

towarzyszy mu niższy ton aniżeli przy *l*, a więc opuszczenie krtani, a w konsekwencji większe wyciągnięcie języka, tem samem większe otwory z boku języka i grubszy słup wychodzącego powietrza. Spółgłoska *j*, jak wiemy, wytwarza się środkiem języka i podniebieniem twardem. Fizyologiczna różnica między *i* i *j* polega na tem, że przy *i* powietrze uchodzi swobodnie kanałem ustnym, a przy *j* środek języka podnosi się do podniebienia o tyle, że może wydać powiewny szmer charakteryzujący tę głoskę, koniec zaś jego opuszcza się na dół. Spółgłoskę tę, wbrew zdaniu wszystkich lingwistów, zaliczam do chwilowych. Spółgłoska *j* zasługuje na szczególną uwagę z powodu roli, jaką odegrała względem spółgłosek poprzedzających, nadając wszystkim poprzedzającym chwilowym z wyjątkiem wargowych, a z trwałych spółgłoskom *ch* i *s*, dźwięk syczący pod jakąkolwiek bądź postacią: *z sz ż*. To też ów dźwięk syczący spotykamy wszędzie przed rodzimemi samogłoskami *i e* (ji je) np. prosję = proszę, stogjek = stożek i t. d. Właściwość ta *j* tłumaczy nam także powstawanie złożonych jak *c* (wrótję = wróćę), *dz* (radję = radzę), *cz* (wilkjęk = wilczek). Niemniej ważną rolę odgrywa *j* jako składnik spółgłosek miękkich (o czem niżej).

Przechodzimy obecnie do spółgłosek złożonych. Złożonemi spółgłoskami nazywamy takie, które mają podwójne miejsce artykulacji. Tu należą: *c cz dz dż*. Spółgłoska *c* składa się z dwu dźwięków *t i s*, zarówno więc jak jej składniki, należy do głuchych, a z udziałem krtani daje nam *dz*, t. j. dźwięczne jej składniki *d i z*. Głucha *cz* składa się z dwu głuchych *t i sz*,

a z głosem daje nam *dż* t. j. dźwięczne jej składniki *d* i *ż*. Rozpatrując się w tych spółgłoskach, przede wszystkim pamiętać musimy, że składniki ich *t* i *d* należą do tak zwanych cerebralnych *t_{ii}* i *d_{ii}* BRÜCKEGO (sanskryckich) t. j. że przy ich wytwarzaniu język nie dotyka się zębów lecz podniebienia twardego, a dalej, że składnik *s* także należy do tejże kategorii t. j. *s_{ii}* BRÜCKEGO. Z powyższego widzimy, że składniki złożonych spółgłosek wytwarzają się na podniebieniu twardym i niedaleko od siebie, a z tego względu moglibyśmy uważać je nawet za zlane. Mechanizm powstawania złożonych jest następujący: *c* powstaje, tworząc *s_{ii}* i chwilowo podnosząc koniec języka dla wytworzenia *t_{ii}*, *cz* zaś wytwarzając *sz* i chwilowo podnosząc koniec języka dla wytworzenia *t_{ii}*. Ze sposobu więc powstawania złożonych, zaliczamy je do wybuchowo-trących, a ze względu na długość do chwilowych, gdyż takie wrażenie robią na nasz organ słuchowy tylko jako chwilowe, przedłużone zaś dają tylko dźwięk syczący, t. j. dźwięk drugiego składnika *s* lub *sz*. Do tej samej kategorii złożonych odnosimy szereg spółgłosek noszących nazwę *mo-uillirte* (przemokłych): *p' b' f' w' m' c dz ś ź l' n' k' g'* i obecnie nieużywane *r'*, a tym razem słusznie noszących w gramatykach nazwę miękkich. Miękkosć a raczej cienkość ich fizyologicznie objaśniamy zwężonym strumieniem wydychanego powietrza, jaki się wydobywa przy ich wytwarzaniu, z powodu znacznego podniesienia środka języka ku podniebieniu dla wytworzenia drugiego ich składnika — spółgłoski *j*. Wszystkie one są złożone z odpowiednich pojedynczych: *p b w* i t. d. lub złożonych (złanych) *c dz* i spółgłoski *j*, a z tego względu wymagają odpowiedniego owym pojedynczym spółgłoskom miejsca artykulacji, z tą tylko różnicą, że środek języka podnosi się ku podniebieniu dla wytworzenia *j*, koniec więc jego kieruje się ku dołowi dla dania przejścia szmerowi tarcia, potrzebnego dla tej spółgłoski, a prócz tego, że odpowiednie im pojedyncze (oprócz wargowych i wargowo-zębowych) wytwarzają się bliżej środka języka. Cały ten szereg miękkich moglibyśmy graficznie przedstawić w następujący sposób: *pj bj tj wj mj cj dzj sj źj lj nj kj i gj*. Nieracjonalna i sztuczna grafika nasza, polecająca wyrażać ów drugi składnik t. j. *j* przez *i* w środku wyrazu, t. j. *mia* wymawiać *m'a* a nie *m-i-a*, nic nie ma wspólnego z danymi fizyologii. Przyjmując ten pogląd, musimy wszystkie miękkie zaliczyć do chwilowych, gdyż *j* jest spółgłoską chwilową. Grupa, do jakiej zaliczyć tę lub ową miękką, jej dźwięczność lub bezdźwięczność, zależy od odpowiedniej jej pojedynczej.

Wszystkie wyżej podane złożone spółgłoski najlepiej uzmysłowi nam łączona ich tablica, obok uprzednio już podanej prostych.

Z podanych powyżej spółgłosek miękkich, na szczególną uwagę zasługuje *lj* i *rj*. Owo *l'* bywa w języku naszym tylko w wyrazach swojskich przed miękkimi samogłoskami *i*, *e*. Należy ono do tak zwanego *l_{iii}* BRÜCKE'go, przy którym język opiera się na twardym podniebieniu jeszcze więcej ku tyłowi aniżeli przy *l*. Podobno dawniej, zgodnie z fizyologicznym wytwarzaniem tej spółgłoski, zachowywano w pisowni jej drugi składnik t. j. *j* w wyrazach swojskich przed *i*, *e*, pisano więc *ljepiej*, *ljeń*. Język polski posiada więc trzy *l*, mianowicie *l alveolare* w wyrazach obcych, o którym uprzednio była mowa, *l (cerebrale)* i *l mouillirte* w rodzimych wyrazach. Co się zaś tyczy *rj*, to dźwięk ten obecnie znikł i zmienił się w *rz*, w niczem nie różniący się w wymawianiu od *ż*, przeto pod względem fizyologicznego wytwarzania identyczny z *ż*, a z tego powodu i pomieszczony między spółgłoskami prostymi. Przejście *r* w *rz* wytworzyło się pod wpływem *j*, mającej, jakśmy to

już uprzednio nadmienili, własność przeinaczania poprzedzających spółgłosek w dźwięk syczący (zorja = zorza), albo też sama *j* przeszła w *z*. Jako najlepsze potwierdzenie możliwości tego rodzaju przejścia służą niektóre dyalekty polskie np. u Kurpiów, którzy zamiast biały mówią *bziały*. Pogląd nasz na spółgłoski miękkie różni się nieco od poglądu innych autorów. Tak np. SIEVERS, znakomity lingwista niemiecki, uważa miękkie w językach słowiańskich za zło-

Pojedyncze.										Złożone.						
Długość		Chwilowe			Trwałe					Chwilowe						
Grupy		Wybuch.		Trące			Trą- co zam.	Drż.	Nos.	Wybuch.		Trące			Nos.	
Udział krtani		Bez.	Dż.	Dż.	Bez.	Dż.	Dż.	Dż.	Dż.	Bez.	Dż.	Bez	Dż.	Dż.	Dż.	Dż.
Miejsce artykul.	Kategoria spółgłosek															
I	Wargow. i Wargow. zębowe	p	b		f	w			m	p'	b'	f'	w'			m'
II	Języko podnieb. przednie	t	d		s sz	z ż (rz)	l ł	r	n	c cz ć	dż dż dź	ś	ź	l'	r'	ń
III	Języko podnieb. tylne	k	g	j	ch			r		k'	g'					

żone, ale w tem znaczeniu, że przy ich wytwarzaniu następuje połączenie artykulacji samogłoski *i* ze spółgłoską pojedynczą; BAUDOUIN zaś, nie wdając się w objaśnienia fizyologiczne, poczytuje miękkie za pojedyncze i zalicza wszystkie, z wyjątkiem wybuchowych, do trwałych, a prócz tego *ć* *dź* uważa za złożone, a nie miękkie. Wedle jego mniemania *ć* złożone jest z *t'* *ś* a *dż* z *d'* *z'*.

Przedstawiony podział mowy naszej, oparty na zasadach fizjologii, wydaje mi się daleko racjonalniejszy, aniżeli zasadzający się na samem wrażeniu słuchowem, a więc podmiotowem, jakie ten lub ów dźwięk sprawia na nasze ucho. Podział dźwięków fizyologiczny usuwa odrazu wielki zamęt, panujący dotychczasowo w naszych szkolnych gramatykach i jedynie jako taki może stać się podstawą racjonalnej fonetyki.

Oto w kilku słowach szkic pracy, którą pozwoliłem sobie zająć uwagę Szan. Kolegów. Szczegóły dotyczące wogóle fizjologii mowy, a przede wszystkim naszych dźwięków, uogólnienia jakie sobie pozwoliłem tu i owdzie uczynić, wkraczające już poniekąd w dziedzinę badań lingwistycznych, jak również poprawki i uzupełnienia, jakie ośmieliłem się zaproponować w naszych szkolnych gramatykach, interesujący się tym przedmiotem, znajdą w pracy mojej: „Fizjologia mowy, ze szczególnem uwzględnieniem dźwięków języka polskiego“, która wyjdzie wkrótce nakładem kasy Mianowskiego.

Znamię macierzyste jednostronne (*Naevus unius lateris*).

Podał H. Zapolski Downar.

W liczbie popisowych, przysłanych w ubiegłym roku do badania w szpitalu wojskowym w Lublinie, znajdował się włóścianin J. Turski, u którego znamię macierzyste zajmowało całą lewą górną kończynę. Ze względu na obszar skóry zajęty przez znamię, oraz dwa odmienne rodzaje, występujące jeden obok drugiego, przypadek ten zasługuje na opisanie. Znamię to występuje na piersi w pobliżu ramienia jako plama żółto-brunatnego koloru, przechodzi na ramię i otaczając je dookoła, jednolicie pokrywa skórę ramienia, przedramienia, ręki i tylnej części palców z wyjątkiem dłoni, skóra której nie różni się wcale od skóry dłoni prawej. Znamię to nie jest jednakowem na całej przestrzeni; mianowicie górna część, poczynając od ramienia do dolnej $\frac{1}{3}$ przedramienia, przedstawia się jako ciemno-brunatne zabarwienie skóry, pokryte na całej prawie przestrzeni dość długimi miękkimi włosami, dającymi się w garść uchwycić. Obraz to znamienia znanego pod nazwą *Naevus spilus*. Poczynając od dolnej $\frac{1}{3}$ przedramienia uwłosienie znika; skóra, która w górnej części jest suchą, tu jest podobną do aksamitu przy dotykaniu, lub do skóry posypanej talkiem, a barwa jej staje się ciemniejszą; skóra jest jakby za dużo do pokrycia ręki, układa się ona w liczne poprzeczne fałdy, jak na przedramieniu, tak na rękę i palcach i, jakkolwiek na całej przestrzeni nie przedstawia utkania brodawkowatego, to przecie w miejscu, gdzie skóra przechodzi na dłoń, znać wypuklenia i ząbienia brodawkowate, których nie ma na górnej granicy znamienia, na piersi i barku. Ta więc część znamienia wyglądem swym przypomina znamię opisywane pod nazwą *Naevus verrucosus*. Oprócz tego, u tegoż osobnika na lewej skroni jest okrągłe znamię uwłosione, oraz w okolicy biodrowej lewej z tyłu podłużne znamię porośnięte ciemnym włosem, bez zabarwienia skóry.

W tem miejscu pozwolę sobie nadmienić, że przed kilkoma laty widziałem, także u popisowego, znamię wielkości połówki grochu, porośnięte długim twardym włosem, umiejscowione na obwodowej części rogówki oka; włosy, dzięki umiejscowieniu w okolicy szpary powiek, przy zamykaniu oka układały się razem z rzęsami.

Przyczyna powstawania znamion macierzystych nie jest jeszcze całkowicie wysвітloną. Jakkolwiek i niektórzy nowsi lekarze odnoszą powstawanie znamion do „zapatrzenia się” matek w czasie ciąży, nie zdaje się to być ściśle uzasadnionem. Wielu autorów, ze względu na występowanie znamion w postaci pasów i pręg, odpowiadających przebiegowi nerwów, zajmujących okolice odpowiadające rozgałęzieniu pewnych nerwów, przypisują cierpieniu nerwów powstawanie znamion.

KOLLINGER¹⁾, podając opis spostrzeganego przezeń znamienia lewej strony twarzy, szyi, skroni, ucha, karku i kończyny górnej w postaci brodawkowej, występującego w kształcie pręgów, odpowiadających kierunkowi nerwów: trójdzielnego (głównie 2-ej gałęzi), usznego wielkiego, szyjowo-potylicowego i przeważnie splotu ramieniowego, wzmiankuje, że u tegoż osobnika na piersi, także z lewej strony, znajdował się duży *naevus spilus*. W zebranej

¹⁾ A. Kollinger. *Naevus unius lateris* (Baerensprung). *Casopis lekaru ceskych*. Nr. 15—1891.

przezeń literaturze przedmiotu podaje teorię BAERENSPRUNG'A²⁾, który powstawanie znamion odnosi do wrodzonego jednostronnego cierpienia zwojów rdzenia (*ganglion spinale*), cytuje spostrzeżenia Th. SIMONA³⁾, CAMPANA⁴⁾, NEUMANA⁵⁾ i wielu innych. Znamiona występują stale na jednej stronie ciała i tak ściśle zajmują okolice w granicach rozgałęzień pewnych nerwów, że nie może być wątpliwości co do zależności znamion od układu nerwowego, chociaż OSCAR SIMON i inni opisują przypadki, w których znamiona wkraczały w okolice unerwioną przez nerwy sąsiednie lub przekraczały kręgosłup na drugą połowę ciała. Czy i w podobnych przypadkach istnieje zależność od układu nerwowego, trudno się o tem przekonać. Symetryczny *naevus* jest bardzo rzadki; jeden taki przypadek podany jest w atlasie chorób skórnych HEBRY.

RAYER, JARDINE, MURRAY, VIRCHOW i inni opisują znamiona występujące na błonach śluzowych.

Ciekawy i rzadki opis *Naevus verrucosus* podaje J. MÜLLER⁶⁾ z oddziału d-ra EICHHOFF'A. Znamię zajmowało całą połowę ciała. Chory 37-letni, dotknięty gruźlicą płuc, urodził się ze znamionami rozległymi. Matka jego przypisywała to zapatrzeniu się, gdyż, będąc w ciąży, widziała kobietę, dotkniętą podobnem zwyrodnieniem skóry. Skóra całej prawej połowy ciała, z wyjątkiem kilku wysepek normalnej skóry, pokryta nieznacznie podnoszącemi się nad powierzchnię skóry brodawkowatymi wyrostkami, które tylko na pośladkach dają zazębienia na lewą stronę ciała; włosów na prawej połowie brody brak zupełny, gdy na lewej porasta gęsty czarny włos. Na brwiach i rzęsach różnica mniej się uwidatnia. Uwłosiona część czaszki przedstawia także znaczną różnicę z obu stron: gdy na stronie lewej rośnie włos czarny normalny, przyprószony lekką siwizną, na prawej włos jest rzadki, wątki i jasno płowy. Na górnej części szyi brodawki są większe i zmniejszają się stopniowo ku dołowi; tylko na dolnej części szyi kilka brodawek zwiesza się na szypułkach. Na tułowie brodawki nie przechodzą wielkością jagły lub łebka od szpilki. Rozdział zdrowej skóry od zwyrodnionej na przedniej części ciała wyraźny po środkowej linii. Dwie poprzeczne pręgi skóry normalnej w okolicy 1—2 międzyżebra i w okolicy *spina ilei anterior. super.* z przodu i w okolicy 10-go międzyżebra z tyłu na stronie prawej, dochodząc do środkowej linii ciała, oddzielają się szeregiem brodawek w kierunku pionowym ułożonych, od strony lewej. Na kończynach górnej i dolnej znamię przybiera kształt pręgowany, występując przeważnie na stronie mięśni wyprostnych i odpowiadając kierunkowi nerwów. Część uwłosiona organów płciowych przedstawia takąż różnicę jak i na głowie. Skóra ściągnięta z prawej strony pokryta kilkoma brodawkami i brunatnymi plamami. Na wewnętrznej części uda, na połączeniu moszny ze skórą uda, u górnego przyczepu małżowiny ucha i pod pachą, wykulty są znacznie większe; powiększenie to nastąpiło z czasem zapewne wskutek stałego drażnienia skóry, w czym autor widzi analogię z teorią powstawania raka od stałego drażnienia.

²⁾ Baerensprung. Charité Annalen 1863.

³⁾ Th. Simon, Archiv für Dermatol. und Syphilis 1872.

⁴⁾ Campana. Giornale italiano della malat. vener. e della pelle, 1877.

⁵⁾ Neumann. Oestereich. Jahrbuch für Paediatric 1877.

⁶⁾ S. Müller. Naevus verrucosus unius lateris. Archiv für Dermatol. und Syphilis I. XXIV 1892. (Ref. w Cas. lek. ces. Nr. 51—92).

JADASSOHN ⁷⁾ opisuje 4 przypadki jednostronnego znamienia i jest zdania, że tworzenie się znamion pozostaje w genetycznej zależności od układu nerwowego.

WYKŁADY KLINICZNE.

O powstawaniu chorób pod wpływem wyobrażeń i ich leczeniu.

przez prof. Adolfa STRÜMPPELL'A.

Streścił S. Bernstein.

Postawienie na porządku dziennym kwestyi o przyczynach chorób, stanowi znamienne cechę obecnych dociekań lekarskich. Nie zadawaliśmy się już w tym względzie głoszeniem ogólnikowych, właściwie nie mówiących twierdzeń, boć staraliśmy się w każdym poszczególnym przypadku wykryć działającą przyczynę, poznać jej istotę, sposób działania, drogę wtargnięcia i wykazać konsekwencję zjawisk chorobowych. Dość, że wspomnę dziedzinę chorób zakaźnych, których badanie w kierunku omawianym wzbogaciło i pogłębiło nasze pojęcie o przyczynach chorób. Jeżeli zaś i na tem, tak gorliwie uprawianem polu jesteśmy jeszcze dalecy od doskonałego pojmowania wszystkich zachodzących tu zjawisk, to jednak środki i drogi prowadzące do upragnionego celu, są już jasno wytknięte. Lecz, oprócz tej, istnieje inna rozległa dziedzina dociekań lekarskich, której również dopiero niedawno użyczono ogólniejszej uwagi, jakkolwiek chodzi tu o zjawiska i sprawy, które nieskończenie ważną grały rolę po wszystkie czasy. Mówię o wpływie zjawisk psychicznych na powstawanie i leczenie chorób.

Niema chyba bardziej jednostronnego i mniej dokładnego pojmowania zaburzeń, którym ustrój nasz podlega, jak to, które w każdym z nich dopatruje skutku pewnego z zewnątrz idącego materialnego wpływu. Pobieżna nawet samoobserwacya uczy nas dowodnie, jak wybitnym jest wpływ rozmaitych stanów naszej świadomości na naszą cielesną istotę. Zapewne, dopóki stosunek zachodzący pomiędzy naszymi wyobrazeniami a ciałem nie przekracza zwykłych granic, uchodzi on najczęściej zupełnie naszej uwagi; niechno jednak zwykły bieg tych stosunków zostanie zakłócony, niech jakieś nienormalne lub zbyt gwałtowne podrażnienie którejkolwiek z tych dwóch dziedzin odbije się echem w drugiej, zachodzące wtedy zjawiska cisną się gwałtem do naszej świadomości w postaci czegoś nienormalnego, chorobliwego, co zachwiała równowagę naszego istnienia.

Zadaniem nauki lekarskiej powinno być zbadanie z jednej strony zmian, zachodzących w stanie naszej świadomości pod wpływem zaburzeń cielesnych (co po części należy do zagadnień psychiatrii), z drugiej zaś ma ona poznać niezmiernie rozmaite zaburzenia w naszym ciele, będące stanami następczemi po pierwotnych zmianach w naszej świadomości. Ta ostatnia dziedzina wchodzi w zakres rozległej codziennej działalności lekarskiej. Nie wydaje mi się bowiem przesadą twierdzenie, że ilość pozornie czysto cielesnych chorób, które po ściślejszej naukowej analizie okazują się rezultatem pierwotnych zjawisk psychicznych, jest co najmniej równa ilości prawdziwie i wyłącznie somatycznych cierpień.

Rozpatrzmy choć pobieżnie fakty oddziaływania sfery psychicznej na cielesną. Nasze narządy ruchu mogą zostać pobudzone w swej czynności lub też pohamowane

⁷⁾ Jadassohn. Beiträge zur Kenntniss der Naevi. Vierteljahr. für Derm. und Syph. (Ref. w. D. M. Woch. Nr. 12—91).

pod wpływem wzruszeń umysłowych: drżymy na całym ciele ze strachu lub wzruszenia; przerażenie paraliżuje nam członki. Mięśnie naczyń krwionośnych również wpadają w stan skurczu lub zwiotczenia pod wpływem tegoż rodzaju podnieć: rumienimy się z gniewu lub wstydu, bledniemy ze strachu. Nie mniejszy wpływ wywierają różne stany naszej świadomości i na czynność licznych gruczołów: wylewamy łzy z bólu, okrywamy się potem ze strachu, schnie nam w ustach, gdy zdarzy się mówić z wzruszeniem i t. p. Jakkolwiek wszystkie te stany, których szereg znacznie można by powiększyć, nie należą jeszcze wcale do zjawisk chorobliwych, stanowią one jednak wstęp do bardzo licznych zboczeń uchodzących pozornie za czysto somatyczne cierpienia. Tego rodzaju stany chorobowe występują bądź to pod wpływem jednorazowego lecz silnego psychicznego wstrząsu, który powoduje długotrwałe i silne podrażnienie świadomości, bądź też składają się na ten sam rezultat słabsze, lecz często powracające i w swym działaniu sumujące się wpływy. W każdym razie, somatyczne zboczenie takiego pochodzenia ustąpić może jedynie wraz z zniknięciem wpływów psychicznych.

Co się tyczy siły, rozległości oraz łatwości występowania tych wtórnych somatycznych zboczeń, istnieją w tym względzie niezmiernie wielkie różnice indywidualne, i podobnie, jak przyznajemy istnienie rozmaitych konstytucji ciała, tak samo uznać musimy i różne konstytucje psychiczne, które właśnie cechują się niejednokornym ustosunkowaniem wzajemnej zależności pomiędzy sprawami somatycznymi i psychicznymi; a moim zdaniem, różnice dotyczą tu jedynie sfery psychicznej; więc np. łatwość występowania zaburzeń somatycznych pochodzenia psychicznego wcale nie polega na nieprawidłowo osłabionej odporności ciała, lecz jest wynikiem szczególnego usposobienia do zbyt silnych wzruszeń umysłowych. Tak więc „norwowość“, którą zwykle nazywamy słabo stopnie somatyczne przejawiających się, lecz na gruncie psychicznym powstałych objawów podrażnienia lub depresji, jest to pewna konstytucja psychiczna, w swej zasadniczej istocie jako wyraz pewnej duchowej indywidualności, najczęściej odziedziczona i przekazywana, modyfikująca się poniekąd pod wpływem otoczenia, wychowania i t. p., rzadziej zaś nabyta, a więc być może w związku z pewnemi zjawiskami somatycznymi powstała. Bliższa analiza „nerwowej“ świadomości wykazuje, że cechuje ją niezwykła łatwość i częstość powstawania pewnych wyobrażeń lub całych grup ich, ułatwione odbywanie się jednych kojarzeń z innemi wyobrażeniami, przeważnie niepokojącej treści, i wreszcie, wybitnie słabe tamowanie tych oto wyobrażeń przez inne, im przeciwdziałające.

Na szczególną uwagę zasługuje pewna grupa tak zwanych *hypocondrycznych wyobrażeń*, czyli wyobrażeń o przykryj treści, dotyczących stanu wtórnego ciała, które bywają często bezpośrednią przyczyną całego szeregu zaburzeń somatycznych. Już dzięki swej jaskrawości i niezwyklej treści, wywołują one zaburzenia, towarzyszące wszelkim wogóle silniejszym wzruszeniom umysłowym. Prócz tego, występuje tu jeszcze na jaw i pewne ciekawe zjawisko psychiczne, streszczające się w tym fakcie, że wszelkie szczególnie żywe wyobrażenie czegoś oczekiwanego jest niekiedy w stanie wywołać odpowiednie podmiotowe wrażenie. Widzimy też, że już sama obawa przed cierpieniem żołądka lub wadą serca wywołuje niekiedy wszystkie subiektywne objawy odpowiednich chorób. Kto dokładnie tych zjawisk nie badał, ten niema pojęcia, jak daleko sięgać może wpływ świata wyobraźni na stan ciała. Albowiem nieznaczne zaburzenia tego rodzaju w dalszym swym rozwoju mogą się przeobrazić w zupełny bezład i rozprzężenie stosunków między sferą zjawisk psychicznych i cielesnych. Wyobrażenie porażenia może doprowadzić do rzeczywistego bezwładu, wyobrażenie psychicznego wrażenia do halucynacji.

Wpływ sfery psychicznej na somatyczną może się ujawnić nie tylko w kierunku ujemnym, w jakim go dotychczas rozpatrywałem; przeciwnie, równie często reguluje on i umacnia wzajemny stosunek obu tych sfer. Gdy bowiem z jednej strony żywe wyobrażenie przewidywanego cierpienia często wywołuje jest w stanie podmiotowe objawy pozornie już istniejącej choroby, to z drugiej strony, w tym samym przypadku wyobrażenie niezawodnej pomocy natychmiast usunie niepokojące podrażnienie świadomości i wszystkie stąd powstałe zaburzenia somatyczne. Nie ulega też wątpliwości, że wzmiankowany czynnik psychiczny towarzyszy często rozmaitym będącym w użyciu metodom leczniczym. Stąd też płynie obfite źródło omyłek nie tylko ze strony pacjenta, ale i lekarza, który nie zawsze potrafi odłączyć bezpośredniego działania skutecznego swego zabiegu od wpływu wyobrażeń, zrodzonych w umyśle chorego przez nadzieję lub przeświadczenie o skuteczności lekarstwa. Rozumiemy również historię wszelkich nowych leków, których początkowo niemal cudowna skuteczność ginie jednocześnie z zachwianiem zaufania do nich. Potęga wyobrażeń stanowi też najniebezpieczniejszą broń, którą walczyć będzie szarlatanizm z naukową sztuką leczniczą, dopóki poziom umysłowy ogółu nie osiągnie pojmowania zachodzących tu stosunków.

Nauka powinna dokładnie zbadać zjawisko oddziaływania sfery psychicznej na somatyczną, poznać, w jaki sposób, w jakim zakresie oddziaływanie to się odbywa i o ile może ono być spożytkowane w celach leczniczych. Albowiem potęga wyobrażeń ma swoje granice, po za które znaleźć się muszą wszystkie tak zwane organiczne, anatomiczne sprawy chorobowe. Jedyne to, co pod wpływem wyobrażeń powstało, przez nie usuniętem być może, i jakkolwiek doszliśmy do przekonania, że istnieje cały szereg częstych i nader rozmaitych stanów chorobowych pochodzenia psychicznego, dawniej całkiem inaczej tłumaczonych, to jednak nie należy przeceniać rzeczywistości, gdyż byłoby to również nagannem, jak jej niedocenianie przez naszych poprzedników. Medycyna powinna także wynaleźć najracjonalniejszą metodę psychicznego leczenia; obecnie bowiem, posiłkując się w wielu razach hipnotyczną sugestją, dąży ona moim zdaniem drogą nie tylko nie uzasadnioną, lecz i niezupełnie bezpieczną.

Uwolniwszy pojęcie o hipnotyzmie od wszelkiej osłony cudowności i mistycyzmu, wiemy obecnie, że wszystkie najróżnorodniejsze jego przejawy polegają na działaniu wywołanych wyobrażeń. Wiemy, że tylko w tym kierunku działają wszystkie najrozmaitsze metody wywoływania snu hipnotycznego, że zdolność hipnotyzowania nie jest udziałem pewnych tylko osobników, których wola jakoby posiadała szczególną moc panowania, nawet po za obrębem własnego indywiduum. Hipnotyzm w celu leczniczym stosuje się w ten sposób, że uśpionemu uprzednio choremu wszczepia się wyobrażenie o dokonaniem jakoby wyleczeniu lub znacznej poprawie jego stanu. Przedwstępna hipnoza jest tu o tyle korzystną, że wpaja w chorych przekonanie o potężnym wpływie, jaki hipnotyzjer na stan jego posiada, i czyni go podatnym na przyjęcie następnego wyobrażenia o wyleczeniu. Istotnie, dzięki hipnotyzmowi dokonano licznych, często na pozór cudownych uleceń, i wielu lekarzy zajmujących wysokie naukowe stanowisko, posiłkuje się na szeroką skalę hipnotyzmem jako metodą leczniczą. Jestem jednak tego zdania, że to stosowanie hipnotyzmu wcale nie, lub tylko ze znacznym ograniczeniem jest uzasadnione i pożądane.

Przedewszystkiem, ze względu na warunki wywoływania hipnozy, będzie to umiejętność, jak i dotychczas, specjalnością pewnych tylko ludzi, mających ku temu szczególną skłonność i, że tak powiem, pewien talent teatralny, jedno i drugie rzadko właśnie napotykanne wśród lekarzy o poważniejszym usposobieniu. Gdyby jednak przypuszczalnie hipnotyzm stał się rozpowszechnioną, obowiązkową metodą leczniczą,

to tem samem właśnie zatraciłby prawdopodobnie swą wysławioną skuteczność; ta bowiem opartą jest na wierze w pewną szczególną moc hipnotyzmu, a więc na nieznajomości prawdziwej jego istoty, i zginie z chwilą dokładniejszego ze strony ogółu poznania zjawisk hipnotycznych i lepszego zrozumienia sposobu ich powstawania. Trudno bowiem przypuścić, aby człowiek psychicznie prawidłowy, wiedzący dokładnie, co to jest hipnoza, mógł być przez innego hipnotyzowany.

Ale to nie jedyny zarzut, jaki hipnotyzmowi uczynić można. Hipnoza jest to stan sztucznie wywołanego rozluźnienia, po części nawet zupełnego stargania prawidłowo silnych więzów między zjawiskami duszy i ciała. Rozluźnienie to, powtarzające się często, ujemnie wpływa na trwałość tych więzów; otóż osobom, często hipnotyzowanym, grozi możliwość występowania podobnego stanu pod wpływem rozmaitych okoliczności, niezależnie od hipnotyzera. Stan hipnotyczny sam przez się jest czemś nieprawidłowem, chorobliwem: jest to sztucznie wywołana ciężka histerya. Zawsze też istnieje niebezpieczeństwo, że może on dać pochop do wybuchu ciężkich przypadłości histerycznych. Jest on mieczem obosiecznym, który zwłaszcza w nieogłędnej ręce, jak to doświadczenie wielokrotnie stwierdziło, niejedno złe przysporzyć jest w stanie.

Powyższe zarzuty byłyby jednak bezsilne, gdyby faktem było, że dzięki hipnotyzmowi można otrzymać wyniki lecznicze, niedoścignione w żaden inny sposób. Ale mojem zdaniem, tak wcale nie jest. Hipnotyzm święcił swoje tryumfy do czasu, gdy nie uznawano należycie leczniczego wpływu psychicznych czynników. Z chwilą, gdy się to stało, powinien on ustąpić miejsca racjonalnej psychicznej terapii, wolnej od wszelkiej aureoli jakiejś tajemniczej siły, nie posługującej się sprowadzaniem chorobliwych stanów naszej świadomości, opartej na psychologicznej analizie zjawisk chorobowych i polegającej na bezpośredniem psychicznem oddziaływaniu na chorego. Tego rodzaju leczenia używali znakomici lekarze wszystkich czasów. Lecz my dopiero teraz zaczynamy uznawać całą doniosłość takiej terapii, uwzględniając przecież z natury rzeczy przynależne jej granice, gdyśmy pojęli głębsze znaczenie starego twierdzenia, że doskonały lekarz ciała jednocześnie winien być i lekarzem duszy.

W szczegóły stosowania psychicznego leczenia nie wchodzę. To tylko zaznaczę, że wymaga ono ze strony lekarza takiej znajomości zjawisk i zagadnień psychologii, jaka przy obecnym planie nauczania jest dla większości niedoścignioną. Gdy dawniej psychologia i filozofia stanowiły zwykły wstęp do wszelkich specjalnych studiów, obecnie, z małym wyjątkiem, znajdują się one po za obrębem uprawianych przez przyszłych lekarzy nauk, czego rezultatem ociężałość w rozumowaniu psychologicznem i niepojętność względem kwestyi psychologii, która się dostrzegać daje nawet u składniad doskonałych lekarzy. Jak fizjologia, powinna również i psychologia stać się obowiązkowym przedmiotem dla studyującego medycynę.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. Nr. 1. 1893*).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie dnia 28 Lutego 1893 r.

Kol. KRYSIŃSKI okazał preparat mięśniaka macicy śródwieczowego, operowanego przez cięcie brzuszne. Z powodu odczytu kol. NEUGEBAUERA, o ujemnych skutkach stosowania wianków macicznych, kol. KRYSIŃSKI mówił o przyczynach powstawania tyłozgieć i tyłopochyleń macicy i o zaletach wianków celuloidowych powszechnie znanych.

Dyskusja z powodu przemówienia kol. Ołtuszewskiego.

W zakończeniu swego odczytu, który podajemy w całości w N-rze niniejszym, kol. OŁTUSZEWSKI, oprócz korzyści wypływających ze znajomości fizjologii dźwięków mowy naszej, wspominał także o wpływie wynikającym z tejże znajomości na ujednostajnienie pisowni. Z licznych przykładów ilustrujących to mniemanie, kol. OŁ. wybrał jeden, mianowicie chaotyczną pisownię wyrazów złożonych z prefiksów: *z wz wez*. Trzymając się zasady fonetycznej, t. j. sposobu pisania jak się wymawia, należy wszędzie zachować *z*, gdzie po tej spółgłosce następuje dźwięczna, gdyż, jak wiemy, spółgłoska *z* należy do głośnych. Zgodnie z tem, należałoby pisać: *zbratać, znosić, zgoda, zmrzyć* i t. d.. Odwrotnie znów wszędzie, gdzie po spółgłosce *z* następuje spółgłoska cicha, należy zgodnie z wymawianiem zachować *s*, a więc pisać: *stąd, skąd, stoczyć, ssadzić, sszywać, szczepić* i t. d.. Kol. OŁ. nie dziwi się wcale zamętowi panującemu w naszej pisowni w tym względzie, gdyż akademickrakowska chętnie go popiera, podając w omawianej przez niego kwestyi regułę, uwzględniającą wprawdzie zasadę fonetyczną, ale z kilku niczem nieuzasadnionymi wyjątkami kuwi tradycyi narodu. Zgodnie z tem zapatrywaniem, akademickrak przed *s sz ś*, pomimo że należą do głuchych, pisać *s*. Ktokolwiek choćby raz jeden dokładnie zda sobie sprawę z tego, co jest spółgłoska dźwięczna a co głucha, ten w pisowni wyrazów złożonych z wyżej wymienionymi prefiksami nie popełni omyłki, i niezależnie od tradycyi, nie mającej żadnego związku ze znajomością rzeczy, będzie w pisowni swej zawsze postępował konsekwentnie.

W dyskusyi, jaka się wywiązała z powodu odczytu kol. OŁ., profesor BRODOWSKI wyraził powątpiewanie swoje co do roli, jaką kol. OŁ. skłonny jest przypisywać spółgłosce *j* w języku naszym na poprzedzające spółgłoski, nadmienając, że rosyjanie mają także podobne dźwięki jak np. *cz* i t. d., pomimo to, że spółgłoski *j* nie posiadają. Dalej, prof. Br. zaprzecza tożsamości dźwięków *rz* i *ż*, gdyż lud nasz dokładnie wyróżnia je w mowie, a wogóle przy wymawianiu *rz* daje się często słyszeć dźwięk *sz*, co niema miejsca przy wymawianiu *ż*. Nakoniec prof. Br. protestuje przeciw wycieczkom kol. OŁ. przeciwko akademii, postępującej zgodnie ze zwyczajami i tradycją narodu.

Kolega BUJWID zapytuje, dlaczego kol. OŁ. spółgłoskę *h* pominął w tablicach, i skłonny jest ową spółgłoskę zaliczyć w poczet dźwięków gardlanych, a nie krtańowych.

Kolega SZTEYNER zaznacza, że ścieśnione *é*, choć znikło w pisowni, utrzymuje się jednak w mowie.

Kolega OŁ. odpowiada prof. Br.: 1) że rosyjanie bynajmniej nie są pozbawieni spółgłoski *j*, mają bowiem samogłoski jutowane, wyrażone graficznie jednym znakiem jak: *ja, ju, je* i t. d., a tylko owa *j* nie wywarła tego wpływu na poprzedzające spółgłoski, jak to miało miejsce u nas; 2) że *rz* i *ż* identyfikuje tylko pod względem fizjologicznego wytwarzania, gdyż w dzisiejszej mowie *rz* wymawia się zupełnie tak samo jak *ż*, wzmiankowana jednak tożsamość wytwarzania wcale nie oznacza, że to są dźwięki jedne i te same. Jeżeli lud wyróżnia w mowie *rz* od *ż*, to postępuje zgodnie z powolną przemianą, jakiej uległo *r'* przechodząc ostatecznie w dźwięk *rz*, niczem nie różniący się obecnie od *ż*. Z jakiego względu zamiast *rz* słyszymy często *sz*, do przedmiotu zupełnie nie należy; 3) że postępowanie akademii w zajmującej nas tu kwestyi można nazwać niekonsekwentnem i nienaukowem, na to najlepsze świadectwo wystawiła sobie ona sama, podając następujące dopełnienie do wyżej omówionej reguły fonetycznej: przed głuchymi pisać należy *s* np. skrócić, spiąć i t. d. i wyjątkowo przed *c é cz* (secdzić, szeszać), tak jakby zachodził tu jakikolwiek wyjątek, t. j. jakby spółgłoski *c é cz* nie należały do głuchych.

Koledze BUJWIDOWI odpowiada kol. OŁ., że zapytaniem swem popełnia tę samą omyłkę, do której skłaniają się wszyscy lingwiści, pragnący, wbrew zasadom fizjologii, zaliczyć spółgłoskę *h*, wytwarzaną strunami głosowymi, do dźwięków gardlanych. Z tego też względu głoska ta opuszczona jest w tablicach, mieszczących jedynie wytwory jamy ustnej.

Koledze SZTEYNEROWI odpowiada kol. OŁ., że o zachowaniu ścieśnionego *é* w mowie, w odczycie jaknawyróżniej zaznaczył.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

39. Dr. SIEGFRIED POLLAK. O gruźlicy mięśnia sercowego. Gruźelki znajdujące na stole sekcyjnym w mięśniu sercowym, należą do nader rzadkich zjawisk. BOLLINGER, omawiając na X międzynarodowym kongresie lekarskim skłonność różnych narządów i tkanek do zakażenia gruźliczego, stawia mięśnie na ostatnim miejscu, włączając już w to i mięsień sercowy, w którym jednak gruźelki częściej się zdarzają, niż w mięśniach szkieletu. Autor zebrał 26 przypadków, dotychczas ogłoszonych, dotyczących się cierpienia omawianego i, przytaczając spostrzegany przez siebie przypadek, jako 27-my z rzędu, stara się nadszkicować obraz anatomo-patologiczny i kliniczny tego zarówno ciekawego, jak i rzadkiego cierpienia.

Chory, o którym mowa, skarżył się na nieznaczny suchy kaszel, brak apetytu i osłabienie, wzmagające się z dnia na dzień. Badanie obiektywne wykryło zmiany niewielkie w wierzchołku lewego płuca. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono w płucach *peribronchitidem nodosam* i zapalenie płuc zrazikowe i mięszone. W sercu zaś—z przegrody prawego przedsionka, aż do podstawy zastawki trójdzielnej wyrastał nowotwór wielkości jaja kurzego, konsystencji twardej, ostro odgraniczony od sąsiednich części, zawierający drobne ogniska, miejscami białawe, miejscami zaś żółtawe. Drobnowidzowo, nowotwór składał się z tkanki łącznej włóknistej; znajdowano też w skrawkach barwionych sposobem EHRLICH'a, jako też ZIEHL-NEELSE'N'a, laseczniczki gruźlicze.

Przechodząc do opisu anatomo-patologicznego, autor zaznacza, że gruźlica mięśnia sercowego konstataowaną była zwykle, jako choroba wtórna. Ponieważ jednak DEMME w przypadku jednym wykazał gruźelki w mięśniu sercowym, zawierające swoiste laseczniczki, przy braku zmian w pozostałych narządach, przyjąć należy, że istnieje i sprawa pierwotna gruźlica w mięśniu sercowym. Względnie najczęściej, spotykamy formę prosówkową, która występuje zarówno w ogólnej ostrej prosówce, jak i w przewlekłej sprawie gruźliczej. Gruźelki te w sercu przedstawiają się, jako rozsiane twory okrągłe, wielkości prosa, barwy blado-szarawej, lub blado-żółtej; umiejscowione są w średnich warstwach mięśnia sercowego, lub też w wewnętrznych, a także w mięśniach brodawkowych i w beleczkach. W okolicy każdego takiego gruźelka znajdujemy świeży odczyn zapalny.

Czysta prosówkowa forma zdarza się rzadko; po większej części spotykamy małe gruźelki, obok większych. Gołym okiem przyjąć je można za drobne ropnie wsierdzia i mięśnia sercowego.

Gruźelki większe występują rzadziej, i to przeważnie w przewlekłych postaciach gruźlicy. Dosiegają wielkości grochu, rzadziej orzecha włoskiego, a już wyjątkowo tylko wielkości kurzego jaja. Najczęściej spotykamy je gromadkami po kilka lub kilkanaście, rzadziej jeden większy, jak w przypadku autora. Mieszczą się one albo w środkowych warstwach mięsnych, lub też w wewnętrznych, rzadziej pod wsierdziem; zdarzają się zarówno w komórkach, jak i przedsionkach, często w kilku odcinkach mięśnia naraz, bardzo rzadko w całym mięśniu.

Co się tycze osierdzia, to, wbrew dawniejszym poglądom (FAUVEL i RAPP), osierdzie było niezmienione. Przy zajęciu osierdzia spotykamy się najczęściej z postacią prosówkową, rzadziej już występują gruźelki większe. Laseczniczki gruźlicze znajdują się tutaj w nader nieznacznej liczbie, i to niezawsze, a ujawniają się dopiero w skrawkach po dość długim wyszukiwaniu. Gruźelki większe z łatwością przyjąć można za ropnie mięśnia, lub torbiele i syfilomy. VIRCHOW przestrzega przed tą pomyłką, niejednokrotnie już, według niego, czynioną w wypadkach zserowacenia guziczków, i główny nacisk w rozpoznaniu różniczkowym kładzie na jednoczesne zakażenie gruźlicze innych narządów; w wątpliwych razach rozstrzygają sprawę laseczniczki swoiste, znajdujące w skrawkach, lub też przeszczepiane na zwierzęta, zwłaszcza, gdy sprawa w sercu jest pierwotną.

Najradszą wreszcie postacią gruźlicy mięśnia sercowego jest t. zw. zapalenie mięśnia sercowego gruźlicze rozlane (*myocarditis tuberculosa diffusa*). Znajdujemy wtedy mięsień powiększony przez nacieczenia rozlane, które później przekształcają się w rozlane masy zserowaciałe; obok nich spotykamy nieraz i gruźelki pojedyncze różnej wielkości. Osierdzie jest częściej zajętem w postaci zapalenia nieswoistego zrostowego, albo też gruźliczego. Co się tycze zmian wtórnych w sercu, to zależnemi są one od umiejscowienia i jakości sprawy.

Wiek odegrywa w sprawie tej ważną rolę. Z 25 bowiem przytoczonych dotychczas przypadków, 14 dotyczyło dzieci od $\frac{3}{4}$ —15 lat, 9 dotyczyło dorosłych od 19—40 lat i 2—od 62—65 lat. Z tego widać, że gruźlica serca najczęściej spostrzeganą była w wieku młodym, najradszej w latach podeszłych.

Kliniczne rozpoznawanie tego rzadkiego cierpienia zaledwie możliwem jest za życia. Przypuszczenia nasze mogą nabrać tylko wtedy jakichkolwiek cech prawdopodobieństwa, gdy obok gruźlicy innych narządów, po wykluczeniu zapalenia osierdza i wsierdza, z wolna zaczyna ujawniać się cierpienie mięśnia sercowego, wywołując duszność, nieprawidłowość skurczów, powiększenie tępości i t. p. Nie należy jednak zapominać, że wszystkie te objawy występują i przy innych cierpieniach, jak gruźlica płuc, gruczołów etc., a także i w sprawach nie—swoistych, jak np. przy zwykłym zapaleniu mięśnia sercowego, nowotworach itp. (*Zeitschr. für klin. Medicin. Bd. XXI. Heft 1 u. 2*). L. Knaster.

Przyp. sprawoz. W roku zeszłym spostrzegano w klinice terapeutycznej w Warszawie przypadek gruźlicy serca u 20 letniego mężczyzny, który przybył do kliniki z objawami silnej duszności, z kaszlem, gorączką i nadzwyczaj częstem i drobnem tętnem. Choroba trwała od kilku miesięcy, a obiektywnie znaleziono ogniska zgęszczenia w obu płucach, w sercu tony słabe, w miejscu zaś wysłuchiwania tętnicy płucnej słaby szmer skurczowy. Oględziny pośmiertne wykryły w płucach ogniska zserowaciałe w obu wierzchołkach, w sercu zaś zrost listków osierdza i guz gruźliczy wielkości jaja gęsiego w przegrodzie przedsionków, zajmujący także część przegrody komórek. Guz ten wywołał zwężenie otworu żylnego prawego, same zaś zastawki zmian żadnych nie wykazywały.

40. R. LÉPINE. O działaniu ujemnem sulfonalu. Przypadki zatrucia sulfonalem coraz częściej pojawiają się w literaturze medycznej. Występuje ono zwłaszcza przy dłuższem użyciu dawek małych i średnich, jakkolwiek i po jednorazowym użyciu spostrzegane było. Objawy zatrucia są zawsze prawie jednakowe: na pierwszy plan występują zaburzenia w przewodzie pokarmowym, wymioty i zaparcie, niekiedy bezład i osłabienie odruchów; rzadko bardzo pojawiają się wysypki. Ilość moczu się zmniejsza, barwa jego staje się ceglasto-czerwoną; mocz zawiera barwniki żółciowe, białe i czerwone ciała krwi i wałeczki nabłonkowe, niekiedy dużo kwasu moczowego i indykanu; w jednym przypadku zawierał tyrozynę. Wyjątkowo w powietrzu wydechanem czuć aceton. Śmierć następuje z omdlenia. Anatomia patologiczna nie dostarczyła dotychczas dostatecznych danych do wykazania przyczyny śmierci po zatruciu sulfonalem. Doświadczenia na zwierzętach wykryły zmiany nieznaczne w nerkach. Pomimo niejasności sprawy, faktem jest, że z chwilą pojawienia się czerwonego zabarwienia moczu, zależnego od hematorfiryny, niebezpieczeństwo zatrucia zagraża choremu. Prócz powyższych wspomnianych groźnych objawów zatrucia, dłuższe użycie sulfonalu wywołać może: szum w uszach, bóle i zawroty głowy, osłabienie, niemożność wykonywania pracy fizycznej lub umysłowej, śpiączkę, sinicę, trudność mowy itp. Stan taki, tak zwany „sulfonalizm“ przypomina „morfinizm“, tem bardziej, że odjęcie środka wywołuje zaburzenia przeróżne w narządach nerwowych, trawienia etc. Autor kończy uwagę: środki lekarskie nie są czynnikami nieszkodliwemi, przynoszą wprawdzie często korzyść, lecz i szkodzą, zwłaszcza przy dłuższem użyciu. Zatrucia po użyciu środków lekarskich mnożą się rokrocznie, w miarę, jak w użycie wchodzi nowe leki, stosowane w sposób nieco nierozważny i zalecane lekkomyślnie.

W końcu autor przestrzega przed nadużyciem niedawno podanych środków trionalu i tetronalu, bardzo analogicznych z sulfonalem, jakkolwiek o działaniu ich trującym nie ma wzmianki w literaturze dotychczasowej.

Przyp. Spraw. W roku zeszłym spostrzegalem wspólnie z kol. KORNIEŁOWICZEM objawy zatrucia po dwutygodniowym użyciu sulfonalu w ilości 1,0 dziennie u chorej dotkniętej cierpieniem umysłowym i cierpiącej na bezsenność. Górującymi objawami były: bezład, brak odruchów kolanowych i osłabienie; moczu miał wszystkie cechy opisane powyżej. Po odstawieniu środka, wszystkie te objawy z wolna ustąpiły. Najdłużej się utrzymywał brak odruchów kolanowych.

(*Sem. méd. N. 4. 1893*). W. Bruner.

41. Nowe metody wysłuchowe.

RICHARDSON w Tow. Lek. Londyńskim opisał t. zw. auskultację wewnątrzpiersiową, pod którą rozumie wysłuchiwanie tonów, powstających w narządach piersiowych i w żołądku, zapomocą wprowadzonego do żołądka zgłębnika z przyczepionym doń stetoskopem. Myśl ta przyszła autorowi w czasie badania chorego, u którego podejrzewał zwężenie przełyku i gdzie nie słyszał żadnego szmeru podczas picia płynów. R. wprowadził zgłębnik do żołądka bez napotkania jakiegokolwiek przeszkody. Do zgłębnika przyczepił wtedy słuchawkę i, posuwając pierwszy to w górę to na dół, słyszał tarcie, zależne od zetknięcia zgłębnika ze ścianą przełyku. Skoro zgłębnik wszedł do żołądka, słyszał było nowy szmer, pochodzący jakby od pękania pęcherzyków gazowych w gęstym płynie, oraz inny jeszcze, powstały zapewne wskutek kurczenia się ściany mięśniowej żołądka. Tony serca, tak słabe, iż R. przy zwykłej auskultacji nie słyszał ich prawie, można było przez zgłębnik usłyszeć doskonale. Metoda ta, zdaniem R., winna być oddać przysługę: w samym początku rozwoju zwężenia przełyku, gdy nie ma jeszcze objawów utrudnionego połykania pokarmów; w niektórych chorobach żołądka ze zmianami chemicznymi treści, lub czynności ruchowej; w przypadkach zapaści, gdy nie słyszał tonów serca i niewiadomo, czy człowiek żyje czy umarł; w niektórych chorobach serca i wielkich tętnic.

Na temże posiedzeniu, ROUTH zakomunikował, iż oddawna stosuje podobną metodę celem rozpoznania ciąży: stawia długi stetoskop na szyję matcy i słyszy wyraźny szmer maciczny, poczynwszy od 6-go tygodnia ciąży. (*Lancet 93*).

HOFFMANN, niezależnie od RICHARDSON'a, zastosował w takiż sposób zgłębnik, który nazwał *endostetoskopem*. Na zgłębniku oznaczył pojedyncze centymetry; tą drogą mógł w każdej chwili określić, na jakiej odległości od brzegu zębów słyszy dany szmer. Tony serca słyszał po wprowadzeniu zgłębnika na 45 cm., a więc, gdy tenże znajdował się już w żołądku; najwyraźniej jednak na 35—40 cm. Wyżej słyszał tylko szmery oddechowe, lecz nie tony serca. Stosownie do charakteru szmerów serca i wysokości, na jakiej się je słyszy najwyraźniej, otrzymać można pewne dane co do miejsca ich powstawania (*aorta descendens, arcus aortae, serce*). W każdym razie, przy podejrzeniu tętniaka aorty, należy być z sondowaniem bardzo ostrożnym.

(*Ctbl. f. kl. Med. 48—92*).

BOY-TEISSIER opisał „*auscultation retrosternale*.” Wchodzi on długim stetoskopem (25 cm.) po za *jugulum sterni*, między obudwoma mięśniami mostko-obończyko-sutkowymi. Chory leży nawznak, z szyją mało napiętą, głową nieco wzniesioną i zwróconą w stronę przeciwną tej, po której stoi badający; naciska się lekko na *jugulum*, trzymając się równolegle do osi ciała. Nie wolno uciskać krtani, tchawicy i wielkich pni żylnych. Metody tej niepodobna zastosować przy obfitym pokładzie tłuszczowym, gdy *jugulum* staje się niewidocznem, jak również u niektórych ludzi starych, gdy stwardniały gruczoł tarczowy ściśle przylega do krtani. Dobre usługi oddaje metoda przy zwężeniach aorty i jej niedomykalności, przy *arteritis*. Autor podaje wyniki z swych poszukiwań następujące: 1) U ludzi zdrowych wysłuchiwanie pozamostkowe nie daje objawów żadnych. 2) W chorobach serca i aorty daje objawy wyraźniejsze, niż wysłuch zwykły. 3) Nigdy nie otrzymuje się szmerów, których by się nie słyszało i przy wysłuchu zwykłym. 4) Metoda posiada najlepsze warunki do bezpośredniego wysłuchiwania aorty, szczególnie w tych przypadkach, gdzie podejrzewamy chorobę jej, lecz gdzie zwykłą auskultacją nic szczególnego usłyszeć nie jesteśmy w stanie.

(*Rev. de Med. 3—92*). H. P.

42. ALBU. Kreozot w leczeniu gruźlicy.

Autor miał o przedmiocie tym odczyt w Berl. Tow. Lek. Po ogłoszeniu przez SOMMERBRODT'a poglądu, iż należy stosować u suchotników duże dawki kre-

ozotu, A. przepisywał 2,0—3,0 dziennie, w pigułkach (nie kapsułkach) po 0,05. W okresie 14 dniowym dochodził stopniowo od 3 aż do 60 pigułek dziennie. Byli tacy chorzy, którzy zużyli razem 9000 pigułek. SOMMERBRODT poczytywał kreozot dawniej, jako środek leczący suchoty symptomatycznie tylko, później wszelako nadał mu znaczenie specyfiku, mającego być skutecznym nawet przy obecności jam. A. przekonał się, iż kreozot ani na gorączkę, ani na laseczники nie wpływa, których liczba w płwocinie wcale się nie zmniejsza. Początkowe okresy suchot mogą, bez względu na wielkie dawki kreozotu, szybko przejść w stan ostry i złośliwy. Osiągnięte wyniki nie są lepsze od otrzymywanych przy stosowaniu zwykłego higieniczno-dyetetycznego leczenia. Kreozot działa, zdaniem A., pomyślnie, jako środek wykrztuśny tylko, oraz poprawiać może do pewnego stopnia trawienie. Doświadczenia, robione wspólnie z WEYL'em, przekonały autora, iż ogromna nawet ilość kreozotu we krwi nie wpływa na sprawę gruźliczą w płucach, ponieważ płwocina takich chorych bywa tak samo jadowita. Po zaszczepieniu płwociny do komórki przedniej oka u królików, powstawała typowa gruźlica z lasecznikami w tęczówce i rogówce. Taż sama płwocina, wzięta od pacyenta bardzo długo lezonego kreozotem, zaszczepiona śwince do otrzewnej, dawała ogólną gruźlicę prosówkową z lasecznikami. Z tych doświadczeń wynika zatem, iż kreozot nie jest środkiem specyficznym.

(D. m. Woch. 50—92).

43. GENTIL. Wykrywanie rozmaitych ciał białkowych w moczu. Zwykle metody wykazują jedynie obecność białka, lecz nie dają pojęcia, z jakim mianowicie rodzajem białka mamy do czynienia. Autor podał następujący sposób rozbioru, dający możliwość łatwego i praktycznego określania różnych ciał białkowych w moczu:

1. Mocz miesza się z równą ilością wody i dodaje się kwasu octowego w nadmiarze. Powstaje osad: *nukleo—albumina*.

2. Mocz zobojętniony nasycy się sproszkowanym siarczanem magnezy (120 grm. na 100 c. sz.), dodaje kwasu octowego i gotuje. Osad płatkowaty *albumina*.

3. Mocz alkalinizuje się amoniakiem, po godzinie przecedza, dodaje się równą ilość nasyconego na zimno roztworu siarczanu amonu. Osad płatkowaty: *globulina*.

4. Mocz nasycy się solą kuchenną, dodaje kwasu octowego w nadmiarze, gotuje i cedi na gorąco. Osad po ostudzeniu wykazuje *albumozę*.

5. Mocz musi być uwolniony od wszelkich innych ciał białkowych i nie powinien mętnieć od kwasu octowego z żelazosinkiem potasu. Do 100 c. sz. moczu dodaje się 5—10 kropel octanu ołowiu, cedi i dodaje 20 c. sz. kwasu octowego oraz kilka kropel kwasu fosforo-molibdenowego. Biały osad: *pepton*, który wykrywamy zapomocą odczynu biuretowego.

(Rev. med. de la Suisse Rom. 4—91).

44. JAKSCH. Przypadek wydzielania się skrzepów włóknikowych z nerki. Odlewy włóknikowe przy zapaleniu płuc lub oskrzeli krupowem zdarzają się stosunkowo często. W narządach moczowych jednak spostrzegano je dotychczas tylko przy gruźlicy lub przy krupie miedniczek nerkowych. Tak zwane wałeczki włóknikowe w moczu nie składają się bynajmniej z włókniaka, lecz z jakiejś niezbadanej bliżej odmiany białka. JAKSCH podaje jedyny dotąd w literaturze przypadek z prawdziwym, chemicznie zbadanym włóknikiem w moczu. Mężczyzna 39 letni przybył do kliniki z gorączką i bólem brzucha; znaleziono ostre zapalenie nerek. Po dniach kilku ukazała się w okolicy nerkowej lewej zwiększona odporność; mocz, świeżo oddany, był zasadowym i zawierał stłuszczone leukocyty, kryształki hematoidyny, nabłonek kanalików nerkowych i miedniczek oraz liczne rozgałęzione skrzepy włókniaka. Po dwóch dniach gorączka, obrzmienie nerki i wydzielanie włókniaka znacznie się zmniejszyły, a po dwóch tygodniach pacjent wyzdrowiał. Mocz, badany w 1/2 roku później, był prawidłowym.

(W. m. Pr. 5—93).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Leczenie miękkiego szankra podług Du CASTEL. Oczyścić owrządzenie i okolicę jakimkolwiek płynem antyseptycznym, potem starannie penzlować owrządzenie przez parę minut 10% roztworem kwasu karbolowego i następnie zapudrować jodoformem. Przyżeganie 10% karbol. nie jest bardzo bolesne—zwykle wystarcza jednorazowe przyżeganie. Zagojenie następuje po 4—5 dniach. *J. M.*

= MRACEK obserwował u 24-letniego chorego, w 6 tygodni po zarażeniu, niezmiernie rozprzestrzenienie wskutek zaniedbanego leczenia, owrządzenie weneryczne, które zajęło okolicę pachwinową, mosznę, fałdę moszno - udową i część uda. Gruczoły pachwinowe widoczne i obnażone. Na grzbiecie lewego palucha owrządzenie weneryczne, 1 centymetr w średnicy. Wyleczenie przy nżyciu roztworu siarczanu miedzi i maści sozodolowej. (*Archiv fur Dermat. u. Syph. 1893. Heft. I. II.*) *J. M.*

= W Sierpniu r. z. wielu mieszkańców miasteczka Moorseele w Belgii zachorowało na wymioty i biegunkę. W ciągu 4 dni było 80 przypadków, z tych 4 śmiertelne. Oprócz objawów powyższych zauważono: ogólny upadek sił, bezgłos, na skórze plamki, wylewy krwawe, pryszczyki wargowe i pokrzywkę. Wszyscy chorzy jedli mięso od dwóch cieląt, które padły, lecz nie wyjaśniono, z jakiej przyczyny. Stwierdzono tylko, że cielęta miały biegunkę, a sekcyja ich wykryła ciemno-czerwoną barwę kiszek i mięśni oraz powiększenie wątroby. Obadwa cielęta zostały spożyte w dniu, w którym padły. Wszyscy chorzy jedli mięso gotowane lub pieczone. W kale chorych nie wykryto przecinkowca Koch'a. W szpiku kostnym jednego z cieląt ERMENGEM znalazł jakiegoś lasecznika, którego hodowlą karmione świnki i króliki dawały te same objawy, co i ludzie. Sekcyja tych zwierząt wykazała podbiegnięcia krwawe w ścianach kiszek, bez względu na sposób wprowadzania lasecznika (pod skórę, do otrzewnej, do żył, czy wewnętrznie). U niektórych zwierząt lasecznik nie wywoływał choroby. Bulion z cielęciny i cielęcina sama, długo gotowane, spowodowały również chorobę u zwierząt, tymczasem sam lasecznik ginął już przy 60°. Istniały więc zapewne jakieś toksyny. E. poczytuje lasecznika za identycznego z tym, który u ludzi często powoduje objawy choleryny po zjedzeniu kielbasy. (*Sem. med. 93*).

= We wsi Rùthenen, w pobliżu Beckenried nad jeziorem Czterech Kantonów, już oddawna zdarzało się każdej jesieni po kilka przypadków tyfusu brzuszego. Przyczyna była długi czas zagadkową. Dopiero teraz wykryto, że

mieszkańcy używali wody ze strumyka górskiego, do którego wpuszczano nieczystości ze znanego zakładu leczniczego Schönegg, położonego na jednej z sąsiednich gór i odwiedzanego tylko w porze letniej. (*Bund 92*).

= SCHILLING opisuje kobietę 35-letnią, obwinioną o dzieciobójstwo, u której obecność mleka w sutkach, powiększona macica i obfity, cuchnący wypływ z części rodnych dowodziły niedawno przebitego porodu. Obwiniona zaś utrzymywała, że po raz ostatni rodziła przed 10 laty. Miesiączkę miała nieprawidłową; brakło jej nieraz przez kilka miesięcy, lub odwrotnie, miesiączka trwała po kilka tygodni. Mleko w sutkach wydzielalo się ciągle podczas 5-miesięcznego pobytu oskarżonej w więzieniu; zwłaszcza w czasie miesiączki, sutki silnie obrzmiewały od mleka. (*Viert. f. Ger. Med. 93*).

= Dotychczas wykonywano gastroenterostomię tylko z powodu zwiężenia odźwiernika. JEANNEL natomiast zastosował operację tę w przypadku rozszerzenia żołądka skutkiem z wyklej atonii. Otworzył on żołądek w miejscu najgłębszym i połączył go z kiszka czezą. Wynik był dobry. (*Arch. prov. de chir. 1—93*).

= HARKIN zauważył wzmnożenie wydzielania się mleka po zastosowaniu Kal. chlorici u kobiet i zwierząt (K. chlor. 28,0, Aq. 560,0; 3 r. dz. po 2 łyżki przedjedzeniem). Już po 24 godzinach ilość mleka wzrastała. U krów i kóz wydzielalo się o 40% więcej mleka, bez żadnego szkodliwego wpływu na ich stan ogólny. Natychmiast po porodzie, *kali chloricum* pobudzało wydzielanie mleka w tych razach, w których ono jeszcze się nie rozpoczęło. (*Bull. de ther. 48—92*).

= W Tow. Lek. Wied. TELEKI okazywał kobietę, u której można było obiektywnie stwierdzić szmer po nad całą głową, zwłaszcza w okolicy lewej muszli usznej, jednocześnie ze skurczem serca. Po uciśnięciu tętnicy szyjowej lewej szmer ustawał. Kobieta ta po raz pierwszy przed 6 laty doznała uczucia szmeru w głowie, „jakby serce biło w uchu”. Były zawroty, podwójne widzenie i widok ognia podczas zamykania oczu. Podobnego przypadku T. w literaturze nie znalazł. Rozpoznał tętniak tętnicy szyjowej zewnętrznej, a to na tej zasadzie, że przy tętniaku t. sz. wewnętrznej opisują jednocześnie objawy mózgowie i przydatłości ze strony nerwu trójdzielnego.

MAUTHNER, z powodu tego przypadku, opowiada, iż okulistom znane są przypadki obiektywnego szmeru w głowie, towarzyszącego tętniącemu wypukleniu gałki (*exophthalmus*); najczęstszą przyczyną bywa uszkodzenie tętni-

cy szyjowej wewnętrznej, skutkiem którego powstaje tętniak tętniczko-żylny wewnątrz zatoki jamistej. (W. m. Pr. 6—93).

— Według ROSENBACH'a, wydarzają się poważne zaburzenia skórne, powstałe skutkiem niedostatecznej czynności gruczołów łojowych, mianowicie: niektóre zapalenia skóry, sztuczne *eczema* lub *erythema*, czyraki, pryszcze i t. p. Główną przyczyną jest tu brak tłuszczu na skórze; nie należy więc leczyć chorób takich środkami ostreimi, drażniąciami lub przeciwnilnymi. Istnieje wielu ludzi ze skórą pozornie normalną, nie znoszących mycia zimną wodą i alkalicznem lub obojętnem mydłem. Szczególniej u osób niedokrewnych bywają objawy zapalenia skóry, zgrubienia w okolicy stawów łokciowych i kolanowych, bolesne pęknięcia i owrzodzenia. U osób pocących się silnie, bywają często czyraki. Łój skórny jest najlepszym środkiem zapobiegawczym przeciw przenikaniu w skórę mikrobow, które w niej rozmaite cierpienia powodują. W omawianem zbroczeniu skóry stosować należy lanoline; również dobre jest masło świeże niesolone, *cold-cream*, sadło wieprzowe, wazelina. Gliceryna jest mniej odpowiednią, w każdym razie nie należy jej smarować na skórę suchą, lecz na zwilżoną wodą. (Th. Mon. 11 - 92).

— Na zasadzie tego, że paraldehyd głównie zostaje wydalanym z ustroju przez płuca, MACKIE zastosował go w 12 przypadkach astmy nerwowej z dobrym wynikiem, w 2—3 dawkach po pół drachmy co godzina. (B. M. J.—93).

— DERVILLE i GUERMONPREZ opisują nową chorobę zawodową: guziczki brodawkowate na odkrytych częściach ciała, szczególnie na przedramionach, dłoniach i palcach, u robotników w rafineriach nafty. Rzadko występują guziczki na nosie, powiekach, łydkach i mosznie. Miejsce wnikania substancji drażniących stanowią torebki włosowe. Bez pomocy lekarskiej guziczki mogą dojść do wielkości bobu i sprawiają bardzo mocne swędzenie. Leczenie polega na przypalaniu kwasem siarczanym; blizna tworzy się bardzo prędko. (Un. med. 93).

— DUNBAR, badając porównawczo laseczniki tyfusu brzuszego i *Bac. coli com.*, otrzymał ważne wyniki praktyczne. Dotychczas najbardziej charakterystyczną cechą lasecz. tyfus. stanowiła hodowla na kartoflu. Lecz, podług D., i hodowla *B. coli* na kartoflu może dawać wygląd podobny do hodowli tamtego. D. radzi przeto, w celu odróżnienia, stosować hodowle na mleku wyjałowionem i na bulionie, bez wszelkich dodatków. *B. coli* przy ciepłocie ciała powoduje po 24 godzinach ściśnięcie się mleka, a w bulionie po 3—12 godzinach

wywołuje obfite wydzielanie pęcherzyków gazowych (gaz węgla, wodór, azot), czego lasecz. tyfus. nie robi nigdy. D. nie znalazł w stolcach ani razu lasecz. tyf. u ludzi chorych na tyfus, a jeśli niektórzy go tu widywali, to był to *Bac. coli com.* (KITASATO, jak wiadomo, stwierdził, że *B. coli com.*, po dłuższym czasie hodowania w bulionie peptonowym, daje wyraźny odczyn indolowy (Bujwid), czego lasecz. tyfusowe nigdy nie dają; nadto stwierdzono u lasecz. tyf. kępki rzęsek, które pojawiają się tylko pojedynczo u *Bac. coli com.* (Prz. Red.). (Z. f. Hyg. T. 12).

— RAPIN, badając w Nantes 23 przypadki cholery, nie znalazł ani razu przecinkowca samego, lecz zawsze razem z *Bac. coli com.* Stosunek ilościowy obu pasorzytów był rozmaitym. U 7-ju chorych znalazł w jamie ustnej przecinkowca, obok wielu innych mikrobow, pomimo że chorzy ci wymiotów nie mieli. (G. med. de Nantes 93).

— ALEXANDER próbował w ciągu lat 3-ich wstrzykiwać podskórnych olejku kamforowego w gruźlicy. 1) Środek ten podnosi siłę mięśniową i czynność serca oraz poprawia trawienie; 2) przeszkadza ropieniu; 3) usuwa poty; 4) obniża gorączkę; 5) wywołuje sen. Działanie jego jest kumulacyjne, więc po 4 dniowych iniekcjach 1,0 należy zrobić przerwę na tydzień. (M. m. W. 47—92).

— LANCERAUX rozpatruje dwie postacie gruźlicy dróg moczowych i nerek. Gruźlica pierwotna rozpoczyna się zawsze w pęcherzu, którego błona śluzowa pokryta jest pojedynczemi lub licznemi gruzelkami, ulegającymi w następstwie owrzodzeniu. Choroba posuwa się wstępująco ku górze. W gruźlicy wtórnej bakterie wnikają z prądem krwi (najczęściej z ogniska płucnego) najprzód do nerek, tworząc ogniska prosówkowe w warstwie korowej i rdzeniowej; drogi zaś wyprowadzające moczu pozostają najczęściej zdrowymi. (Sem. med. 92).

— HEITLER utrzymuje, że gruźlica płuc daje się wyleczyć zupełnie, dopóki sprawa ogranicza się do płatu górnego. Nawet istnienie jam nie wyklucza możebności wyleczenia w tym razie. Wysiłek opłucnowy i otok powietrzny sprzyjają niekiedy wyleczeniu gruźlicy, ponieważ płuco uciśnięte nie daje dobrych warunków do rozwoju jej. Gojenie się ognisk gruźliczych w szczycie postępuje bardzo wolno, a rzeżenia drobne trwają długo jeszcze po ustąpieniu wszelkich objawów innych. Często chory, po wyleczeniu się z gruźlicy płuc, ginie wkrótce skutkiem gruźlicy otrzewnej lub błon mózgowych. Co do leczenia, to najlepszem i najodpowiedniejszym jest higieniczno-dietetyczne. (C. f. Ges. Ther. 92).

Wiadomości bieżące.

— Stan Sanitarny Warszawy uległ w ostatnich kilku tygodniach znacznej poprawie. Jakkolwiek w porównaniu z odpowiednimi tygodniami roku zeszłego śmiertelność jest jeszcze nadmiernie wysoka, zmniejszyła się ona znacznie, wobec wysokiej śmiertelności miesięcy ubiegłych. Poprawa odnosi się głównie do chorób zakaźnych wysypkowych śród dzieci. Przypadki odry i szkarlatyny pojawiają się obecnie bardzo rzadko, częściej widzimy jeszcze dyfteryt o przebiegu przeważnie łagodnym i ospe. Epidemia tyfusu wysypkowego również się zmniejsza, często natomiast wydarza się obecnie koklusz. Pojawiają się również oddzielne przypadki dyzenteryi i zimnicy. Influenza znacznie rzadziej się wydarza, zwłaszcza w postaci kataralnej; napotykać się jeszcze przypadki występują częściej w postaci nerwowej, z silnym bólem głowy i oczu, łamaniem nóg i rąk i objawami mózgowymi. Zdarzały się nam przypadki nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych, gdzie objawy przemawiały za zapaleniem opon mózgowych (ból głowy, wymioty, stan nieprzytomny, pochylenie głowy wtył, zwolnienie i nieregularność tętna, oddech nierówny, zwężenie źrenic i światłowstręt, szczykościsk, drgawki, usunąć się nie dające zaparcie, gorączka nietypowa) i zniewalały do niepomyślnego rokowania. Po 3—5 dniach następowała nieoczekiwana poprawa i niebawem wyzdrowienie, które to zejście każe nam *a posteriori* poczytywać te przypadki za pewną formę zakażenia, prawdopodobnie influencyjnego pochodzenia. Dominującą chorobą jest wciąż jeszcze zapalenie płuc włóknikowe. Widzieliśmy również kilka przypadków *Mening. cer.-spin. epid.*, której to choroby już oddawna nie mieliśmy sposobności spostrzegać w Warszawie. *I. K.*

— W Gaz. Polic. z dnia 2-go b. m. podane mi zostały przepisy obowiązujące kantory mamek w naszym mieście. Obejmują one 13 §§ dość wszechstronnie wyczerpujących daną kwestyę. § 11 wylicza obowiązki lekarza dozorcęgo kantor; brzmią one jak następuje: a) staranne i szczegółowe rewidowanie kandydatek; b) udzielanie pomocy chorym i kwalifikowanie mamek oraz ich dzieci do właściwych szpitali, gdy tego zajdzie potrzeba; c) dokonywanie analizy pokarmu, której rezultat decyduje o pozostawieniu lub wydaleniu mamek; d) sporządzanie sprawozdań o kandydatkach w oddzielnych książkach poświadczanych przez urząd lekarski. 12 pozostałych §§ dotyczy stosunku utrzymującego kantor do Władzy, administracyi i t. d.

— W Zarządach dróg żelaznych, których stacje warszawskie położone są na prawym brzegu Wisły, podniesiono myśl wzniesienia nowego szpitala na Pradze, przeznaczonego dla chorych urzędników i oficyalistów z tych tylko dróg żelaznych. W sprawie tej ma się niezadługo odbyć narada przedstawicieli interesowanych w tem dróg żelaznych.

— Pisma codzienne donoszą, iż projekt otworzenia w Warszawie fabryki sztucznego lodu z wody filtrowanej, jest na drodze do urzeczywistnienia. Z uwagi, iż zaopatrzenie mieszkańców w lód, czyniący zadość wymaganiom zdrowotnym, jest sprawą ważnego znaczenia, magistrat tutejszy postanowił pod budowę fabryki na ten cel dać grunt darmo, czuwać nad tem, aby lód był wyrabiany tylko z wody filtrowanej, wreszcie, aby cena onego wraz z dostawą do domu nie przekraczała 25 kop. za pud. Produkcya dzienna oznaczoną została na 1000 pudów. Jeśliby się okazało, iż ilość ta jest niedostateczną, producent obowiązany będzie fabrykę powiększyć. Wiadomość powyższą jako ważną pod względem higienicznym, z uznaniem powitać należy.

— Profesor patologii ogólnej i anatomii patologicznej w Dorpacie THOMA, następca zmarłego przed 9 laty prof. BÖTTCHER'A, opuszcza zajmowaną katedrę. (SP. m. W. 7—93).

— Znany prof. petersb. akad. wojsk.-lek. TRAPP, obchodził 6 b. m. jubileusz 50-letniej pracy. (SP. m. W. 8—93).

— Jako następca zmarłego KAHLER'A, na prof. kliniki w Wiedniu ma być powołanym NAUNYN ze Strasburga.

— Zmarły niedawno w Wiedniu dr. ALTENBERGER zapisał 50000 guld. na cel dalszego kształcenia młodych lekarzy rozpoczynających praktykę. (SP. m. W. 7—93).

— O ile w Stanach Zjednoczonych rozpowszechnionem jest nieprawne leczenie, dowodzi fakt, iż w jednej tylko Pensylwanii praktykują 554 osoby niemające żadnego dyplomu.

— TYLKOWSKI znalazł, iż w wiedeńskich zakładach dla obłąkanych w ciągu lat 12 liczba alkoholików mężczyzn wynosiła 25%, kobiet 2,7%. (Riv. intern. d'ig. 93).

— Wszystkie szpitale paryskie posiadają obecnie 12486 łózek, gdy wr. 1872 tylko 8152.

— Dr. UNNA w Hamburgu przeznaczył 600 marek nagrody za najlepszą pracę na temat „o zaniku i odnowie tkanki sprężystej w skórze w rozmaitych stanach chorobowych“. Termin 1 Grudnia r. b. Sędziami konkursowymi mają być proff. KLEBS i HOYER. (D. m. W. 93).